



Organização
Ana Estela Haddad

O QUE GRANDES CIDADES
E POLÍTICAS INTERSETORIAIS
PODEM FAZER PELA

PRIMEIRA INFÂNCIA





O QUE GRANDES CIDADES
E POLÍTICAS INTERSETORIAIS
PODEM FAZER PELA
PRIMEIRA INFÂNCIA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Prefeito

Fernando Haddad

SÃO PAULO CARINHOSA

Coordenadora

Ana Estela Haddad

COMITÊ GESTOR DA SÃO PAULO CARINHOSA

Secretaria do Governo Municipal

Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras

Secretaria Municipal de Cultura

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano

Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo

Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania

Secretaria Municipal de Educação

Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação

Secretaria Municipal de Habitação

Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida

Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres

Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial

Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Segurança Urbana

Secretaria Municipal de Serviços

Secretaria Municipal de Transportes

Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente

EQUIPE SÃO PAULO CARINHOSA

Cássia Marques da Costa

Eduardo Ogata

Ivany Turíbio

Mariana Scaff Haddad Bartos

Teresinha Pinto

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA

Secretária

Maria do Rosário Ramalho

Secretário adjunto

Maurício Dantas

Chefe de gabinete

Rossella Rossetto



O QUE GRANDES CIDADES
E POLÍTICAS INTERSETORIAIS
PODEM FAZER PELA
PRIMEIRA INFÂNCIA

organização
Ana Estela Haddad



Copyright © 2016 Ana Estela Haddad (Organizadora)

Todos os direitos reservados à Prefeitura da Cidade de São Paulo. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a prévia autorização da Prefeitura da Cidade de São Paulo.

São Paulo Carinhosa: o que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Cássia Marques da Costa e Ivany Turíbio

GESTÃO EDITORIAL

Luiz Flávio Lima | ALAVANCA Projetos e Comunicação

PRODUÇÃO EDITORIAL E GRÁFICA

Coordenação de produção editorial: Ana Claudia de Mauro

Assistente de produção editorial: Laila Pereira da Silva

Direção de arte: Luiz Flávio Lima | ALAVANCA Projetos e Comunicação

Projeto gráfico e capa: Dennis Vecchione | ALAVANCA Projetos e Comunicação

Fotografias: Ana Nascimento, Bell Boniatti, Cesar Ogata, Edson Hatakeyama, Eduardo Ogata, Fabio Arantes, Fernando Pereira, Heloisa Ballarini, Hertz Oliveira, Jarbas Moura Rosa, Leila Iracema Santos, Leon Rodrigues, Lilian Borges, Mariana Rocha, Neila Gomes, Sérgio Amaral, Sylvia Masini, Ubirajara Machado, Vanessa Cruz e Wagner Origenes Nunes

Fotografias históricas: Benedito Junqueira Duarte | Museu da Cidade de São Paulo – SMC

PRODUÇÃO EXECUTIVA

Janaina Fainer Bastos

APOIO

Biblioteca Mario de Andrade

Associação Cultural Recreativa Esportiva Bloco do Beco

Museu da Cidade de São Paulo

REALIZAÇÃO

Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Cultura e São Paulo Carinhosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Biblioteca Mario de Andrade, SP, Brasil)

Sã999 São Paulo Carinhosa: O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância / Ana Estela Haddad (org.). – São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura, 2016.

600 p; 27cm.

ISBN 978-85-62287-07-7

1. Primeira Infância. 2. Intersetorialidade 3. Políticas Públicas
I. Haddad, Ana Estela. II. Título.

CDD: 351

Copyright© Prefeitura de São Paulo – Secretaria Municipal de Cultura, 2016

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

DEDICATÓRIA

Às crianças paulistanas, brasileiras e de todas as nacionalidades, para quem devemos construir um mundo melhor.

Ao eterno Mário de Andrade, que idealizou a educação infantil na sua concepção mais abrangente e integrada, e inaugurou em São Paulo, há 80 anos, os Parques Infantis, dando origem à rede de educação infantil paulistana. Ao justificar sua opção de tornar-se gestor na Prefeitura de São Paulo, deixou o seguinte registro:

“Abandonei, traição consciente, a ficção em favor de um homem-de-estudo que fundamentalmente não sou. Mas é que eu decidira impregnar tudo quanto fazia de um valor utilitário, um valor prático de vida, que fosse alguma coisa mais terrestre que ficção, prazer estético, a beleza divina.”

AGRADECIMENTOS

A organização deste livro não teria sido possível sem a participação dos diversos colaboradores, ao mesmo tempo, produtores de conhecimento, executores e artífices da construção intersetorial e articulada das políticas públicas, com a comunidade, que aceitaram o desafio de trilhar um novo caminho, olhando para a primeira infância.

Aos secretários e secretárias municipais de todas as secretarias, que estão direta e/ou indiretamente envolvidos na São Paulo Carinhosa, e às suas respectivas equipes, que não pouparam esforços para que pudéssemos concretizar tantas ações, mesmo com agendas de trabalho já sobrecarregadas, com o peso nos ombros dos enormes desafios de uma metrópole como São Paulo, meu reconhecimento e agradecimento.

Aos inúmeros servidores municipais que, cientes da responsabilidade e mobilizados pela relevância social do seu trabalho, são criativos, sensíveis e a cada dia constroem e reconstruem a própria prática em prol da comunidade e da população a qual atendem. Ao percorrer serviços municipais em toda a cidade encontrei experiências maravilhosas e muito inspiradoras! Parabéns, é neste espaço e nos locais “onde a vida acontece” que as ações de vocês mudam e melhoram a vida das pessoas.

À Secretaria Municipal de Cultura, que viabilizou a edição impressa do livro.

Ao Museu da Cidade, por meio da Casa da Imagem, à Beatriz Cavalcanti de Arruda, diretora do Museu da Cidade, José Henrique Siqueira, diretor da Casa da Imagem de São Paulo, e ao fotógrafo Benedito Junqueira Duarte (*in memoriam*) pela cessão de fotos do acervo, tiradas entre 1935 e 1938, quando da criação dos Parques Infantis, por Mário de Andrade.

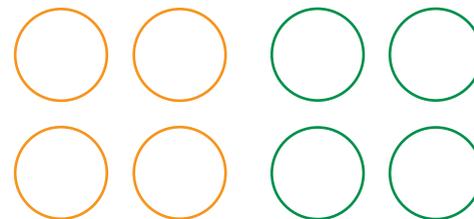
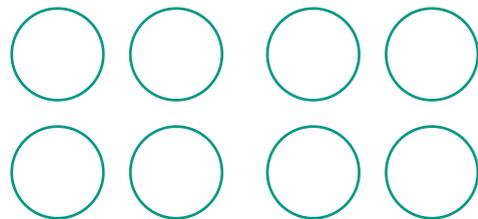
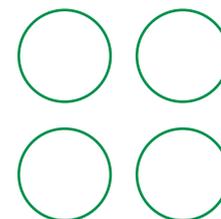
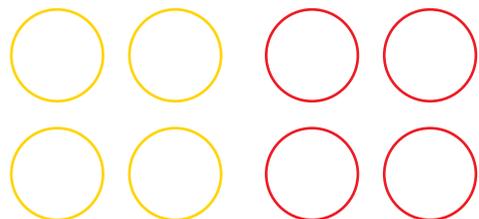
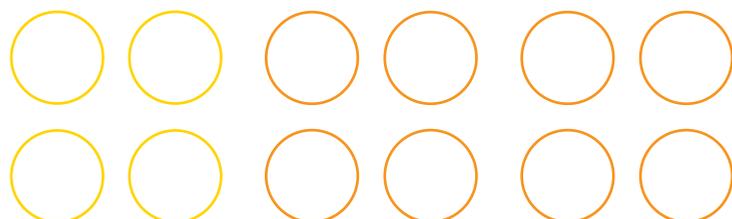
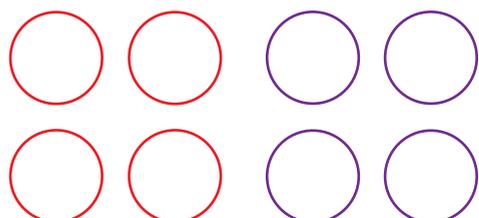
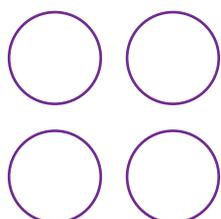
À equipe da São Paulo Carinhosa, nas suas diversas etapas de desenvolvimento, que abraçou a causa com dedicação e entusiasmo: Teresinha Pinto, Terciane Alves, Rogério da Veiga, Otávio Paiva, Cássia Marques da Costa, Mariana Scaff Haddad Bartos, Ivany Buzzo Turibio, Érika Fischer e Isabela Palhares.

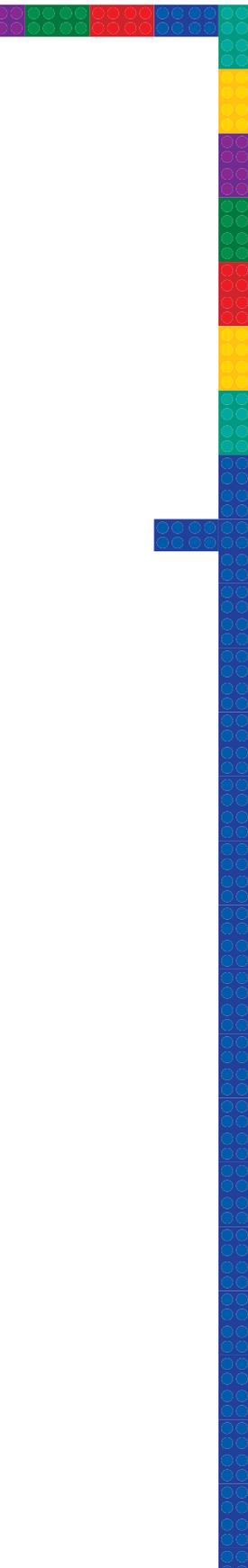
Registro também meu agradecimento à Larissa Beltramin, gestora pública extremamente competente, engajada na causa, cujo apoio em diferentes etapas do meu trabalho na Prefeitura fez a diferença. Em especial, foi decisivo seu papel na concepção inicial do “Ser Mãe em São Paulo”, assim como tem sido no apoio à integração da nossa equipe no Gabinete do Prefeito e na harmonização da minha participação na gestão municipal.

Ao fotógrafo Eduardo Ogata, pelos registros da maior parte das imagens contidas nesta publicação, à assessoria de comunicação da Secretaria Municipal de Saúde, e às equipes de fotógrafos das diversas secretarias municipais.

Em especial, à Cássia Marques da Costa e Ivany Buzzo Turibio, pelo incansável trabalho decisivo na concretização do projeto do livro.

SUMÁRIO





APRESENTAÇÃO	16
Prefeito Fernando Haddad	

INTRODUÇÃO	
SÃO PAULO CARINHOSA: POLÍTICA MUNICIPAL PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA – Origem e Caminho Percorrido.....	18
Ana Estela Haddad	

UNIDADE I	
A PRIMEIRA INFÂNCIA E AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE ESSA ETAPA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO – Evidências Científicas Reconhecidas Internacionalmente	24

MENTAL HEALTH AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT	26
James F. Leckman Maria Conceição do Rosário L. Angelica Ponguta	

EARLY EXPERIENCE AND BRAIN DEVELOPMENT	42
Johanna Bick Charles A. Nelson	

Alguns estudos acadêmicos no Brasil – Saúde	
A SAÚDE DA CRIANÇA SOB O OLHAR DA PEDIATRIA	56
Rosana Fiorini Puccini Fabíola Suano Maria Wany Lousada Strufaldi	

CRIANÇAS E ADOLESCENTES NASCIDOS PREMATUROS	68
Ana Lucia Goulart Marina Carvalho de Moraes Barros	

INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (ÍPREDE): UMA ONG DEDICADA A PROMOVER
A NUTRIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA..... 84

Álvaro Jorge Madeiro Leite
João Vicente Menescal
Francisco Sullivan Bastos Mota
Márcia Maria Tavares Machado

SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O PROGRAMA USP
DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES..... 96

Lislaine Fraccolli
Guilherme V. Polanczyk
Anna Maria Chiesa
Euripedes C. Miguel

Educação

LABORATÓRIO DE BRINQUEDOS E MATERIAIS PEDAGÓGICOS (LABRIMP) E INFÂNCIA..... 112

Tizuko Morchida Kishimoto

UNIDADE II

REFERÊNCIAS NACIONAIS PARA A POLÍTICA MUNICIPAL SÃO PAULO CARINHOSA..... 122

BRASIL CARINHOSO E A SUPERAÇÃO DA EXTREMA POBREZA NA PRIMEIRA INFÂNCIA..... 124

Tereza Campello

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA..... 136

Paulo Vicente Bonilha Almeida
Maria de Lourdes Magalhães

EDUCAÇÃO INFANTIL E AS ATRIBUIÇÕES DOS MUNICÍPIOS..... 150

Cleuza Repulho
Maria do Pilar Lacerda

CULTURA E FORMAÇÃO NA INFÂNCIA..... 160

Juca Ferreira

A SITUAÇÃO DA INFÂNCIA SOB O OLHAR DO PODER JUDICIÁRIO	170
Dora Martins	
Eliana Kawata	

A RENDA BÁSICA DE CIDADANIA E A PRIMEIRA INFÂNCIA.....	182
Eduardo Matarazzo Suplicy	

UNIDADE III

SÃO PAULO CARINHOSA: CONSTRUÇÃO INTERSETORIAL, BUSCANDO ARTICULAÇÕES A PARTIR DO PLANO DE GOVERNO E DO PROGRAMA DE METAS DA GESTÃO MUNICIPAL.....	196
---	-----

POLÍTICA MUNICIPAL SÃO PAULO CARINHOSA: O QUE GRANDES CIDADES E POLÍTICAS INTERSETORIAIS PODEM FAZER POR SUAS CRIANÇAS	198
Ana Estela Haddad	

O PLANEJAMENTO NO SUS E A SAÚDE DA CRIANÇA.....	210
Paulo de Tarso Puccini	

MAIS SAÚDE NA CIDADE: O DESAFIO DE TRANSPOR OS MUROS DA DESIGUALDADE E REATAR LAÇOS COM O SUS	220
Alexandre Rocha Padilha	
Celia Cristina Bortoleto	
Márcia Aparecida do Amaral	

POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	236
Rejane Calixto Gonçalves	
Cássia Liberato Muniz Ribeiro	

POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	252
Athenê Maria de Marco Mauro	

VISITA DOMICILIAR COM FOCO NAS COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA O CUIDADO: A EXPERIÊNCIA DO JANELAS DE OPORTUNIDADES	268
Anna Maria Chiesa	
PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL: PARTE IMPORTANTE DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA PRIMEIRA INFÂNCIA	280
Marcelo Bonecker Jenny Abranto Sylvia Lavínia Ferreira Fabian Calixto Fraiz Ana Lídia Ciamponi José Carlos Imparato Maria Salete Nahás Pires Correa Ana Estela Haddad	
EDUCAÇÃO INFANTIL: HISTÓRIAS, AVANÇOS E DESAFIOS.....	302
Gabriel Chalita Emilia Cipriano	
ALIMENTAÇÃO ESCOLAR NA CIDADE DE SÃO PAULO: DO COPO DE LEITE À EDUCAÇÃO ALÉM DO PRATO	314
Erika Fischer	
A PRIMEIRA INFÂNCIA SOB A ÓTICA DOS DIREITOS HUMANOS NA CIDADE DE SÃO PAULO ...	328
Eduardo Matarazzo Suplicy Larissa Beltramim Flariston Francisco da Silva	
ROMPER COM OS CICLOS DE MISÉRIA E ABANDONO: A MELHOR FORMA DE CUIDAR DA PRIMEIRA INFÂNCIA	348
Luciana Temer	
SÃO PAULO MAIS INCLUSIVA E SÃO PAULO CARINHOSA.....	360
Marianne Pinotti Ana Nicolaça Monteiro Fabio Ramos Martins de Siqueira Silvana Lucena dos Santos Drago	

A POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E O TERRITÓRIO CEU	372
Fernando de Mello Franco Tereza Herling	
CULTURA: UMA SÃO PAULO PARA BRINCAR – COM O OLHAR PARA A CRIANÇA, UMA CIDADE QUE PODE SER MELHOR PARA TODOS.....	384
Nabil Bonduki Fabio Maleronka Ferron Terciane Alves	
A IMPORTÂNCIA DE VIVENCIAR O LUTO NA INFÂNCIA.....	402
Lucia Salles França Pinto Fúlvio Giannella Junior	
O PROCON MUNICIPAL E A PUBLICIDADE INFANTIL	412
Eduardo C. B. Bittar	
A ESCUTA E O OLHAR DAS CRIANÇAS PARA ORIENTAR A REQUALIFICAÇÃO DO ESPAÇO URBANO: A EXPERIÊNCIA EM UM TERRITÓRIO DO GLICÉRIO.....	422
Ana Estela Haddad Terciane Alves Mariana Scaff Haddad Bartos Cássia Marques da Costa Otávio Paiva Denise Xavier de Mendonça Nayana Brettas Erika Fischer	
EQUIDADE EM TODAS AS INFÂNCIAS: SÃO PAULO CARINHOSA E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL.....	428
Teresinha Pinto	
CARINHO, CIDADANIA, RESPEITO AOS REFUGIADOS E IMIGRANTES EM SÃO PAULO	432
Teresinha Pinto	



UNIDADE IV

ALGUMAS INICIAATIVAS DA SOCIEDADE CÍVIL ORGANIZADA E ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS DA POLÍTICA MUNICIPAL SÃO PAULO CARINHOSA440

SOBRE LA FUNDACIÓN BERNARD VAN LEER: ALGUNOS ANTECEDENTES442

J. Leonardo Yáñez
Representante para América Latina

UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DE LÍDERANÇAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA450

Eduardo Marino

HONRAR A CRIANÇA.....464

Ana Lucia Villela

INSTITUTO BRINQUEDO VIVO472

Roberto Avritchir
Lycia Mimica
Edna Pessanha

MAPA DA INFÂNCIA BRASILEIRA (MIB): COMUNIDADE COLABORATIVA QUE UNE DIFERENTES ATORES NA ÁREA DA INFÂNCIA.....482

Adriana Friedmann
Roselene Crepaldi

CASA DAS EXPEDIÇÕES.....494

Valéria Gonçalves Pássaro
Daniel Fresnot
José de Souza Queiroz

EM BUSCA DAS HISTÓRIAS508

Ana Luísa Lacombe

CASA DO ZEZINHO516

Dagmar Rivieri Garroux

OUTROS SUJEITOS, OUTROS TERRITÓRIOS: EM BUSCA DO TERRITÓRIO EDUCATIVO, INTEGRAL E INTEGRADOR526

Ana Beatriz Goulart de Faria

DESPERTAR O OLHAR, ROMPER O CICLO	542
Marcia Dias	
Marília Belmonte M. da Silva	

A REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA É A SOCIEDADE CIVIL AGINDO	554
Claudius Ceccon	

UNIDADE V

OUTROS PROGRAMAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS COM FOCO NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	558
--	-----

“O QUE VOCÊ FAZ PARA O SEU FILHO HOJE, VALE POR TODA A VIDA!”: PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR – POLÍTICA PÚBLICA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA PIONEIRA NO BRASIL.....	560
---	-----

Cândida Kirst Bergmann
Carolina de Vasconcelos Drügg
Gisele Mariuse da Silva
Giuliana Chiapin
Kênia Margareth da Rosa Fontoura
Lacy Maria da Silva Pires
Leila Maria de Almeida
Sandra Silveira Nique da Silva

VISITA DOMICILIAR E SUPERVISÃO: ESTRATÉGIA CONJUGADA DO PROGRAMA <i>CRESÇA COM SEU FILHO</i> PARA A PROMOÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE	576
---	-----

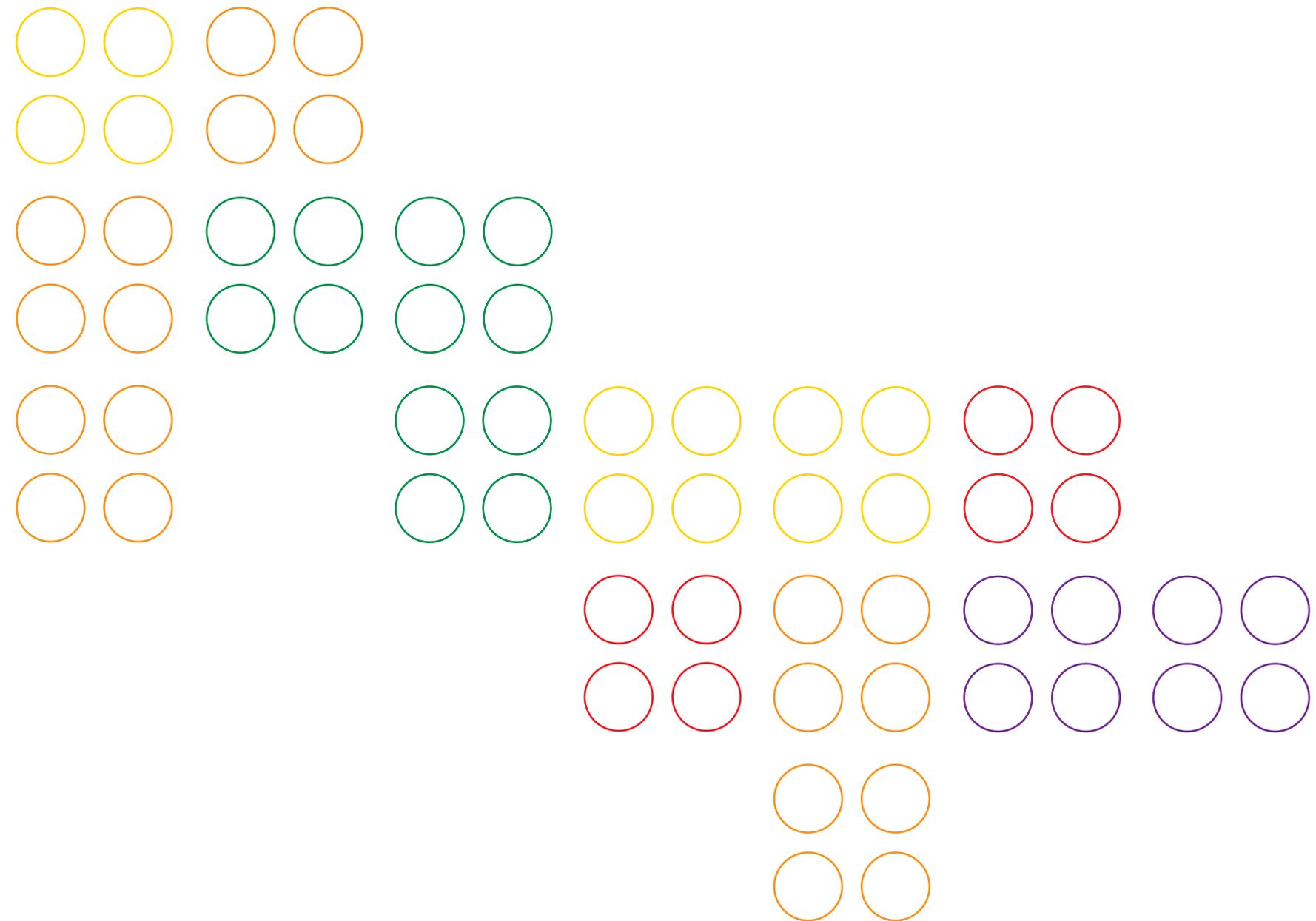
Carolina Cunha Bezerra
Maria do Perpetuo Socorro Martins Breckenfeld

UNIDADE VI

MARCO REGULATÓRIO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	586
--	-----

O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA E O PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	588
Vital Didonet	

APRESENTAÇÃO



Quando assumi a Prefeitura de São Paulo, em 2013, um assunto que nos ocorreu, a mim e a Estela, foi o de como repensar o papel da primeira-dama. A questão não era menor. A cidade não estava habituada ao personagem e Estela não queria, em hipótese nenhuma, vestir o figurino tradicional.

Profissional bem-sucedida, Estela é livre-docente do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; faculdade considerada recentemente a nona melhor do mundo na área. Durante nossa estada em Brasília, prestou assessoria tanto no Ministério da Educação (gestões Cristovam Buarque e Tarso Genro) quanto no Ministério da Saúde (gestões Saraiva Felipe, Agenor Álvares, José Gomes Temporão e Alexandre Padilha). Deixou um legado de políticas públicas originais, tendo participado da formulação de ações exitosas como PROUNI, PET-Saúde, Telessaúde Brasil, UNASUS, Revalida, Pró Residências, para ficar nas mais vistosas.

Como, portanto, conciliar a trajetória exuberante dessa profissional com um papel que, regra geral, não dialoga com atributos como independência, autonomia e realização?

Estela, depois de alguma reflexão, submeteu-me uma ideia que parecia conciliar o que, à primeira vista, parecia impossível: cuidar e promover ações coordenadas intersetorialmente, voltadas para a promoção da primeira infância na cidade de São Paulo.

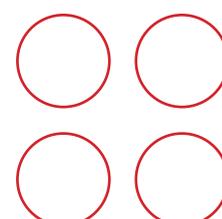
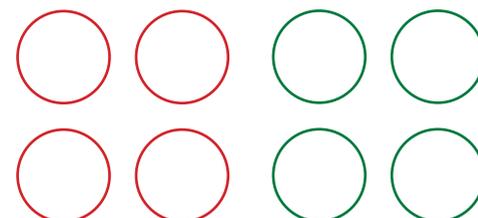
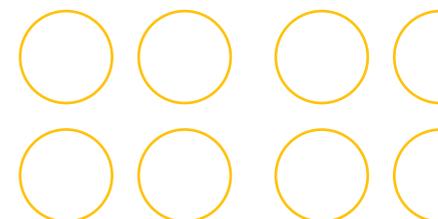
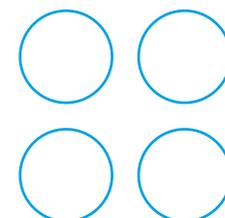
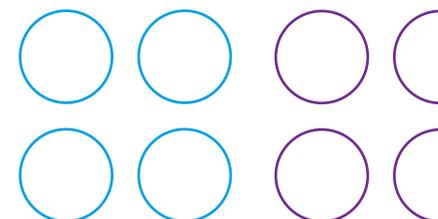
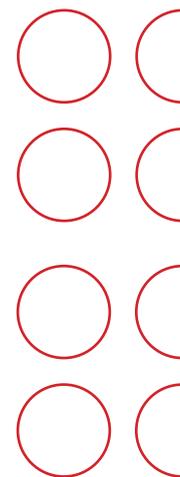
A ideia realmente parecia coerente com sua vocação de “dentista de crianças” e mãe exemplar e toda a riqueza de conhecimentos acumulados em dois ministérios em nove anos de trabalho em Brasília.

A experiência não poderia ser mais gratificante para ela e para toda administração. Como os leitores não deixarão de notar, a São Paulo Carinhosa inspirou-se nas melhores práticas nacionais e internacionais para organizar em São Paulo uma das mais promissoras intervenções do poder público na área da primeira infância.

Mais de uma dezena de secretarias municipais foram engajadas no processo. Cada uma foi orientada a refletir sobre o seu papel na equalização das oportunidades dos paulistanos desde o berço. Cultura e Saúde, Educação, Esporte e Assistência, Habitação e Lazer, enfim, todos foram convocados a pensar a cidade a partir de um novo ponto de vista: o dos pequenos.

O resultado desse experimento o leitor terá a oportunidade de conhecer nos ensaios preciosos que esse livro contém. Tenho a certeza de que os interessados no tema irão se beneficiar enormemente da leitura e, quem sabe, formular novas políticas públicas voltadas para cidadãos tão especiais.

Fernando Haddad



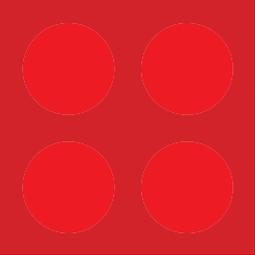


INTRODUÇÃO

SÃO PAULO CARINHOSA: POLÍTICA MUNICIPAL PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA – ORIGEM E CAMINHO PERCORRIDO

Ana Estela Haddad

Primeira-dama do município de São Paulo (2013-2016), coordenadora da Política Municipal São Paulo Carinhosa e professora livre-docente de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp)



A escolha da primeira infância como o tema ao qual me dedicar durante a gestão municipal ancora-se em alguns elementos que gostaria de mencionar, uma vez que caracterizam o lugar a partir do qual pude construir minha contribuição.

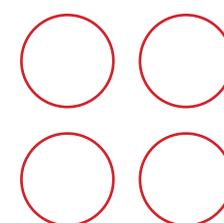
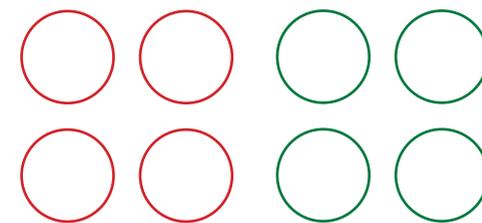
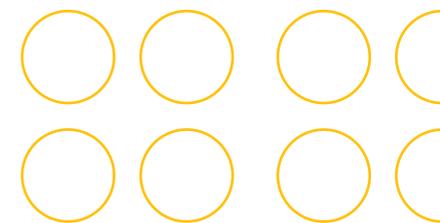
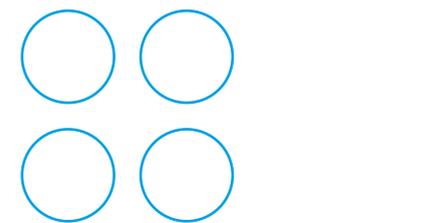
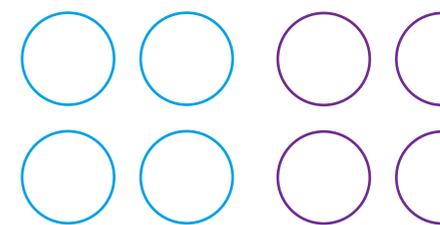
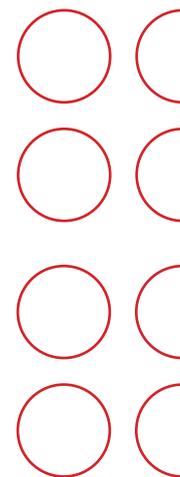
Minha trajetória profissional como cirurgiã-dentista especialista em Odontopediatria voltou-se, desde o início, para a infância e as dimensões multidisciplinar e multiprofissional do crescimento e desenvolvimento infantil.

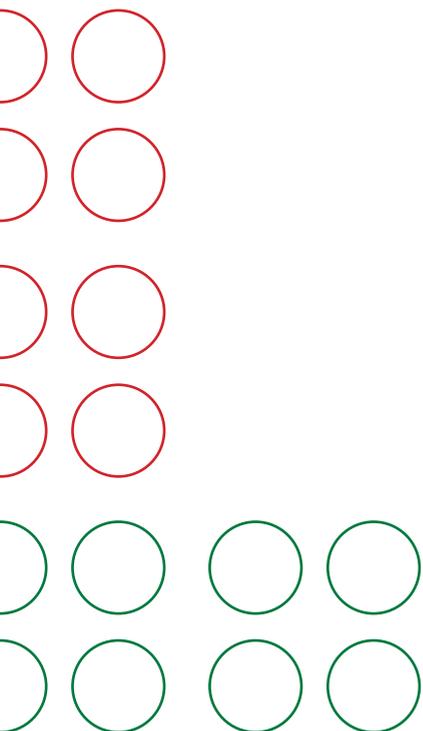
Ao longo de quase dez anos trabalhando com políticas públicas nas áreas da educação e saúde, mobilizaram-me algumas ações políticas, sobretudo pelo seu alcance e potencial transformador, em especial na educação, no desenvolvimento social e na saúde.

Seguindo de perto a política nacional implementada pelo Ministério da Educação, com abordagem sistêmica e integrada, envolvendo todos os níveis educacionais, desde a Educação Infantil até a Pós-Graduação, destaca-se que o atendimento à faixa etária de 0 a 3 anos pelo sistema educacional é relativamente recente e também se ancora nos estudos científicos sobre o desenvolvimento da arquitetura cerebral e de como os bebês aprendem nesse período da vida. Daí decorreu a inclusão dessa faixa etária no ciclo educacional. O desafio passou a ser: garantir o acesso à educação infantil a todos e com qualidade. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) alcançou grande visibilidade internacional, tendo sido premiado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). Recentemente, soubemos que aproximadamente 25 países, em especial a África, estão aprendendo com a experiência brasileira, que conseguiu aprovar no Congresso Nacional, a despeito da força dos interesses das grandes indústrias alimentícias, uma lei que estabelece a redução dos teores de açúcar e gordura, bem como de alimentos ultraprocessados, a introdução de alimentos orgânicos e a porcentagem de 30% de alimentos oriundos da agricultura familiar (Lei Federal nº 11.947/2009).

Na saúde, a experiência acumulada ao longo do tempo e o contato com os estudos mais recentes nas áreas da neurociência, pediatria, psicologia, entre outras, produziram muitas evidências sobre os efeitos decisivos do ambiente, da família e dos cuidadores sobre o desenvolvimento infantil. Esses aspectos me levaram a reafirmar o desejo de seguir trabalhando e aprendendo com essa etapa tão importante da vida.

Durante o lançamento do Brasil Carinhoso em 2012, destaco os dados e as informações produzidos, identificando o fato de que a taxa de extrema pobreza era 23 vezes maior para crianças de 0 a 5 anos de idade, se comparada ao índice referente às pessoas com 65 anos de idade ou mais. A observação desse fato levou as gestoras – a presidenta Dilma Rousseff e a ministra Tereza Campello – a tomar a decisão de estabelecer, no Bolsa Família, prioridade para as famílias com crianças. Ainda, a abrangência social e o caráter intersetorial de sua formulação foram, sem dúvida, elementos que reforçaram minha crença na necessidade de buscar a integração e articulação das políticas setoriais para, de fato, chegar aos cidadãos que mais dependem da política pública.





Esses elementos revistos agora em retrospectiva contribuíram fortemente para que nascesse, na gestão municipal de São Paulo (2013-2016), a Política Municipal São Paulo Carinhosa.

Uma vez tomada a decisão, dois movimentos estruturantes para a formulação da política foram realizados. Um deles ocorreu dentro da gestão, em parceria com as secretarias municipais, cujo propósito era identificar, no plano de governo, traduzido e quantificado no Programa de Metas (2013), as prioridades relativas à infância. Coube a cada secretaria apontar que metas, entre as 123 prioritárias, incidiam ou poderiam vir a incidir sobre a infância e em especial sobre a primeira infância, de modo que pudessem ser incorporadas à São Paulo Carinhosa. Vale destacar que, embora o município de São Paulo já contasse com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fumcad), foi apenas na gestão de 2013, com a institucionalização da Secretaria Municipal de Direitos Humanos, que se criou a Coordenação da Criança e do Adolescente na estrutura organizacional da gestão.

O outro movimento que fizemos foi em sentido externo, buscando conhecer, na cidade, no país e também globalmente, experiências não apenas na gestão pública, mas também vinculadas à sociedade civil organizada, que incidem sobre a primeira infância. Qual é o seu foco? Qual é a sua abrangência? Que resultados já haviam sido obtidos? Em que contexto se produziram sucessos e fracassos? Quais foram as lições aprendidas?

Esse percurso norteador da formulação resultou no Decreto Municipal nº 54.278, de 28 de agosto de 2013 (SÃO PAULO, 2013), que instituiu a Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância na cidade de São Paulo – São Paulo Carinhosa. Seus principais objetivos são articular, coordenar, divulgar e ampliar as ações realizadas no município para a promoção do desenvolvimento infantil integral do 0 aos 6 anos de idade, com ênfase do 0 aos 3 anos.

Esta publicação, que temos enorme satisfação em concretizar, tem o objetivo de registrar o caminho percorrido, os resultados alcançados, as descobertas não planejadas, mas que demonstraram potencialidade para serem incorporadas pelas políticas públicas. É uma construção coletiva, a muitas mãos, com os principais parceiros que acompanharam nosso percurso, em companhia dos quais refletimos, agimos, com os quais aprendemos e pudemos formular e implementar as ações que constituem a São Paulo Carinhosa.

A Unidade I congrega as evidências científicas mais atuais sobre a primeira infância. O Prof. James Leckman, pesquisador e psiquiatra infantil, da Yale University, aborda a saúde mental e o desenvolvimento na primeira infância. Em seguida, o Prof. Charles Nelson, vinculado ao Early Childhood Development Centre da Harvard University, traz um capítulo sobre suas pesquisas a respeito do desenvolvimento e da formação da arquitetura cerebral, baseado na observação comparada de crianças institucionalizadas, crianças que cresceram com as suas famílias de origem e ainda um grupo de crianças que foram adotadas em diferentes idades.

■ Alunos da rede de Educação Infantil do município de São Paulo participam do Programa Imprensa Jovem



Na mesma unidade, trazemos também estudos desenvolvidos em universidades públicas brasileiras, nas áreas da saúde, da educação e do direito. O estudo da área do direito serviu de base para que fosse proposto pela São Paulo Carinhosa e incorporado ao Decreto Municipal nº 56.871, de 15 de março de 2016, que instituiu o Procon Municipal (SÃO PAULO, 2016) o tema do consumismo na infância. O texto ressalta a importância de promover a sensibilização e conscientização da sociedade, e campanhas educativas, no sentido de proteger as crianças contra a pressão consumista.

A Unidade II engloba as políticas nacionais e referenciais para a São Paulo Carinhosa. Não por acaso, a unidade abre-se com um capítulo sobre o Brasil Carinhoso, seguido da Política Nacional de Saúde da Criança. Seguem-se a educação e o papel dos municípios e um olhar sobre a cultura e o brincar, pelo ministro da Cultura Juca Ferreira. Ainda nessa unidade, há um capítulo sobre a infância e o Poder Judiciário.

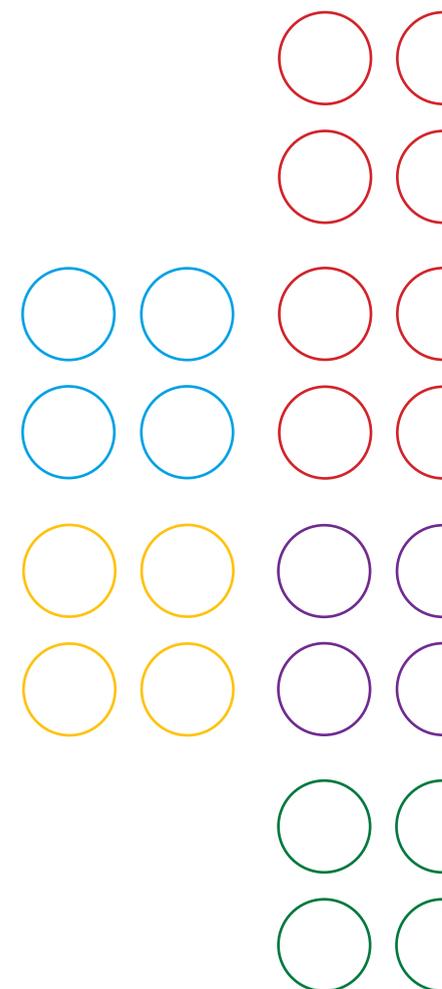
A Unidade III, composta por 16 capítulos, trata efetivamente da São Paulo Carinhosa, iniciando-se com uma abordagem integradora e passando para a contribuição das várias secretarias municipais que compõem o seu Comitê Gestor. Estão registradas iniciativas que foram planejadas desde o início, com base no Programa de Metas e em referenciais nacionais, como o Plano Nacional pela Primeira Infância. Incluímos também iniciativas que não estavam previstas inicialmente, mas que surgiram pelo envolvimento despertado em gestores públicos sensíveis à causa. Citamos dois exemplos: a questão do luto parental, como parte das iniciativas da Secretaria Municipal de Serviços, por meio do Serviço Funerário, e a visão da gestora Lucia Sales, voltada para a humanização e transformação da morte em memória. A política municipal de cultura, embora planejada desde o início, cresceu e ganhou dimensões não previstas, ressoando na participação intensa e crescente de famílias dos mais variados distritos, origens e características, e se espalhando pelos territórios da cidade. As áreas de saúde, educação e assistência social são estruturantes da política e foram complementadas por ótimas propostas e ações inclusivas da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida. O espaço urbano planejado a partir do olhar e dos desejos das crianças está no relato de experiência desenvolvida no Glicério (centro), tendo como parceiros governamentais as secretarias municipais de Educação, Saúde, Assistência e Desenvolvimento Social, Desenvolvimento Urbano, Transportes (Companhia de Engenharia de Trânsito – CET) e Subprefeitura da Sé. Como parceiros externos, a Fundação Holandesa Bernard van Leer, o curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Belas Artes e a organização não governamental CriaCidade.

A Unidade IV apresenta dez experiências selecionadas de fundações e institutos parceiros da São Paulo Carinhosa e se completa com a experiência da Rede Nacional pela Primeira Infância. A primeira é holandesa, com grande alcance em países de todo o mundo (Fundação Bernard van Leer), e duas delas têm alcance nacional e internacional, embora sediadas em São Paulo (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e Instituto Alana).

■ Visita ao território do Glicério



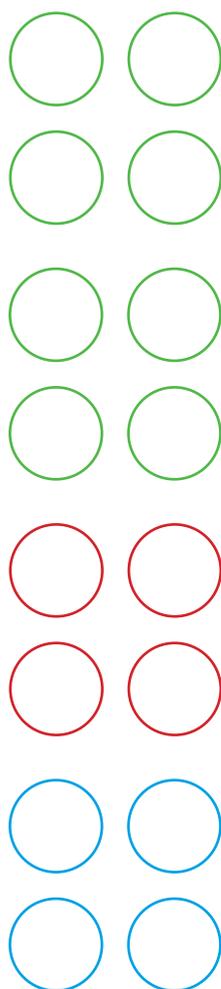
Eduardo Ogata



- Concerto da Orquestra Sinfônica de Repertório sob regência do Maestro Carlos Moreno, dedicado às crianças e adolescentes com deficiência



Cesar Ogata



A Unidade V é composta por duas experiências, uma delas estadual e pioneira no Brasil, o Programa Infância Melhor (PIM), que se tornou lei no Rio Grande do Sul, e o Programa Cresça com seu Filho, do município de Fortaleza, que começou as atividades no mesmo período da São Paulo Carinhosa, ambos com ajuda importante da Coordenação Nacional de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, para a implementação de visitas domiciliares cujos propósitos são apoiar o desenvolvimento infantil integral e fortalecer as competências familiares para o cuidado. Gostaríamos muito que pudesse estar incluída aqui uma experiência muito inspiradora, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, conduzida pela Dra. Liliane Penello, médica psiquiatra. Trata-se do primeiro programa com o qual tivemos contato quando ainda trabalhávamos no Ministério da Saúde, na gestão do ministro José Gomes Temporão.

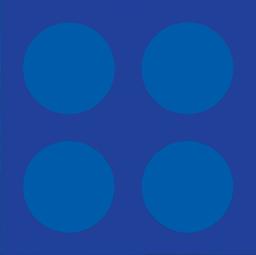
E por fim, temos a grande satisfação de contar com o capítulo que trata do Marco Legal da Primeira Infância, Lei Federal nº 13.257/2016 (BRASIL, 2016). É bastante significativo que, ao iniciarmos nosso trabalho em 2013, um dos principais documentos de referência para nós tenha sido o Plano Nacional pela Primeira Infância, formulado pela Rede Nacional da Primeira Infância, elemento fundante do marco legal que ora se concretiza. Neste ano em que completamos o ciclo da gestão municipal e no qual foi promulgado o marco legal possivelmente mais avançado do mundo em relação à primeira infância, a São Paulo Carinhosa seguiu avançando no mesmo movimento e prepara-se para encaminhar à Câmara Municipal, em parceria com o CMDCA, a proposta de um projeto de lei que cria o Plano Municipal pela Primeira Infância, um legado para a cidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 mar. 2016. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm>. Acesso em: 22 abr. 2016.
- SÃO PAULO (Cidade). Decreto nº 56.871, de 15 de março de 2016. Dispõe sobre a organização do Sistema Municipal de Defesa do Consumidor – SMDC, do Departamento de Defesa do Consumidor – Procon Paulistano e do Conselho Municipal de Defesa do Consumidor – Condecon Paulistano, estabelece novas regras para o Fundo Municipal de Defesa do Consumidor – FMDC, bem como transfere e altera a denominação dos cargos de provimento em comissão que especifica. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo, 16 mar. 2016. n. 49. Disponível em: <<http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/NavegaEdicao.aspx?ClipID=5PU1NKEOE450Oe7NI3OKQ46K9T9&PalavraChave=PROCON>>. Acesso em: 22 abr. 2016.



Eduardo Ogata





UNIDADE 1

A Primeira Infância e as evidências científicas sobre essa etapa do desenvolvimento humano

Evidências científicas
reconhecidas
internacionalmente

A young child with dark skin and short hair is focused on stacking colorful blocks (yellow, green, red, white) in a classroom. The background shows a grid pattern and other educational materials. The image is overlaid with a blue and purple geometric pattern of circles and squares.

MENTAL HEALTH AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT

James F. Leckman, MD, PhD

Neison Harris professor of Child Psychiatry, Psychiatry, Pediatrics and Psychology,
Child Study Center, Yale University, New Haven, Connecticut, USA

Maria Conceição do Rosário, MD, PhD

Associate professor, Department of Psychiatry, Child and Adolescent
Psychiatry Unit, Federal University of São Paulo, Brazil

L. Angelica Ponguta, PhD, MPH

Associate research scientist, Child Study Center, Yale University,
New Haven, Connecticut, USA

In a real sense all life is inter-related. All persons are caught in an inescapable network of mutuality, tied in a single garment of destiny. Whatever affects one directly affects all indirectly. I can never be what I ought to be until you are what you ought to be, and you can never be what you ought to be until I am what I ought to be. This is the inter-related structure of reality.

Martin Luther King, Jr. (1929-1968)

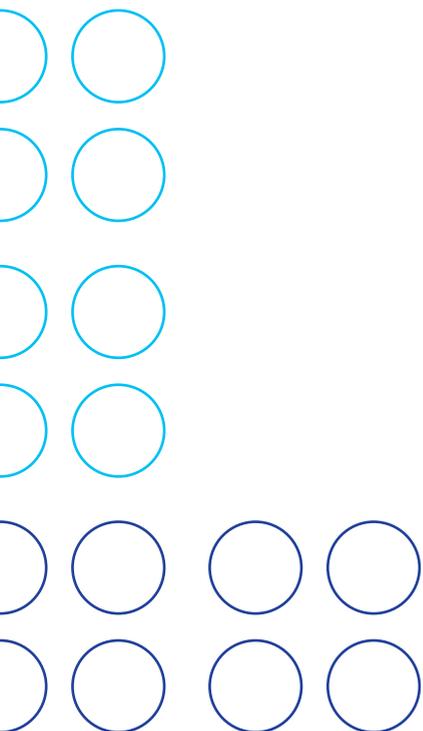
The biobehavioral systems that underlie the development of parent-child relationships are ancient and deeply rooted in our mammalian evolution (LOMANOWSKA; BOIVIN; HERTZMAN; FLEMING, 2015). These systems are also highly adaptable to changes in the environment. For example, exposure to violence in the home environment and other adverse childhood experiences can be extremely detrimental to a child's development and are causally related to a broad range of negative outcomes across a lifespan, including major emotional and behavioral problems as well as increased rates of mortality and morbidity (BALLARD et al., 2015; CAMPBELL; WALKER; EGEDE, 2015; GLOVER, 2011; KESSLER et al., 2010). Even though global attention to early childhood development has been increasing, more than 40 percent of children under 5 years of age in Low- and Middle-Income Countries (LMICs) are not achieving their developmental potential (BLACK; PÉREZ-ESCAMILLA; RAO, 2015).

In this chapter, we briefly review the importance of early child development in setting the stage for an individual's emotional and physical well-being (HECKMAN; MOSSO, 2014; LECKMAN; PANTER-BRICK; SALAH, 2014). After discussing a few key concepts including resilience, we focus on the substantial body of data concerning the long-term impact of adverse childhood experiences (ACEs). This is followed by a presentation of our current understanding of the promise of early parent-child interventions (WESSELS et al., 2013). We focus particularly on their potential to improve the child's cognitive and socioemotional skills as well as to reduce violence in families and communities for generations to come in a highly cost-effective manner. We close the chapter by highlighting the promise of the holistic approach of the innovative São Paulo Carinhosa project, which is being implemented by the Brazilian Ministry of Health in the city of São Paulo under the leadership of Ana Estela Haddad.

KEY CONCEPTS

Bioecological model of human development

Human development is shaped by the interaction between an individual and his or her micro-to macroenvironments (BRONFENBRENNER, 2004). As a consequence, an individual's



specific developmental path is shaped, in part, by their day-to-day interactions with their caretakers, relatives, peers, teachers, and community. It is also clear that there are critical periods during the course of development that differentially influence somatic and neural development (HENSCH, 2014).

Attachment

Similar to other species, children form emotional attachments early in life to their caregivers. When these caregivers are sensitive and responsive to the child's needs, the caregivers provide a secure base to explore the world. The formation of these attachments contributes to the child's later emotional and cognitive development, as well as to their own investment in future interpersonal relationships (BOWLBY, 1988).

Responsive parenting

Human development relies on the presence of caretakers that are nurturing, caring, enriching, and protective. Responsive parenting occurs when parents (mothers and fathers and/or other caregivers) do their best to invest in their children and meet their emotional, cognitive, nutritional, and physical needs during gestation and the early years. These interactions with caretakers contribute to the socioemotional microenvironment needed for optimal developmental progressions from conception onward. They can also protect infants and children from the negative impact of stress. Interventions helping parents learn responsive behaviors have shown that increases in responsiveness result in their children demonstrating better problem-solving, language, and social skills, as well as improved emotional skills and behavioral development (LANDRY et al., 2008).

Adverse childhood experiences (ACEs)

An ACE is a traumatic experience in a person's life occurring before the age of 18 that the person remembers as an adult. These experiences include: child abuse (emotional, physical, or sexual), child neglect (emotional or physical), and household dysfunction (domestic violence, substance abuse, mental illness, criminal activity, or parental absence) (ANDA et al., 2006; EDWARDS et al., 2003).



Lilian Borges

Parenting begets parenting – A multigenerational and potentially transformative reality

There is a growing body of scientific literature that indicates that one crucially important predictor of parenting behavior is how parents were parented themselves (LOMANOWSKA et al., 2015). This reality has the potential to create vicious or virtuous cycles.

Vicious cycle

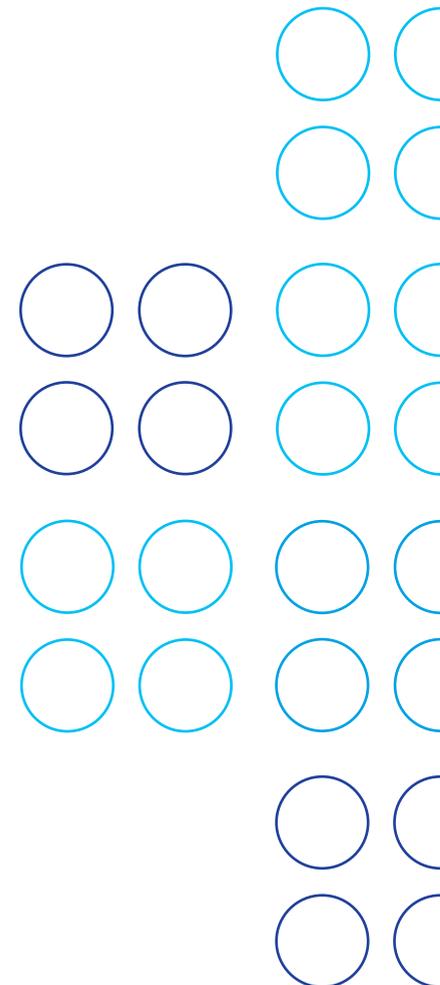
Lack of nurturing care and protection, which is linked with poverty, stress, parental ill health, including mental disorders and substance use, inadequate nutrition, living in conflict zones, and other ACEs, can have deleterious consequences for early neural and social development and increase the risk of less-than-optimal outcomes across the lifespan (WESSELS et al., 2013). With regard to exposure to violence, studies in LMICs have found that mothers who believe that their husbands are justified in hitting them are more likely to believe that harsh corporal punishment is also necessary to rear their children successfully (LANSFORD et al., 2014). Sadly, victims of violence and maltreatment during childhood are more likely to become perpetrators and victims of violence later in life (FANG; CORSO, 2007).

Virtuous cycle

Investing in optimizing early child development can provide clear social and economic dividends for families and societies for generations to come. Enhancing parents' emotional regulation and impulse control, as well as their ability to attend to their child's biological and socioemotional needs and to respond contingently to their child's signals and needs in a positive fashion, is one of the key elements that form the foundation of virtuous cycles within families from one generation to the next (LOMANOWSKA et al., 2015; BRITTO et al., 2016).

Resilience

Despite ample evidence that early childhood adversity and poor parenting can set the stage for a vicious cycle to develop leading to the intergenerational transmission of poor parenting, it is important to emphasize that in many cases, parents who experienced adversity as a child, including physical abuse, will *not* adopt the same pattern of behavior with their child (FANG; CORSO, 2007). The concept of resilience is multifaceted. It is both a dynamic process and an





Lilian Borges

outcome with multiple biological and social determinants that play out over the course of an individual’s development within their multiple and unique bioecological settings (RUTTER, 2013; PANTER-BRICK; LECKMAN, 2013).

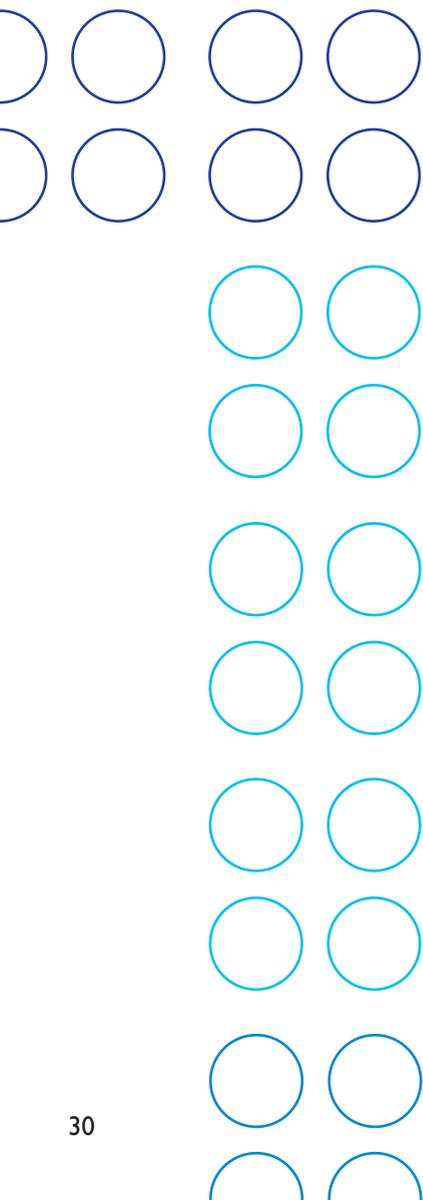
MENTAL HEALTH AND EARLY CHILD DEVELOPMENT

Maternal mental and physical health

The ability of a mother to support the health and development of her children is critically dependent on her own health and well-being. Consequently, one of the pivotal elements needed to ensure the optimal neurodevelopmental and somatic well-being of the child is maintaining the mother’s physical and mental health during preconception, pregnancy, and beyond.

One important domain of physical health concerns the mother’s nutritional status (both under- and overnutrition). Her nutritional status affects not only her fertility and the development of oocytes, but also the fetal growth and development, as well as the health and cognitive development of the child later in life (FLEMING et al., 2015). The impact of the mother’s and child’s nutritional status in LMICs is a major focus of the ongoing Consortium of Health-Orientated Research in Transitioning Societies (COHORT) studies. The COHORT studies are actively following birth cohorts from five LMICs, including the Pelotas cohort in Brazil, to determine the long-term consequences of ACEs and undernutrition on the health and well-being of the developing child (RICHTER et al., 2012; SOARES et al., 2016).

The mental health of the mother is also another critically important determinant. Not surprisingly, mental disorders including depression and anxiety are among the most common morbidities affecting mothers during pregnancy and the postnatal period (HOWARD et al., 2014). The most relevant risk factors associated with antenatal depression include a lack of social support, a history of abuse or of domestic violence, adverse events in life, and high levels of perceived stress (BIAGGI et al., 2015). These conditions can have deleterious and enduring effects on the mother, her child, and her family. For example, adverse life events during gestation increase the risk for preterm birth and low birth weight (DANCAUSE et al., 2011). In addition, high levels of maternal prenatal stress have also been associated with the child being at an increased risk to develop a range of neuropsychiatric disorders including anxiety disorders, attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, and schizophrenia, as well as poorer cognitive function (BERNET; STEIN, 1999; BIFULCO et al., 2002; BROWN et al., 1999; CÔTÉ et al., 2007; 2009; GLOVER, 2011; HALLIGAN et al., 2007). The biological basis for this increased vulnerability has yet to be fully understood, but there clearly are adverse effects on the structure and function of the child’s brain.



These findings clearly point to the need to support the well-being of expectant mothers in order to optimize the child's development outcomes. This is particularly true in LMICs, where the prevalence of many of the risk factors, as well as the rates of perinatal mood disorders, is higher than that seen in women from high-income countries (HICs) (PARSONS et al., 2012). Consequently, assessing and designing programs to address the mental health needs of expectant and new mothers needs to be an integral part of interventions programs (RAHMAN et al., 2013).

Paternal mental and physical health

In addition to the emotional well-being of new mothers, emerging data indicate that paternal mental health during the early years of a child's life is an important contributor to a child's vulnerability to develop psychopathology (DAVIS et al., 2011; KANE; GARBER, 2004; RAMCHANDANI et al., 2005). These findings reinforce the need to find ways to engage fathers more actively in early childhood programs (PANTER-BRICK et al., 2014).

Child mental health

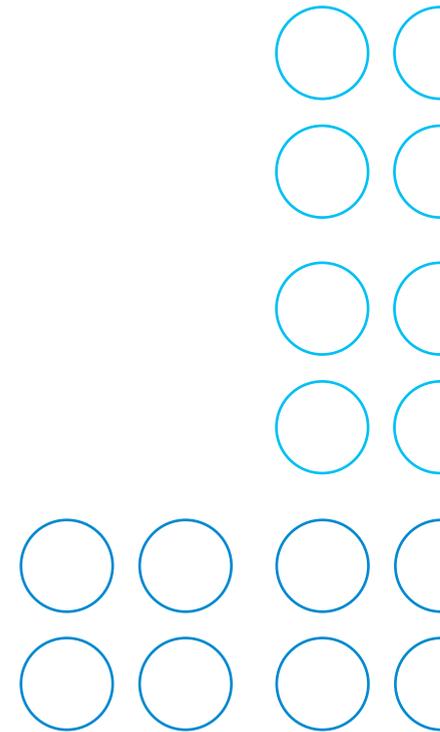
A child's mental health is an important foundation that supports many other core aspects of human development – from the formation of friendships and the ability to cope with adversity to the achievement of success in school and in the workplace. A child's mental health is determined by a number of interdependent factors discussed above. Sadly, children as young as 2 years of age can develop diagnosable mental disorders that compromise their future potential (EGGER; ANGOLD, 2006). According to the World Health Organization, there is no health without mental health (WHO, 2003).

The child's exposure to violence and other ACEs

The exposure of children to violence and other adversities is a uniquely traumatic experience that has the potential to profoundly derail the child's security, health, happiness, and ability to grow and learn – with effects lasting well into adulthood. In the United States, in 2012, the Attorney General's National Task Force on Children Exposed to Violence estimated that two out of every three children in the United States can expect to have their lives touched by violence in its various forms, from maltreatment by their caretakers to witnessing domestic violence in their home to exposure to gang activities in their communities. Direct forms of violence including child maltreatment can affect a child's physical,



Edson Hatakeyama





Eduardo Ogata

cognitive, emotional, and social development. They can harm the development of the brain and increase the risk of mental illness, as well as developing behaviors that are risky, such as smoking, drug use, and unsafe sex. It is also important to consider structural and other forms of indirect violence. Indirect violence has been defined as an indirect violation of the right to survival, for example through illiteracy, inequality of access to education and opportunities, and/or insufficient educational infrastructure. In Brazil and across the globe, children are exposed to both direct and indirect forms of violence.

The first adverse childhood experiences study was a large population-based study initiated in southern California, in the United States. Participants were recruited to the study between 1995 and 1997 and have been in long-term follow-up for health outcomes ever since (FELITTI et al., 1998; DUBE et al., 2002). This study has been a notable landmark in epidemiological research, given the large number of scientific articles it has generated and inspired, mostly based in the United States and other HICs (PUTNAM et al., 2013). The number of ACEs has been consistently linked to a host of poorer cognitive outcomes and health problems in adulthood, such as depression and suicide, substance abuse, chronic health problems, and a shorter life expectancy (CHAPMAN et al., 2004; DUBE et al., 2002; GUINOSSO et al., 2015; KELLY-IRVING et al., 2013; CHARTIER et al., 2010; FELITTI et al., 1998; DUKE, 2010). Although each of the ACEs have differential effects on risky behavior and the emergence of mental and physical disorders, by the time children have been exposed to four or more of these adversities, the odds of having negative health outcomes in adulthood are up to 12 times that of children without such exposure (CAMPBELL et al., 2015).

The majority of studies on ACEs have been carried out in HICs, and relatively little is known about their prevalence in LMICs. Moraes et al. (2008) reported the results of a household survey carried out in low-income neighborhoods in Rio de Janeiro. They found that nearly two-thirds of all parents used some sort of physical violence against their children, and around a third of the survey respondents reported violence between adults, much of which was witnessed by children. Subsequently, Avanci et al. (2012) conducted a study of a random sample of ~450 schoolchildren aged between 6 and 10, selected from a city in the Brazilian state of Rio de Janeiro. Based on caregiver reports, these investigators found that children exposed to psychological abuse and humiliation in the family setting were ~6 times more likely to be depressed. Having a poor relationship with their father and parental divorce were also clear risk factors for depression (approximately three times more likely). More recently, in a study of nearly 4,000 adolescents from the 1993 Pelotas birth cohort in southern Brazil, Soares; et al. (2016) indicated that nearly 85 percent of these children reported that they had experienced at least one ACE, with females reporting a higher number. The most common ACE was parental separation (42 percent), followed by emotional neglect (~20 percent) and witnessing domestic violence (~10 percent). These investigators have yet to report on the associations between those ACEs and various cognitive and socioemotional outcomes, including various forms of psychopathology.

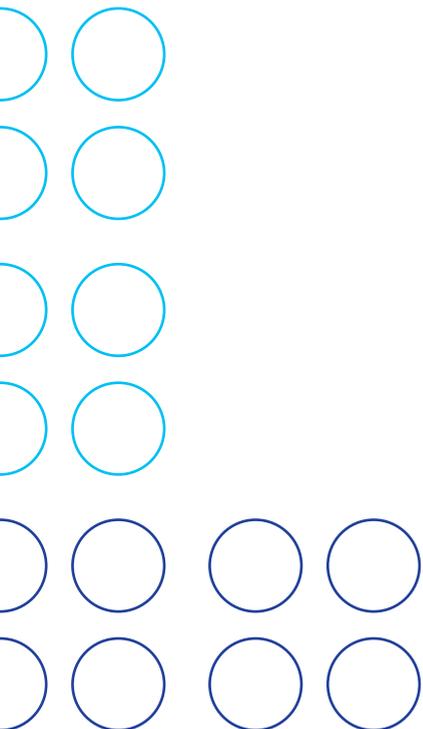
EARLY CHILDHOOD INTERVENTIONS – REDUCING INEQUALITIES

A large number of early childhood interventions programs have been developed across the globe. These range from home visitation programs starting during pregnancy to programs designed to bring together parents of preschool children to participate in interactive curricula. Developing and enhancing school-based interventions for young children has also gained increasing attention both in LMICs and HICs (HEKTNER et al., 2014; YOSHIKAW et al., 2015). A number of these programs show promise, and a few have demonstrated long-term benefits. Notable examples of studies from the United States that have shown positive long-term outcomes into adulthood include the Nurse Family Partnership, the High/Scope Perry Preschool Project, the Chicago Longitudinal Study, and the Abecedarian Project (BRITTO et al., 2016). The Jamaican study (GRANTHAM-MCGREGOR; WALKER, 2007) and the Turkish Early Enrichment Project (KAĞITÇIBAŞI et al., 2001) are two notable programs conducted in LMICs that have documented clear benefits to children, families, and societies in those countries.

Benefits to cognitive development and improved socioemotional outcomes – Violence prevention and physical health

Systematic reviews of efficacy and effectiveness studies conducted in both LMICs and HICs have documented that parent-child education and child- focused stimulation programs have positive effects on direct measures of children’s motor, cognitive, and language skills across diverse policy, service delivery, and social contexts (ENGLE et al., 2011; KAĞITÇIBAŞI; BRITTO, 2014; BRITTO et al., 2013; BRITTO et al., 2016). Programs that combine nutrition and infant stimulation are also receiving increased attention (ABOUD; AKHTER, 2011; ENGLE, 2011; LARSON; YOUSAFZAI, 2015; VAZIR et al., 2013).

Beyond documenting improvement in child development per se, there is clear evidence that many of these programs are also beneficial in reducing violence in homes and communities (WESSELS et al., 2013). For example, the subjects in the Jamaican study were low-birth-weight infants, and their mothers were from poor disadvantaged communities. The infants aged 9 to 24 months took part in a two-year trial of nutritional supplementation and/or psychosocial stimulation (weekly home visits to improve mother-child interactions). These home visits focused on improving the mothers’ responsiveness to their infants. Specifically, mothers were encouraged to “converse” with their infants and toddlers, respond to their cues, show affection, and not engage in harsh disciplinary practices. The beneficial effects of psychosocial stimulation on cognitive development and social emotional development were sustained when assessed at 17 and 22 years of age (WALKER et al., 2011b). The participants



had higher adult IQ scores, as well as a higher level of educational attainment and fewer symptoms of depression and social anxiety (WALKER et al., 2011a). Particularly noteworthy is the finding that the participants who received stimulation intervention self-reported fewer violent behaviors (involvement in fights, use of weapons, stealing, burglary, rape, and gang membership).

Improved physical health and development

While high-quality early childhood programs have been shown to have substantial benefits in reducing crime, raising earnings, and promoting education, their potential benefits for adult health are just beginning to be explored. Campbell et al. (2014) examined the long-term health effects of a well-known early childhood intervention program, the Carolina Abecedarian Project (ABC). Using recently collected biomedical data, they found that disadvantaged children randomly assigned to the ABC program had a significantly lower prevalence of risk factors for cardiovascular and metabolic diseases in their mid-30s. The evidence is especially strong for males. While these findings need to be replicated, this study shows the potential of early life interventions for preventing disease and promoting health.

The economic dimension

In addition to the positive results of prospective longitudinal studies, it is also clear that the economic benefits support the value to society of parent-child interventions in the early years. Nobel Laureate James Heckman has clearly demonstrated that early interventions that target disadvantaged children have much higher economic returns than later interventions (Heckman, 2006). Reduced rates of mental disorders, criminal activity, and incarceration, along with higher levels of academic achievement, are among the factors that contribute to this important finding. On reflection, these rates likely underestimate the economic benefits, as Heckman's cost-benefit analyses do not consider the impact of these interventions on subsequent generations of children and the virtuous cycle that can develop as a result of early childhood interventions (LECKMAN et al., 2014).

REFLECTIONS ON THE SÃO PAULO CARINHOSA

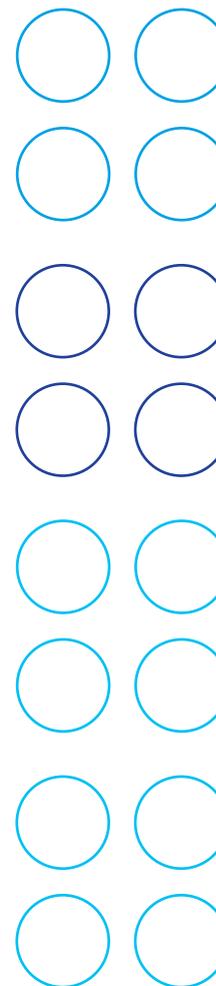
From the time of its launch in 2013, the São Paulo Carinhosa project has embraced a holistic approach to enhancing early child development from the prenatal period through childbirth,

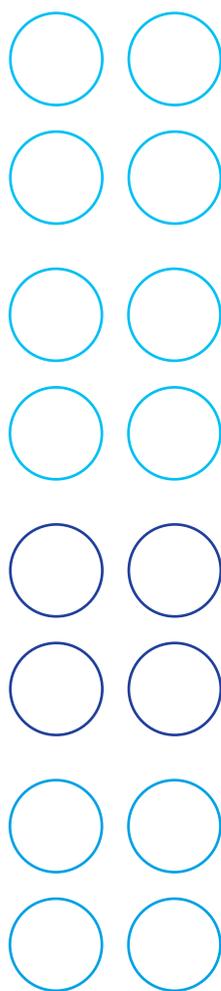


the early years and beyond. Services include a home visiting program (“Janelas de Oportunidade”) to support families of very young children to improve their health, nutrition, and well-being by investing in their cognitive and socioemotional development and being less harsh in their disciplinary practices. One of the lessons learned that is fully embodied in São Paulo Carinhosa is the formation of multisectorial partnerships with government agencies, providers of medical and educational services, non-governmental organizations, local community leaders, as well as local and international academic institutions. The partnerships between sectors and different stakeholders are essential to guarantee the implementation, success, and sustainability of programs focused on early childhood development. Bringing these programs to scale and ensuring their quality, fidelity, and sustainability is a major challenge for any town or city. Likewise, being able to monitor the impact of these programs over the course of time will require additional resources. That said, close monitoring of the outcomes longitudinally will allow policymakers and their partners to refine the programs and provide a wealth of data for researchers to document the long-term benefits of the various components of the program on the health and well-being of the children of São Paulo for generations to come.

REFERENCES

- ABOUD, F. E.; AKHTER, S. A cluster-randomized evaluation of a responsive stimulation and feeding intervention in Bangladesh. *Pediatrics*, v. 127, n. 5, p. e1191-1197, May 2011.
- ANDA, R. F.; FELITTI, V. J.; BREMNER, J. D.; WALKER, J. D.; WHITFIELD, C.; PERRY, B. D.; DUBE, S. R.; GILES, W. H. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 256, n. 3, p. 174-186, Apr. 2006.
- ATTORNEY GENERAL’S National Task Force on Children Exposed to Violence: Defending Childhood-Protect, Heal, Thrive. USA: U.S. Department of Justice, 2012.
- AVANCI, J.; ASSIS, S.; OLIVEIRA, R.; PIRES, T. Childhood depression: Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian schoolchildren. *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 6, n. 26, p. 1-9, July 2012.
- BALLARD, E. D.; VAN ECK, K.; MUSCI, R. J.; HART, S. R.; STORR, C. L.; BRESLAU, N.; WILCOX, H. C. Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, v. 45, n. 15, p. 3305-3316, Nov. 2015.
- BERNET, C. Z.; STEIN, M. B. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, v. 9, n. 4, p. 169-174, 1999.

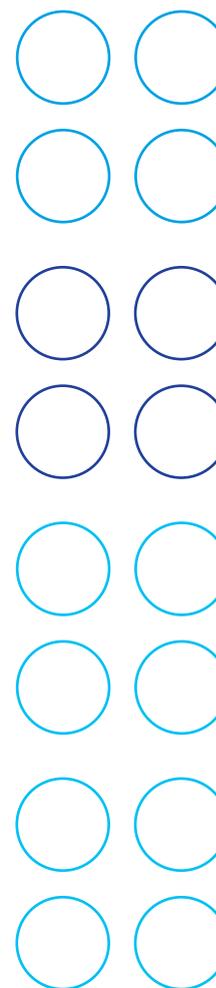


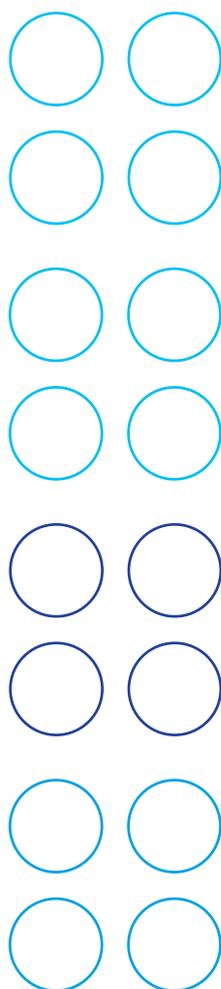


- BHUTTA, Z. A.; DAS, J. K.; RIZVI, A.; GAFFEY, M. F.; WALKER, N.; HORTON, S. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, v. 382, n. 9890, p. 452-477, Aug. 2013.
- BIAGGI, A.; CONROY, S.; PAWLBY, S.; PARIANTE, C. M. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, v. 18, n. 191, p. 62-77, Nov. 2015.
- BIFULCO, A.; MORAN, P. M.; BAINES, R.; BUNN, A.; STANFORD, K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 66, n. 3, p. 214-258, 2002.
- BLACK, M. M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; RAO, S. F. Integrating nutrition and child development interventions: scientific basis, evidence of impact, and implementation considerations. *Advances in Nutrition*, v. 6, n. 6, p. 852-859, 2015.
- BOWLBY, J. *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge, 1988.
- BRITTO, P. B.; LYE, S.; PROULX, K.; YOUSAFZAI, A.; BHUTTA, Z.; MATTHEWS, S.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; RAO, N.; IP, P.; FERNALD, L.; MCMILLAN, H.; HANSON, M.; WACHS, T.; YAO, H.; CERESO, A.; LECKMAN, J. F. Paper 2 Working group and the early child development series steering committee. nurturing care and protection: Science and effective interventions to promote early childhood development. *Lancet* 2016 [in press].
- BRITTO, P. R.; ENGLE, P. L.; SUPER, C. M. (Eds.). *Handbook of early childhood development research and its impact on global policy*. New York: Oxford University Press, 2013.
- _____; GORDON, I.; HODGES, W.; SUNAR, D.; KAĞITÇIBAŞI, C.; LECKMAN, J. F. Ecology of peace. In: LECKMAN, J. F.; PANTER-BRICK, C.; SALAH, R. (Eds.). *Pathways to peace: the transformative power of children and families*. Boston: MIT Press, 2014. p. 27-39.
- BRONFENBRENNER, U. *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2004.
- BROWN, J.; COHEN, P.; JOHNSON, J. G.; SMAILES, E. M. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 38, n. 12, p. 1490-1496, Dec. 1999.
- CAMPBELL, F.; CONTI, G.; HECKMAN, J. J.; MOON, S. H.; PINTO, R.; PUNG-ELLO, E.; PAN, Y. Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, v. 343, n. 6178, p. 1478-1485, Mar. 2014.
- CAMPBELL, J. A.; WALKER, R. J.; EGEDE, L. E. Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 13, Oct. 2015. pii: S0749-3797(15)00412-2. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022. [E-pub ahead of print.]



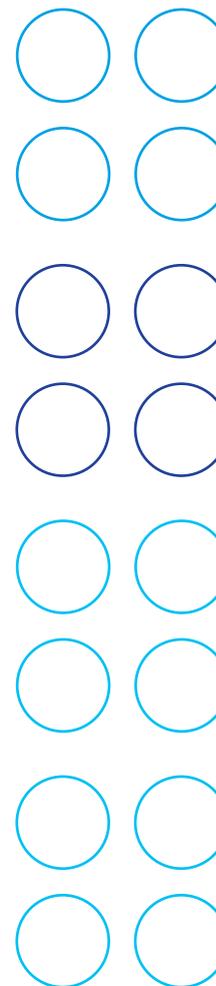
- CHAPMAN, D. P.; WHITFIELD, C. L.; FELITTI, V. J.; DUBE, S. R.; EDWARDS, V. J.; ANDA, R. F. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, v. 82, n. 2, p. 217-225, May 2004.
- CHARTIER, M. J.; WALKER, J. R.; NAIMARK, B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, v. 34, n. 6, p. 454-464, 2010.
- CÔTÉ, S. M.; BOIVIN, M.; LIU, X.; NAGIN, D. S.; ZOCCOLILLO, M.; TREMBLAY, R. E. Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 50, n. 10, p. 1201-1208, 2009.
- _____; _____; _____; JAPPEL, C.; XU, Q.; ZOCCOLILLO, M.; JUNGER, M.; TREMBLAY, R. E. The role of maternal education and non-maternal care services in the prevention of children's physical aggression problems. *Archives of General Psychiatry*, v. 64, n. 11, p. 1305-1312, 2007.
- DANCAUSE, K. N.; LAPLANTE, D. P.; OREMUS, C.; FRASER, S.; BRUNET, A.; KING, S. Disaster-related prenatal maternal stress influences birth outcomes: Project Ice Storm. *Early Human Development*, v. 87, n. 12, p. 813-820, 2011.
- DAVIS, R. N.; DAVIS, M. M.; FREED, G. L.; CLARK, S. J. Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year old children. *Pediatrics*, v. 127, p. 612-618, 2011.
- DUBE, S. R.; ANDA, R. F.; FELITTI, V. J.; EDWARDS, V. J.; CROFT, J. B. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, v. 27, n. 5, p. 713-725, 2002.
- DUKE, N. N.; PETTINGELL, S. L.; MCMORRIS, B. J.; BOROWSKY, I. W. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, v. 124, n. 4, p. e778-786, 2010.
- EDWARDS, V. J.; HOLDEN, G. W.; FELITTI, V. J.; ANDA, R. F. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, v. 160, n. 8, p. 1453-1460, 2003.
- EGGER, H. L.; ANGOLD, A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 47, n. 3-4, p. 313-337, 2006.
- ENGLE, P. L.; FERNALD, L. C.; ALDERMAN, H.; BEHRMAN, J.; O'GARA, C.; YOUSAFZAI, A.; DE MELLO, M. C.; HIDROBO, M.; ULKUER, N.; ERTEM, I.; ILTUS, S. Global Child Development Steering Group. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1339-1353, 2011.

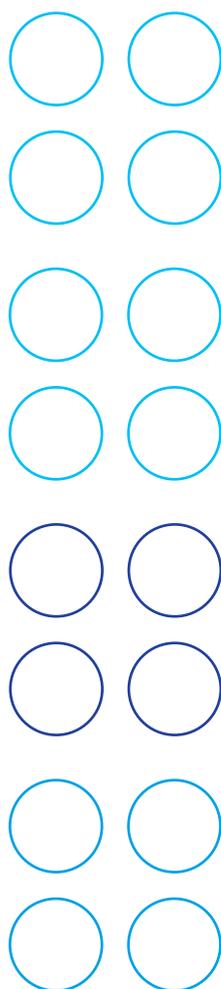




- FANG, X.; CORSO, P. S. Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: developmental relationships. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 33, n. 4, p. 281-290, 2007.
- FELITTI, V. J.; ANDA, R. F.; NORDENBERG, D.; WILLIAMSON, D. F.; SPITZ, A. M.; EDWARDS, V.; KOSS, M. P. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 14, n. 4, p. 245-258, 1998.
- FIELD, T. M.; GOODMAN, S. H. Prenatal effects of maternal depression. In: GOTTLIB, I. H. (Ed.). *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. p. 59-88.
- FLEMING, T. P.; WATKINS, A. J.; SUN, C.; VELAZQUEZ, M. A.; SMYTH, N. R.; ECKERT, J. J. Do little embryos make big decisions? How maternal dietary protein restriction can permanently change an embryo. *Reproduction Fertility and Development*, v. 27, n. 4, p. 684-692, Mar. 2015. doi: 10.1071/RD14455. [E-pub ahead of print.]
- GERTLER, P.; HECKMAN, J.; PINTO, R.; ZANOLINI, A.; VERMEERSCH, C.; WALKER, S.; CHANG, S. M.; GRANTHAM-MCGREGOR, S. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*, v. 344, n. 6187, p. 998-1001, May 2014.
- GLOVER, V. Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 52, n. 4, p. 356-367, 2011.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S. M.; FERNALD, L. C.; KAGAWA, R. M.; WALKER, S. Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status. *Annals The New York Academy of Sciences*, v. 1308, p. 11-32, Jan. 2014.
- GREEN, J. G.; MCLAUGHLIN, K. A.; BERGLUND, P. A.; GRUBER, M. J.; SAMPSON, N. A.; ZASLAVSKY, A. M.; KESSLER, R. C. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication 1: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, p. 113-123, 2010.
- GUINOSSO, S. A.; JOHNSON, S. B.; RILEY, A. W. Multiple adverse experiences and child cognitive development. *Pediatric Research*, v. 79, n. 1, p. 220-226, Oct. 2015. doi: 10.1038/pr.2015.195. [E-pub ahead of print.]
- HALLIGAN, S. L.; MURRAY, L.; MARTINS, C.; COOPER, P. J. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, v. 97, n. 1-3, p. 145-154, 2007.
- HECKMAN, J. J. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, v. 312, p. 1900-1902, June 2006.
- _____; MOSSO, S. The economics of human development and social mobility. *Annual Review of Economics*, v. 6, p. 689-733, Aug. 2014.

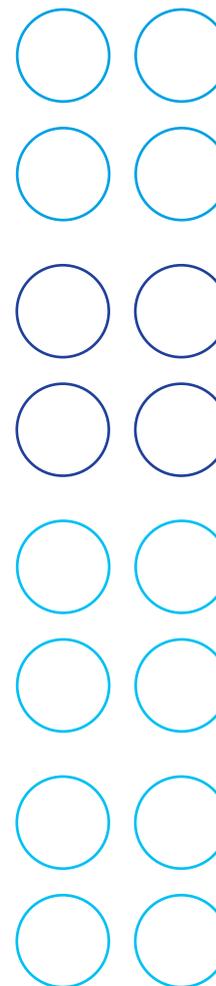
- HEIM, C.; PLOTSKY, P. M.; NEMEROFF, C. B. Importance of studying the contributions of early adverse experience to neurobiological findings in depression. *Neuropsychopharmacology*, v. 29, p. 641-648, 2004.
- HEKTNER, J. M.; AUGUST, G. J.; BLOOMQUIST, M. L.; LEE, S.; KLIMES-DOUGAN, B. A 10-year randomized controlled trial of the Early Risers conduct problems preventive intervention: effects on externalizing and internalizing in late high school. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 82, n. 2, p. 355-360, 2014.
- HENSCH, T. K. Critical period regulation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. 27, p. 549-579, 2004.
- HOWARD, L. M.; MOLYNEAUX, E.; DENNIS, C. L.; ROCHAT, T.; STEIN, A.; MILGROM, J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, v. 384, n. 9956, p. 1775-1788, 2014.
- KAĞITÇIBAŞI, C.; BRITTO, P. R. Interventions: What has worked and why. In: LECKMAN, J. F.; PANTER-BRICK, C.; SALAH, R. (Eds.). *Pathways to peace: the transformative power of children and families*. Boston: MIT Press, 2014. p. 305-322.
- _____; SUNAR, D.; BEKMAN, S. Long-term effect of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. 22, n. 4, p. 333-361, 2001.
- KANE, P.; GARBER, J. The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, v. 24, p. 339-360, 2004.
- KELLY-IRVING, M.; LEPAGE, B.; DEDIEU, D.; BARTLEY, M.; BLANE, D.; GROSCLAUDE, P.; LANG, T.; DELPIERRE, C. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European Journal of Epidemiology*, v. 28, n. 9, p. 721-734, 2013.
- KESSLER, R. C.; MCLAUGHLIN, K. A.; GREEN, J. G.; et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, v. 197, p. 378-385, 2010.
- LANDRY, S. H.; SMITH, K. E.; SWANK, P. R.; GUTTENTAG, C. A responsive parenting intervention: the optimal timing across early childhood for impacting maternal behaviors and child outcomes. *Developmental Psychology*, v. 44, n. 5, p. 1335-1353, Sept. 2008.
- LANSFORD, J. E.; DEATER-DECKARD, K.; BORNSTEIN, M. H.; PUTNICK, D. L.; BRADLEY, R. H. Attitudes justifying domestic violence predict endorsement of corporal punishment and physical and psychological aggression towards children: a study in 25 low- and middle-income countries. *Journal of Pediatrics*, v. 164, n. 5, p. 1208-1213, 2014.
- LECKMAN, J. F.; PANTER-BRICK, C.; SALAH, R. Peace is a lifelong process: The importance of partnerships. In: LECKMAN, J. F.; PANTER-BRICK, C.; SALAH, R. (Eds.). *Pathways to peace: the transformative power of children and families*. Boston: MIT Press, 2014. p. 3-17.





- LIZARDI, H.; KLEIN, D. N.; OUIMETTE, P. C.; RISO, L. P.; ANDERSON, R. L.; DONALDSON, S. K. Reports of the childhood home environment in early onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 104, p. 132-139, 1995.
- LOMANOWSKA, A. M.; BOIVIN, M.; HERTZMAN, C.; FLEMING, A. S. Parenting begets parenting: A neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. *Neuroscience* 2015 Sept. 16. pii: S0306-4522(15)00848-9. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.09.029. [E-pub ahead of print.]
- MORAES, C. L.; APRATTO JÚNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Breaking silence and its barriers: a household survey on domestic violence against the elderly within the scope of a Family Health Program in Niterói, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, 2008.
- PANTER-BRICK, C.; BURGESS, A.; EGGERMAN, M.; McALLISTER, F.; PRUETT, K.; LECKMAN, JF. Engaging fathers: Recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 55, n. 11, p. 1187-212, Nov. 2014.
- _____; LECKMAN, J. F. Resilience in child development: interconnected pathways to wellbeing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 54, n. 4, p. 333-336, Apr. 2013.
- PARSONS, C. E.; YOUNG, K. S.; ROCHAT, T. J.; KRINGELBACH, M. L.; STEIN, A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, v. 101, p. 57-79, 2012.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R.; KAC, G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *International Journal of Obesity Supplements*, v. 3, suppl. 1, p. S3-S5, 2013.
- PUTNAM, K. T.; HARRIS, W. W.; PUTNAM, F. W. Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, v. 26, n. 4, p. 435-442, Aug. 2013.
- RAHMAN, A.; FISHER, J.; BOWER, P.; LUCHTERS, S.; TRAN, T.; YASAMY, M. T.; SAXENA, S.; WAHEED, W. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, n. 8, p. 593-6011, 2013.
- RAMCHANDANI, P.; STEIN, A.; EVANS, J.; O'CONNOR, T. G. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, v. 365, p. 2201-2205, 2005.
- RICHTER, L. M.; VICTORA, C. G.; HALLAL, P. C.; ADAIR, L. S.; BHARGAVA, S. K.; FALL, C. H.; LEE, N.; MARTORELL, R.; NORRIS, S. A.; SACHDEV, H. S.; STEIN, A. D.; COHORTS Group. Cohort profile: the consortium of health-orientated research in transitioning societies. *International Journal of Epidemiology*, v. 41, n. 3, p. 621-626, June 2012.

- RUTTER, M. Resilience: clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 54, n. 4, p. 474-487, Apr. 2013.
- SOARES, A. L.; HOWE, L. D.; MATIJASEVICH, A.; WEHRMEISTER, F. C.; MENEZES, A. M.; GONÇALVES, H. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, v. 51, p. 21-30, 2016.
- VAZIR, S.; ENGLE, P.; BALAKRISHNA, N.; GRIFFITHS, P. L.; JOHNSON, S. L.; CREED-KANASHIRO, H; FERNANDEZ RAO, S.; SHROFF, M. R.; BENTLY, M. E. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural Indian toddlers. *Maternal & Child Nutrition*, v. 9, n. 1, p. 99-117, 2013.
- WALKER, S. P.; CHANG, S. M.; VERA-HERNÁNDEZ, M.; GRANTHAM-MCGREGOR, S. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics*, v. 127, n. 5, p. 849-857, 2011a.
- _____.; WACHS, T. D.; GRANTHAM-MCGREGOR, S.; BLACK, M. M.; NELSON, C. A.; HUFFMAN, S. L.; BAKER-HENNINGHAM, H.; CHANG, S. M.; HAMADANI, J. D.; LOZOFF, B.; GARDNER, J. M.; POWELL, C. A.; RAHMAN, A.; RICHTER, L. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1325-1338, 2011b.
- _____.; CHANG, S. M.; POWELL, C. A.; SIMONOFF, E.; GRANTHAM-MCGREGOR, S. M. Early childhood stunting is associated with poor psychological functioning in late adolescence and effects are reduced by psychosocial stimulation. *Journal of Nutrition*, v. 137, n. 11, p. 2464-2469, 2007.
- WESSELS, I.; MIKTON, C.; WARD, C. L.; KILBANE, T.; ALVES, R.; CAMPELLO, G.; DUBOWITZ, H.; HUTCHINGS, J.; JONES, L.; LYNCH, M.; MADRID, B. *Preventing Violence: evaluating outcomes of parenting programmes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Investing in Mental Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, 2003. Available at: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/872>>. Retrieved on: Apr. 16th 2016.
- YOSHIKAWA, H.; LEYVA, D.; SNOW, C. E.; TREVIÑO, E.; BARATA, M. C.; WEILAND, C.; GÓMEZ, C. J.; MORENO, L.; ROLLA, A.; D'SA, N.; ARBOUR, M. C. Experimental impacts of a teacher professional development program in Chile on preschool classroom quality and child outcomes. *Developmental Psychology*, v. 51, n. 3, p. 309-22, Mar. 2015.
- YOUSAFZAI, A. K.; RASHEED, M. A.; RIZVI, A.; ARMSTRONG, R.; BHUTTA, Z. A. Parenting Skills and Emotional Availability: an RCT. *Pediatrics*, v. 135, n. 5, p. 1247-1257, 2015.



A young girl with dark hair, wearing a white turtleneck sweater with a blue and brown pattern, is looking down at a white wicker basket filled with colorful Easter eggs (yellow, blue, pink, and purple). She is holding a yellow ribbon. In the background, another person wearing a blue and white baseball cap is partially visible. The image is overlaid with a blue and purple geometric pattern of circles and squares.

EARLY EXPERIENCE AND BRAIN DEVELOPMENT

Johanna Bick
Harvard Medical School

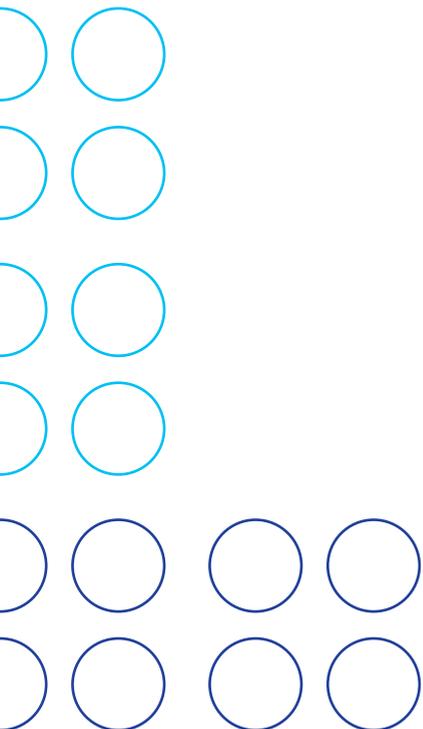
Charles Nelson
Boston Children's Hospital

Beginning from the moment of birth, healthy brain development requires adequate nurturing relationships. Caregivers regulate a baby's physiology by responding to signals of hunger or sickness, by soothing the baby to sleep, and by insuring proper body temperature through close physical contact. Caregiving relationships also provide a critical foundation for emotional and cognitive development. By providing adequate exposure to language, interactive play, and appropriate emotional feedback, caregivers dynamically support the development of neural circuitry underlying self-regulation and cognition. Put simply, caregiving quality feeds emotional health and intelligence.

Much of our knowledge on this topic comes from research comparing children reared in responsive family environments with children who, unfortunately, are reared in inadequate caregiving environments such as low-quality institutional settings, which essentially represent an extreme environment. Studies examining children reared in institutional settings show convincingly that subpar early experiences have direct and profoundly negative consequences for the developing brain. Institutional rearing is often characterized by high child-to-caregiver ratios and unresponsive, overly regimented routines. Children are often forced to eat, sleep, and toilet together, regardless of individual needs. They are deprived of critical opportunities to develop selective attachments with primary caregivers and are exposed to a reduced range of sensory, linguistic, and cognitive input.

Here we present findings from the Bucharest Early Intervention Project (BEIP), a randomized controlled intervention for institutionally reared children led by Drs. Charles A. Nelson, Nathan A. Fox, and Charles H. Zeanah. As part of this study, infants and toddlers living in institutions were randomly placed into foster care. These children were followed through age 12 and then compared with children who remained in the institution, as well as with demographically matched, non-neglected children reared in their own families. Prior to the BEIP, our understanding of the impact of institutional care came from children adopted after experiencing institutional neglect. Although these studies suggest that adoption can ameliorate the negative impact of institutional rearing on cognitive functioning (KUMAR et al., 2014; NELSON III et al., 2007; OLSAVSKY et al., 2013), they are limited by the protocol of adopted children not being *randomly* selected for adoption. The design of the BEIP helps to overcome this important sampling bias (MILLUM; EMANUEL, 2007; NELSON; FOX; ZEANAH, 2014; WASSENAAR, 2006; ZEANAH, 2006; 2003).

In the sections that follow, we provide a general overview of how brain development takes place within the context of individual experience. We describe how certain early experiences are necessary for typical brain development and how structural and functional neural changes arise from different early-life circumstances. In addition to presenting evidence from the BEIP, we highlight findings from other key studies. In the final sections, we demonstrate how early intervention can help to reverse some of the deleterious effects of neglect on brain development. We conclude with an emphasis on the importance of intervention timing.



THE BRAIN DEVELOPS WITHIN THE CONTEXT OF EXPERIENCE

The development of the human brain begins within weeks of conception and continues until late adolescence and early adulthood. It is important to note that the brain continues to adapt and change in response to experience even into adulthood (the ability of the brain to be molded by experience is generally referred to as *neuroplasticity*). Human and animal studies show that brain development results from a complex interaction of biological and environmental influences. Whereas our genes provide essential information for establishing basic patterns of neuronal growth and connectivity, our individual experiences can affect gene expression and the trajectory of brain development (NATIONAL, 2012; FOX; LEVITT; NELSON, 2010). If exposed to stimulating and responsive environments, neural development is more likely to develop optimally. However, in less ideal environmental conditions, the foundational structure of the brain can be compromised, causing abnormalities in systems subserving healthy physical, cognitive, and social development.

One way to appreciate the influence of life experiences on brain development is to differentiate between experience-expectant and experience-dependent development (GREENOUGH; BLACK; WALLACE, 1987). Experience-expectant development refers to development that occurs in response to certain life experiences that are typically shared by all members of a species. For example, starting at or before birth, it is “expected” that humans will be exposed to auditory stimuli, patterned light, and opportunities to move around and manipulate objects. These experiences support the development of neural pathways associated with hearing, speech and language, vision, and locomotion. In addition, humans are routinely exposed to caregiving experiences that support neural circuitry involved in cognitive and emotional development.

Experience-dependent development, on the other hand, refers to development that occurs as a result of experiences that vary across individual members of a species. These experiences also shape development and are part of what makes each individual unique. For example, the learning of certain skills (reading, writing, or swimming) depends on specific experiences that some individuals may have access to, whereas others may not.

In summary, there are certain experiences that are required for optimal brain development to support typical physical, cognitive, and emotional functioning. Many of these experiences need to occur at specific points in development (called *sensitive periods*) for humans to develop optimally. Variations in individual experiences across the lifespan can also shape brain development, but normative trajectories of brain development can occur without specific exposure to these experiences.



Eduardo Ogata

HOW DO WE STUDY THE EFFECT OF EARLY EXPERIENCE?

Animal research has contributed enormously to our understanding of the impact of early rearing experiences on brain development. There are known similarities in neural circuitry in humans and other mammals, including rodents. Therefore, findings from animal studies are often used to generate and test hypotheses regarding the influence of caregiving on human brain development.

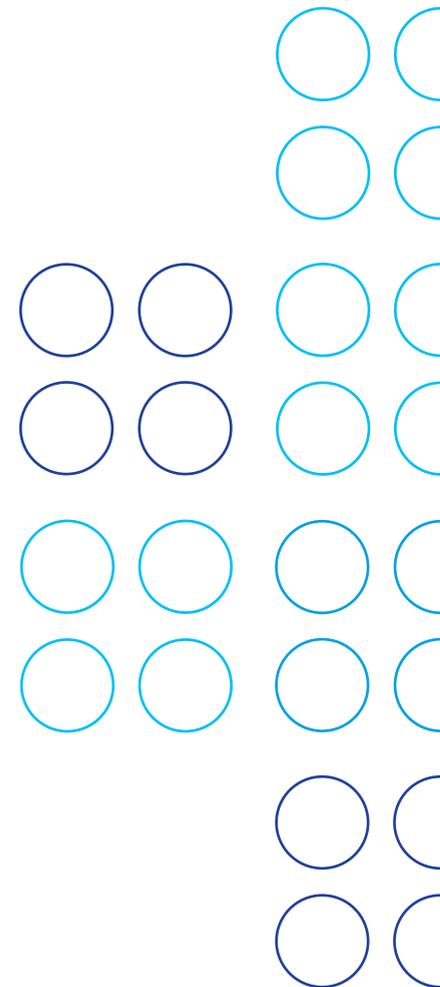
For example, in one study, rat pups exposed to either highly responsive or excessively harsh caregiving during the first days of postnatal life showed dramatically different patterns in gene expression and neural circuitry in brain regions related to stress regulation and memory (FRANCIS; DIORIO; LIU; MEANEY, 1999). A critical feature of this study was the “cross-fostering” design in which pups were reassigned at birth to be raised by another mother. Specifically, pups born to unresponsive mothers were reassigned to highly responsive mothers, and those born to responsive mothers were reassigned to unresponsive mothers. As adults, pups reared by responsive mothers showed greater expression of a specific gene involved in stress regulation (the glucocorticoid receptor gene) in the hippocampus in comparison to pups reared by unresponsive mothers. This is noteworthy because the hippocampus is involved in learning, memory, and stress regulation. As a result, it was possible to conclude that the quality of caregiving that pups received early in life, but not the genetic relatedness of the mothers and pups, was responsible for the observed long-term changes in brain development.

Ethical issues preclude us from performing similar experiments in humans. However, studies involving children exposed to adverse conditions have shown patterns of results that are comparable to those found using animals. Retrospective and prospective research has investigated the influence of family violence, maltreatment, and co-occurring risk factors (i.e., parental addiction or severe economic hardship) on brain development. This body of literature has produced convincing evidence that extreme childhood stressors interfere with healthy brain development and lead to deficits in cognitive and emotional functioning.

Child neglect is an equally harmful early rearing condition. In families, this can occur in a variety of forms, and may include caregivers’ failure to support children’s emotional or cognitive development, and/or attend to children’s basic physical, medical, or educational needs; in general, such caregivers threaten their children’s safety, health, and general well-being. Institutional neglect is a more severe form of neglect, in which young children are reared in settings with little opportunity to develop a relationship with a stable caregiver, are deprived of normative caregiving input that supports cognitive and emotional development, and may or may not have their physical needs taken care of (NATIONAL, 2012; CHUGANI et al. 2001). The BEIP and several related studies have examined the short- and long-term consequences of extreme early psychosocial deprivation on brain and behavioral development.



Eduardo Ogata



HOW DO WE ASSESS THE IMPACT OF EARLY EXPERIENCE ON BRAIN DEVELOPMENT?

One of the first studies to investigate the influence of early neglect on brain development utilized Positron Emission Tomography (PET) imaging (CHUGANI et al., 2001). PET measures glucose metabolism, a marker of functional activity in the brain. In this study, brain activity in institutionally reared children was compared with brain activity in two other groups: The first included non-neglected children with a neurodevelopmental disorders (epilepsy), and the second included healthy adults. The institutionally reared children showed significant reductions in levels of glucose metabolism in prefrontal regions (the orbital frontal gyrus and infralimbic prefrontal cortex), in the medial temporal lobe (amygdala and hippocampus), in the lateral temporal cortex, and in the brainstem, and showed patterns of neural activation that were more similar to the children with neurodevelopmental problems, when compared with typical adults. Many of these regions that showed reduced activation in the institutionally reared children are critically involved in cognition and emotion regulation; therefore, the authors proposed that these functional alterations underlie common neglect-associated deficits in social-emotional and cognitive functioning.

More recent studies using magnetic resonance imaging (MRI) have shown that institutionally reared children exhibit significant reductions in overall brain volume (MEHTA et al., 2009) and corresponding decreases in total and cortical “gray matter” (brain tissue composed of neuronal cell bodies and of other cells, known as glia) and “white matter” (brain tissue composed of myelinated axons, which extend from the cell bodies and support neural transmission across regions of the brain) (MEHTHA et al., 2009; HANSON et al., 2013; SHERIDAN; FOX; ZEANAH; MCLAUGHLIN; NELSON III, 2012). Previously institutionalized adopted youth have shown smaller superior and posterior cerebellar lobes, structures known to be involved in motor control and learning (BAUER; HANSON; PIERSON; DAVIDSON; POLLAK, 2009).

In some studies, institutional neglect has also been associated with alterations in the development of the amygdala. This is a brain structure located in the temporal lobe that is involved in emotion, threat detection, and processing of novel stimuli. Both increases and decreases in amygdala volume have been found in children with histories of institutional neglect (HANSON et al., 2015; TOTTENHAM et al., 2010; MAHEU et al., 2010). Functional alterations in the amygdala have been observed among previously institutionalized adopted youth in two studies (OSSAVSKY et al., 2013; TOTTENHAM et al., 2011; GRABE et al., 2012). These structural and functional changes were associated with problems in emotion and behavioral regulation (HANSON et al., 2015; TOTTENHAM et al., 2010), direction of eye gaze in social contexts (TOTTENHAM et al., 2011), and social behavior (OLSAVSKY et al., 2013). In recent work, institutionally reared children showed alterations in patterns of connectivity between the prefrontal cortex and the amygdala when compared with non-neglected



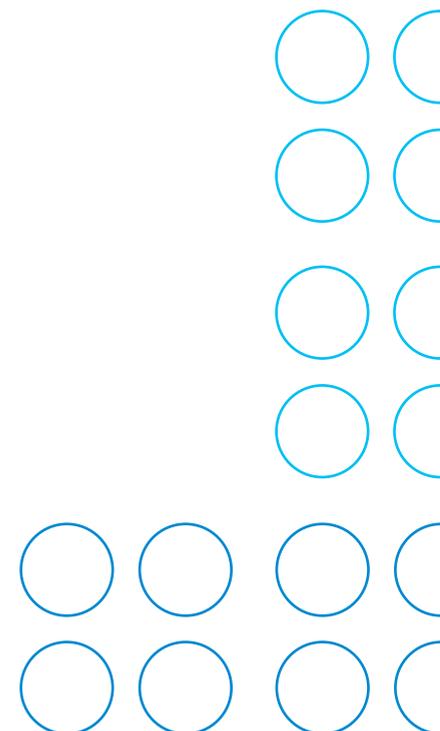
children. Interestingly, the neglected children (but not the non-neglected children) showed an inverse pattern of connectivity between these frontal and limbic regions that is not typically observed until humans reach later adolescence or early adulthood. This “more mature” pattern of connectivity was also associated with reduced symptoms of anxiety, suggesting that some neural alterations that arise from exposure to neglect may actually serve a compensatory function (GEE et al., 2013).

Diffusion Tensor Imaging (DTI), which measures microstructural properties of white matter fiber tracts, has also been used to investigate the effects of institutional rearing. In several investigations, institutionally reared children showed alterations in the organization of white matter tracts connecting limbic and paralimbic regions (KUMAR et al., 2014; HANSON et al., 2013; ELUVATHINGAL et al., 2006; GOVINDAN; BEHEN; HELDER; MAKKI; CHUGANI, 2010), language regions (KUMAR et al., 2014), frontostriatal regions (KUMAR et al., 2014; BEHEN et al., 2009), frontotemporal regions (HANSON et al., 2013), and the cerebellum (HANSON et al., 2013). Several of these alterations predicted increased risk for behavioral problems (HANSON et al., 2013; SHERIDAN; FOX; ZEANAH; MCLAUGHLIN; NELSON III, 2012), neurocognitive deficits (HANSON et al., 2013), and language delays (KUMAR et al., 2014).

Electroencephalography (EEG) measures the electrical activity of the brain and has taught us much of what we know regarding the effects of severe neglect on early brain development. EEG is recorded non-invasively with sensors (or electrodes) placed on the scalp, making it well suited for studying brain development in young children. Oscillatory patterns of neural activity have been recorded in response to cognitive and emotional tasks (called event-related potentials; ERPs) and during a “resting state” (i.e., when children are not engaged in specific cognitive activities). Differences in the frequency and timing of EEG patterns can tell us about the effects of the early caregiving environment on neurodevelopmental processes.

The first wave of findings from the BEIP revealed that children reared in institutions showed patterns of neural activity characterized by relatively higher levels of low frequency power (in the theta band) and lower levels of higher frequency power (in the alpha and beta range) relative to children reared by their birth parents (MARSHALL; FOX, 2004). This activity profile is consistent with earlier studies in children with learning and attention difficulties (BARRY; JOHNSTONE; CLARKE, 2003). Further, such atypical EEG patterns have been associated with risk for hyperactivity and impulsivity later in development (MCLAUGHLIN et al., 2010).

The ERPs of institutionally reared and family-reared children were measured while the children were engaged in one of two tasks. In the first task, children were presented with repeating images of a familiar caregiver’s face and a stranger’s face. In the second task, children viewed faces displaying various positive and negative emotions. Across both of these tasks, institutio-



nally reared children showed lower amplitudes of all ERP components than family-reared children (PARKER; NELSON III, 2010; PARKER; NELSON III, 2005). Moreover, the blunted brain responses to faces appeared to confer risk for anxiety and attention problems later in life (SLOPEN; MCLAUGHLIN; FOX; ZEANA; NELSON III, 2012).

TIMING AND DURATION OF ADVERSE EXPERIENCES IMPACTS RECOVERY

The BEIP has demonstrated that early intervention improves brain activity in institutionally reared children randomized into foster care. Group differences in EEG patterns were compared relatively soon after the children were placed into foster care (within 8-20 months of removal from the institution) and again when children reached 8 years of age. Although the effects of intervention on resting EEG were modest within the first two years after removal (MARSHALL; REEB; FOX; NELSON III; ZEANA, 2008), the positive effects of the intervention were quite pronounced by 8 years of age. In fact, the institutionally reared children placed into foster care before 2 years of age showed EEG patterns comparable to those of the children raised by their birth parents; those removed from the institution at later ages showed less evidence for recovery (VANDERWERT; MARSHALL; NELSON III; ZEANA; FOX, 2010).



Eduardo Ogata

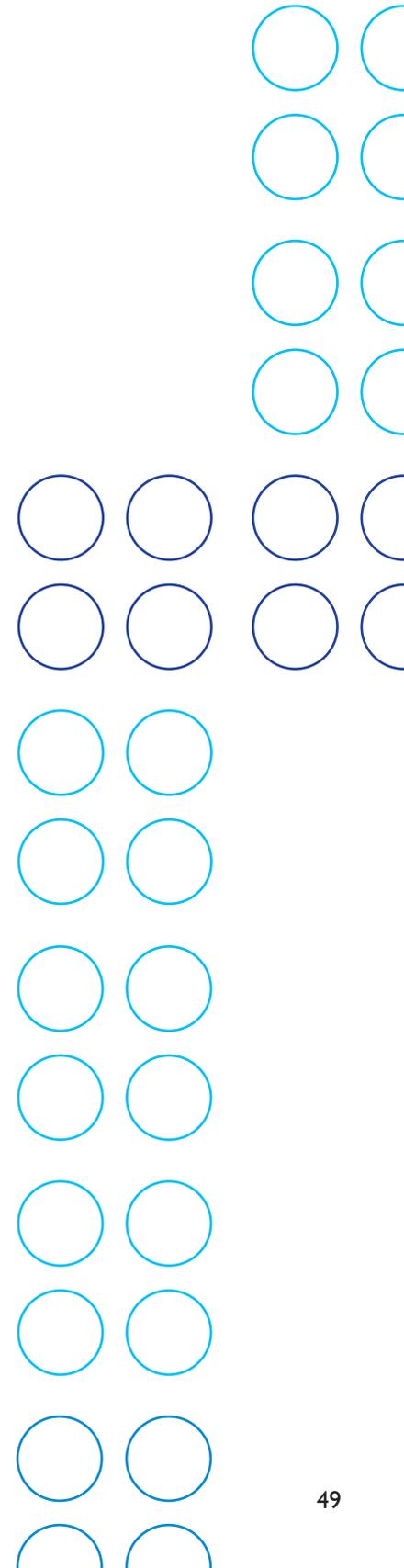


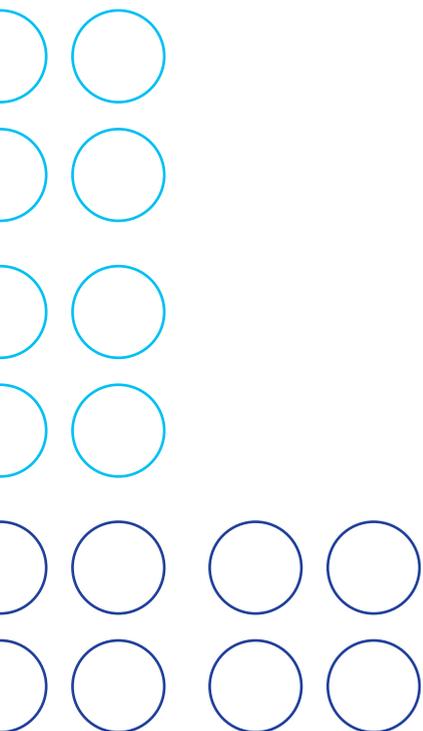
There was also evidence for intervention-supported recovery in ERP responses to social stimuli. When children reached 42 months of age, those in foster care showed an enhancement in their P1 response (a component associated with early visual processing) relative to children who remained in the institution. This intervention effect was observed for both emotion and face recognition tasks (MOULSON; FOX; ZEANA; NELSON III, 2009; MOULSON; WESTERLUND; ZEANA; NELSON III, 2009). At 8 years of age, the children in foster care continued to show evidence of remediation of their P1 response to fearful faces (NELSON III; WESTERLUND; MCDERMOTT; ZEANA; FOX; 2013), suggesting that these neural changes are stable and long-lasting.

Results from an MRI study conducted when children in the BEIP reached 8 years of age further indicated the potential benefits of early intervention. Specifically, children in foster care showed improvements in the total amount of white matter in the brain, with levels that were not significantly different from typically reared children. In contrast, children who remained in the institution showed significantly reduced white matter levels. There were no intervention effects on cortical gray matter or overall brain volume (SHERIDAN; FOX; ZEANA; MCLAUGHLIN; NELSON III, 2012).



Eduardo Ogata





Eduardo Ogata

Research on institutionally reared children provides clear evidence for the role of early experience on brain development. Children who experience substantial neglect, especially during the first few years, exhibit dramatic alterations in brain development. These alterations are observed both structurally and functionally. In general, the longer the brain is deprived of “expected” experiences, the greater the impairment (MEHTA et al., 2009; TOTTENHAM et al., 2010).

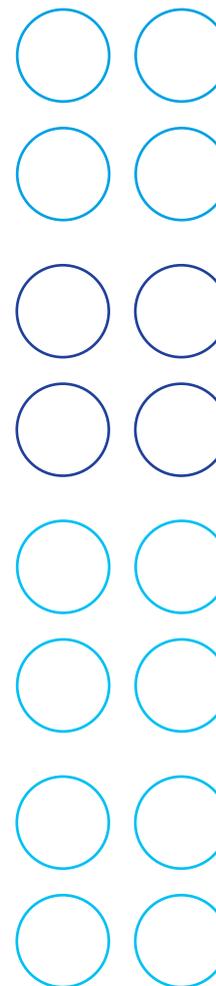
Importantly, the brain can recover if children are placed into more nurturing environments, although the patterns of recovery are complex. Some aspects of brain function and structure may be more responsive to environmental enrichment than others. Similarly, the degree to which children show remediation in certain neural processes may depend on the timing of the intervention, with greater improvements observed for children who receive intervention at earliest ages. Finally, some aspects of neural recovery may be immediate, whereas others may take time to emerge.

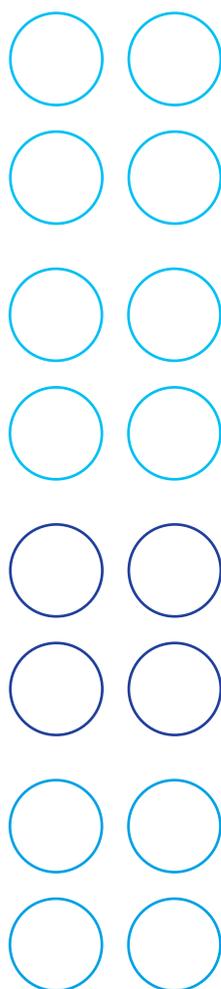
This body of research has critical implications for social policy and public health. Institutional neglect is one of many early adverse experiences. Children reared in neglectful or abusive families face deficits in brain, behavioral, and emotional development. Consistent with the objectives of many current child welfare legislative acts (i.e., the Adoption Assistance and Child Welfare Act of 1980, P.L. 96-272; the Adoption and Safe Families Act [ASFA] of 1997, P.L. 105-89; and the Family Preservation and Support Services Program enacted as part of

the Omnibus Reconciliation Act of 1993, P.L. 103-66), many at-risk children are likely to benefit if we prioritize policies and programs that increase access to prevention and intervention programs. Also, these children have the greatest chance to benefit from these programs if they begin as early as possible.

REFERENCES

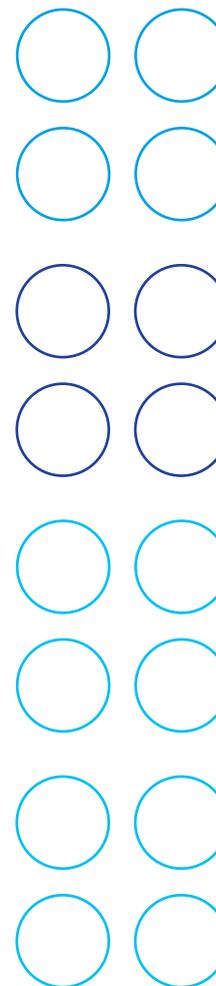
- BARRY, R. J.; JOHNSTONE, S. J.; CLARKE, A. R. A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Event-related potentials. *Clinical Neurophysiology*, v. 114, n. 2, p. 171-183, Feb. 2003.
- BAUER, P. M.; HANSON, J. L.; PIERSON, R. K.; DAVIDSON, R. J.; POLLAK, S. D. Cerebellar volume and cognitive functioning in children who experienced early deprivation. *Biological Psychiatry*, v. 66, n. 12, p. 1100-1106, Dec. 2009.
- BEHEN, M. E. et al. Abnormal fronto-striatal connectivity in children with histories of early deprivation: A diffusion tensor imaging study. *Brain Imaging Behavior*, v. 3, n. 3, p.292-297, Sept. 2009.
- CHABOT, R. J.; DI MICHELE, F.; PRICHEP L. The role of quantitative electroencephalography in child and adolescent psychiatric disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v. 14, p. 21-53, Jan. 2005.
- CHUGANI, H. T. et al. Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans. *Neuroimage*, v. 12, n. 6, p. 1290-1301, Dec. 2001.
- ELUVATHINGAL, T. J. et al. Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: a diffusion tensor imaging study. *Pediatrics*, v. 117, n. 6, p. 2093-2100, jun. 2006.
- FOX, S. E.; LEVITT, P.; NELSON III, C. A. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, v. 81, n. 1, p. 28-40, Jan./Feb. 2010.
- FRANCIS, D.; DIORIO, D.; LIU, D.; MEANEY, M.J. Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, v. 286, n. 5442, p. 1155-1158, Nov. 1999.
- GEE, D. G. et al. Early developmental emergence of human amygdala-prefrontal connectivity after maternal deprivation. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, v. 110, n. 39, p. 15638-15643, Sept. 2013.
- GOVINDAN, R. M.; BEHEN, M. E.; HELDER, E.; MAKKI, M. I.; CHUGANI, H. T. Altered water diffusivity in cortical association tracts in children with early deprivation identified with Tract-Based Spatial Statistics (TBSS). *Cereb Cortex*, v. 20, n. 3, p. 561-569, Mar. 2010.





- GRABE, H. J. et al. Genetic epistasis between the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism and the 5-HTT promoter polymorphism moderates the susceptibility to depressive disorders after childhood abuse. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*, v. 36, p. 264-270, 2012.
- GREENOUGH, W. T.; BLACK, J. E.; WALLACE, C. S. Experience and brain development. *Child Development*, v. 58, n. 2, p. 539-559, June 1987.
- HANSON, J. L. et al. Early neglect is associated with alterations in white matter integrity and cognitive functioning. *Child Development*, v. 84, n. 5, p. 1566-1578, Sept. 2013.
- _____. et al. Behavioral problems after early life stress: Contributions of the hippocampus and amygdala. *Biological Psychiatry*, v. 77, n. 4, p. 314-323, Feb. 2015.
- KUMAR, A. et al. Microstructural abnormalities in language and limbic pathways in orphanage-reared children: A diffusion tensor imaging study. *Journal of Child Neurology*, v. 29, n. 3, p. 318-325, Mar. 2014.
- MAHEU, F. S. et al. A preliminary study of medial temporal lobe function in youths with a history of caregiver deprivation and emotional neglect. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, v. 10, n. 1, p. 34-49, Mar. 2010.
- MARSHALL, P. J.; FOX, N. A. Bucharest Early Intervention Project Core. A comparison of the electroencephalogram between institutionalized and community children in Romania. *Journal of Cognitive Neuroscience*, v. 16, n. 8, p. 1327-1338, Oct. 2004.
- _____.; REEB, B. C.; FOX, N. A.; NELSON III, C. A.; ZEANAH, C. H. Effects of early intervention on EEG power and coherence in previously institutionalized children in Romania. *Development Psychopathology*, v. 20, p. 861-880, 2008.
- MCLAUGHLIN, K. A. et al. Delayed maturation in brain electrical activity partially explains the association between early environmental deprivation and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, v. 68, n. 14, p. 329-336, Aug. 2010.
- MEHTA, M. A. et al. Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: The English and Romanian adoptees study pilot. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, v. 50, n. 8, p. 943-951, Aug. 2009.
- MILLUM, J.; EMANUEL, E. J. The ethics of international research with abandoned children. *Science*, v. 318, n. 5858, p. 1874-1875, Dec. 2007.
- MOULSON, M. C.; FOX, N. A.; ZEANAH, C. H.; NELSON III, C. A. Early adverse experiences and the neurobiology of facial emotion processing. *Developmental Psychology*, v. 45, n. 1, p. 17-30, Jan. 2009.
- _____.; WESTERLUND, A.; FOX, N. A.; ZEANAH, C. H.; NELSON III, C. A. The effects of early experience on face recognition: An event-related potential study of institutionalized children in Romania. *Child Development*, v. 80, n. 4, p. 1039-1056, July/Aug. 2009.

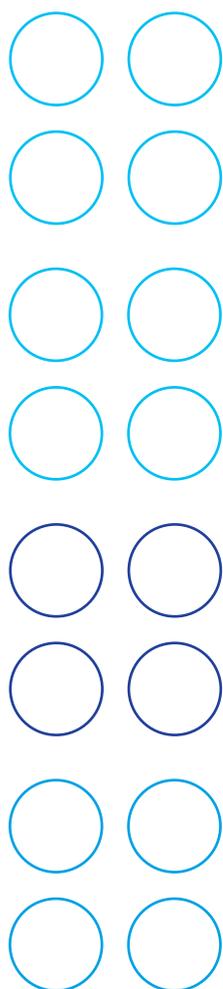
- NATIONAL Scientific Council on the Developing Child. The Science of Neglect – The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain. Working Paper 12, Cambridge, MA.: Harvard University, 2012.
- NELSON III, C. A. et al. Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project. *Science*, v. 318, p. 1937-1940, Dec. 2007.
- _____; FOX, N. A.; ZEANAHA C. H. *Romania's abandoned children: Deprivation, brain development, and the struggle for recovery*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2014.
- _____; WESTERLUND, A.; MCDERMOTT, J. M.; ZEANAHA, C. H.; FOX, N. A. Emotion recognition following early psychosocial deprivation. *Dev Psychopathology*, v. 25, n. 2, p. 517-525, May 2013.
- OLSAVSKY A. K. et al. Indiscriminate amygdala response to mothers and strangers after early maternal deprivation. *Biological Psychiatry*, v. 74, n. 11, p. 853-860, Dec 2013.
- PARKER, S. W.; NELSON III, C. A. Bucharest Early Intervention Project Core. The impact of early institutional rearing on the ability to discriminate facial expressions of emotion: An event-related potential study. *Child Development*, v. 76, n. 1, p. 54-72, Jan./Feb. 2005.
- _____; _____. Bucharest Early Intervention Project Core. An event-related potential study of the impact of institutional rearing on face recognition. *Development and Psychopathology*, v. 76, n. 1, p. 54-72, 2005.
- SHERIDAN, M. A.; FOX, N. A.; ZEANAHA, C. H.; MCLAUGHLIN, K. A.; NELSON III, C. A. Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, v. 109, n. 32, p. 12927-12932, Aug. 2012.
- SLOPEN, N.; MCLAUGHLIN, K. A.; FOX, N. A.; ZEANAHA, C. H.; NELSON III, C. A. Alterations in neural processing and psychopathology in children raised in institutions. *Archives of General Psychiatry*, v. 69, n. 10, p. 1022-1030, Oct. 2012.
- TOTTENHAM, N. et al. Elevated amygdala response to faces following early deprivation. *Developmental Science*, v. 14, n. 2, p. 190-204, Mar. 2011.
- _____. et al. Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental Science*, v. 13, n. 1, p. 46-61, Jan. 2010.
- VANDERWERT, R. E.; MARSHALL, P. J.; NELSON III, C. A.; ZEANAHA, C. H.; FOX, N. A. Timing of intervention affects brain electrical activity in children exposed to severe psychosocial neglect. *PLoS One*, v. 5, n. 7, p. e.11415, July 2010.
- WASSENAAR, D. R. Commentary: Ethical considerations in international research collaboration: The Bucharest Early Intervention Project. *Infant Mental Health Journal*, v. 27, n. 6, p. 577-580, Nov./Dec. 2006.



- ZEANA, C. H. et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and Psychopathology*, v. 15, p. 885-907, 2003.
- _____. et al. Ethical considerations in international research collaboration: The Bucharest Early Intervention Project. *Infant Mental Health Journal*, v. 27, n. 6, p. 559-576, Nov./Dec. 2006.

FURTHER READING

Readers can refer to the following website for a list of related publications: www.bucharestearlyinterventionproject.org.





Alguns estudos acadêmicos no Brasil
SAÚDE

A SAÚDE DA CRIANÇA SOB O OLHAR DA PEDIATRIA

Rosana Fiorini Puccini

Professora titular do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Fabíola Suano

Professora adjunta do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Maria Wany Lousada Strufaldi

Professora adjunta do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Os avanços das ciências, sobretudo do século 20, determinaram mudanças significativas no perfil de morbidade e de mortalidade das populações de todos os países do mundo. Em decorrência desses avanços, sobretudo na Biologia, na Genética e na Imunologia, as últimas décadas foram marcadas pelo desenvolvimento de novas abordagens na prevenção, diagnóstico e tratamento de muitas doenças. Conceitos de saúde, doença e vida permanecem em debate, e o equilíbrio entre a objetividade das Ciências Biológicas e as dimensões socioculturais e da subjetividade das pessoas, presentes também em todo esse processo, constitui um caminho sempre a percorrer. A contribuição das Ciências Humanas – Sociologia, Antropologia, Psicologia – na investigação de problemas de saúde permitiram melhor compreensão e ampliaram as possibilidades de atuação diante das complexas questões da contemporaneidade. Sentimentos e valores dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais estão envolvidos para a tomada conjunta de decisões, estabelecendo uma relação dialógica e de reconhecimento do outro como sujeito.

Nesse contexto, a pediatria apresenta, adicionalmente, algumas particularidades, por exemplo, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, as mudanças e especificidades observadas do recém-nascido à adolescência, a relação médico-paciente que inclui quase sempre a mediação do adulto (em geral a mãe), as diferentes linguagens que compõem a comunicação. No Brasil, é reconhecida a histórica articulação e contribuição da Pediatria nos serviços públicos de saúde, seu papel na elaboração de políticas públicas, sua abertura à incorporação de conceitos e preocupações do campo da saúde coletiva, em especial ao princípio da integralidade na atenção à saúde (PUCCINI, 2002). Assim, neste capítulo, serão abordados conceitos sobre integralidade e aspectos históricos da atenção pediátrica e formação profissional no Brasil, questões essenciais para a atenção integral à saúde da criança.

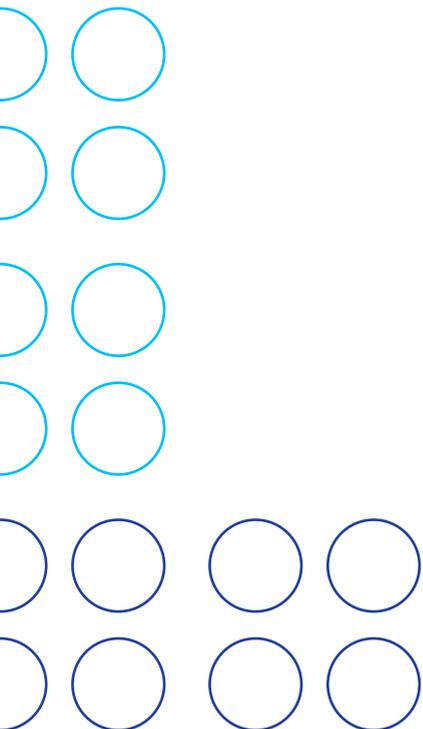
INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

Dois conjuntos de sentidos para a integralidade têm sido propostos, com base na contribuição de vários autores (CECÍLIO, 2001; GOMES; PINHEIRO, 2005; MATTOS, 2001):

Integralidade do processo de trabalho dos profissionais de saúde

Nesse primeiro conjunto de sentidos, destacam-se:

1. integralidade na concepção do objeto de trabalho assistencial, isto é, a necessária visão global sobre a pessoa, para a qual se presta um serviço de saúde, que não deve ser reduzida ao órgão, aparelho ou sistema biológico, mas reconhecida e valorizada na sua condição integral, biopsicossocial. Nesse sentido, a integralidade é fruto da concepção do usuário como sujeito, com suas demandas e necessidades específicas e individuais.



2. Integralidade no ato cuidador, presente no encontro, na conversa, na escuta, na atitude do profissional de saúde que busca reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades individuais no que diz respeito à saúde de cada pessoa. Nesse sentido, a integralidade valoriza as práticas do cuidar, do acolhimento e do vínculo.
3. A integralidade construída como esforço e confluência de vários saberes e práticas de uma equipe multiprofissional, articulando ações programáticas e demanda espontânea, ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, no espaço concreto e singular de um serviço de saúde – seja uma unidade básica de saúde, seja um ambulatório, seja um hospital.

Integralidade na articulação dos serviços e continuidade do cuidado

Nesse segundo conjunto de sentidos, integralidade significa superar a fragmentação das ações nos serviços de saúde, com base na constatação de que nenhum deles – unidade de atenção básica, especialidades, serviços ambulatoriais, serviços de diagnóstico e terapêutica, unidades de internação – dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessárias para a solução dos problemas de saúde das pessoas ou da população. A articulação entre os diferentes serviços do sistema visa à constituição de uma rede de atenção efetiva, com continuidade do cuidado, o que pressupõe a possibilidade de acesso às tecnologias, aos diferentes serviços dependendo do momento e do tipo de necessidade, com o reconhecimento de que não há um único sentido de referência e contrarreferência. A continuidade do cuidado e a integração de serviços por meio de redes de atenção devem nortear a elaboração e a implementação de programas e ações, voltados a problemas mais gerais ou específicos. Nesse processo, para que haja uma atuação mais efetiva, muitas ações do setor saúde devem, também, articular-se às ações de outros setores, constituindo a intersetorialidade.

A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ASPECTOS HISTÓRICOS

No Brasil, as primeiras iniciativas voltadas à proteção da infância tiveram como foco as crianças enjeitadas ou expostas. Até o final do século 19, esses termos eram utilizados para tratar a criança abandonada, correspondendo ao tipo de abandono mais comum para o período e consubstanciando-se nas práticas de enjeitar as crianças expondo-as em locais onde seriam, provavelmente, recolhidas. Os lugares mais comuns eram as igrejas e os conventos. Dependentes da caridade das pessoas, muitas vezes, essas crianças eram escravizadas por



Edson Hatakeyama

quem as criava em suas casas. Com base nesse argumento, a Roda ou Casa dos Expostos foi instituída em 1732, oficialmente, anexa à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. No período de 1810 a 1825, estima-se quase mil crianças por ano o número de abandonados, com uma mortalidade de aproximadamente 90%. Essas casas se disseminaram por todo o país, estando em atividade até o início do século 20 (MADEIRA, 1996).

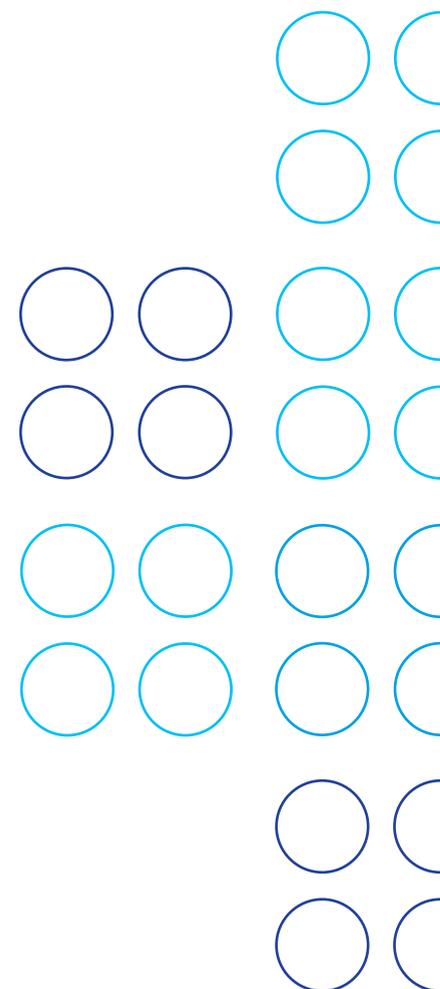
Já no início do século 20, em função da forte influência de médicos que retornavam ao Brasil após formação complementar na Europa, onde as práticas médicas estavam fortemente voltadas às orientações higienistas, a atenção pediátrica e a puericultura difundiram-se rapidamente, incluindo entre seus principais objetivos a normalização de aspectos relacionados à melhor forma de cuidar das crianças, com ênfase na alimentação e na higiene. Congressos brasileiros de higiene, realizados na década de 1920, apontavam a mortalidade infantil como grave problema de saúde pública e a alimentação e a higiene infantil como principais responsáveis por esse quadro (CARNEIRO, 2000; SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012; NOVAES, 1979; SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1981). Nesse período, a implementação de ações voltadas à criança, pelo Estado, buscou responder a essas questões e, também, às reivindicações da sociedade e de movimentos operários do início do século 20. Surgem propostas de controle do trabalho infantil, licença-gestante de um mês no final da gestação e após o parto. Em 1923, o médico e cientista Carlos Chagas buscou ampliar o atendimento à saúde por parte da União, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública. Com isso, estabeleceu, entre outras medidas, as atribuições da Inspetoria de Higiene Infantil: assistência prestada à primeira infância; medidas especiais de profilaxia de doenças transmissíveis próprias dessa faixa etária; orientação e propaganda da alimentação apropriada à criança no estado hígido e patológico; inspeção das escolas particulares, colégios, asilos infantis, creches. Ficou definido, assim, que o Estado deveria exercer sua função de proteção à criança – defesa da integridade física, vigilância, assistência médica, auxílio social, educação sanitária. Em 1924, o Decreto nº 4.867 instituiu o Dia da Criança – 12 de outubro – e, em 1925, o Decreto nº 4.983-A (BRASIL, 1925) estabeleceu medidas complementares às leis de assistência e proteção de menores abandonados e delinquentes (NOVAES, 1979; SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1981).

Durante o Estado Novo, foi criado o Departamento Nacional da Criança (1940); paradoxalmente, considerando a centralização política desse período, a proposta desse departamento implicava participação ativa da sociedade, sobretudo de médicos, professores, autoridades públicas e mulheres, apontando para ações articuladas com diferentes setores nas resoluções desses problemas (PEREIRA, 1999). Até o início da década de 1950, a atenção à criança manteve-se com esse caráter normativo, voltada, principalmente, ao meio urbano, que assumia progressivamente maior importância em razão do desenvolvimento industrial.

A emergência de programas materno-infantis, na década de 1970, configurou-se como uma das tentativas de racionalizar e implementar políticas sociais que respondessem de alguma forma aos movimentos populares por saúde. A crise do setor previdenciário e da saúde como



Edison Hatakeyama





Eduardo Ogata

um todo, decorrente do modelo adotado, exigia algumas respostas. O Programa de Assistência Materno-Infantil (1975) apresentava como prioridades a imunização e a prevenção da desnutrição, a qual constituía um dos principais problemas de saúde pública naquele período, responsável direta ou indiretamente por grandes contingentes de internações e óbitos infantis (BRASIL, 1975). No ano de 1978, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) ao eleger a Atenção Primária à Saúde como estratégia de planejamento, funcionamento e programação para os serviços de saúde visando à saúde para todos no ano 2000, influenciou fortemente políticas de saúde em vários países, inclusive no Brasil. A atenção à saúde da criança – atividades e ações – constitui destaque dessas orientações.

Na década de 1980, as Ações Básicas de Saúde na Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 1984) definiram normas e priorizaram o desenvolvimento das ações básicas voltadas à criança – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças imunopreveníveis –, consideradas como eixo nucleador da assistência a ser prestada na rede básica de serviços do país. Nesse mesmo período, aprofundava-se a discussão sobre o papel e as atribuições da rede básica, visando à superação das históricas dicotomias decorrentes do modelo assistencial existente – ações preventivas e curativas, ações individuais e coletivas. O movimento da reforma sanitária, a redemocratização do país, entre outros fatores, determinaram mudanças profundas no sistema de saúde que se concretizam na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (BRASIL, 1988), estabelecendo a saúde como direito do cidadão e o dever do Estado para provê-lo.

Na atenção à criança, somam-se direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – alojamento conjunto, acompanhante na internação, continuidade da educação escolar hospitalar, para citar alguns artigos mais diretamente relacionados à saúde (BRASIL, 1990). Essa é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira. Os princípios do SUS – equidade, acesso universal a todos os níveis de atenção, conceito ampliado de saúde, a integralidade das ações, controle social – estão ainda em permanente reformulação e passam a exigir, também, mudanças na formação dos profissionais.

A FORMAÇÃO EM PEDIATRIA

Até o final do século 19, havia no país três escolas médicas. A constituição formal da Pediatria como especialidade ocorreu em 1881, com a fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, por iniciativa de Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo. Diplomado em 1872 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ele estagiou durante 2 anos em serviços pediátricos da Faculdade de Paris. Antes de regressar ao Brasil, percorreu alguns hospitais, dispensários e policlínicas, fatos que o influenciaram na idealização da implantação desse serviço. Deve-se a ele, também, o primeiro curso da especialidade iniciado em 1882, ministrado

em sua Policlínica, e a criação da cadeira de Clínica de Moléstias de Crianças na Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Em justificativa ao Governo Imperial para a criação dessa cadeira, Moncorvo de Figueiredo destacava:

A frequência exagerada das moléstias que assaltam a infância, a sua crescida letalidade e finalmente as particularidades que oferecem tais moléstias demonstram a necessidade inadiável de se prestar à criança doente grande soma de cuidados especiais, cuidados que exigem por sua vez conhecimentos que só pode possuir o médico que se tenha consagrado ao estudo aliás difícil da patologia infantil (ROCHA, 1996, p. 103).

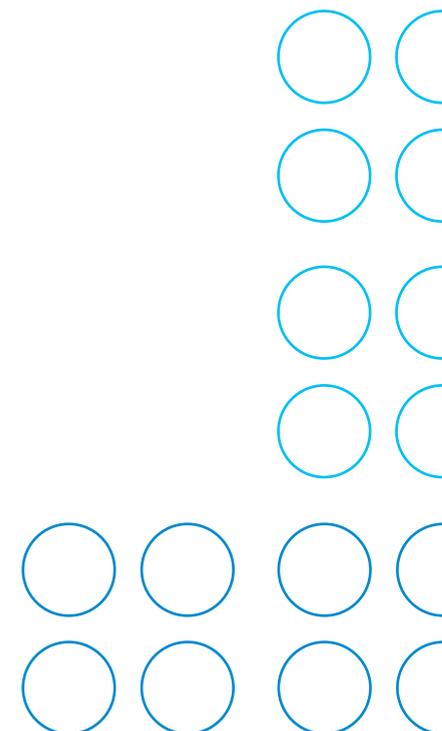
Arquivos oficiais registram que o primeiro termo de habilitação acadêmica em Pediatria ocorreu em 1895. Ainda no final do século 19, criou-se a cátedra de Pediatria na Escola Médica da Bahia, que seria a tendência nas demais instituições do país a serem instaladas no decorrer do século seguinte, com denominações variadas – Clínica de Crianças, Pediatria Médico-Cirúrgica, Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, Puericultura e Pediatria. Na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), cujas atividades tiveram início em 1966, a Pediatria foi denominada Medicina Integral da Criança, a partir da concepção de que se tratava de uma grande área da medicina, e não uma especialidade (ROCHA, 1996). Essa discussão ainda está presente nos dias de hoje e tem permeado os processos de orientação dos cursos de graduação, residência e organização de serviços de saúde, no que se refere ao atendimento pediátrico.

Nas décadas de 1970 e 1980, desenvolveram-se os programas de integração docente-assistenciais, de forma articulada a mudanças e ações que ocorriam no sistema de saúde e que tiveram seu marco na criação do SUS (MARSIGLIA, 1995). Os departamentos de Pediatria, historicamente, estiveram envolvidos nesses programas, tornando evidente a importância atribuída por esses professores e profissionais aos aspectos sociais dos determinantes do processo saúde – doença e à estrutura da rede de atenção à saúde. Isso denota, ainda, um compromisso desses departamentos com a formação de um médico com visão integral, crítico e com compreensão de seu meio e da estrutura do sistema de saúde vigente.

Com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina e iniciativas como o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médio (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) desencadeadas pelo Ministério da Educação e da Saúde nos anos 2000 (BRASIL, 2001; 2002; 2005; 2010), ganham expressivo impulso os processos de mudanças curriculares que visavam à inclusão das atividades práticas de ensino na rede de serviços de saúde, sobretudo os de atenção básica. Os Departamentos de Pediatria que, em sua maioria, já desenvolviam essas atividades desde os anos 1970, tornaram-se mais fortalecidos, passando a constituir importante segmento de apoio a essas mudanças nas instituições de ensino.



Edson Hatakeyama





Publicações e documentos que estabeleçam diretrizes para o ensino de Pediatria, nacionais e internacionais, já traziam em comum a necessidade de referenciar o ensino teórico e prático em indicadores de morbidade e mortalidade, bem como a importância da integração com os serviços de saúde. Especificidades de cada país ou região têm sido apontadas como fundamentais para definição de conteúdos e prioridades dos currículos, reconhecendo a importância de desenvolver no futuro profissional uma visão global em relação à situação de saúde da criança no seu país (MARCONDES, 1986, 1993; MENEGHELLO, 2000; MENEGHELO; MARTINEZ, 2004; PUGA, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 1988; SONIS, 1997). A diversificação de cenários de práticas, a assistência ambulatorial e em unidades de atenção básica em creches e escolas têm sido valorizadas para o ensino de Pediatria, e várias experiências têm procurado avançar nessa direção, com a inclusão de conteúdos de promoção de saúde, prevenção de doenças, considerando uma abordagem global do processo saúde-doença da criança, inserida na família e na comunidade (MARCONDES; ISSLER; MASCARETTI, 1990; MASCARETTI, 1989; PUCCINI et al., 1998; VEIGA; BATISTA, 2006).

Pesquisas sobre o ensino de Pediatria revelam que, no Brasil, a maioria dos cursos de Medicina inclui formação e atividades práticas em Pediatria na atenção básica, em unidades integradas à rede de saúde pública, em escolas, creches, e desenvolve trabalhos em equipes interdisciplinares. Dado interessante, também, é que, embora tenha ocorrido o necessário desenvolvimento das especialidades pediátricas, o ensino da graduação permanece integrado e articulado, com exceção da neonatologia e das áreas de urgência e emergência, que requerem uma atenção específica, dada a importância de preparar o profissional para as situações mais frequentes que podem se apresentar futuramente, independentemente da especialidade a ser escolhida (PUGA, 2000; SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 1999; VEIGA; BATISTA, 2006).

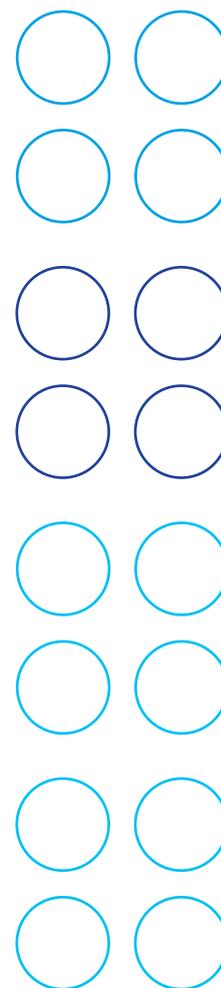
A PEDIATRIA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA – DESAFIOS ATUAIS

Os problemas de saúde das populações variam consideravelmente entre as diferentes nações, na dependência de inúmeros fatores, destacando-se: condições socioeconômicas, educacionais e culturais; clima e geografia; ecologia de agentes infecciosos e seus hospedeiros; industrialização e urbanização; e, em alguns casos, frequência na população dos genes de algumas doenças. A assistência pediátrica, em especial, tem exigido conhecimentos cada vez mais amplos. São novas tecnologias que precisam ser apropriadas e, ao mesmo tempo, outras demandas e necessidades em saúde, muitas vezes complexas e de difícil abordagem, sobretudo em regiões metropolitanas: acidentes, violência, trauma, prática esportiva, urgências e emergências, uso de drogas e álcool, exposição e relação com a mídia, precocidade da atividade sexual, desenvolvimento escolar, anticoncepção, a criança e o adolescente portadores de doença crônica ou com necessidades especiais, os processos de inclusão. São questões que exigem uma atuação interdisciplinar e intersetorial.

Nesse sentido, iniciativas governamentais, como a São Paulo Carinhosa, representam um avanço e um passo importante nessa direção, demonstrando o potencial de desenvolvimento de ações integradas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2013). Instituída por meio de decreto da Prefeitura de São Paulo, em 28 de agosto de 2013, esse programa trabalha para que as várias áreas do Governo Municipal possam ter um olhar especial para a infância e para o núcleo familiar. São 14 secretarias envolvidas com o projeto, visando o desenvolvimento de um trabalho coordenado, com ações endereçadas prioritariamente para as crianças nos primeiros anos de vida, sobretudo para aquelas em situação de maior vulnerabilidade. Além das secretarias, o objetivo do programa é articular ideias e atividades entre sociedade civil, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e governos estadual e federal, sempre em sintonia com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Programa de Metas da Cidade de São Paulo e Plano Nacional da Primeira Infância.

As instituições de ensino da área da Saúde, por meio de seu corpo docente, composto por profissionais que atuam na área da criança e do adolescente, têm desempenhado importante papel na formação e na qualificação profissional e contribuído na produção de conhecimento, no aprimoramento da assistência, na formulação de políticas, programas e ações, tendo como princípios a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

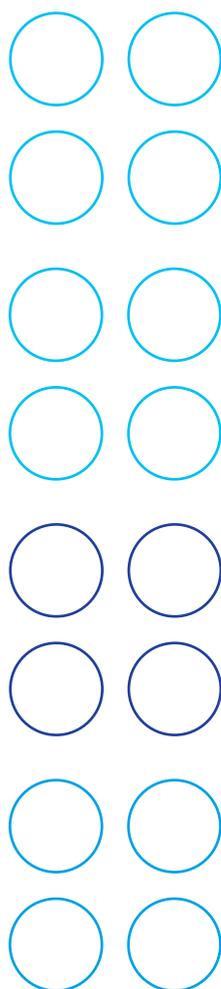
O pediatra, tanto como integrador nos diversos níveis de atenção do cuidado quanto na assistência, está atento à diversidade desse atendimento, buscando se atualizar e atuar no incentivo das novas gerações, compreendendo a importância de seu papel profissional e social no sentido de assegurar a saúde da criança no país. O acesso universal à saúde, a superação das desigualdades, a equidade e a integralidade constituem pontos a serem perseguidos pela sociedade, e a Pediatria tem se colocado, sempre, lado a lado da criança e do adolescente.



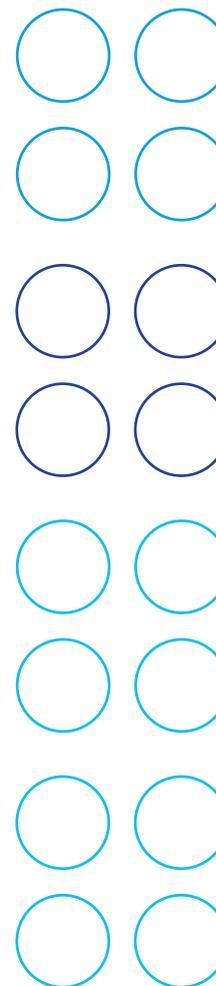
Eduardo Ogata

REFERÊNCIAS

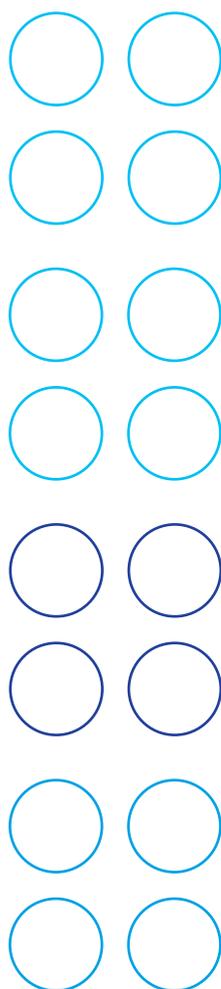
- BRASIL. *Atenção integral à saúde da criança: ações básicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.
- _____. Decreto nº 4.983 -a, de 30 de dezembro de 1925. Estabelece medidas complementares às leis de assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 fev. 1926. Seção 1, p. 2791.
- _____. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá Outras Providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 6 abr. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975 *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1975.
- _____. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 610. *Promed*, Brasília, DF, 2002.
- _____. _____. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de dezembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Seção 1.
- _____. _____. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 mar. 2010. Seção 1, p. 53.
- _____. _____. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Seção II – Da Saúde. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 6 abr. 2016.
- _____. _____. Resolução CNE/CES 4/2001, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Ministério da Educação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.
- CARNEIRO, G. *Um compromisso com a esperança: história da Sociedade Brasileira de Pediatría – 1910-2000*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 113 -126.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.



- MADEIRA, A. Evolução histórica e aspectos atuais da assistência médico-social da criança no Brasil (Excertos). In: AGUIAR, A.; MARTINS, R. M. *História da Pediatria Brasileira: coletânea de textos e depoimentos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1996. p. 73-84.
- MARCONDES, E. Diretrizes para o ensino de Pediatria. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 6, p. 349-352, 1993.
- _____. Objetivos do ensino de Pediatria na preparação do médico geral. *Pediatria*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 183-185, 1986.
- _____.; ISSLER, H.; MASCARETTI, L. A. S. O ensino de Pediatria preventiva e social ao nível da graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 80-86, 1990.
- MASCARETTI, L. A. S. Curso de Pediatria Preventiva e Social II para o 5º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: um relato de experiência de 15 anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1/3, p. 25-27, 1989.
- MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente – assistencial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 39-64.
- MENEGHELLO, J. Tendências evolutivas de la Pediatria (1940-2000). *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, Distrito Federal, v. 57, n. 10, p. 573-580, 2000.
- _____.; MARTINEZ, A. G. La necesidad de una enseñanza de la Pediatria “integral e integrada” a programas de salud pública. *Pediatría al día*, v. 20, n. 2, p. 79-83, maio/jun. 2004.
- NOVAES, H. M. D. *A puericultura em questão*. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Atenção primária à saúde*. Genebra: Alma-Ata, 1978.
- PEREIRA, A. R. A criança no Estado Novo: uma leitura de longa duração. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. *Programa São Paulo Carinhosa*, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.saopaulocarinhosa.prefeitura.sp.gov.br>>. Acesso em: 6 abr. 2016.
- PUCCINI, R. F. *A integralidade na atenção à saúde da criança e o ensino de Pediatria*. 2002. Tese (Livre-docência)–Escola Paulista de Medicina-Unifesp, São Paulo, 2002.



- _____; et al. A experiência do Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM no Programa de Integração Docente-Assistencial do Embu. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 91-98, 1998.
- PUGA, T. F. et al. O ensino de Pediatria nas escolas de Medicina da América Latina – Alape – OPS 2000. Informe preliminar. *Pediatria*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 302-311, 2000.
- ROCHA, J. M. Introdução à história da Puericultura e Pediatria no Brasil. In: AGUIAR, A.; MARTINS, R. M. *História da Pediatria Brasileira: coletânea de textos e depoimentos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1996. p. 85-123.
- SANTOS, R. C. K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Comitê de Ensino. Bases doutrinárias para o ensino de Pediatria. *Pediatria*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 51 -53, 1988.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Departamento de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários. Ensino de Graduação em Ambulatório Geral de Pediatria e Serviços de Atenção Primária. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 193 -195, 1999.
- SONIS, A. Algunas reflexiones sobre la educación médica dos años del 2000. *Medicina & Sociedad*, v. 20, n. 1, p. 84 -91, 1997.
- VEIGA, E. Q. O.; BATISTA, N. A. O ensino de Pediatria no nível de graduação nas escolas de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 115 -120, 2006.





Alguns estudos acadêmicos no Brasil
SAÚDE

CRIANÇAS E ADOLESCENTES NASCIDOS PREMATUROS

Ana Lucia Goulart

Doutora em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp), professora adjunta de Pediatria Neonatal e chefe do Departamento de Pediatria da EPM/Unifesp

Marina Carvalho de Moraes Barros

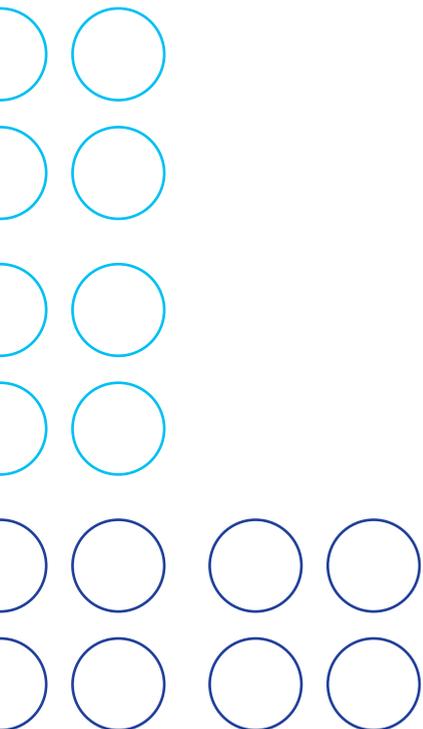
Doutora em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) e professora afiliada de Pediatria Neonatal da EPM/Unifesp

A prematuridade é um problema de saúde pública cuja frequência vem aumentando no mundo todo; atualmente, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 15 milhões de crianças nascem prematuras ao ano, ou seja, com menos de 37 semanas completas de gestação (BRASIL, 2016). No Brasil, em 2013, 11,5% dos nascidos vivos foram prematuros, o que representou um número de 334.452 crianças; quanto ao peso de nascimento, 8,5% apresentaram baixo peso (<2.500 gramas), 1,4% muito baixo peso (<1.500 gramas) e 0,6% extremo baixo peso (<1.000 gramas) (BRASIL, 2016). Dados da OMS apontaram que, em 2010, o Brasil ocupou a décima posição mundial em número de nascidos prematuros (WHO, 2012).

Nas últimas décadas, graças à melhor assistência pré-natal, ao parto e neonatal, tem-se observado um aumento das taxas de sobrevivência de prematuros ao período neonatal, sendo de 93% para aqueles de baixo peso, 66% para os de muito baixo peso e 46% para os de extremo baixo peso ao nascer, embora essas taxas sejam bastante variáveis nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2016). Assim, aproximadamente 316.505 crianças nascidas prematuras têm alta das unidades neonatais a cada ano, 26.008 delas com muito baixo peso ao nascer, e são incluídas em serviços de puericultura para acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento.

A prematuridade está associada a doenças maternas, intercorrências no parto e doenças do recém-nascido (síndrome do desconforto respiratório, apneia da prematuridade, displasia broncopulmonar, persistência do canal arterial, sepse, meningite, enterocolite necrosante, hemorragia peri-intraventricular, leucomalácia periventricular e retinopatia da prematuridade). Essas intercorrências, ao lado de fatores como baixo nível socioeconômico e cultural, frequentemente associados à prematuridade, representam fatores de risco para alterações clínicas e de desenvolvimento na criança nascida prematura, que podem persistir até a adolescência e a idade adulta. O conhecimento dessas alterações é fundamental para sua identificação precoce, permitindo que sejam implementadas intervenções para proporcionar melhor crescimento e desenvolvimento dos prematuros, com melhor qualidade de vida e inserção na vida adulta. Além disso, esse conhecimento fornece informações importantes para a estruturação de serviços especializados de assistência a crianças e adolescentes nascidos prematuros.

Foi com esse objetivo de diagnosticar e intervir precocemente nas repercussões da prematuridade na infância e adolescência que a Disciplina de Pediatria Neonatal da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) criou, em 1981, o Ambulatório de Prematuros. Desde sua fundação, esse local tem um caráter multidisciplinar e integrado, contando atualmente com dez categorias profissionais – pediatra, neurologista, oftalmologista, fisiatra, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, dentista, nutricionista e assistente social. No Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, são atendidos os prematuros com peso ao nascer inferior a 2.000 gramas nascidos no Hospital São Paulo e aqueles de muito baixo peso nascidos no Hospital Municipal Vereador José Storopoli e no Hospital Estadual de Diadema, sendo acompanhados em consultas de rotina pelos vários profissionais desde a alta hospitalar até os 20 anos de idade.



Por se tratar de uma instituição acadêmica, além da assistência com alto nível de excelência técnica e científica, o Ambulatório de Prematuros também é um local de ensino e pesquisa de alta qualidade. Algumas pesquisas realizadas no ambulatório mostram as repercussões da prematuridade em crianças brasileiras atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e serão apresentadas no texto a seguir.

REPERCUSSÕES CLÍNICAS DA PREMATURIDADE

Crianças nascidas prematuras apresentam risco para desenvolver várias intercorrências na infância e adolescência, entre as quais distúrbios do crescimento e maior prevalência de algumas doenças. Entre os distúrbios do crescimento, destacam-se o *deficit* de peso e a baixa estatura, além da síndrome metabólica associada ao sobrepeso e obesidade. Quanto às doenças clínicas, são mais comuns na infância a anemia, as infecções respiratórias e os quadros de broncoespasmo, o refluxo gastroesofágico, entre outras.

Distúrbios de crescimento

Um elevado número de prematuros de muito baixo peso ao nascer apresenta restrição de crescimento extrauterino, caracterizado por peso abaixo do percentil dez para a idade pós-conceptual, sendo utilizadas para essa classificação as curvas de crescimento intrauterino (LEMONS, 2001). Esse *deficit* de crescimento no período neonatal está associado a atraso de neurodesenvolvimento futuro – prematuros com menor ganho de peso no período neonatal apresentaram maior incidência de paralisia cerebral e menores escores de desenvolvimento motor e mental do que aqueles com maior ganho ponderal (EHRENKRANZ et al., 2006). A mesma repercussão foi observada em prematuros de muito baixo peso ao nascer, que apresentaram *deficit* de crescimento nos 2 primeiros anos de vida e tiveram menores escores de desenvolvimento aos 24 meses de idade corrigida, quando comparados àqueles com crescimento adequado. Isso demonstra que o *deficit* de crescimento após o período neonatal é um fator independente para evolução adversa do desenvolvimento (LATAL-HAJNAL et al., 2003).

Por outro lado, o crescimento acelerado no período neonatal pode causar deposição exagerada e aberrante de gordura e associar com síndrome metabólica na idade adulta. Há evidências de que alterações no meio hormonal e metabólico durante a vida fetal e pós-natal precoce possam causar adaptações que, embora benéficas em curto prazo, resultem em risco de morbidade e mortalidade tardias por doença cardiovascular, hipertensão arterial, resistência à insulina ou diabetes melito. O rápido ganho de peso em recém-nascidos de muito baixo peso tem sido associado com o desenvolvimento tardio de obesidade, e o baixo peso ao nascer,



Eduardo Ogata

combinado com ganho excessivo de peso na infância, tem sido associado a risco ainda maior de doenças no adulto (KERKHOF et al., 2012). Evidências indicam que os fatores de risco presentes na idade adulta somam seus efeitos ao meio intrauterino, indivíduos que tiveram baixo peso ao nascer e se tornaram adultos obesos têm maior prevalência de doença coronariana. Ser pequeno ao nascimento, com crescimento lento na infância e acelerado posteriormente representa o padrão de crescimento mais desfavorável para o desenvolvimento de doenças no adulto (KERKHOF et al., 2012).



Eduardo Ogata

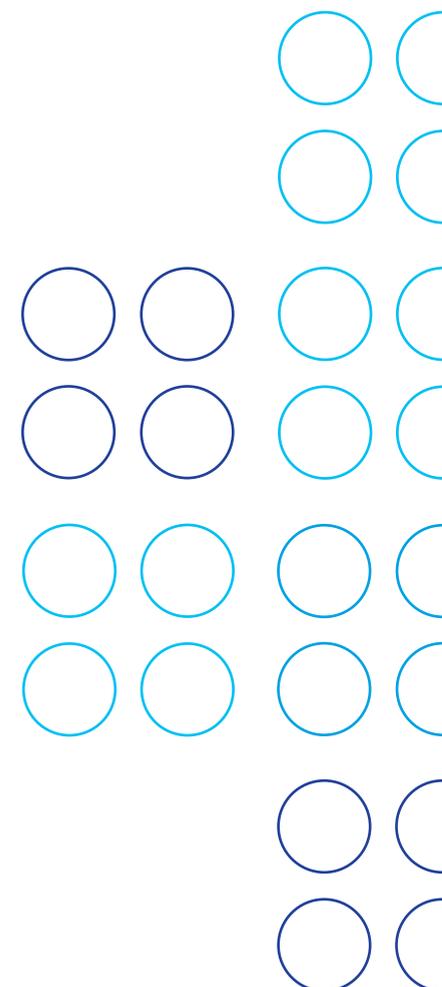
Crescimento – da infância à idade adulta

Nos primeiros anos de vida, especialmente até os 2 anos de idade, os prematuros apresentam um padrão de crescimento compensatório para atingir medidas semelhantes às de crianças nascidas a termo com peso adequado. Esse crescimento acelerado pode ocorrer, com menor frequência, até a adolescência, porém é comum que os *deficits* de crescimento persistam até a idade adulta (GOULART, 2009).

No fim do primeiro ano de idade corrigida, o peso, o comprimento e o perímetro cefálico de crianças de baixo peso ao nascer são inferiores aos de crianças a termo da mesma idade e gênero, sendo maior o *deficit* quanto menor for o peso ao nascer. Em crianças acompanhadas no Ambulatório de Prematuros da Escola Paulista de Medicina (Unifesp), encontramos resultados bastante ilustrativos do crescimento de prematuros em nosso meio. As frequências de *deficits*, caracterizados como medidas abaixo de -2 escores Z, para as crianças com peso ao nascer inferior a 1.000 gramas, entre 1.000 gramas e 1.500 gramas e entre 1.500 gramas e 2.000 gramas, foram, respectivamente: 56,8%, 21,9% e 18,8% de peso para idade, 16,2%, 13,5% e 4,1% de comprimento para a idade e 8,1%, 6,3% e 2,9% de perímetro cefálico para a idade (GOULART; MORAIS; KOPELMAN, 2011). Em estudo (ALVES, 2012) que incluiu 121 crianças nascidas prematuras com muito baixo peso acompanhadas no mesmo ambulatório e avaliadas aos 4 anos de idade, a prevalência de *deficits* de peso, altura e índice de massa corpórea, caracterizados como medidas abaixo de -2 escores Z, foi de 10,7%, 13,2% e 5,8%, respectivamente.

Embora o crescimento compensatório possa ocorrer mais tardiamente, estudo realizado em Liverpool avaliando o crescimento aos 7 anos de idade de crianças com idade gestacional inferior a 32 semanas mostrou que, quando comparados com grupo controle de crianças nascidas a termo selecionadas na escola e pareadas por idade e sexo, os prematuros continuavam a apresentar *deficit* de crescimento caracterizado por menor peso, estatura, perímetro cefálico e índice de massa corpórea (COOKE; FOULDER-HUGHES, 2003).

A avaliação aos 2, 5, 8 e 14 anos de idade de uma corte de crianças de muito baixo peso (MBP) e com peso normal ao nascer (PN), nascidos em Melbourne, mostrou que, aos 14 anos,



o desenvolvimento puberal era semelhante nos dois grupos. Em todas as idades avaliadas, os MBP obtiveram menor peso, estatura e perímetro cefálico do que os PN. Os escores Z de peso e estatura dos MBP melhoraram ao longo do tempo, mas as diferenças persistiram até os 14 anos (FORD et al., 2000). Na avaliação aos 20 anos de idade dos prematuros de extremo baixo peso ao nascer dessa mesma coorte, as médias dos escores Z de peso e de estatura foram de 0,14 e -0,52, respectivamente, e 5% dos indivíduos estavam abaixo de -2 escores Z de peso e 9% abaixo de -2 escores Z de estatura. A frequência de sobrepeso foi de 33,3% e de obesidade de 9,5%, o que pode predispor esses indivíduos a doenças tardias (DOYLE et al., 2004).

Anemia

Recém-nascidos prematuros são particularmente predispostos a desenvolver anemia nos primeiros meses de vida. Os fatores que contribuem para a ocorrência dessa anemia são a espoliação sanguínea, a hemodiluição (que ocorre na fase de crescimento), a menor vida média das hemácias, a produção inadequada de eritropoietina e a deficiência de ferro. Cada um desses fatores contribui com intensidade variável nas diversas fases de desenvolvimento da criança. No acompanhamento ambulatorial do prematuro, o componente mais importante é a anemia ferropriva, que ocorre após 40 semanas de idade pós-conceptual (DOS SANTOS, 2004).

Em um estudo brasileiro (FERRI; PROCIANOY; SILVEIRA, 2014), observou-se em prematuros de muito baixo peso ao nascer e idade gestacional inferior a 34 semanas uma prevalência de anemia de 26,5% e de deficiência de ferro de 48% (IC 95%: 39,0 – 56,9%) com 1 ano de idade corrigida.

Em pesquisa (ACQUESTA, 2011) realizada no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp que incluiu 133 crianças de muito baixo peso ao nascer aos 3 anos de idade (de 6 meses a 5 anos), encontrou-se uma prevalência de anemia de 5,3% e de deficiência de ferro de 6,8%. Com relação ao estado nutricional, 92,4% das crianças estudadas apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) e entre -2 e +2 escores Z e 85,7% estatura para idade entre -2 e +2 escores Z. A prevalência de anemia e de deficiência de ferro encontrada nesse estudo foi baixa. É possível que a suplementação de ferro diferenciada por peso ao nascer e a dieta adequada em conteúdo de ferro e outros nutrientes possam ter contribuído para essa baixa prevalência (ACQUESTA, 2011).

Repercussões respiratórias

A displasia broncopulmonar (DBP) é a doença pulmonar crônica mais comum na infância, sendo caracterizada como dependência de oxigênio com 28 dias de vida ou 36 semanas de

idade corrigida. Sua forma clássica, descrita em 1967, ocorria em prematuros moderados, mas no presente ocorre principalmente em prematuros extremos (de 23 a 28 semanas de idade gestacional). Vários estudos demonstram a persistência de morbidade respiratória em crianças, adolescentes e adultos que apresentaram diagnóstico de displasia broncopulmonar. Essa morbidade tem sido caracterizada como sibilância, asma, pneumonia, uso de medicações respiratórias, re-hospitalização por quadros respiratórios (MCEVOY; ASCHNER, 2015).

A avaliação de 51 prematuros MBP entre 6 meses e 1 ano de idade corrigida, acompanhados no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, demonstrou que 67% deles apresentou sibilância, 20% sibilos recorrentes, 35% bronquiolite, 18% pneumonia e 39% re-hospitalização. Na avaliação da função pulmonar, 39% desse público demonstrou comprometimento de algum parâmetro da função pulmonar e os prematuros com displasia broncopulmonar apresentaram menores parâmetros de fluxo pulmonar (GONÇALVES, 2012).

Em outra pesquisa (GONÇALVES, 2012) realizada no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp em 84 crianças com peso ao nascer <2.000 gramas entre 6 e 14 anos de idade, observou-se que, após a alta hospitalar, 40% tiveram broncoespasmo, 46% pneumonia e 57% re-hospitalização. A função pulmonar estava alterada em 43%, e os prematuros com displasia broncopulmonar ou aqueles com história de sibilos na infância apresentaram chance 3,5 vezes maior de manifestar alguma alteração da função pulmonar (GONÇALVES, 2012).

Alterações odontológicas

As alterações orais encontradas com maior frequência em crianças nascidas prematuras são os defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário (hipocalcificações e hipoplasias), os quais tornam o esmalte dos dentes mais porosos e com diminuição da espessura e da dimensão da coroa. Essas alterações deixam os dentes predispostos ao acometimento de lesões de cárie dentária. Os fatores sistêmicos associados aos defeitos de esmalte incluem o trauma ao nascimento, infecções na gestante (sífilis, rubéola, citomegalovírus) e, no recém-nascido, distúrbios nutricionais (desnutrição pós-natal, doença metabólica óssea da prematuridade) e metabólicos (hipóxia, hiperbilirrubinemia). Os fatores locais que podem predispor os prematuros aos defeitos dentais são a laringoscopia e a intubação endotraqueal para ventilação mecânica, procedimentos que podem resultar em forças traumáticas nos alvéolos (TAKAOKA; GOULART; CORRÊA, 2010).

Em estudo (TAKAOKA et al., 2011) realizado no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, envolvendo crianças nascidas pré-termo e a termo, entre 2 e 5 anos de idade e que apresentavam dentição decídua completa, observou-se em relação aos defeitos de esmalte: foram mais frequentes nos prematuros (87% versus 44%), estava presente em todos os prematuros submetidos à intubação traqueal, e a desnutrição pós-natal aumentou em 7,8 vezes seu risco.



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

Estudos (TAKAOKA; GOULART; CORRÊA, 2010) sobre as alterações do formato do palato mostraram que não há efeitos persistentes da intubação endotraqueal no palato e na configuração do arco dental, provavelmente, pelo crescimento e pelo remodelamento do palato. No entanto, ressalta-se que crianças prematuras podem apresentar maior predisposição aos fatores etiológicos que facilitam o desenvolvimento de mordida aberta anterior, como a adaptação precoce às funções orais extrauterinas (hábitos de sucção e nutrição), infecções respiratórias, respiração oral ou respiração nasal inadequada e hábitos orais não nutritivos.

Em crianças prematuras, observou-se um atraso na maturação dentária e erupção quando foi considerada a idade cronológica, mas nenhum atraso foi encontrado quando se considerou a idade corrigida (TAKAOKA; GOULART; CORRÊA, 2010). O conhecimento das alterações orais em crianças pré-termo e de baixo peso ao nascer por parte dos pediatras e odontopediatras favorece a atuação multidisciplinar com o objetivo de educar, prevenir e atenuar as possíveis mudanças físicas e dentárias nessas crianças.

REPERCUSSÕES DA PREMATURIDADE NO DESENVOLVIMENTO

Crianças nascidas prematuras apresentam alterações do desenvolvimento em diferentes esferas, incluindo a cognição, a motora, a visão, a audição, a linguagem e o comportamento, além do aprendizado escolar. Diversos estudos (SAIGAL et al., 2000; DOYLE; CASALAZ, 2001; DOYLE et al., 2004; HINTZ et al., 2005; VOHR et al., 2005) na literatura mostram essas alterações, sendo mais prevalentes quanto menor for a idade gestacional (duração da gestação) e o peso ao nascer. Para a avaliação dos prematuros, recomenda-se a idade corrigida para o grau de prematuridade, ou seja, a idade real da criança se não tivesse nascido prematura.

Desenvolvimento motor

Do ponto de vista motor, os prematuros de muito baixo peso ao nascer podem apresentar alterações motoras transitórias, como hipotonia e hipertonía. Geralmente essas alterações desaparecem ao longo do primeiro ano, sendo recomendada a fisioterapia motora. Outras crianças, no entanto, evoluem com paralisia cerebral, doença neuromuscular secundária à lesão ou alteração do desenvolvimento do sistema nervoso central, que pode se manifestar por atraso no desenvolvimento motor, com alterações de tônus e exacerbação dos reflexos primitivos. Esse quadro está presente em 21% de crianças nascidas com menos de 25 semanas de gestação e em 11% a 12% daquelas com 27 a 32 semanas, avaliadas com 18 a 22 meses de idade corrigida (HINTZ et al., 2005; VOHR et al., 2005).

O desenvolvimento motor pode ser avaliado nos primeiros anos pelas Escalas Bayley, que apresentam escore médio de cem com desvio-padrão de quinze. Um escore motor inferior a

setenta (atraso moderado) é observado em 26% das crianças nascidas com idade gestacional de 22 a 26 semanas e em 17% daquelas com 27 a 32 semanas, aos 2 anos de idade corrigida (VOHR et al, 2005). Em nosso meio, em estudo realizado no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, 7% das crianças nascidas prematuras com peso inferior a 1.500 gramas e 3% daquelas com peso ao nascer entre 1.500 e 2.000 gramas apresentaram escore motor pelas Escalas Bayley III inferior a 85, com 18 a 24 meses de idade corrigida (FERNANDES et al, 2012; GUERRA et al., 2014).

O comprometimento motor também pode ser evidenciado nas funções motoras das crianças prematuras ao longo da infância. Com 30 meses de idade corrigida, entre as crianças nascidas com menos de 25 semanas de idade gestacional, 10% delas necessitam de assistência para a marcha, 3% não se sentam e 4% não se alimentam sozinhas (WOOD, 2000).

Desenvolvimento cognitivo

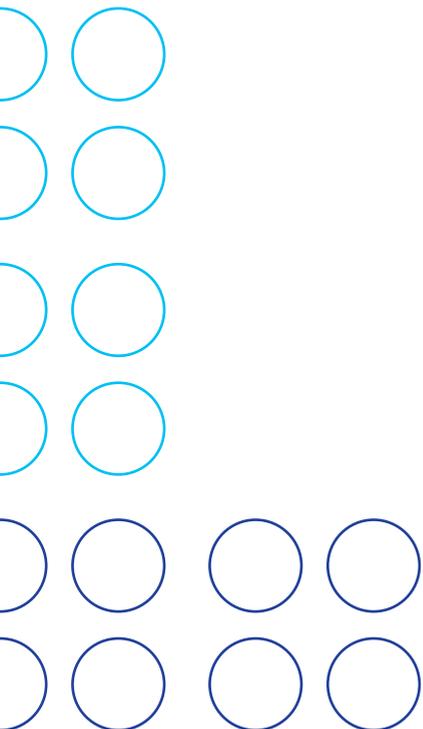
O desenvolvimento cognitivo de crianças nascidas prematuras é avaliado desde os primeiros 2 anos de vida, por meio das Escalas Bayley de desenvolvimento. Entre prematuros com idade gestacional de 22 a 26 semanas e de 27 a 32 semanas, avaliados com 18 a 22 meses de idade corrigida, um escore mental inferior a setenta foi observado em 37% e 23% dos casos (VOHR et al., 2005). Em nosso meio, em estudo realizado no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, 7% das crianças nascidas prematuras com peso inferior a 1.500 gramas e 2% dos bebês com peso ao nascer entre 1.500 e 2.000 gramas apresentaram escore mental pelas Escalas Bayley III inferior a 85, com 18 a 24 meses de idade corrigida (FERNANDES et al., 2012; GUERRA et al., 2014).

O comprometimento da cognição também pode ser observado na idade escolar e na adolescência em prematuros extremos. Prematuros extremos avaliados aos 8 anos de idade apresentaram quociente de inteligência de 87, inferior aos apresentados por crianças nascidas a termo, de 96. Na adolescência, prematuros de extremo baixo peso continuam a apresentar menor quociente de inteligência (LITT et al., 2012; DOYLE; CASALAZ, 2001). Esse comprometimento cognitivo repercute diretamente no desempenho escolar das crianças nascidas prematuras.

Desenvolvimento da visão

Recém-nascidos prematuros com idade gestacional inferior a 32 semanas ou peso ao nascer menor que 1.500 gramas são de risco para apresentar retinopatia da prematuridade. A retinopatia é uma doença vasoproliferativa que ocorre durante a vascularização da retina de





prematturos que pode causar *deficit* visual e, em casos graves, cegueira. Em prematturos com idade gestacional inferior a 29 semanas, a retinopatia é observada em 10% deles (DARLOW, 2005), cuja frequência se eleva com a redução da idade gestacional. Na maioria das vezes, a doença apresenta regressão espontânea; no entanto, nos casos mais graves, é necessário o tratamento cirúrgico, para evitar-se o descolamento da retina e a cegueira.

Em prematturos com idade gestacional inferior a 25 semanas, 16% apresentam *deficit* visual e 2% cegueira, aos 30 meses de idade corrigida (WOOD et al., 2000). Aos 10 anos de idade, 25% dos prematturos extremos apresentam menor acuidade visual (inferior a 20/40) (CRYOTHERAPY FOR RETINOPATHY, 2001). Além da menor acuidade visual, crianças nascidas prematturas apresentam maior frequência de miopia e estrabismo na infância, sobretudo se apresentaram retinopatia no período neonatal. Naquelas com a doença grave, a miopia é observada em 70% dos casos e o estrabismo em 80% (CHEN et al., 2010; VANDERVEEN; 2011). Esses achados reforçam a importância de avaliação oftalmológica seriada em crianças nascidas prematturas, para instituição do tratamento, uma vez que o *deficit* visual repercute em seu aprendizado escolar e em sua inserção na sociedade.

Desenvolvimento da audição

O *deficit* auditivo e a surdez são mais frequentes nas crianças prematturas. A existência de fatores de risco, como a presença de antecedentes familiares de perda auditiva, infecções congênitas, malformações craniofaciais, peso ao nascer inferior a 1.500 gramas, níveis elevados de bilirrubina, uso de medicações ototóxicas, meningite bacteriana, asfixia perinatal, ventilação mecânica e síndromes genéticas, aumenta a frequência desse distúrbio (JOINT COMMITTEE, 2007).

Aos 18 a 22 meses de idade corrigida, a surdez foi observada em 2% a 4% dos prematturos nascidos com idade gestacional de 22 a 26 semanas, e em 1% a 2% daqueles com idade gestacional de 27 a 32 semanas (VOHR et al., 2005). Já o *deficit* auditivo está presente em 12% das crianças nascidas prematturas com idade gestacional entre 22 e 25 semanas, avaliadas entre 2 e 3 anos de idade (WOOD et al., 2000). A identificação precoce do *deficit* auditivo é fundamental para que próteses auditivas sejam prescritas, se necessário, a fim de não comprometer o desenvolvimento da linguagem e a inserção social da criança.

Alterações cerebrais comuns no prematturo, como a hemorragia peri-intraventricular, aumentam o risco de perda auditiva central. Em estudo (FAGÁ, 2013), em nosso meio, realizado no Ambulatório de Prematturos da EPM/Unifesp, foram avaliadas crianças nascidas prematturas com peso inferior a 2.000 gramas. Na alta da Unidade Neonatal, a frequência de alteração central da audição foi maior entre os prematturos com hemorragia peri-intraventricular (33%) do que nos sem a doença (5%), sendo mais frequente quanto



Eduardo Ogata

maior a gravidade da hemorragia. No segmento ambulatorial, as crianças com hemorragia peri-intraventricular, comparadas àquelas sem a doença, apresentaram tendência à maior frequência de *deficit* de linguagem. Esses dados reforçam a importância da avaliação auditiva dessas crianças durante a infância.

Desenvolvimento da linguagem

O atraso de linguagem é o distúrbio do desenvolvimento mais frequente, com repercussões na socialização e no aprendizado escolar. Em nosso meio, em estudo (FERNANDES et al., 2012; GUERRA et al., 2014) realizado no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, em crianças nascidas com peso inferior a 1.500 gramas e peso entre 1.500 e 2.000 gramas, avaliadas entre 18 e 24 meses de idade corrigida, por meio das Escalas Bayley III, score de linguagem inferior a 85 foi observado em 29% e 5% das crianças, respectivamente. Em prematuros extremos, avaliados com idade corrigida de 24 meses, o atraso de linguagem receptiva foi observado em 30% dos prematuros e de linguagem expressiva em 17% (LOBO et al, 2014).

A maior frequência de atraso no desenvolvimento da linguagem é observada em diferentes faixas etárias. Em nosso meio, no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, adolescentes nascidos prematuros com idade gestacional de 31 semanas, comparados a adolescentes nascidos a termo, apresentaram tendência a pior desempenho em testes que avaliam o vocabulário receptivo, expressão e compreensão, incluindo sentenças ambíguas e linguagem figurada (MARTINS, 2013). O atraso de linguagem deve ser evidenciado precocemente, e terapias fonoaudiológicas devem ser implementadas, para se observar um melhor desenvolvimento dessa esfera.

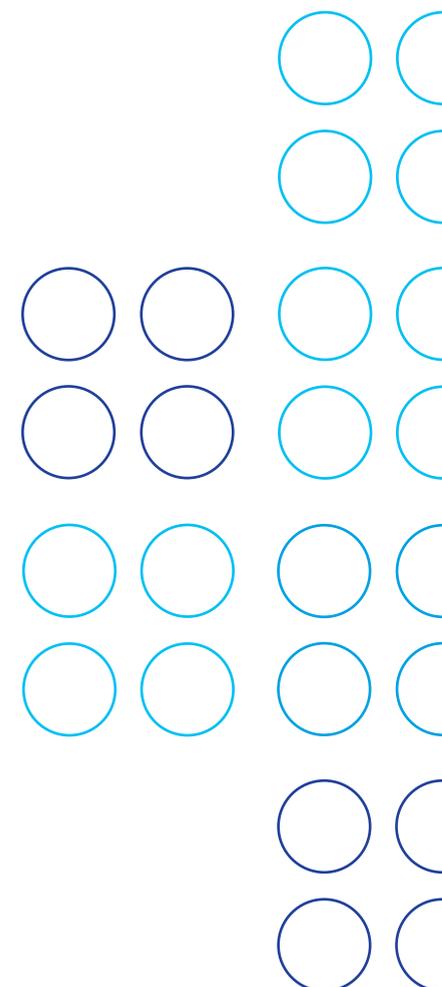
Aprendizado escolar

Na fase escolar, os estudos mostram pior desempenho acadêmico dos prematuros, comparados às crianças nascidas a termo de mesma idade. Prematuros extremos avaliados aos 8 anos de idade, comparados às crianças nascidas a termo, apresentaram menor quociente de inteligência e pior desempenho em leitura, linguagem, escrita, verbalização e resolução de problemas de matemática. Aos 14 anos, além de pior desempenho em leitura e em cálculo, os adolescentes nascidos prematuros apresentam menor memória visual e alcance espacial, processamento visual mais lento e maior número de erros em testes que avaliam estratégias de memória visual (LITT et al., 2012).

O conhecimento de que prematuros apresentam na infância e adolescência pior desempenho escolar mostra a importância de indicar o suporte pedagógico, caso essas alterações sejam identificadas.



Eduardo Ogata



Comportamento

Na esfera emocional, em crianças nascidas prematuras, avaliadas aos 5 anos de idade, comparadas a crianças nascidas a termo, os problemas comportamentais são 1,6 vezes mais frequentes. Entre eles, destacam-se o *deficit* de atenção, dificuldade de socialização, ansiedade, depressão, somatização e comportamentos de internalização e externalização (REIJNEVELD et al., 2006; POTIJK et al., 2012). Deve-se atentar para esses distúrbios durante a infância em crianças prematuras, para as quais é fundamental o suporte necessário.

Também são descritos os distúrbios psiquiátricos em prematuros. Aos 11 anos de idade, prematuros extremos, comparados aos adolescentes de mesma faixa etária, o Transtorno do *Deficit* de Atenção e Hiperatividade foi quatro vezes mais frequente, estando presente em 12% deles. Os distúrbios emocionais também foram quatro vezes mais prevalentes, e o Transtorno de Espectro do Autismo (TEA) foi observado em 8% dos prematuros e em nenhum dos nascidos a termo (JOHNSON et al., 2012).

O TEA é uma doença com comprometimento importante da comunicação e da socialização, cujo diagnóstico pode ser firmado aos 3 anos de idade. No entanto, alguns testes de triagem podem identificar esta situação precocemente. Em nosso meio, em estudo (LEDERMAN, 2015) realizado no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp, crianças nascidas com muito baixo peso foram avaliadas entre 18 e 24 de idade corrigida, por meio do questionário M-CHAT (em inglês, Modified Checklist for Autism in Toddlers) para identificação de sinais sugestivos de TEA, e 12 meses após pelos questionários M-CHAT e ABC/ICA (em inglês, Autism Behavior Checklist, adaptado para o Brasil como Inventário de Comportamentos Autísticos). Aos 18 meses, o M-CHAT identificou risco para TEA em 6,7% das crianças e, 12 meses após, 5,2% apresentaram rastreamento positivo para TEA.

Esse rastreamento é importante, pois, mesmo que o diagnóstico não seja confirmado, crianças com resultados falso-positivos também necessitam de intervenções fonoaudiológicas com o objetivo de melhorar a comunicação e a interação social (LEDERMAN, 2015).

APOIO SOCIAL

As crianças e os adolescentes acompanhados no Ambulatório de Prematuros da EPM/Unifesp recebem suporte social do Viver e Sorrir – Grupo de Apoio ao Prematuro, associação fundada em 25 de agosto de 2004 por docentes da Disciplina de Pediatria Neonatal da EPM/Unifesp e pessoas da sociedade em geral.

O Viver e Sorrir – Grupo de Apoio ao Prematuro tem como objetivo auxiliar na melhoria das atividades desenvolvidas pela Disciplina de Pediatria Neonatal da Universidade Federal de São Paulo (USP), obtendo meios e recursos para garantir uma assistência de alto padrão

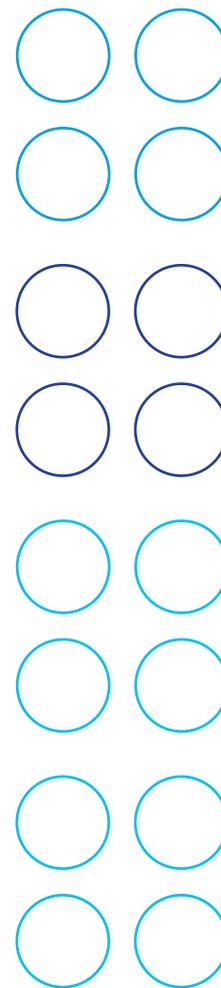


científico e para prestar apoio social às famílias necessitadas. São metas da instituição: colaborar no aprimoramento das Unidades de Internação Neonatais, Ambulatório de Prematuros e Banco de Leite Humano da Unifesp, fornecer suporte social às famílias, estimular a adesão ao tratamento e promover o voluntariado. Para cumprir seus objetivos, o Viver e Sorrir conta com a participação de sua diretoria e do voluntariado.

O apoio social às crianças e aos adolescentes acompanhados no Ambulatório de Prematuros tem sido feito por meio da doação de fórmulas lácteas, cestas básicas, medicamentos, fraldas, vales-transporte, cadeiras de rodas, óculos, órteses, entre outros benefícios.

Além disso, o Viver e Sorrir patrocinou a reforma e a ampliação da Casa do Prematuro, onde está localizado o ambulatório. Essa obra representou uma grande melhoria na área física, propiciando melhores condições de acessibilidade, de acolhimento aos pacientes e de atendimento pelos diversos profissionais, e permitiu que um maior número de profissionais frequentasse o ambulatório para receber treinamento sobre a assistência aos prematuros.

Temos como objetivo capacitar um número cada vez maior de profissionais para que o modelo de atendimento do Ambulatório de Prematuros da EPM possa ser implantado em outros serviços, bem como a forma de apoio prestado pelo Viver e Sorrir.



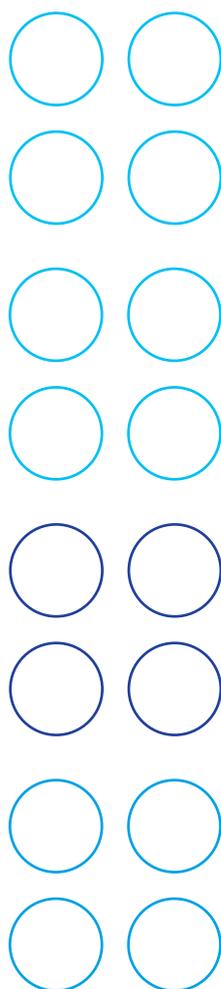
Eduardo Ogata

CONSIDERAÇÕES FINAIS

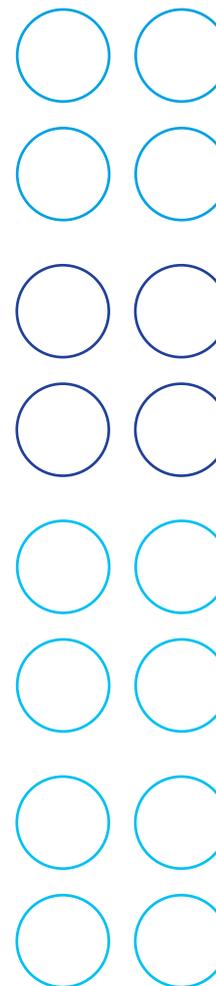
Crianças nascidas prematuras, comparadas às nascidas a termo, apresentam com maior frequência alterações clínicas e de seu desenvolvimento. Essas alterações são mais frequentes quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascer. Assim, recomenda-se um atendimento multidisciplinar no segmento dessas crianças. Elas devem ser avaliadas regularmente para possibilitar o diagnóstico precoce para que, quando necessárias, as intervenções sejam implementadas, visando a melhora da saúde e qualidade de vida, propiciando sua inserção plena na sociedade.

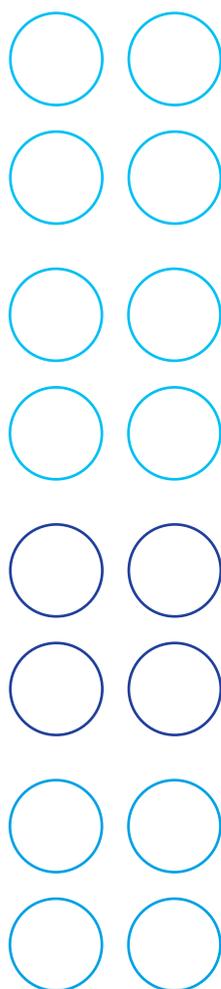
REFERÊNCIAS

- ACQUESTA, A. L. *Prevalência de anemia ferropriva e deficiência de ferro em crianças de zero a cinco anos de idade nascidas prematuras com muito baixo peso*. 2011. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ALVES, E. O. *Crescimento de crianças nascidas prematuras com muito baixo peso aos 4 anos de idade*. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências)–Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de saúde*. 2016. Disponível em: <<http://portal-saude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- CHEN, T. C. et al. Long-term evaluation of refractive status and optical components in eyes of children born prematurely. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, Rockville, v. 51, p. 6140-6144, 2010.
- COOKE, R. W. I.; FOULDER-HUGHES, L. Growth impairment in the very preterm and cognitive and motor performance at 7 years. *Archives of Disease in Childhood*, London, v. 88, p. 482-487, 2003.
- CRYOTHERAPY FOR RETINOPATHY OF PREMATURITY COOPERATIVE GROUP. Multicenter trial of cryotherapy for retinopathy of prematurity: ophthalmological outcomes at 10 years. *Archives of Ophthalmology*, Iowa, v. 119, p. 1110-1118, 2001.
- DARLOW, B. A. Prenatal risk factors for severe retinopathy of prematurity among very preterm infants of the Australian and New Zealand Neonatal Network. *Pediatrics*, Bethesda, v. 115, p. 990-996, 2005.
- DOS SANTOS, A. M. Anemia no prematuro. In: KOPELMAN, B. I. et al. *Diagnóstico e tratamento em neonatologia*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 401-411.
- DOYLE, L. W. et al. Extremely low birth weight and body size in early adulthood. *Archives of Disease in Childhood*, London, v. 89, p. 347-350, 2004.



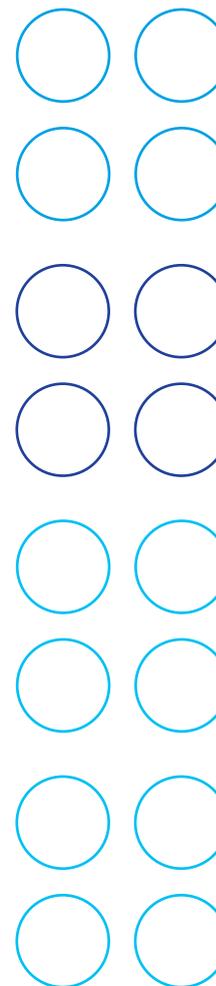
- _____; CASALAZ, D. Outcomes at 14 years of extremely low birthweight infants: a regional study. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal*, London, v. 85, p. 159-164, 2001.
- EHRENKRANZ, R. A. et al. Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, Bethesda, v. 117, p. 1253-1261, 2006.
- FAGÁ, A. M. C. *Hemorragia peri-intraventricular em neonatos: avaliação do sistema nervoso auditivo central*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fonoaudiologia) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.
- FERNANDES, L. V. et al. Neurodevelopmental assessment of very low birth weight preterm infants at corrected age of 18-24 months by Bayley III scales. *The Journal of Pediatrics*, Rio de Janeiro, v. 88, p. 471-478, 2012.
- FERRI, C.; PROCIANOY, R. S.; SILVEIRA, R. C. Prevalence and risk factors for iron-deficiency anemia in very-low-birth-weight preterm infants at 1 year of corrected age. *Journal of Tropical Pediatrics*, Oxford, v. 60, issue 1, p. 53-60, 2014.
- FORD, G. W. et al. Very low birth weight and growth into adolescence. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, Chicago, v. 154, p. 778-784, 2000.
- GONÇALVES, C. M. *Repercussões da prematuridade sobre a prevalência de doenças atópicas e sua relação com sensibilidade alérgica e função pulmonar*. 2012. 108 f. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.
- GONÇALVES, D. M. M. *Função pulmonar em crianças de seis meses a um ano de idade corrigida, nascidas prematuras de muito baixo peso*. 2014. 79 f. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.
- GOULART, A. L. *Fatores perinatais associados e frequência de déficit de crescimento com 1 ano de idade corrigida em crianças nascidas pré-termo com peso inferior a 2000 gramas*. 2009. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.
- _____; MORAIS, M. B.; KOPELMAN, B. I. Impact of perinatal factors on growth deficits of preterm infants. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 57, p. 269-275, 2011.
- GUERRA, C. C. et al. Premature infants with birth weights of 1500-1999g exhibit considerable delays in several developmental areas. *Acta Paediatrica*, Nova Jersey, v. 103, p. e1-e6, 2014.
- HINTZ, S. R. et al. Changes in neurodevelopmental outcomes at 18 to 22 months' corrected age among infants of less than 25 weeks' gestational age born in 1993-1999. *Pediatrics*, Bethesda, v. 115, p. 1645-1651, 2005.





- JOHNSON, S. et al. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, London, v. 49, p. 453-463, 2012.
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, Bethesda, v. 120, p. 898-921, 2007.
- KERKHOF, G. E. et al. Health profile of young adults born preterm: negative effects of rapid weight gain in early life. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Rotterdam, v. 97, p. 4498-4506, 2012.
- LATAL-HAJNAL, B. et al. Postnatal growth in VLBW infants: significant association with neurodevelopmental outcome. *The Journal of Pediatrics*, London, v. 143, p. 163-170, 2003.
- LEDERMAN, V. R. G. *Rastreamento de sinais sugestivos de transtornos do espectro do autismo em prematuros de muito baixo peso ao nascer utilizando o M-CHAT e ABC/ICA*. 2015. 134 f. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2015.
- LEMONS, J. A. et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network January 1995 through December 1996. *Pediatrics*, Bethesda, v. 107, issue 1, 2001.
- LITT, J. S. et. al. Academic achievement of adolescents born with extremely low birth weight. *Acta Paediatrica*, New Jersey, v. 101, p. 1240-1245, 2012.
- LOBO, M. A. et al. Instability of delay classification and determination of early intervention eligibility in the first two years of life. *Reserch in Developmental Disabilities*, London, v. 35, p. 117-126, 2014.
- MARTINS, A. S. *A linguagem de adolescentes nascidos prematuros e com baixo peso*. 2013. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana (Fonoaudiologia)–Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.
- MCEVOY, C. T.; ASCHNER, J. L. The natural history of bronchopulmonary dysplasia: the case for primary prevention. *Clinics in Perinatology*, Bethesda, v. 42, p. 911-931, 2015.
- ODD, D. E.; EMOND, A.; WHITELAW, A. Long-term cognitive outcomes of infants born moderately and late preterm. *Developmental Medicine e Child Neurology*, New Jersey, v. 54, p. 704-709, 2012.
- POTIJK, M. R. et. al. Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Articles from Archives of Disease in Childhood*, Bethesda, v. 97, p. 112-117, 2012.

- REIJNEVELD, S. A. et al. Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5. *Articles from Archives of Disease in Childhood*, Bethesda, v. 91, n. 1, p. 423-428, 2006.
- SAIGAL, S. et al. School difficulties at adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, Bethesda, v. 105, p. 325-331, 2000.
- TAKAOKA, L. A. M. V.; GOULART, A. L.; CORRÊA, M. S. N. T. Defeitos de desenvolvimento do esmalte na dentição decídua. In: CORRÊA, M. S. N. T. *Odontopediatria na Primeira Infância*. 3. ed. São Paulo: Santos, 2010.
- _____. et al. Enamel defects in the complete primary dentition of children born at term and preterm. *Pediatric Dentistry*, Chicago, v. 33, p. 546-551, 2011.
- VANDERVEEN, D. K. et al. Prevalence and course of strabismus through age 6 years in participants of the early treatment for retinopathy of prematurity randomized trial. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, Bethesda, v. 15, p. 536-540, 2011.
- VIVER E SORRIR – GRUPO DE APOIO AO PREMATURO. São Paulo, 2016. Disponível em: <[http:// vivieresorrir.org.br](http://vivieresorrir.org.br)>. Acesso em: 19 abr. 2016.
- VOHR, B. R. et. al. Neurodevelopmental outcomes of extremely low birth weight infants <32 weeks' gestation between 1993 and 1998. *Pediatrics*, Bethesda, v. 116, p. 635-643, 2005.
- WHO – World Health Organization. *Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. May 2012. Available from: <[http:// www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)>. Access in: Dec. 2014.
- WOOD, N. S et al. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 343, p. 378-384, 2000.



Alguns estudos acadêmicos no Brasil
SAÚDE

INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (IPREDE): UMA ONG DEDICADA A PROMOVER A NUTRIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Professor titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e diretor técnico-científico do Iprede

João Vicente Menescal

Psicólogo e coordenador do ambulatório do Iprede

Francisco Sulivan Bastos Mota

Professor adjunto de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e diretor-presidente do Iprede

Márcia Maria Tavares Machado

Professora adjunta de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Quem não precisa ser socorrido alguma vez? Mas é preciso humanamente se aproximar dos outros (SILVA, 2000, p. 382).

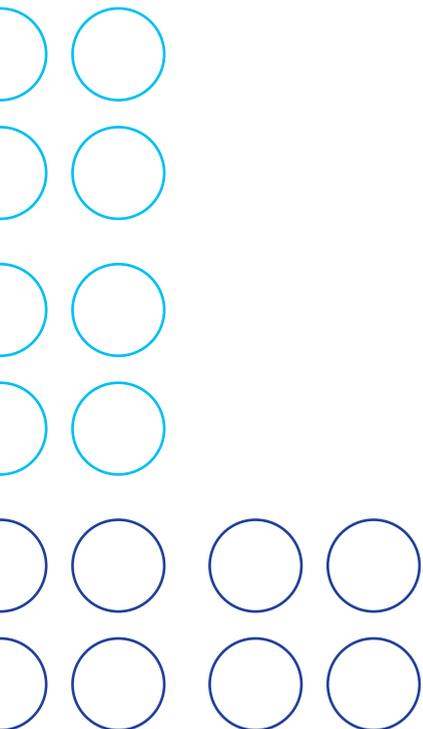
O Instituto da Primeira Infância (Iprede) foi fundado em 1986 com o intuito de contribuir para superar a precária situação de saúde pela qual passavam milhares de crianças de todo o estado do Ceará. Dados da primeira pesquisa de saúde materno-infantil de base populacional, representativa de todo o Estado, realizada em 1987, trouxeram as informações científicas que comprovavam a experiência dos profissionais dos mais diversos serviços de saúde: a taxa de mortalidade infantil era alarmante – a cada mil crianças nascidas vivas, cerca de 100 não chegavam a completar o primeiro ano de vida; taxas de desnutrição crônica superando a marca dos 30%; baixas taxas de cobertura vacinal; doença diarreica aguda (DDA) como primeira causa de mortalidade, entre outras informações. Isso significava que muitas crianças ou faleciam precocemente ou tinham ceifadas suas possibilidades de desenvolvimento. Assim, essas crianças encontravam-se ameaçadas e impedidas de viver com dignidade e esperança suas infâncias.

No principal hospital de pediatria da cidade de Fortaleza – Hospital Infantil Albert Sabin/Secretaria de Saúde (Sesa-CE) –, as enfermarias estavam repletas de crianças com doenças infecciosas agravadas pelos quadros de desnutrição. Cerca de metade das crianças que faleciam durante a hospitalização apresentavam algum grau de desnutrição como causa determinante. O presente e o futuro estavam subtraídos de milhares de crianças cearenses na medida em que gerações inteiras de famílias estavam condenadas a reproduzir o ciclo da miséria e da pobreza.

Para responder a essa necessidade histórica, um grupo de mulheres com admirável dedicação às causas da criança e senso de responsabilidade social fundou o Iprede com o nome “Instituto de Prevenção da Desnutrição e da Excepcionalidade”, uma organização não governamental (ONG) sem fins lucrativos.

Agora, após três décadas de serviços prestados à população cearense no combate à desnutrição infantil, período em que a instituição acumulou uma ampla experiência como organização do Terceiro Setor, o Iprede assume novos desafios a partir da ampliação de suas parcerias e presença no cenário nacional e internacional. Nesse período, a instituição assistiu a mais de 30 mil crianças e fez mais de 700 mil atendimentos, conseguindo êxito na recuperação das condições de saúde de cerca de 75% dessas crianças.

Pari passu a esse processo de crescimento institucional, mudanças significativas na base socioeconômica do Estado e do país alteraram favoravelmente a maioria dos indicadores de saúde da mulher e da criança. Além disso, um expressivo acúmulo de conhecimentos no campo da saúde e do desenvolvimento da criança, em particular das estratégias de sobrevivência infantil, vem estimulando iniciativas mais ousadas e abrangentes para lidar com famílias em condição de vulnerabilidade e com crianças com desnutrição.



O referencial da primeira infância serviu de base para definir intervenções destinadas a estimular o desenvolvimento integral das crianças, particularmente em cenários nos quais as necessidades essenciais delas não são adequadamente satisfeitas. O atendimento às necessidades físicas e de proteção às crianças e o cuidado prestado às suas necessidades socioemocionais são, hoje, grandes desafios.

Com a apropriação de conhecimentos que valorizam a primeira infância (primeiros 6 anos de vida da criança) como a base para todas as aprendizagens humanas, como período fundamental para o desenvolvimento das estruturas física e psíquica e das habilidades sociais, novas propostas de assistência às crianças e às suas mães tiveram que ser implantadas na instituição.

Assim, no Iprede, nos últimos dez anos, os profissionais se engajaram em um amplo movimento de ideias, estudos e iniciativas que ampliaram o escopo da atenção às crianças e às suas famílias. Novos aportes teórico-práticos proporcionaram profundas reformas nas concepções institucionais que culminaram na mudança de seu nome para Instituto de Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano e, em seguida, para Instituto da Primeira Infância.

Atualmente, o Iprede continua a ser ONG, do Terceiro Setor, dedicada a promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância, articulando-os com ações que visam ao fortalecimento das mulheres e da inclusão social de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e pobreza. Essa condição de vulnerabilidade pode ser claramente percebida em alguns indicadores obtidos a partir de uma investigação realizada com a clientela em 2007 com o objetivo de obter informações basais necessárias para refinar o novo projeto institucional.

Participaram do estudo 908 crianças. Observou-se que a maioria das famílias pertence às classes D e E, com baixo nível de escolaridade. Das crianças, a maioria era desnutrida (90,2%), sendo 10% de desnutridos graves. A maioria (2/3) apresentava algum problema de desenvolvimento; 12% das mães disseram que praticavam violência física grave como método educativo com seus filhos. Cerca de 20% das mães sofriam violência conjugal e a maioria dos pais fazia uso de bebida alcoólica ou drogas ilícitas. Observou-se também que a maioria das mães (85%) apresentava algum grau de sofrimento emocional (IPREDE, 2007, 23).

As principais lições aprendidas com o estudo enfatizaram a necessidade de ampliar o conhecimento mais detalhado de características sociofamiliares e psicossociais da clientela; que o foco na pessoa da mãe é tão necessário quanto o foco na criança para a saúde delas; e que a nutrição e o desenvolvimento infantil precisam ser compreendidos a partir da realidade de vida das famílias, das dificuldades emocionais das mães e da convivência com violência conjugal e contra crianças (Condições de saúde e vida das crianças assistidas no Iprede em 2007/Iprede – Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora – Neapi/UFC).



Eduardo Ogata

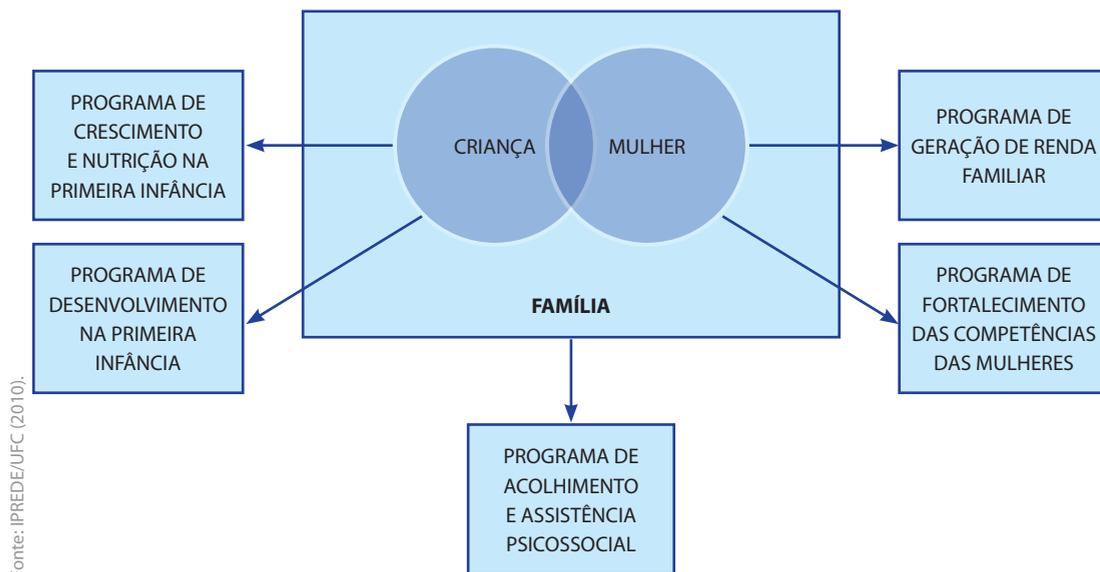
COMO TRABALHAMOS HOJE

O que é alteridade? É ser capaz de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença. Quanto menos alteridade existe nas relações pessoais e sociais, mais conflitos ocorrem. A nossa tendência é colonizar o outro, ou partir do princípio de que eu sei e ensino para ele. Ele não sabe. Eu sei melhor e sei mais do que ele (FREI BETTO, 2011, p. 1).

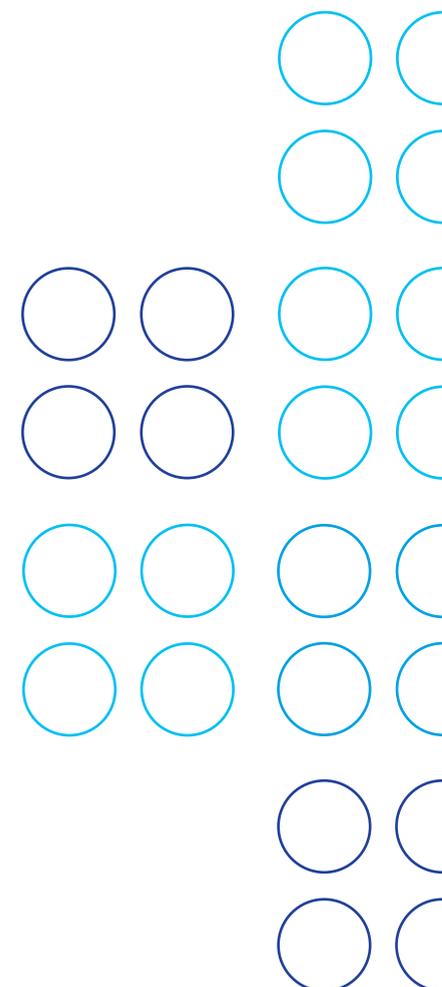
O Iprede desenvolve um amplo programa de intervenção psicossocial destinado às crianças e às suas mães. Para as crianças, há atividades assistenciais de promoção e recuperação da nutrição e do desenvolvimento da primeira infância. No caso das mães, há acolhimento e oferta de espaços adequados à narrativa de suas experiências de vida no intuito de fortalecê-las para romper o ciclo de desmotivação e a sensação de impotência oriundos da exclusão e da pobreza.

A Figura 1 apresenta a sistemática de assistência à criança e à mãe:

■ **Figura 1** – Programas assistenciais do Iprede



Lilian Borges





Eduardo Ogata

TRAJETÓRIA DA CRIANÇA

Muitos esforços têm sido feitos a fim de propiciar diretrizes para promover a saúde física na infância por meio da amamentação e outros conselhos nutricionais, ou por imunização, mas pouca atenção tem sido dada à promoção da saúde mental de tais crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995, p. 11).

Tratam-se dos programas de assistência às crianças por meio de ações de promoção do crescimento e do desenvolvimento, considerando as necessidades e potencialidades individuais, suas relações familiares e os contextos social, econômico e cultural em que vivem. Esses programas contam com uma equipe multiprofissional composta de pediatras, pediatras do desenvolvimento, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicomotricistas.

A entrada na instituição ocorre pelo *Programa de Acolhimento e Assistência Psicossocial*, no qual participam profissionais de psicologia, serviço social e enfermagem. Nesse programa, faz-se o acolhimento, realiza-se a primeira abordagem/conhecimento da clientela/expectativas e obtêm-se as informações iniciais/basais da criança e família. Esses profissionais são os responsáveis pelo primeiro contato da criança, da mãe e da família com a instituição. O programa realiza uma roda de conversa inicial para acolher as pessoas que procuram a instituição e dar encaminhamento às demandas apresentadas. Os critérios para abertura de prontuário são definidos por faixa etária, condição nutricional e desenvolvimento da criança. O serviço social utiliza um questionário socioeconômico para conhecer as condições da família. Também realiza roda de conversa sobre o contrato de convivência com a instituição. A psicologia aplica um instrumento padronizado – o Self-Report Questionnaire (SRQ-20) – para verificar a condição de saúde mental das mulheres/mães das crianças e traçar o projeto terapêutico para essas mulheres.

Do *Programa de Nutrição e Crescimento na Primeira Infância* participam médicos pediatras, nutricionistas e enfermeiras. Nesse setor, ocorre a avaliação da condição nutricional das crianças, tendo por parâmetros peso, altura e idade, constituindo os indicadores de peso/idade, peso/estatura e estatura/idade de cada criança assistida no ambulatório. O diagnóstico nutricional é realizado de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan) do Ministério da Saúde, por intermédio do Anthro, *software* desenvolvido pela OMS, no módulo calculadora antropométrica.

As crianças em risco nutricional (menores de 6 anos com escore Z: ≥ -2 a ≤ -1) participam do Grupo de Aconselhamento Nutricional, com atividades que visam a promover mudanças de atitudes nas mães e crianças, com uma proposta educativa dialógica e reflexiva. Segue uma programação de encontros entre nutricionistas, estagiárias de nutrição e grupos de mães e crianças; o número de participantes é de até dez cuidadoras e/ou mães. Os encontros ocorrem

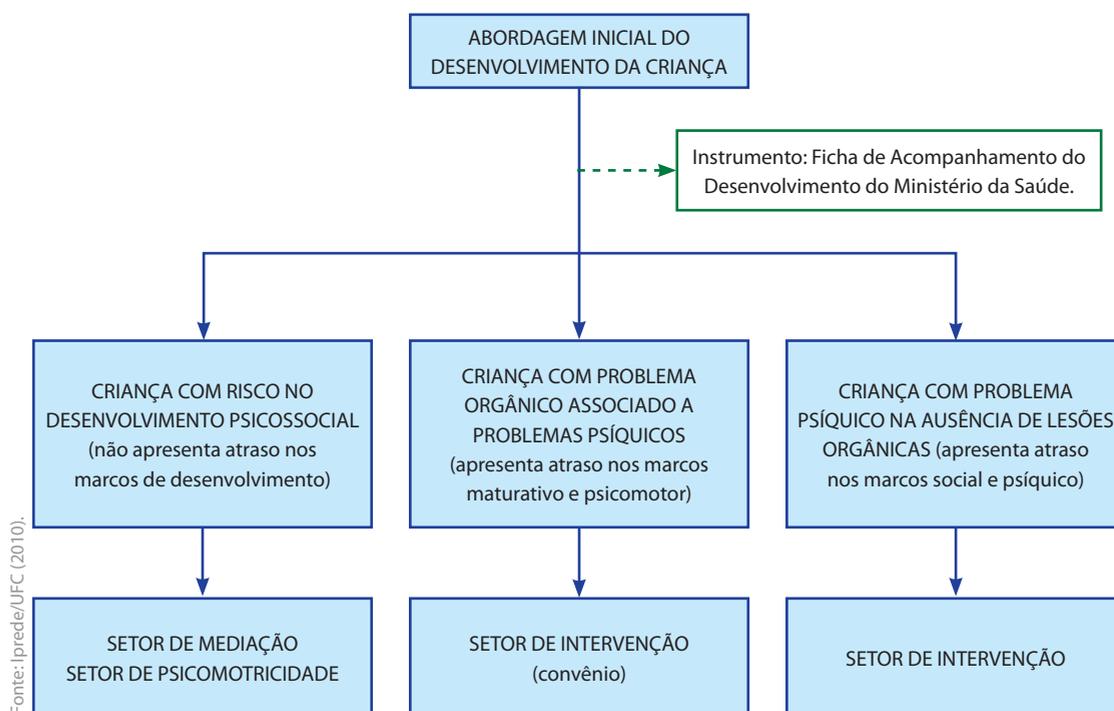
na cozinha pedagógica com atividades práticas ou na sala de grupo com exposições dialogadas sobre temas relacionados à segurança alimentar, envolvendo aspectos sobre consumo adequado, formas de preparo e ofertas alimentares, assim como o comportamento materno no momento da oferta. Os recursos utilizados são utensílios de cozinha, alimentos, material didático, audiovisual e outros.

As crianças em condição de desnutrição (menores de 6 anos com escore $Z: \geq -2$) participam de atendimentos individualizados com pediatras do crescimento, nutricionistas e enfermeiras. Uma avaliação e diagnóstico da condição clínica e nutricional da criança são realizados por meio de procedimentos clínicos, anamnese e exames laboratoriais. Um projeto terapêutico é pensado com intervenções sistematizadas com o objetivo de recuperação de sua condição.

No *Programa de Desenvolvimento na Primeira Infância*, participam pediatras do desenvolvimento, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicomotricistas.

No início do programa, a equipe multiprofissional faz a triagem do desenvolvimento por meio do instrumento “Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento do Ministério da Saúde de 2002”. Isso possibilita classificar as crianças em três grupos: com risco no desenvolvimento psicossocial, com problema orgânico associado a problemas psíquicos e com problema psíquico na ausência de lesões orgânicas.

■ **Figura 2** – Estrutura do Programa de Desenvolvimento na Primeira Infância



Fonte: Iprede/UFC (2010).



Eduardo Ogata

No Setor de Mediação Infantil, as atividades são planejadas utilizando uma abordagem interdisciplinar para as crianças sem alterações evidentes do desenvolvimento, mas que apresentam risco devido ao estado nutricional, às condições de vulnerabilidade social e a eventuais fragilidades no vínculo mãe-filho. As ações propostas pela sala de mediação enfatizam a qualidade da interação entre o cuidador e a criança. Durante essas atividades, utiliza-se o método *More Intelligent and Sensitive Child – International Child Development Program – Misc-ICDP* (HUNDEIDE, 1994) elaborado pela Universidade da Noruega e recomendado pela OMS (OMS, 2006). O atendimento é realizado quinzenalmente com grupos de oito crianças e seus cuidadores, e cada sessão tem a duração de 45 minutos.

A psicomotricidade por meio do movimento corporal significativo trabalha o afetivo e a expressão criativa da criança com mais de 3 anos de idade, favorecendo as aquisições do desenvolvimento psicomotor.

As crianças com problemas psíquicos e algum comprometimento no desenvolvimento psicossocial são avaliadas e acompanhadas pelo pediatra do desenvolvimento, e podem participar das ações dos setores de mediação, psicomotricidade e atendimento psicológico individual.

Recentemente foi criado o Setor de Detecção e Intervenção Psicanalítica Precoce para crianças de 0 a 3 anos e suas mães/cuidadoras. Na detecção, utiliza-se o instrumento de triagem do desenvolvimento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Irdi) para crianças de 0 a 18 meses. Esse protocolo foi validado na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil realizada no período de 2000-2008 pelo Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) sob o fomento do Ministério da Saúde e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). As crianças com risco psíquico são encaminhadas para a intervenção psicanalítica precoce, e, em seguida, participam com as mães de sessões quinzenais, com 30 minutos de duração.

TRAJETÓRIA DA MULHER

[...] nossa existência é confirmada pelo olhar do outro. [...] Entre certas tribos do Natal, na África do Sul, o principal cumprimento é a expressão *Sawu bona*, que quer dizer “eu vejo você”. As pessoas assim saudadas respondem dizendo *Sikhona*, que significa “eu estou aqui”. Ou seja: começamos a existir quando o outro nos vê (MARIOTTI, 2010).

Com base em várias contribuições, em especial do psicanalista Donald Winnicott, não se pode pensar em cuidar de uma criança sem considerar a mãe ou cuidadora principal.

A decisão de criar um espaço de escuta atenta para mães de crianças assistidas na instituição foi logo percebida. As dores por que passam as pessoas que vivem em situações similares às atendidas no Iprede, vale dizer, pessoas em situação de pobreza, são extremas (SOLYMOS, 2006):

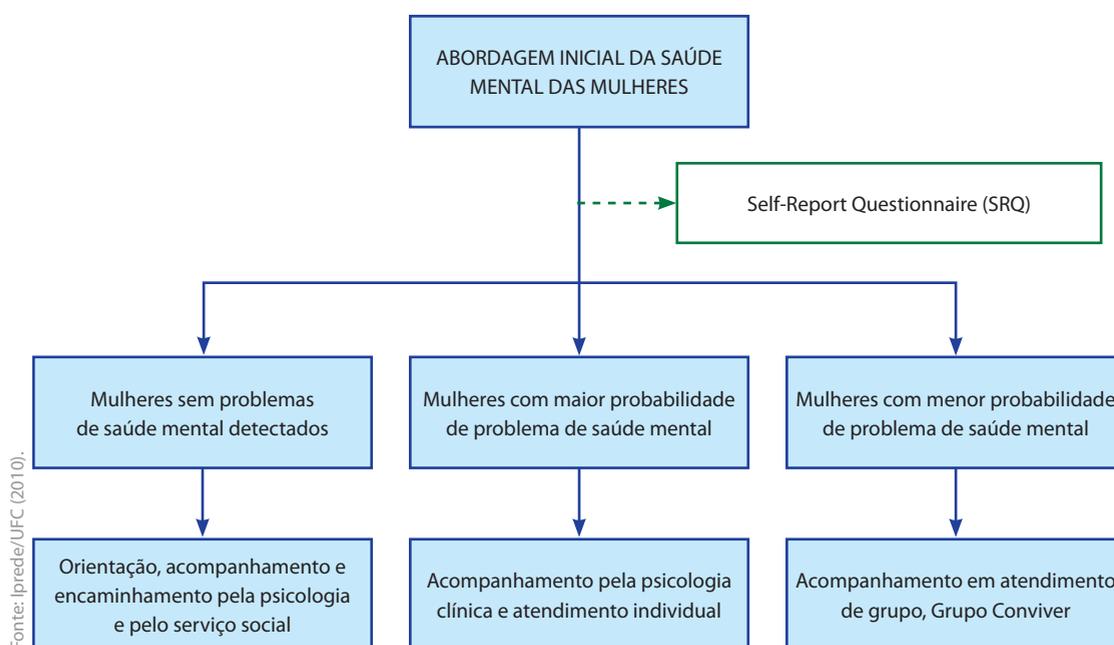
- *Dor física*: decorrente de privações de alimentos e de trabalho extenuante.
- *Dor emocional*: que nasce das humilhações diárias da dependência e da impotência.
- *Dor moral*: pelo fato de serem forçadas a fazer escolhas precárias.

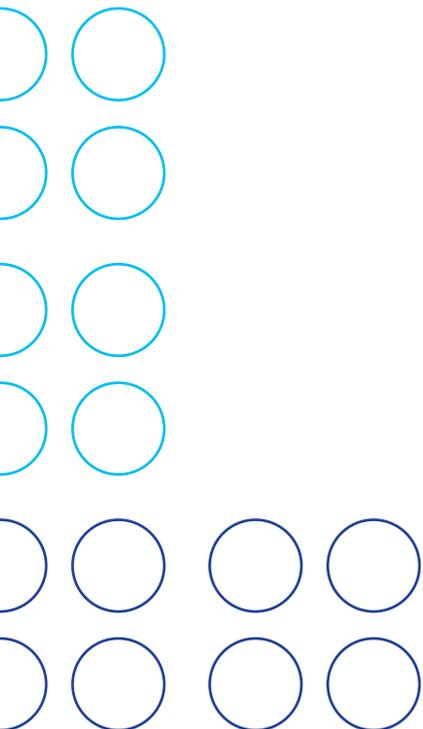
Assim, ao destinar uma escuta e um olhar atento à experiência vivida por tais mulheres, o Iprede percebeu que muitas estavam envoltas de sensações de isolamento, solidão e impotência, julgando-se incapazes para encontrar alguma solução viável para suas vidas precárias; o sentimento de angústia e frustração bloqueava quaisquer pensamentos de superação. Muitas delas haviam crescido em ambientes com altos níveis de estresse crônico.

Para oferecer possibilidades de essas mulheres experimentarem sensações, percepções e motivações que pudessem contribuir para produzir rupturas nesse ciclo de desmotivação e impotência, pudessem ressignificar suas experiências, a instituição criou uma trajetória específica com olhares atentos às suas dores e vivências resilientes, com dois programas: Fortalecimento das Mulheres e das Competências Familiares e de Geração de Renda Familiar.

A abordagem começa no programa psicossocial que acolhe suas angústias e expectativas, bem como estuda sua saúde mental e oferece aportes mais adequados ao enfrentamento e à superação das dificuldades encontradas (Figura 3).

■ **Figura 3** – Programa de fortalecimento das competências das mulheres





O *Programa de Fortalecimento das Mulheres e das Competências Familiares* é composto por assistentes sociais e psicólogas e tem o objetivo de investir no acesso à cultura letrada, na capacidade de empregabilidade, no mundo do trabalho e na ludicidade como um instrumento de mediação na relação com os filhos, agindo diretamente no combate à violência intrafamiliar. A principal ação do programa é o Grupo Conviver, um espaço para mulheres e coordenado por mulheres, psicólogas que possibilitam uma escuta das histórias de vida, narrativas dos sabores e dissabores das vivências diárias, das aflições e alegrias, das impotências e resiliências; enfim, da complexa dimensão da experiência cotidiana das mulheres/mães. A partilha no grupo feita por essas mulheres conduz à construção e invenção de propostas de superação e projetos de vida. Cada uma delas leva para o grupo saberes e crenças que são confrontados com os de outras participantes, em um complexo jogo dialógico propício para a reflexão, o autoconhecimento e novas concepções de si e dos outros. As condições opressoras presentes na vida são superadas por competências intrapessoais e interpessoais, maior autonomia de resolução de conflitos com os filhos e o companheiro, saída da condição de vítima e impotência. Um atendimento pautado pelo trabalho em grupo, em encontros com atividades previamente planejadas para facilitar todo esse processo de autoconhecimento e individuação das mulheres.

O paradigma do Desenvolvimento Humano da ONU, ao analisar a trajetória das pessoas ao longo da vida e suas mudanças, ressalta a dependência de duas dimensões: oportunidades obtidas e escolhas feitas. Além do acesso às oportunidades, as pessoas precisam ser preparadas para fazer escolhas. As oportunidades e as escolhas estão intrinsecamente relacionadas com a presença da pessoa no coletivo, nas relações sociais. As oportunidades relacionam-se com as possibilidades de escolarização, saúde, acesso aos bens culturais, condições de empregabilidade e profissionalização. As escolhas com a capacidade pessoal de leitura do mundo, de resolução de conflitos e de planejamento ou projetos de vida.

Outra ação relacionada ao programa são os projetos Mãe Colaboradora e Mãe Acolhedora. Os projetos têm como foco, além do investimento da potencialização dos cuidados necessários à primeira infância, o desenvolvimento da cidadania e a capacidade empreendedora no mundo do trabalho, a oferta de uma trajetória de formação pessoal com um aprendizado em serviço.

O *Projeto Mãe Colaboradora* é uma das principais atividades da instituição; foi idealizado para atender às mulheres excluídas socialmente por causa da pouca condição de empregabilidade e baixa qualificação de mão de obra. Condições adversas muitas vezes enfrentadas por elas com resiliência e heroísmo, na forma de um sorriso de bom humor e esperança de uma vida melhor. O objetivo do projeto é oferecer, respeitando o potencial de cada mulher, oportunidade para novas escolhas na vida.

O projeto tem a periodicidade de um ano, com um itinerário formativo relacionado ao fortalecimento e à autonomia das mulheres. Desenvolve ações de formação em serviço, objetivando



Eduardo Ogata

promover habilidades e competências para o universo do trabalho, com forte investimento em formação pessoal.

O processo de seleção começa com a procura espontânea por parte das mulheres. No momento seletivo, são realizadas atividades em grupo e entrevistas individuais pela equipe multiprofissional do projeto. Os critérios utilizados são: interesse das candidatas, qualidade de participação no processo, interesse em aprender, qualificação mínima para as atividades em serviço.

O projeto possibilita melhora na relação das mulheres com a instituição, na condição de empregabilidade, pois muitas apresentam baixa escolaridade, baixa autoestima, pouco conhecimento dos direitos e deveres dos trabalhadores, dificuldades em atitudes próprias do mundo do trabalho.

O *Projeto Mãe Acolhedora* tem como diferencial um programa de treinamento com conteúdos específicos voltados para a promoção dos cuidados à criança na primeira infância, o desenvolvimento infantil e a ludicidade. Seu programa de formação trabalha em uma perspectiva educacional, que possibilita às participantes partilhar os saberes adquiridos com outras mães assistidas e acolhidas na instituição.

É possível afirmar que essas ações vêm alcançando seus objetivos, principalmente no que se refere ao cuidado com crianças e à formação pessoal e profissional, contribuindo diretamente para a superação dessas famílias da situação de extrema vulnerabilidade social.

Outros aspectos relevantes da trajetória feminina dentro do Iprede são a elevação direta da renda familiar, a ampliação das possibilidades de inserção no mundo produtivo, a construção de conceitos em relação ao planejamento e à administração da renda familiar, e a conscientização dos mecanismos de acesso a direitos.

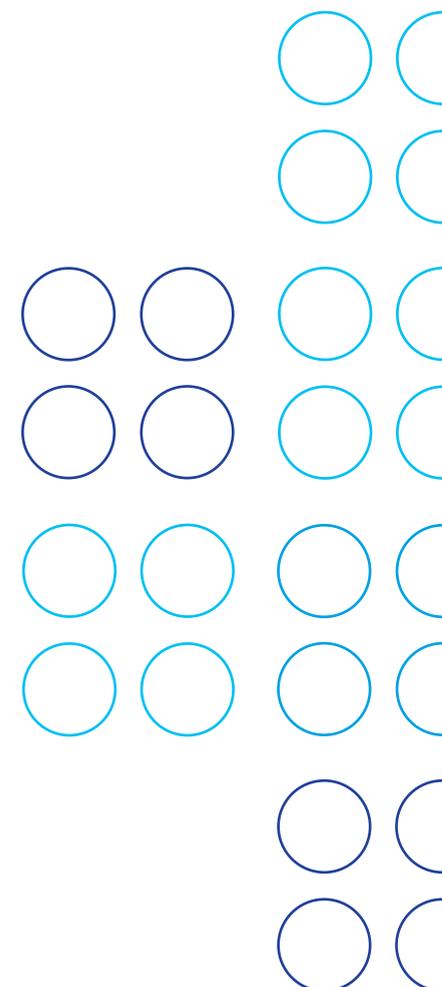
O *Programa de Geração de Renda Familiar* teve seu início no Iprede com a inauguração, no final de 2009, da *Unidade Profissionalizante da Mulher Lídia de Almeida Bezerra* com o objetivo de proporcionar às mães das crianças oportunidades de superação da condição de exclusão social.

Para tanto, o programa é parte dessa unidade, em que há cursos de capacitação com módulos sobre cidadania e trabalho, além de módulos técnicos ocupacionais para as mulheres assistidas na instituição. Com forte investimento na formação pessoal e profissional, fomentará a inclusão produtiva dessas mulheres.

O elo de sustentação de todos os programas no Iprede parte de concepções que reconhecem o caráter aberto da experiência humana, em que o homem aparece como um “ser de passagem”, capaz de “fazer travessias”. O propósito dos programas do Iprede é permitir que as pessoas que vivem em situações de pobreza material e de restrições nas vivências culturais possam se estimular para abraçar novas oportunidades e projetos que lhes possibilitem



Eduardo Ogata





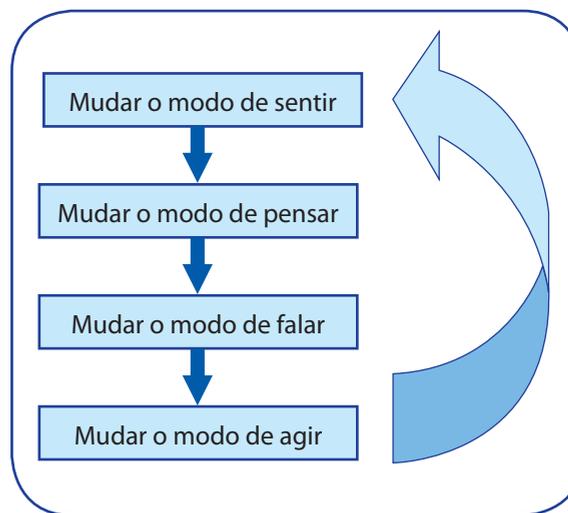
Lilian Borges

adquirir motivações para compartilhar novos caminhos, novas experiências, para inseri-las em um ciclo de aquisição de autonomia e sensação de fortalecimento de suas capacidades, de seu gosto pela vida.

Aprender a conviver possibilita às famílias assistidas na instituição a expansão de suas competências dialógicas com o outro, com as pessoas, com as redes sociais em que estão inseridas (DELORS, 1999). A competência de conviver remete à dimensão do pensamento complexo do SABER VER, o que significa ser capaz de lidar com a invisibilidade e a exclusão social, relacionando-a com a vulnerabilidade das pessoas em condição de pobreza.

O diálogo proporciona mudança nas pessoas, nas suas atitudes com os outros, e aprender a conviver possibilita essas mudanças no modo de pensar, sentir, falar e agir, em um ciclo constante em que cada pequena mudança interfere nas outras (Figura 4). As mudanças dialógicas ocorrem sempre no encontro entre as pessoas, não existindo a possibilidade de o indivíduo isolado ser capaz de transformações. A condição de complexidade de compreensão da condição humana parte da situação sistêmica na qual ele vive desde a primeira infância, em que a constituição do sujeito está condicionada, em parte, pelos laços com as figuras familiares, aquelas que realizam o papel de pai e mãe. Pensar em mudanças dialógicas para as mulheres/mães e crianças assistidas no Iprede está relacionado a profissionais com uma atitude transdisciplinar, com uma visão sistêmica de mundo, com uma compreensão complexa da fome sem uma redução ao conceito de desnutrição. Não basta o alimento, mas ensinar a “travessia”, a “ponte” para o sujeito.

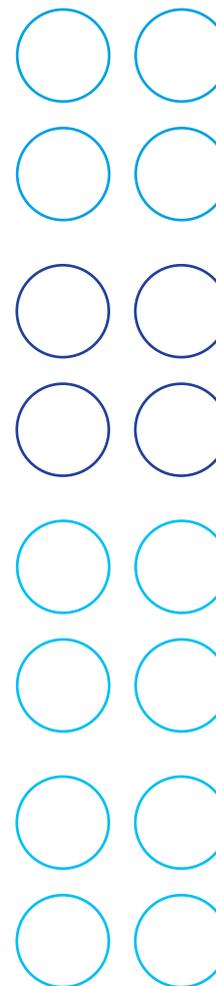
■ **Figura 4** – Processos dialógicos



Fonte: Iprede/UFC (2010).

REFERÊNCIAS

- BETTO, F. *Alteridade*. 2011. Disponível em: <<http://www.revolucoes.org.br/v1/sites/default/files/alteridade.pdf>> Acesso em: 19 abr. 2016.
- DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Unesco, MEC, Cortez, 1999.
- HUNDEIDE, K. *An introduction to the ICDP Programme*. Noruega, 1994. Disponível em: <<http://www.icdp.info/Introduction%20to%20the%20ICDP%20Program1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.
- IPREDE, Neapi UFC. *Relatório de Pesquisa da condição de saúde e vida das crianças e assistidas no Iprede*. Documentação Institucional Ceará: Iprede, 2007.
- JERUSALINSKY, A. A gestação e o primeiro ano de vida. In: POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. (Coord.). *Psiquiatria da infância e adolescência*. Barueri: Manole, 2012. v. 20.
- _____. A criança de 1 a 3 anos: indicadores de risco para o seu desenvolvimento. In: POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. (Coord.). *Psiquiatria da infância e adolescência*. Barueri: Manole, 2012. v. 20.
- KUPFER, M. C. M.; LERNER, R. (Org.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta, 2008.
- MARIOTTI, H. Os cinco saberes do pensamento complexo (pontos de encontro entre as obras de Edgar Morin, Fernando Pessoa e outros escritores). Disponível em: <<http://www.humbertomariotti.com/piaget.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2010.
- SAWAYA, A. L. Transição: desnutrição energético-protéica e obesidade. In: _____. *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 35-61.
- SILVA, D. F. *Poesia reunida*. Rio de Janeiro: Topbook, 2000.
- SOLYMOS, G. M. B. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. *Estudos Avançados*, v. 20, n. 58, p. 109-102, dez. 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Improving the psychosocial development of children*. Geneva: WHO, 1995.



Alguns estudos acadêmicos no Brasil
SAÚDE

SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O PROGRAMA USP DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES

Lislaine Fraccoli

Professora associada do Departamento de Enfermagem em Saúde
Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)

Guilherme V. Polanczyk

Professor assistente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

Anna Maria Chiesa

Professora associada do Departamento de Enfermagem em Saúde
Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)

Euripedes C. Miguel

Professor titular do Departamento de Psiquiatria da Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

There is a magic window during pregnancy...it's a time when the desire to be a good mother and raise a healthy, happy child creates motivation to overcome incredible obstacles including poverty, instability or abuse with the help of a well-trained nurse.

When a baby realizes that its needs will be responded to and it can positively influence its own world, [...] that creates on the baby's part a sense of efficacy — a sense that I matter.

David Olds, PhD, Founder, Nurse-Family Partnership

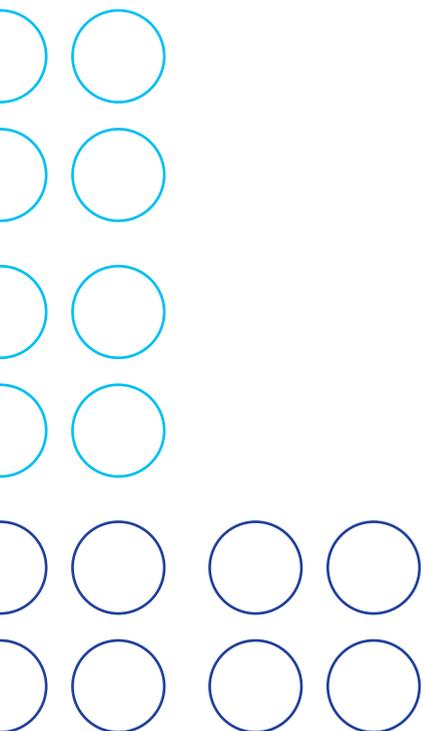
Como vimos em outros capítulos deste livro, cuidados precários de saúde, desnutrição, estimulação inadequada e estressores ambientais nos primeiros 1000 dias de vida afetam negativamente o desenvolvimento infantil, aumentando a chance de que o potencial dos indivíduos que sofrem essas adversidades não seja alcançado ao longo da vida.

Neste capítulo, apresentamos uma proposta de intervenção que, semelhantemente a outras adotadas em diferentes lugares do mundo, tem como objetivo melhorar os cuidados de saúde e as competências pessoais e como mães de jovens gestantes que vivem em situação de significativa vulnerabilidade. Essa intervenção tem início com a descoberta da gravidez e continua durante os primeiros dois anos do recém-nascido (1000 dias). Trata-se do Programa de Visitação Domiciliar para Jovens Gestantes da Universidade de São Paulo (USP).

Intervenções desta natureza demonstraram ser estratégias promissoras para proteger o cérebro em desenvolvimento de recém-nascidos e a saúde física e mental deles (SHONKOFF et al., 2012; SHONKOFF, 2010). Essas intervenções parecem ser particularmente eficazes para pais com história de adversidades no início de suas vidas, não tendo com isso oportunidades de desenvolver as habilidades necessárias para criar um ambiente propício para que suas crianças desenvolvam suas próprias capacidades adaptativas (SHONKOFF, 2011).

Embora famílias vulneráveis do ponto de vista emocional sejam encontradas em todo o mundo, a pobreza está intimamente implicada nesta relação. Em países de baixa e média rendas, como o Brasil, mais de 200 milhões de crianças menores de 5 anos não atingem o seu potencial de desenvolvimento por causa da insuficiência e da baixa qualidade de cuidados e da estimulação que seus pais conseguem oferecer (KIELING et al., 2011).

Assim, baseado em análises objetivas de custo-benefício, os programas de visitas domiciliares com foco no aprimoramento das relações mãe-bebê têm recebido grande atenção. Estes programas têm como objetivos, além da melhora da saúde da mãe no pré-natal, que os pais desenvolvam habilidades para cuidar e estimular seu bebê adequadamente (OLDS, 2007; KAHAN; MOORE, 2010; DONELAN-MCCALL; ECKENRODE; OLDS, 2009).



Neste contexto, David Olds e colaboradores desenvolveram o programa Nurse-Family Partnership (NFP), um dos programas de visitação domiciliares mais estudados. O NFP, como veremos, foi um dos que serviu de base para o programa que apresentaremos a seguir. No Quadro 1, apresentamos as características e os principais resultados do NFP.

■ Quadro 1 – Programa Nurse-Family Partnership (NFP)

1) Característica:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Visita�o domiciliar semanal realizada por enfermeira desde o início da gravidez (16^a semana de gesta�o) até a criança completar 2 anos de idade.
2) Foco:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestantes jovens, em sua primeira gesta�o e com maior vulnerabilidade familiar.
3) Metas:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Melhorar o vínculo mãe-beb� e reforçar a adesão ao serviço de saúde e o autocuidado, melhorar a saúde e o desenvolvimento infantil, e melhorar a autossuficiência econ�mica dos pais.
4) Domínios de atua�o:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Saúde da gestante: práticas de manuten�o da saúde, nutri�o e exercícios, uso de substâncias e promo�o da saúde mental. ■ Ambiente saudável: casa, trabalho, escola e vizinhança. ■ Projeto de vida: planejamento familiar, educa�o e meios de subsistência. ■ Papel materno: maternidade, cuidados físicos, emocionais e de comportamento. ■ Família e amigos: rede de relacionamentos pessoais e acesso a institui�es de cuidado infantil. ■ Serviços sociais e de saúde: acesso e direitos.
5) Principais resultados:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Melhorias na saúde pré-natal das mulheres. ■ Redu�o de ferimentos nas crianças. ■ Menos gesta�es subsequentes. ■ Maiores intervalos entre partos. ■ Maior envolvimento dos pais. ■ Aumento do emprego. ■ Melhorias na prontidão escolar. ■ Redu�es de gastos sociais, crimes e comportamentos violentos.

Fonte: Nurse Family Partnership.

Outro programa semelhante, desenvolvido por Slade e colaboradores (2005) da Universidade de Yale, atende gestantes por meio de visita o de uma dupla de profissionais (enfermeiro e assistente social com habilidade clínica em saúde mental). O *Minding the Baby*® tem foco no fortalecimento do vínculo mãe-beb  e utiliza técnicas de reflexão e constru o de alternativas de cuidado a partir de cada realidade encontrada.

Há um grande descompasso entre a demanda no setor de saúde mental comunitária e a oferta de recursos públicos, apesar do reconhecimento global da importância da promo o e preven o de saúde mental em crianças e jovens. Esta carência na oferta de serviços acontece principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil (KIELING et al., 2011). Além da carência na oferta de programas de interven o para intera o mãe-bebê, não há suficientes estudos investigando quais os tipos de interven o seriam mais adaptados e efetivos para as características e peculiaridades da nossa popula o.



Eduardo Ogata

Assim, baseado em programas como os já descritos, que apresentam um sólido embasamento conceitual e com efeitos demonstrados por evidências empíricas, criamos um programa inspirado neles, porém desenhado conforme as características socioculturais e da organização do sistema de saúde do Brasil.

Nos próximos parágrafos, apresentaremos características gerais deste programa, cuja efetividade está sendo testada na cidade de São Paulo. Em seguida, apenas para título de curiosidade, destacaremos algumas medidas neurobiológicas que, de forma inovadora, serão investigadas neste capítulo. Mais especificamente, usaremos métodos modernos das neurociências para buscar entender as bases biológicas envolvidas nos estímulos ambientais positivos promovidos pela intervenção que descrevemos a seguir.

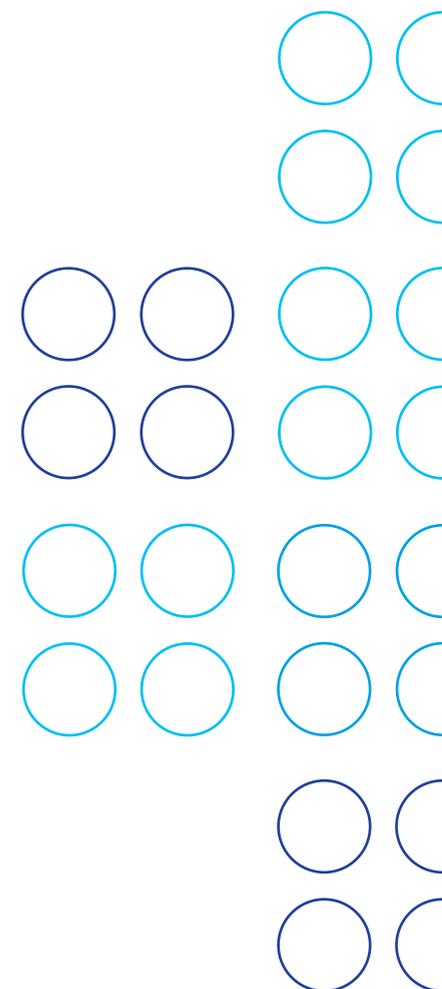
PROGRAMA USP DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES

Além dos dois programas descritos acima (o NFT e o Minding the Baby), utilizamos, para elaboração do Programa USP de Visitação para Jovens Gestantes, fundamentos do Infância Saudável (desenvolvido pelo Núcleo de Estudos da Violência – NEV – da USP), do Family Home Visiting (programa da Austrália) e o do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades (desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).

Este programa de visitas domiciliares é executado por enfermeiros e tem como população-alvo mulheres adolescentes (entre 14 e 19 anos) que engravidaram pela primeira vez. No desenho original, focamos adolescentes grávidas com baixo nível socioeconômico e, portanto, mais vulneráveis. Estas adolescentes são acompanhadas desde o início da gravidez até a criança completar 2 anos de idade por uma enfermeira que realiza visitas semanais no primeiro mês e depois quinzenais (conforme esquema descrito a seguir).

As metas são: aprimorar os resultados da assistência pré-natal e puerperal; melhorar a saúde e o desenvolvimento social e cognitivo da criança; estimular a autossuficiência econômica da família e o desenvolvimento de um projeto de vida.

Os objetivos do programa são: melhorar os resultados da gravidez ajudando mulheres a aprimorar a saúde pré-natal; melhorar a saúde da criança e o desenvolvimento social e cognitivo preparando as mães (pais e familiares) para intensificar o vínculo com a criança e oferecer cuidado sensível e competente; melhorar o curso de vida da mãe (e pais) ajudando-a a desenvolver uma visão para o seu futuro, retomando os projetos de vida planejados antes da gravidez.



Os princípios teóricos do programa incluem:

- Teoria da autoeficácia, baseada na teoria de Albert Bandura: em linhas gerais, essa teoria visa a ajudar a mãe e o pai da criança, quando participam das visitas, a redefinir seu projeto de vida a partir da identificação de metas realistas, que, divididas em pequenos passos, podem levá-los a realizar transformações importantes na própria vida e na vida da criança. Os pais, em seguida, ganham um sentido de realização (por exemplo, eficácia), como eles alcançarão cada meta. Este sentimento de eficácia deve, por sua vez, aumentar a motivação dos pais para traçar novos objetivos.
- Teoria ecológica, baseada na teoria de Urie Bronfenbrenner: essa teoria reconhece a importância da inserção dos indivíduos e das famílias nos diversos contextos da vida em sociedade e busca ajudar a mãe (e o pai) a desenvolver vínculos positivos com a família e com a comunidade.
- Teoria do apego, baseada nas teorias de John Bowlby e Mary Ainsworth: essa teoria aponta para a importância do estabelecimento de vínculos de boa qualidade entre pais e filhos como recurso para garantir o pleno desenvolvimento social e cognitivo da criança. Crianças que desenvolvem apego seguro com uma figura de ligação são mais capazes e preparadas para enfrentar os sucessivos desafios desenvolvimentais. Assim, investir para que os pais tornem-se sensíveis e responsivos às necessidades do filho e criem um ambiente acolhedor é uma tarefa fundamental para o programa de visitação.

No Quadro 2, traduzimos estes princípios nas premissas básicas que norteiam as ações do enfermeiro no Programa de Visitação para Jovens Gestantes.

■ **Quadro 2** – Premissas básicas do Programa USP de Visitação para Jovens Gestantes e Ações do Enfermeiro

- *Cuidados com a saúde*: o enfermeiro deve apoiar e estimular ações da mãe direcionadas à manutenção e ao aprimoramento da própria saúde e da criança. Para tanto, deve realizar ações educativas e intervenções voltadas aos cuidados relativos à nutrição, exercício físico, uso de drogas e álcool, e manutenção de seu bem-estar mental. No que tange à saúde da criança, deve incluir aspectos de nutrição, higiene, patologias comuns na infância, cuidados domésticos, vacinação, prevenção de acidentes, desenvolvimento neuropsicomotor e brincadeiras.
- *Saúde ambiental*: o enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar, conhecer e utilizar os recursos sociais que possam auxiliá-la no cuidado com a criança, no sentido de garantir moradia adequada e segura, creche e escola, acesso a serviços de saúde, apoio da comunidade, recursos de segurança e outros pontos da rede social de apoio à família.
- *Desenvolvimento do curso de vida*: nessa perspectiva do cuidado, o enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar objetivos relevantes para a vida. Essas metas normalmente envolvem planos para a mãe completar a educação, encontrar um emprego e adiar o nascimento de um segundo filho. As intervenções a serem realizadas devem sempre partir das necessidades e dos interesses da mulher, no sentido de resgatar os outros papéis sociais, além, é claro, do papel de mãe.

(continua)

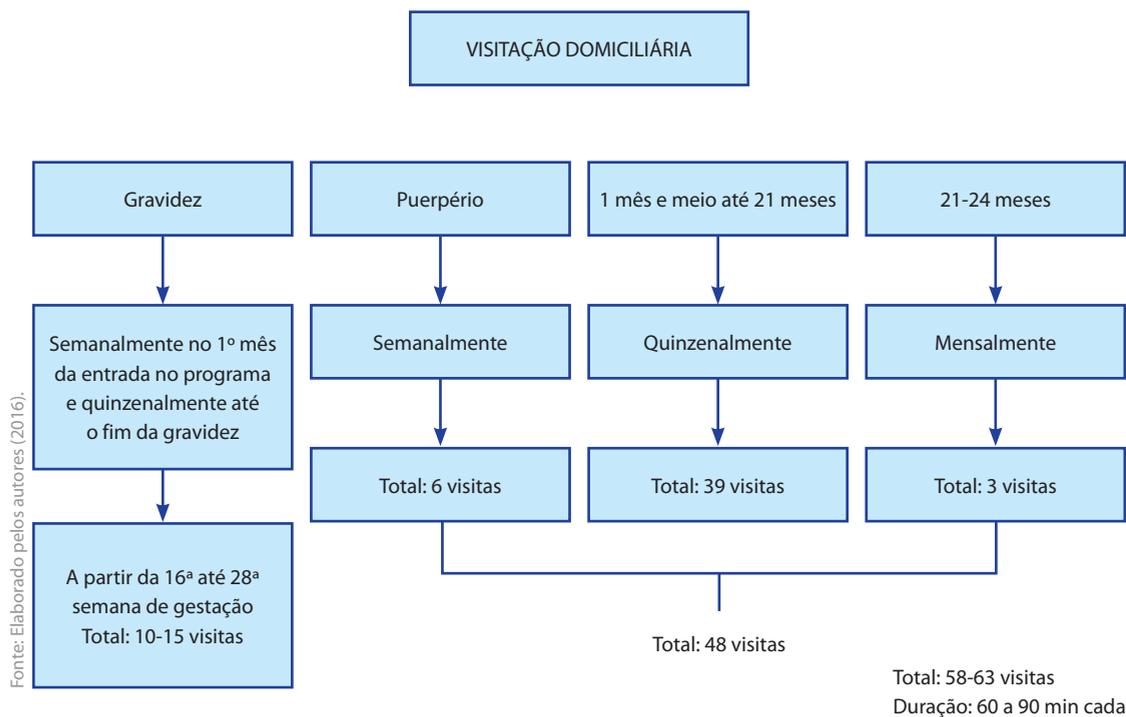
■ **Quadro 2** – Premissas básicas do Programa USP de Visitação para Jovens Gestantes e Ações do Enfermeiro (Continuação)

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

- *Desenvolvimento da "parentalidade"*: o enfermeiro trabalha com a mãe (ou pai) para ajudá-la a desenvolver os conhecimentos e as habilidades para apoiar com confiança a saúde e o desenvolvimento da criança. Utilizará para isso processos educativos para auxiliar mães e pais na construção dos papéis de pai e mãe.
- *Os amigos e a família*: o enfermeiro trabalha com a mãe para ajudá-la a entender e gerenciar seus relacionamentos com os outros (incluindo seus próprios pais, o pai do bebê e outros membros da família), de modo que eles sejam favoráveis à mãe e às necessidades da criança.
- *Saúde e serviço social*: o enfermeiro tem a tarefa de certificar-se de que a mãe está tendo acesso aos serviços e recursos garantidos pelas políticas públicas do país, para atender às suas necessidades e às de seu filho. Para tanto, precisa de um mapeamento adequado da rede de suporte social da família.

Na Figura 1, apresentamos o esquema de visitas domiciliares.

■ **Figura 1** – Esquema de visitas do Programa de Visitação Domiciliar para Jovens Gestantes da Universidade de São Paulo (USP)



RESULTADOS ESPERADOS EM CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZOS

No Quadro 3, elencamos os resultados esperados, no curto prazo, em diversos domínios. Notadamente em relação às gestantes, aos recém-nascidos, aos cuidados dos pais para com a criança e ao desenvolvimento infantil.

■ **Quadro 3** – Resultados esperados do Programa de Visitas Domiciliares para Jovens Gestantes da USP em diversos domínios

1) Em relação às gestantes:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento do número das mulheres grávidas apresentando comportamentos de saúde adequados (frequência regular às consultas de pré-natal, higiene pessoal adequada, realização dos exames pré-natal e estado nutricional adequado). ■ Diminuição do tabagismo durante a gravidez. ■ Diminuição da hipertensão induzida pela gravidez. ■ Aumento da utilização de recursos da comunidade.
2) Em relação aos recém-nascidos:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento do número de recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas ou mais e peso acima de 2.500 gramas. ■ Diminuição de parto pré-termo entre as gestantes fumantes. ■ Diminuição do comprometimento neurológico dos bebês.
3) Em relação aos cuidados dos pais para com a criança:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento do número de mães (pais) com cuidado sensível e competente para bebês e crianças. ■ Diminuição de práticas associadas a maus-tratos à criança (deixar chorar no berço e dar “palmadas”). ■ Diminuição de casos comprovados de abuso e negligência infantil. ■ Diminuição da ocorrência de acidentes domésticos (quedas e ingestão de substâncias nocivas). ■ Aumento do número de ambientes domésticos estimulantes, ou seja, aumento de brincadeiras e jogos apropriados para a criança.
4) Em relação ao desenvolvimento infantil:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento do número de crianças com desenvolvimento adequado para idade e sexo. ■ Diminuição do atraso na linguagem e no desenvolvimento cognitivo/mental. ■ Melhora das interações mãe-criança/menos angústia aos estímulos de medo.
5) Em relação ao curso de vida dos pais:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento do número de mães (pais) com planos construídos para a autossuficiência econômica. ■ Diminuição do número de gestações subsequentes e/ou maior espaçamento entre elas. ■ Aumento do intervalo de tempo entre a primeira e a segunda criança. ■ Aumento do número de mulheres empregadas durante o segundo ano de vida da criança. ■ Aumento do envolvimento do pai nos cuidados e apoio à criança.

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

No entanto, espera-se que o impacto desse programa se reflita, a médio e longo prazos, nas vidas dos pais e seus filhos. Por exemplo, nos anos subsequentes, em relação aos pais, espera-se uma melhora no ambiente familiar (em termos de relações e segurança); diminuição dos incidentes de lesões e ingestões observados em registros; diminuição do número de meses em programas sociais (auxílio-desemprego e Bolsa Família); aumento das taxas de convivência do pai com os filhos; aumento das taxas de casamento e união estável; diminuição do número de filhos por família; diminuição da gravidez indesejada; maior intervalo entre cada gravidez; redução das detenções e condenações.

Embora este seja um estudo-piloto e, a partir dos resultados desse, várias novas elaborações e revisões deverão ser realizadas, idealmente esperamos que esta intervenção tenha um impacto a longo prazo. Por exemplo, para as crianças, a médio e longo prazos espera-se que

cheguem à escola com maior prontidão e, assim, obtenham melhor desempenho escolar. Isso deve levar a uma diminuição do abandono escolar e aumento da chance de concluir o nível médio. Mais preparadas, estas crianças vão atingir maiores níveis escolares e melhores condições para obter maiores salários. Mais engajadas na escola, estarão menos vulneráveis para dependência e abuso de drogas, e atingindo maior renda, estarão menos expostas a pequenos delitos ou outros mais graves que podem levar ao encarceramento. Tudo isso vai estar associado à menor incidência de doenças físicas e mentais.

O produto final é uma população com maior capital humano e mental, em condições de produzir riquezas, criar um ciclo de prosperidade e propor soluções criativas para transformar positivamente o país.

O QUE A ENFERMEIRA VISITADORA DEVE FAZER NAS VISITAS DOMICILIARES?

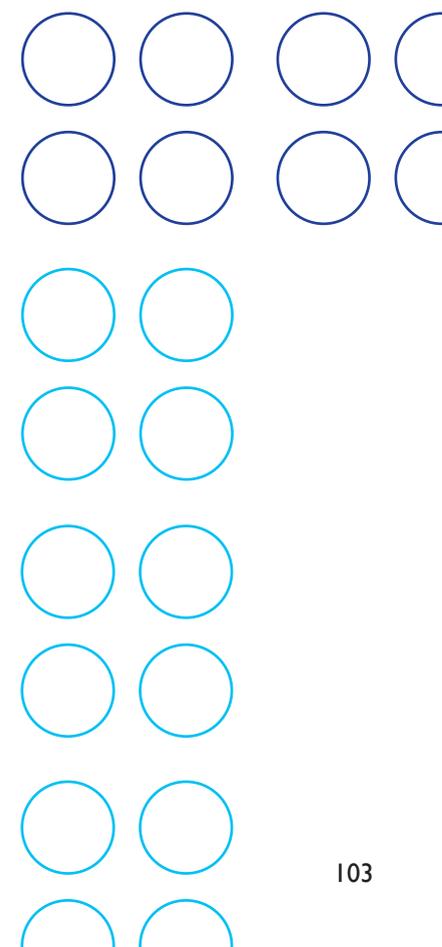
O foco desse programa de visitação é ajudar jovens gestantes, grávidas pela primeira vez, a desenvolver habilidades parentais e estabelecer vínculos de qualidade e de cuidado com filhos. Assim, durante as visitas domiciliares, as enfermeiras devem ficar atentas aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério. A seguir, serão listados alguns desses aspectos, tais como ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos. A divisão por trimestre tem a finalidade de abordar as principais características de cada etapa, porém destaca-se que esse processo não é estático, podendo algumas características se manifestarem no decorrer de outros momentos da gestação. Ao iniciarem essas visitas, as enfermeiras pressupõem que a mulher já pôde sentir e refletir minimamente sobre o impacto de estar grávida. Naquele momento, já ocorreram reflexões quanto à possibilidade de dar continuidade ou não à gestação. No entanto, existem inseguranças e a gestante muitas vezes busca: confirmar sua gravidez; amparar suas dúvidas e ansiedades; certificar-se de que tem bom corpo para gestar; certificar-se de que o bebê está bem; apoiar-se para seguir nessa “aventura”.

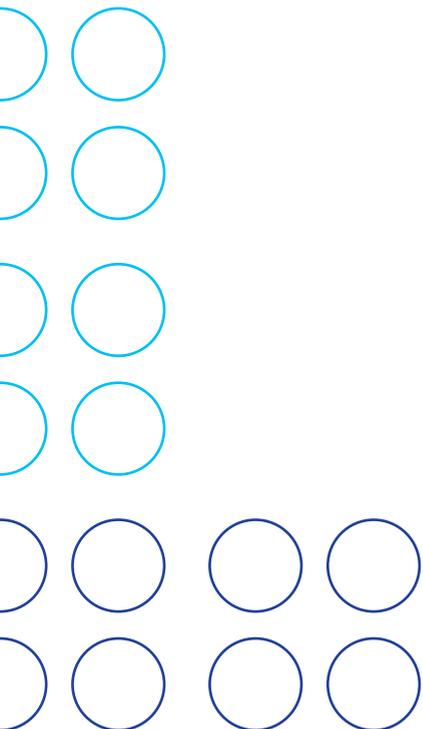
Assim, a enfermeira visitadora deve:

- Acolher a gestante e o companheiro: o acolhimento pressupõe receber, escutar e tratar as pessoas com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e expectativas. O acolhimento implica também a responsabilização dos profissionais pela condução do cuidado e a corresponsabilização dos usuários pela sua saúde. Acolher as



Eduardo Ogata





dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma satisfatória.

- Reconhecer o estado normal de ambivalência com relação à gravidez: toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos aparecem, razão pela qual é necessário compreender essa circunstância sem julgamentos.
- Identificar as condições emocionais da gestação: se a gestante tem um companheiro, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família ou de amigos, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez, enfim, o contexto em que a gravidez ocorreu e suas repercussões na vida da gestante, de sua família e do seu entorno. Compreender esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas.
- Estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuos: informar a gestante sobre seu direito a acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto e informar também a maternidade de referência, para que possam visitá-la. Isso os deixará mais tranquilos quanto à hora do parto.
- Ajudar a gestante e o parceiro a compreender que o processo de mudança na identidade e no papel ocorre também com o homem, porque a paternidade também é entendida como um processo de transição emocional e existencial.

No primeiro trimestre, a visitadora deve estar atenta para ajudar a gestante a reconhecer que este é o momento de comunicação da gravidez ao(à) parceiro(a), aos familiares e amigos, o que tem repercussões variadas de acordo com o contexto em que ocorre a gravidez. É comum surgirem ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida, uma vez que o feto não é concretamente sentido e as alterações corporais ainda são discretas. Oscilações do humor (aumento da irritabilidade, da vulnerabilidade e da sensibilidade) e instabilidade emocional podem estar presentes. Ocorrem as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço. Desejos e aversões por determinados alimentos e aumento do apetite são comuns. Ao final do primeiro trimestre, evidenciam-se as características de introspecção e passividade, que tendem a aumentar no decorrer da gravidez. Nesse trimestre, a visitadora utiliza instrumentos que ajudam a identificar a estrutura familiar e de rede social da gestante para ajudá-la a buscar recursos financeiros e sociais para essa fase da vida

No segundo trimestre, podem ocorrer alterações do desejo e do desempenho sexual. Mais comumente verifica-se a diminuição do desejo sexual. Em alguns casos, observam-se o aumento da satisfação sexual e, ao mesmo tempo, alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa. Já a percepção dos movimentos fetais e de seu impacto (a presença do filho é concretamente sentida) em geral gera alívio. Sua



Eduardo Ogata



ausência pode provocar o temor de que algo esteja errado com a gestação. Instalam-se mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto, a partir de seus movimentos. É o trimestre considerado mais estável do ponto de vista emocional. Nesse período, a visitadora utiliza instrumentos que avaliam o grau de vinculação entre mãe e feto e instrumentos para analisar a autoeficácia da mãe, além de, naturalmente, discutir as questões relativas à construção dos papéis de mãe e pai.

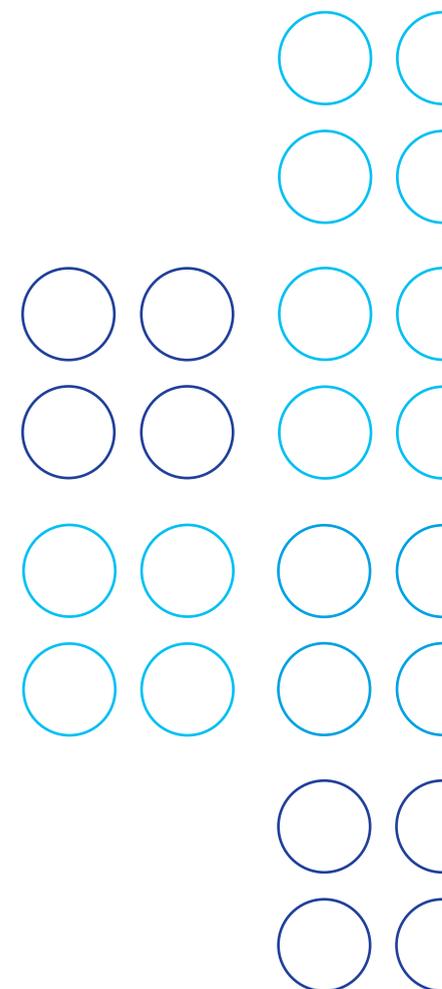
No terceiro trimestre, as ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto e da mudança da rotina de vida após a chegada do bebê. Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte). Aumentam as queixas físicas. Existe uma maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da gestante com os próprios pais ou irmãos. O ressurgimento dessas vivências pode abrir a possibilidade de encontrar novas soluções e resolver conflitos antigos que poderiam interferir na relação mãe-bebê. Nesse período, as visitadoras começam a utilizar instrumentos que ajudam a gestante a adquirir habilidades para cuidar do bebê, amamentar e cuidar das mamas, além de um instrumento para identificar possíveis sinais de depressão. A visitadora também discute com a gestante “o plano de parto” para ajudá-la a se preparar para esse momento.

Após o nascimento do bebê, as visitadoras acompanham bem de perto o puerpério da gestante, ajudando-a na amamentação do bebê, na reorganização da rotina familiar e na organização dos cuidados e da rotina da criança. Nessa fase, utilizam instrumentos para identificar sinais de depressão e avaliar a autoeficácia da mãe para a amamentação. Começam ainda a utilizar instrumentos que ajudam a avaliar o vínculo mãe-criança.

Após a criança completar o primeiro mês de vida e até os 2 anos de idade, a visitadora se ocupa de acompanhar o crescimento e desenvolvimento do bebê, e o estabelecimento de vínculos positivos e amorosos entre a mãe e a criança. A seguir, apresentamos esse período dividido por faixa etária.

De 1 mês a 6 meses, a mãe e o bebê ainda estão se adaptando um ao outro. Nessa fase, é muito importante a mãe estabelecer uma rotina de cuidados para a criança, bem como aprender a identificar as demandas da criança, reconhecer os diferentes tipos de choro, reconhecer cólicas e atender pronta e carinhosamente a todas as demandas do bebê. O papel da visitadora nessa fase é garantir a amamentação exclusiva e discutir com a mãe formas de brincar e conversar com a criança. A visitadora utiliza instrumentos para identificar sinais de depressão materna e o vínculo entre mãe e bebê. Para a visitadora, é importante acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê, além das vacinas, estimulando o cuidado de puericultura.

Dos 7 meses aos 12 meses, a criança aprimora as habilidades motoras e cognitivas, e aperfeiçoa a forma de contato com a mãe. A visitadora tem papel fundamental para ajudar a mãe



a estimular a criança a adquirir essas novas “habilidades” organizando o ambiente para evitar acidentes; sendo paciente e amorosa com as brincadeiras e demonstrações de afeto da criança.

Dos 12 meses aos 24 meses, a criança adquire autonomia, física e psicológica, porque já está andando sozinha e construindo laços de afeto e vínculo com outras pessoas além da mãe. É importante que a visitadora atue no sentido de ajudar a mãe a estimular a autonomia da criança para andar, comer e brincar sozinha ou com outras pessoas de sua confiança.

MONITORAMENTO E SUPERVISÃO

Monitoramento das ações

O monitoramento do programa relaciona-se com o recrutamento da participante, a retenção, a dosagem de visita e a cobertura de conteúdo. Esses objetivos fornecem uma referência de como a confiabilidade e fidelidade são empregadas na intervenção. Isso permite que a intervenção possa ser replicada no futuro, em diferentes localidades.

As metas de fidelidade específicas para cada área são:

- *Recrutamento e inscrição*: o programa atinge metas de recrutamento se pelo menos 60% das gestantes são registradas antes de 16 semanas de gestação e 100% até 28 semanas; 100% das participantes inscritas são mães pela primeira vez, dentro da faixa etária específica; 75% das participantes elegíveis oferecidas no programa são registradas; cada enfermeiro matricula 25 famílias dentro de 12 meses de início do recrutamento.
- *Desgaste*: refere-se às perdas de participantes durante o programa. De acordo com a taxa de desgaste do programa acumulado, devem ser:
 - a) 10% ou menos durante a fase de gravidez;
 - b) 10% ou menos durante a fase da primeira infância;
 - c) 20% ou menos durante a fase da infância;
 - d) 40% ou menos até a criança completar o segundo aniversário.
- *Dosagem*: em relação ao número de visitas que as participantes recebem, 80% ou mais das visitas esperadas durante a gravidez; 65% ou mais das visitas esperadas durante a infância; 60% ou mais das visitas esperadas durante a primeira infância. Em média, a duração das visitas domiciliares é de 60 minutos.

- *Conteúdo do programa:* no Quadro 4, descrevemos a média de tempo dedicada ao conteúdo dos diversos domínios abordados em cada visita. O teor das visitas domiciliárias deve refletir a variação de necessidades de desenvolvimento dos participantes em cada fase do programa.

- **Quadro 4** – Média de tempo dedicada ao conteúdo dos diversos domínios que fazem parte da visita domiciliar em cada fase

Durante a gravidez	
Saúde física	35%-40%
Saúde ambiental	5%-7%
Desenvolvimento do curso de vida	10%-15%
Papel maternal	23%-25%
Família e amigos	10%-15%
Durante a infância	
Saúde pessoal	14%-20%
Saúde ambiental	7%-10%
Desenvolvimento do curso de vida	10%-15%
Papel maternal	45%-50%
Família e amigos	10%-15%
Durante a primeira infância	
Saúde pessoal	10%-15%
Saúde ambiental	7%-10%
Desenvolvimento do curso de vida	18%-20%
Papel maternal	45%-50%
Família e amigos	10%-15%

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

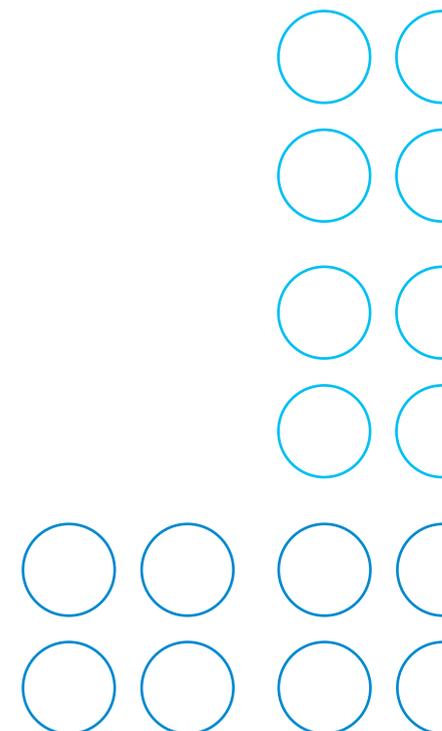
Supervisão

A supervisão do trabalho dos enfermeiros no programa de visitas tem papel central no Programa de Visitas Domiciliares para Jovens Gestantes da USP. O objetivo da supervisão é realizar a salvaguarda para os enfermeiros e integrar o papel do supervisor ao programa de visitas. Os enfermeiros recebem supervisão semanal individual, e isso é suficiente para resolver a maioria dos problemas advindos das visitas. O enfermeiro precisa apresentar todos os casos à sua supervisão, e o supervisor terá um sistema que garanta que todos os casos, se avaliados pelo enfermeiro como baixo ou alto risco, sejam analisados pela supervisão. Os supervisores darão orientações sobre registro de supervisão e manutenção de material padrão para dar apoio a isso.

O supervisor é um enfermeiro experiente que conhece o programa de visitação e oferece supervisão clínica ao enfermeiro uma vez por mês. Ele deve estar também disponível para aconselhamento e apoio em questões psicológicas ou de estresse e sofrimento dos profissionais. O enfermeiro supervisor deve estar ciente de todos os participantes inscritos no programa, de todos os recursos sociais disponíveis na região e informado sobre os bebês e/ou jovens que têm uma plano de assistência social ou educacional. No programa de visitas, a supervisão



Eduardo Ogata





Eduardo Ogata

é realizada pelo enfermeiro e pelo psicólogo, especialistas nas dimensões de saúde física e parentalidade, respectivamente.

Os enfermeiros visitantes, para atuar no Programa de Visitas Domiciliares para Jovens Gestantes da USP, devem receber um treinamento específico. O programa de aprendizagem pressupõe que os enfermeiros sejam graduados em enfermagem e preferencialmente possuam especialização ou mestrado nas áreas de saúde da mulher (ou obstetrícia), saúde da criança (pediatria) ou saúde mental (psiquiatria). Antes de ingressarem no programa, os enfermeiros devem passar por um programa de capacitação de 60 horas para aprender a manejar os instrumentos e as abordagens do programa de visitação, bem como os protocolos de cuidado à criança, do pré-natal e puerpério.

TECNOLOGIA DE DISPOSITIVOS MÓVEIS COMO UMA FORMA DE AUMENTAR A ADESÃO E FACILITAR A IMPLEMENTAÇÃO DE CONTEÚDOS DO PROGRAMA

Em parceria com a empresa de tecnologia TNH Digital Health, desenvolvemos para esse projeto uma tecnologia de envio de SMS, com o objetivo de aumentar a interação com as gestantes participantes. Inicialmente, observamos que a maioria delas, mesmo com menor nível socioeconômico, possui um aparelho de telefonia móvel.

Assim, sem que as participantes tenham qualquer custo, enviamos, durante todo o projeto, mensagens que permitem interação a partir de respostas predeterminadas. O sistema gerencia o conteúdo de acordo com a data provável de parto. O conteúdo inclui dicas de saúde, cuidados com a mãe, estado emocional, cuidados com o bebê e relação com a família. Medidas de prevenção, com demandas recentes, podem ser inseridas como as relativas ao mosquito *Aedes aegypti* (transmissor do vírus zika, dengue e chikungunya).

NOVOS MÉTODOS DA NEUROCIÊNCIA PARA AVALIAR OS EFEITOS POSITIVOS NA INTERVENÇÃO NO RECÉM-NASCIDO

Como parte deste projeto, utilizaremos medidas neurobiológicas com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção sobre o desenvolvimento do recém-nascido. Entre essas medidas, utilizaremos materiais biológicos advindos da placenta e sangue de cordão, e medidas eletrofisiológicas do recém-nascido (aos 6 meses de idade).

A interface biológica entre o feto e a mãe ocorre por meio da placenta, que possui sensores de transporte de nutrientes e oxigênio capazes de gerar a secreção de citocinas, hormônios e

fatores de crescimento em resposta aos estímulos ambientais (BURTON; FOWDEN, 2012). Existe uma programação genética placentária que tem o objetivo de garantir o balanço entre a necessidade energética do feto e a possibilidade de oferta da mãe. A placenta, no entanto, forma com o cérebro da mãe e do feto uma rede de coexpressão gênica, de forma que, ao detectar alterações dos ambientes materno e fetal, pode reprogramar a expressão gênica hipotalâmica da mãe, assim como do feto. A ação no cérebro materno promove basicamente a liberação de ocitocina e regula o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, atuando sobre a redução do comportamento sexual, o aumento da ingestão alimentar, a produção de leite e a adoção de comportamentos maternos. A ação no cérebro fetal se dá pela influência sobre processos de diferenciação celular, migração neuronal e estabelecimento de conexões cerebrais. Esta programação sobre o cérebro fetal também influencia o surgimento de comportamentos dependentes da ligação com a mãe. Assim, pode-se dizer que a formação e o desenvolvimento do cérebro fetal, assim como de suas potencialidades relacionadas à sociabilidade (apego) e ao aprendizado, são mediados pela execução adequada do programa placentário (SANDMAN et al., 2011; KHALIFE et al., 2012).

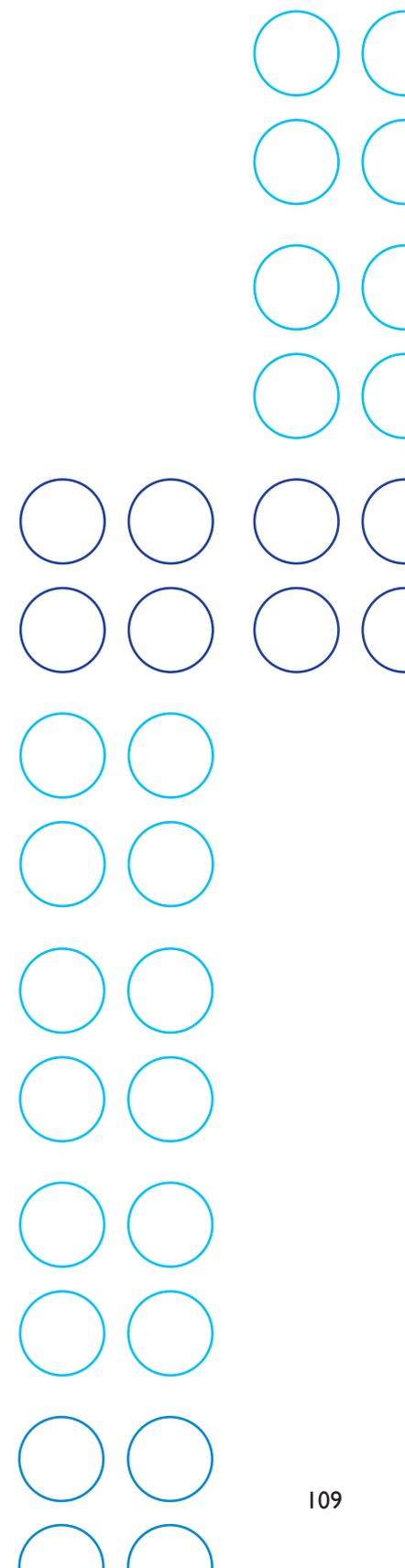
Da mesma forma, estresses maternos durante a gravidez e suas alterações decorrentes no programa placentário (por exemplo, padrões específicos de metilação de genes na placenta e no sangue de cordão) impactam o desenvolvimento do recém-nascido e o predispõe a doenças físicas e mentais. Se avançarmos no sentido de detectar precocemente essas características endofenotípicas, programas específicos poderão ser estabelecidos para esta população. Ao mesmo tempo, poderemos investigar o impacto preventivo que esse programa de visitação pode ter sobre essa programação placentária anormal em uma população vulnerável a estresses durante a gravidez, em comparação com um grupo controle.

Após o nascimento, genes garantem um arcabouço inicial para o desenvolvimento cerebral, com propriedades básicas de como as células nervosas, migram, se ramificam e se interconectam para formar circuitos e redes neuronais. A partir daí, a experiência começa a ter um papel essencial no refinamento dessas redes, cujo desenvolvimento e sintonia dependem dessa interação com o ambiente.

Nesse projeto, utilizaremos ainda medidas neurofisiológicas do bebê (sincronia, conectividade e organização neural) obtidas por meio do eletroencefalograma (EEG) quantitativo aos 6 meses para detectar padrões de funcionamento que possam ser preditivos de futuros problemas no neurodesenvolvimento e, ao mesmo tempo, observar os efeitos benéficos da intervenção nesses sistemas neuronais.

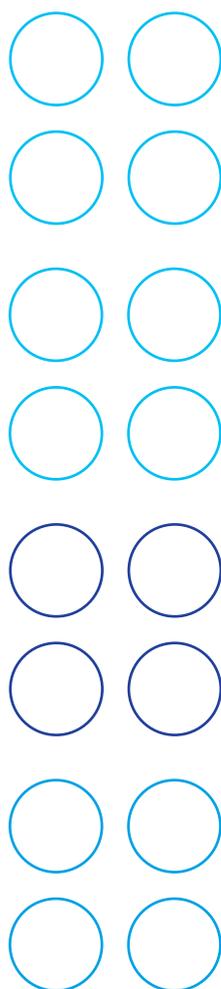
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresentamos um programa de intervenção que está sendo testado pela primeira vez no Brasil, voltado para adolescentes gestantes pela primeira vez e que se encontram em



situação de vulnerabilidade social. Diferentemente das intervenções universais existentes (por exemplo, Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades), esse tipo de programa é voltado para uma população de alto risco. Estudos prévios já demonstraram que programas de visita-ção constituem-se em uma estratégia de prevenção eficaz em outros contextos. Uma vez concluído o nosso estudo-piloto, um novo projeto será realizado, a fim de testar a sua eficácia em maior escala, para então pavimentar o caminho para a sua implementação e disseminação em larga escala no Brasil. Após todas estas etapas, poderá ser adotado pelos sistemas públicos de saúde. Ao mesmo tempo, o projeto tem como objetivo a descoberta de processos neurobio-lógicos subjacentes aos estímulos ambientais e sociais positivos promovidos pela intervenção, esclarecendo assim os mecanismos envolvidos no neurodesenvolvimento saudável.

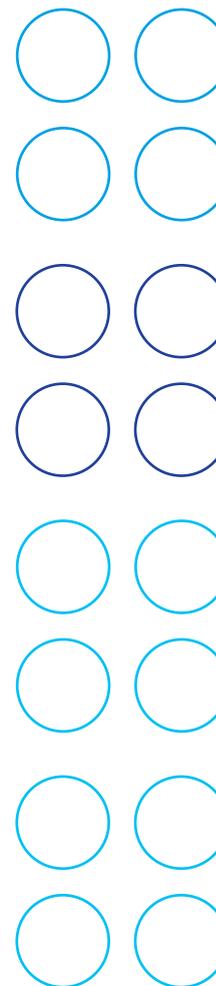
Espera-se que projetos como esse possam produzir impactos a curto, médio e longo prazos. Além do impacto imediato na saúde da mãe e nos primeiros 2 anos de vida da criança (já amplamente discutido aqui), espera-se que as crianças submetidas à intervenção cheguem à escola com maior prontidão e com mais chances de concluir o nível médio. Mais preparadas, essas crianças estarão em condições de obter maiores salários. Mais engajadas na escola, serão menos vulneráveis à dependência e ao abuso de drogas e estarão em condições de obter maior renda e menos expostas a delitos que podem levar ao encarceramento. Acredita-se que todos esses benefícios serão acompanhados de menor incidência de doenças físicas e mentais. Mais ainda, o produto final será uma população com maior capital humano e mental em condições de produzir riquezas, criar um ciclo de prosperidade e propor soluções criativas para transformar positivamente o país.



REFERÊNCIAS

- CHIESA, A. M. *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. 178 p.
- BURTON, G. J.; FOWDEN, A. L. The placenta and developmental programming: balancing fetal nutrient demands with maternal resource allocation. *Placenta*, v. 26, n. 33, p. S23-S27, 2012. Supplement A.
- DONELAN-MCCALL, N.; ECKENRODE, J.; OLDS, D. L. Home visiting for the prevention of child maltreatment: lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics of North America*, v. 56, n. 2, p. 389-403, 2009.
- DOYLE, O. et al. Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology*, v. 7, p. 1-6, 2009.
- DUGGAN, A. et al. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, v. 28, p. 597-622, 2004.

- KAHAN, J.; MOORE, K. A. What works for home visiting programs: lesson from experimental evaluations of program and interventions. *Child Trends*, p. 1-33, 2010.
- KHALIFE, N. et al. Placental size is associated with mental health in children and adolescents. *PLoS ONE*, v. 7, n. 7, p. e40534, 2012.
- KIELING, C. et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, v. 378, n. 9801, p. 1515-1525, 2011.
- KITZMAN, H. et al. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a three-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, v. 283, p. 1983-1989, 2000.
- NELSON, C. A. et al. Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project. *Science*, v. 318, n. 5858, p. 1937-1940, 2007.
- NURSE FAMILY PARTNERSHIP. Denver, 2016. Disponível em: <www.nursefamilypartnership.org>. Acesso em: 27 abr. 2016.
- OLDS, D. L. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, v. 3, n. 3, p. 153-172, 2002.
- _____. The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, v. 27, n. 1, p. 5-25, 2006.
- _____. et al. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, v. 77, p. 16-28, 1986.
- _____. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, v. 114, n. 6, p. 1560-1568, 2004.
- _____. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, v. 120, n. 4, p. 832-845, 2007.
- SANDMAN, C. A. et al. Prenatal programming of human neurological function. *International Journal of Peptides*, p. 1-9, 2011.
- SHONKOFF, J. P. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, v. 81, n. 1, p. 357-367, 2010.
- _____. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*, v. 333, n. 6045, p. 982-984, 2011.
- _____.; BOYCE, W. T.; MCEWEN, B. S. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Jama*, v. 301, p. 2252-2259, 2009.
- _____.; LEVITT P. Neuroscience and the future of early childhood policy: moving from why to what and how. *Neuron*, v. 67, p. 689-691, 2010.
- SLADE, A. et al. Minding the baby: a reflective parenting programme. *Psychoanalytic Study of the Child*, v. 60, p. 74-100, 2005.

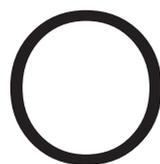


EDUCAÇÃO

LABORATÓRIO DE BRINQUEDOS E MATERIAIS PEDAGÓGICOS (LABRIMP) E INFÂNCIA

Tizuko Morchida Kishimoto

Professora sênior do Departamento de Metodologia de Ensino e Educação Comparada da Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora de temas como brinquedos e brincadeiras, Educação Infantil e formação de professores para a infância



objetivo deste capítulo é descrever as finalidades e atividades do Laboratório de Brinquedos e Materiais Pedagógicos (Labrimp), que se especializa no brincar, como a expressão da voz da criança, a ação imaginária iniciada por ela e a infância, como categoria social e geracional com visibilidade, autonomia e saberes.

O Labrimp, embora tenha perfil de laboratório didático, anexo ao Departamento de Metodologia de Ensino e Educação Comparada da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (EDM/Feusp), dispõe de atividades destinadas à pesquisa e às ações de cultura e extensão universitária, ofertando serviços como brinquedoteca, Museu da Educação e do Brinquedo, Grupo de Pesquisa Contextos Integrados de Educação Infantil, projeto Ponto e Pontão de Cultura, espaço de pesquisa sobre o lúdico e a infância, Braille Virtual e Ludilib, os quais serão descritos ao longo do texto. Para compreensão dos objetivos e das funções desse laboratório, apresentam-se, inicialmente, a origem e o desenvolvimento desse setor.

HISTÓRICO DO LABRIMP

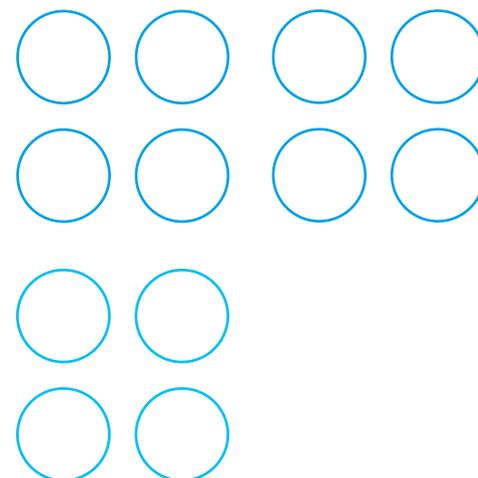
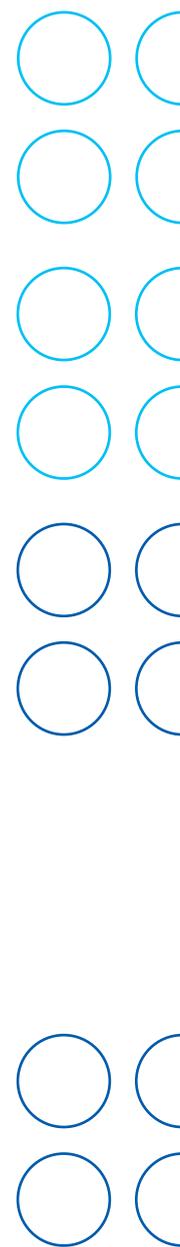
O Labrimp foi proposto por mim, em 1984, como laboratório didático à Feusp e aprovado pela congregação da unidade em 1985, na gestão Prof. Dr. Antônio Carlos Coelho Campino, que acolheu a ideia e deu-lhe suporte.

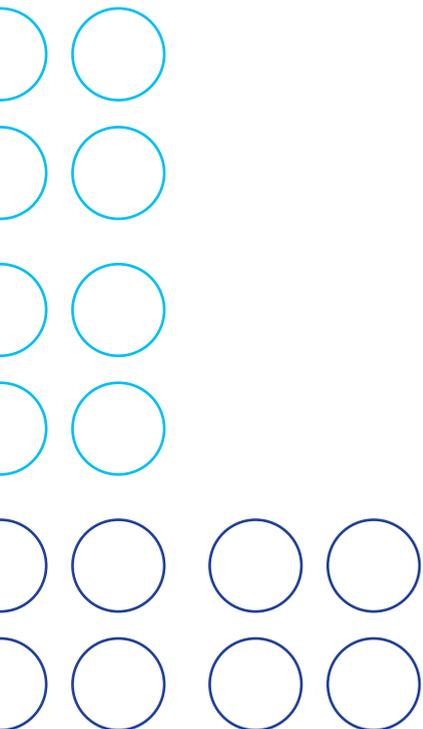
Entre as razões para criação desse serviço, destaco minha crença na importância dos brinquedos e das brincadeiras para infância, fruto de estudos e investigações no campo lúdico; a necessidade de dispor de laboratório prático sobre o lúdico para alunos da Pedagogia, que se preparam para assumir a educação de crianças da Educação Infantil e do Ensino Fundamental I (de 0 a 10 anos), além da oferta pelo governo estadual de sete brinquedotecas para o Estado de São Paulo, em 1984. Na ocasião, solicitei ao secretário de Estado de Educação uma brinquedoteca para formar professores e obtive uma delas, que se constituía em um pacote de 200 brinquedos para iniciar a experiência.

Na proposta inicial, o setor denominava-se Centro de Estudos de Brinquedos e Materiais Pedagógicos (Cebrimp), contendo acervos bibliográficos, oficinas, cursos, museu e brinquedoteca. A denominação Cebrimp não foi aprovada na época, porque todo centro, dentro das exigências da USP, exigiria outra estrutura, com autonomia financeira e executiva, constituindo-se em unidade independente da Feusp, o que inviabilizou o nome, e a adoção do termo laboratório mantinha a filiação institucional pretendida.

O Labrimp foi proposto para atender a três finalidades:

- Cultura e extensão universitária: acesso ao brinquedo e à brincadeira pelas crianças na brinquedoteca.





- Formação de professores: formação aos graduandos de Pedagogia e à comunidade para compreensão do lúdico como base para educar crianças.
- Pesquisa: investigação do lúdico na educação.

O setor funcionou em salas emprestadas até conseguir as condições estruturais de espaço físico e funcionário com formação em nível superior, especializado em brinquedos para dar suporte às ações previstas. Em junho de 1988, inaugura-se oficialmente a brinquedoteca, que passa a atender o público infantil e adulto, com grande evento divulgado pela mídia.

BRINQUEDOTECA

A brinquedoteca é conhecida internacionalmente como ludoteca, tendo geralmente como funções: o empréstimo de brinquedos, a expressão da cultura lúdica, a formação profissional e o atendimento a famílias e suas crianças. No Brasil, o termo ludoteca foi substituído por brinquedoteca. A Feusp, como primeira instituição universitária do país a utilizar a brinquedoteca como laboratório de formação prática de alunos, favoreceu também a expressão da cultura lúdica e a realização de pesquisa.

Desde essa época, com a presença de inúmeros bolsistas de pré-iniciação científica, iniciação científica, bolsa trabalho e estagiários, a brinquedoteca atende diariamente crianças e adultos, oferecendo serviços como: empréstimo de brinquedos às crianças e materiais pedagógicos aos alunos da Pedagogia e Licenciatura para aulas práticas, consulta ao acervo de pesquisa, cursos de formação para brinquedistas, observação de brincadeiras por pesquisadores, espaço para aulas práticas e visitas.

Nesse lócus, alunos de graduação, pós-graduação e estagiários aprendem a observar as crianças durante brincadeiras e a interagir com elas, a entender preferências das crianças na escolha de brinquedos, a discutir questões do gênero e sua relação com brinquedos, a analisar e organizar espaços físicos com brinquedos e materiais, a compreender características de cada brinquedo e sua relação com a infância, além de ter acesso à classificação de brinquedos, como a Coleção de Objetos Lúdicos (COL), de orientação piagetiana, que subsidia a ordenação dos brinquedos na sala de empréstimo às crianças.

A brinquedoteca atende crianças da comunidade, de creches, pré-escolas e Fundamental I, que agendam visitas para uso do espaço destinado à expressão da cultura lúdica. Dispõe de projeto específico com a Escola de Aplicação da Feusp, que utiliza esse espaço como parte das atividades curriculares regulares na educação das crianças do Fundamental I, como direito das crianças de 6 a 10 anos ao brinquedo e à brincadeira. Há, eventualmente, pesquisas sobre produção de brinquedos construídos por alunos de graduação ou pós-graduação, que experimentam seus protótipos com crianças que frequentam a brinquedoteca. Um deles foi



Lilian Borges

patrocinado por um fabricante de brinquedo. Outro tipo de solicitação provém de fabricantes de brinquedos ou criadores de objetos lúdicos, que procuram o laboratório para testes.

A importância da brinquedoteca como laboratório de formação de professores com uso de brinquedos e materiais pedagógicos levou a Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação a considerar a importância desse serviço ao inseri-lo como item de qualidade nos critérios para aprovação dos cursos de Pedagogia no país, a partir da década de 2000.



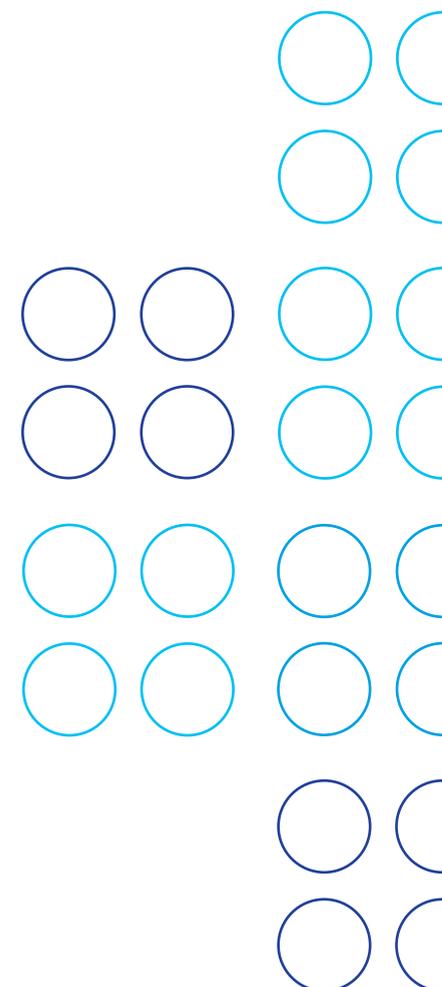
Lilian Borges

MUSEU DA EDUCAÇÃO E DO BRINQUEDO (MEB)

Primeiro museu do brinquedo e da educação no Brasil anexo à universidade, o Museu da Educação e do Brinquedo (MEB) foi inaugurado oficialmente, com espaço próprio, em 9 de agosto de 1999.

O MEB já constava nos planos do Labrimp. Durante minha pesquisa de doutoramento, em que investigava a história da pré-escola em São Paulo, em 1982, conheci Alice Meirelles Reis, professora do jardim de infância da Caetano de Campos. Na ocasião, ela me mostrou álbuns de fotografias de suas práticas com crianças de 4 a 5 anos, brincando no jardim de infância, no período de 1923 a 1935, e mencionou que gostaria de doar esse acervo para uma universidade pública que tivesse museu. Imediatamente, ofereci-me para criar o museu e receber o acervo. Nessa época, já tinha a ideia de criar um espaço destinado ao lúdico, uma vez que participava de um grupo de discussão sobre o tema com pesquisadores de várias instituições, como Mônica Appezato Pinazza, Manoel Oriosvaldo Moura, Edda Bomtempo, Paulo Vasconcelos, Paulo Salles, Cecília Aflalo, Cyrce M. R. Junqueira de Andrade, Adriana Friedmann, Maria Ângela Barbato, Nylce Cunha, entre outros. Esse grupo organizou uma exposição sobre brinquedotecas no Serviço Social do Comércio (Sesc), que teve pouco impacto por restringir-se a painéis, com imagens, mas gerou a instalação de sete brinquedotecas, fruto de um projeto da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, por meio do qual fomos beneficiados com uma delas. Na ocasião, já se pensava na criação do Cebrimp com museu, em decorrência da importância do brinquedo não apenas como acervo museológico, mas para educação especial e para toda criança. Pode-se dizer que qualquer ato ou evento não surge de ações individuais. É fruto de contextos, de pessoas que partilham ideias, que indicam caminhos, que valorizam e que somam. Assim, o MEB e o Labrimp não são frutos apenas de sua coordenadora, mas também de um conjunto de situações contextuais, ampliado pelas ações dos protagonistas que participam dessa história.

Atualmente, o MEB dispõe de um acervo significativo, que cresce com doações, especialmente em 2012, com esculturas lúdicas de Sandra Guinle, em bronze, muitas com dois a três metros de altura. No momento, por falta de edifício próprio, as esculturas lúdicas estão sediadas no segundo andar da nova Biblioteca da Feusp, um espaço que congrega livros e obras de arte.





Lilian Borges

As bibliotecas do mundo contemporâneo não se restringem às obras impressas, contemplam as digitais e tridimensionais, como objetos de arte, brinquedos e, no nosso caso, o lúdico no formato de esculturas de bronze, que representam brincadeiras infantis. Como exposição permanente, *Cenas infantis* mostra brincadeiras da tradição cotidiana das crianças, no formato de esculturas lúdicas, que se destacam no amplo espaço da biblioteca, emoldurado por amplas janelas que deixam penetrar a luminosidade e o colorido das frondosas e verdejantes tipuanas e bougainvílias que se enfeitam na primavera com as cores amarela, laranja e os tons avermelhados.

Para além de espaço cultural de visitas, a exposição *Cenas infantis* possibilita formação e pesquisa. Aulas de graduação e de pós-graduação são ofertadas nesse local, com as esculturas lúdicas despertando reflexões e memórias de infância, que sensibilizam alunos para pensar na criança e em seus brinquedos, e no papel do brincar na educação e na vida de cada uma.

GRUPO DE PESQUISA CONTEXTOS INTEGRADOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Contatos internacionais com Júlia Oliveira-Formosinho e João Formosinho, da Universidade do Minho, em Portugal, possibilitaram a criação de uma rede internacional de pesquisadores. O foco de atenção desse grupo é a formação profissional para a infância, que reverbera em outras universidades formando a rede de pesquisadores entre os dois países. Em 2000, inicia-se anexo à Feusp o Grupo de Pesquisa Contextos Integrados de Educação Infantil, coordenado por mim e por Mônica Appezzato Pinazza, registrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que se concentra na educação das crianças do segmento da infância, integrando serviços como brinquedoteca e museu, para atender às escolas públicas, com a colaboração de pesquisadores, alunos da graduação e pós-graduação.

As atividades realizadas pelas equipes, brasileira e portuguesa, focalizam a formação de professoras¹ para a infância, partindo do pressuposto da escuta dos profissionais, da identificação de seus interesses e necessidades, em ações conjuntas, o que avança práticas em que a universidade atua em conjunto com escolas, seus profissionais, crianças e familiares. Assume-se a concepção sistêmica, de desenvolvimento profissional na perspectiva de Urie Bronfenbrenner, de que as interações entre vários setores produzem mesossistemas (interações entre pessoas) com impactos na qualidade do desenvolvimento profissional. Assim, o Grupo de Pesquisa Contextos Integrados de Educação Infantil possibilita a formação de três subgrupos de estudos: pesquisadores, gestores e professoras da rede municipal de Educação Infantil e do início do Ensino Fundamental de São Paulo. Essa composição torna possível à pesquisa a produção de novos conhecimentos, e aos gestores, a compreensão de lideranças democráticas para alavancar inovações, assim como aos profissionais da infância, a partilhada cultura

¹ Pela predominância do sexo feminino no magistério da infância, será adotado o termo professora.

democrática. A Feusp reúne, desde 2000, grupos de pesquisadores, gestores e professoras em comunidades de práticas, em processos colaborativos, de coparticipação para buscar práticas de melhor qualidade para cada criança. A profissionalização de alguns participantes leva-os a ingressar em programas de mestrado e doutorado e à publicação de obra coletiva, denominada *Narrativas de professoras em contexto colaborativo*, as memórias de suas práticas, em 2015.

PONTO E PONTÃO DE CULTURA

Em 2005, sob minha coordenação, inicia-se o projeto Ponto de Cultura, subsidiado pelo Ministério da Cultura: *Brincando e aprendendo na universidade: o Labrimp e o MEB como espaços de cultura*, de abrangência local, que logo se transforma em Pontão de Cultura, de alcance nacional. Entre as ações do Ponto e do Pontão de Cultura, encontram-se oficinas de brinquedos e brincadeiras, com uso das linguagens artísticas (música, dança, teatro, desenho, escultura, pintura), contação de histórias, danças africanas, musicalização para bebês, além de brinquedos étnicos, ofertados aos alunos da Pedagogia e licenciatura, bem como às creches e escolas municipais da rede pública de São Paulo. Outras ações destacam a tenda de jogos étnicos – que circula em escolas, favelas, centros culturais de várias localidades, oferecendo jogos de vários países para formação dos interessados e alegria de crianças e jovens –, os cursos *on-line* e presenciais sobre formação de brinquedistas, a organização de espaços lúdicos, os estudos sobre brinquedotecas nos vários Estados brasileiros, a produção de *kits* lúdicos para formação profissional, entre outras.

As atividades do Pontão de Cultura propiciam inúmeras publicações sob minha responsabilidade, entre as quais a produção de livros sobre narrativas das professoras da rede pública sobre suas práticas; a documentação pedagógica da professora de escola municipal de Educação Infantil de São Paulo, em parceria com a doutoranda Ângela Ubaiara, que se transforma no livro *Por que as folhas e frutos caem? De onde vêm as borboletas?*, além da publicação de coletânea de dez volumes sobre várias temáticas que detalham as ações do Labrimp e do MEB.

Por ocasião da comemoração dos 80 anos da USP e do curso de Pedagogia, em 2014, produziu-se o livro de imagens intitulado *Práticas pedagógicas da professora Alice Meirelles Reis*, escrito pela autora deste capítulo, que conta a história da professora que utilizou brinquedos e brincadeiras para educar crianças do jardim de infância da Caetano de Campos no período de 1923 a 1935, acompanhado por exposição fotográfica e evento comemorativo na Feusp.

PESQUISA SOBRE INFÂNCIA E LÚDICO

O Labrimp deu suporte para a realização de inúmeras pesquisas envolvendo crianças e o lúdico, sob minha responsabilidade. A primeira publicação, no formato de *Cadernos do EDM*,



Lilian Borges



Eduardo Ogata

de 1990, traz estudos de participantes do processo de criação do Labrimp, além do artigo de Denise Garon, especialista canadense em classificação de brinquedos. Em seguida, em 1992, fruto de investigação internacional sobre as origens das brincadeiras da tradição infantil, em parceria com países europeus e latino-americanos, efetuou-se amplo diagnóstico sobre brincadeiras tradicionais publicadas no período de 1900 a 1990, no eixo São Paulo-Rio de Janeiro e Minas Gerais, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), que gerou o livro *Jogos infantis: o jogo, a criança e a educação*, publicado pela Editora Vozes em 1994, atualmente em sua 18ª edição. A investigação das brincadeiras de faz de conta, de natureza complexa, com vários personagens e papéis desempenhados por pré-escolares que frequentavam a brinquedoteca, comparadas com as brincadeiras realizadas nas salas de Educação Infantil, constituiu-se fonte para melhoria das práticas das escolas envolvidas, com apoio do CNPq. A investigação das relações entre o brinquedo e o gênero, temática de grande importância nos tempos atuais, em que se deseja equidade no brincar, foi realizada por mim e Andréia Tiemi Ono, sendo divulgada pela revista *Pro-Posições*, em 2007. A análise dos relatórios dos bolsistas e estagiários do Labrimp motivou a escrita de um artigo sobre o papel da imaginação, por Celia Vettore e por mim, entre outros.

Ações de cooperação internacional entre o Labrimp e a Universidade Paris 13, no período de 1996 a 1999, com a participação de Gilles Brougère, Jean Perrot e Jean Biarnès, sob a égide do Comitê de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) e o Comitê Francês de Avaliação da Cooperação Universitária com o Brasil (Cofecub), proporcionaram intercâmbio bilateral de pesquisadores e de alunos de pós-graduação sobre tipos de brinquedos e livros infantis usados nas escolas maternas francesas e nas escolas municipais de Educação Infantil, dando origem a publicações em revistas especializadas (*Educação e Pesquisa e Nuances*) e ao livro *O brincar e suas teorias*. Da mesma forma, o acordo de cooperação Capes e Comitê Português de Avaliação da Cooperação Universitária com o Brasil (Grices), entre a Feusp e a Universidade do Minho, proporcionou minha colaboração na temática do lúdico em Braga, Portugal, e de Júlia Oliveira-Formosinho e João Formosinho, no quesito da qualidade da educação na infância, em São Paulo, no período de 2005 a 2009, com publicação de três livros sobre pedagogias da infância.

Em 2015, conduzi pesquisa sobre uso dos *kits* lúdicos para envolver crianças, famílias e profissionais, com suporte financeiro da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, em conjunto com a Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP, em creches e escolas municipais de Educação Infantil da cidade de São Paulo. Em outro estudo, utilizei a pesquisa-ação, trabalho colaborativo sobre conforto ambiental para controlar o alto nível de ruído na creche Suzana Campos Tauil, com apoio do CNPq, que gerou maior bem-estar às crianças e aos profissionais e foi publicado em revista internacional da European Early Childhood Education Research Association (EECERA) em 2012. Desenvolvi ações colaborativas com duas professoras e gestores da Escola de Aplicação anexa à Feusp, o que possibilitou a criação de currículo adequado às crianças de 6 anos dessa escola, dentro dos preceitos do fundamental de 9 anos, que contemplasse o lúdico para elas. Os resultados do estudo foram publicados pela revista

Educação e Pesquisa em 2011. As experiências conduzidas pelo Labrimp possibilitaram colaboração com o Ministério da Educação e do Desporto, em 2012, com publicação do manual para creches, em conjunto com Adriana Freyberger (arquiteta), intitulado *Brinquedos e brincadeiras nas creches*, tendo como objetivo facilitar aos profissionais das creches a compreensão das Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Infantil de 2009, que têm como eixo a brincadeira e as interações. A brinquedoteca do Labrimp foi palco de investigação de inúmeros trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado, doutorado e pós-doutorado.

BRILLE VIRTUAL

O Braille Virtual – www.braillevirtual.fe.usp.br – é um curso *on-line* aberto, público e gratuito, produzido pela Feusp e destinado à difusão e ao ensino do sistema Braille de leitura e escrita para cegos e pessoas que enxergam, dirigido a pais, crianças, professores e funcionários de escolas inclusivas.

Concebido inicialmente por Nely Garcia, o protótipo foi adquirido pelo Ministério da Educação e destinado à distribuição gratuita nas escolas públicas do país com laboratório de informática e inclusão no *kit* Cruzada-Braille. Devido ao alto custo, a distribuição restringiu-se a cinco Centros de Apoio Pedagógico, três Centros de Reabilitação e 92 escolas. Essa limitação leva a autora a disponibilizar o programa para atender o grande público no formato *on-line*, distribuído livremente a partir de agosto de 2004 pelo Labrimp. Uma equipe de bolsistas, entre eles Giovanni Eldasi, cria o programa *on-line*, contendo jogos como forca e frases de adivinhas populares para ações formativas com uso desse sistema.

Produto inovador, baseado em animações gráficas, oferece o aprendizado do sistema Braille de maneira lúdica e interativa. As pessoas que enxergam não precisam do tato para ler em Braille. Composto por 62 símbolos formados pela combinação de seis pontos em uma célula, o indivíduo que vê pode ler textos substituindo letras comuns pela nova simbologia.

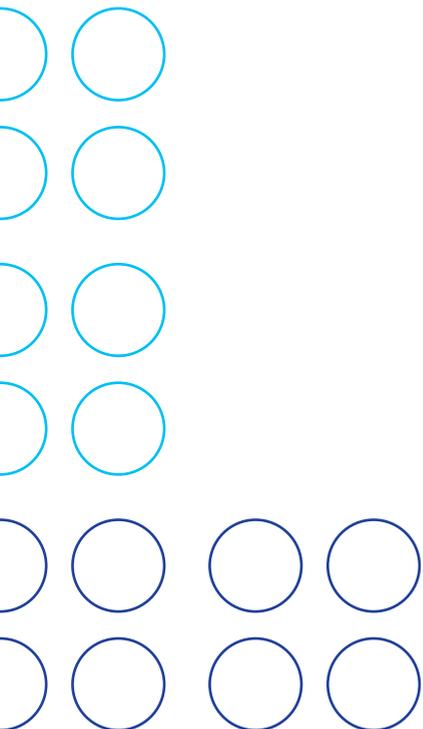
Com a nova logística de distribuição, em 250 dias de uso, o *site* recebeu 24 mil visitas de 47 países e 1,6 mil cidades de todo o mundo, com 20 mil cópias distribuídas e utilizadas por empresas, escolas e 18 instituições brasileiras de apoio a cegos. O *site* aparece como referência no verbete “Braille” em seis enciclopédias *on-line* internacionais, apresenta *links* em 145 *sites* de internet em todo o mundo e mais 30 citações na grande mídia nacional, conforme relatório de 2005, e continua a oferecer esse serviço até os dias atuais.

LUDILIB, FERRAMENTA DIGITAL SOBRE O LÚDICO NA INFÂNCIA

Ferramenta importante destinada a pesquisadores que pensam na criança, o Ludilib é uma biblioteca digital especializada na temática do lúdico na infância, criada em 2009, no Labrimp.



Eduardo Ogata



Ela se integra a outras 3,2 mil bibliotecas digitais abertas ao mundo. Essa ramificação do Ludilib é possível pelo acesso ao projeto Open Archyives Initiative (OAI), um consórcio internacional de bibliotecas acadêmicas que, inicialmente, dispunha de uma rede de 1.121 bibliotecas digitais integradas, logo passando para 1,6 mil e atualmente abrangendo 3,2 mil.

O Ludilib surge com Giovanni Eldasi, encarregado de aspectos tecnológicos, e eu, Tizuko Morchida Kishimoto, responsável pelo suporte científico. Foi a primeira biblioteca digital integrada ao sistema unificado de bibliotecas de acesso livre, em laboratório didático dentro da USP, ofertada gratuitamente por Eldasi por ocasião dos 25 anos do Labrimp. Seu criador, aluno de altas habilidades, fora estudante da Pedagogia e estagiário do Labrimp. Posteriormente, Eldasi cria a Corrupteca, sob a responsabilidade do jornal *O Estado de S. Paulo*, em colaboração com o Núcleo de Pesquisa da USP sobre o tema corrupção.

A grande vantagem da biblioteca digital é eliminar problemas de distância para acesso a informações. No entanto, as bibliotecas digitais isoladas, sem acesso livre, criam problemas de navegabilidade no *website*, em geral complexos, por sua estrutura rígida e acesso controlado. Tais bibliotecas digitais não oferecem conhecimento universal ao pesquisador, que consegue o acesso no máximo a cinco ou seis pesquisas em cada biblioteca digital isolada. A biblioteca digital resolve o problema da distância, mas não o do acesso ao conhecimento universal. O sonho de acesso ao conhecimento universal torna-se realidade com a integração das bibliotecas digitais, baseado no conceito de usabilidade. Esse conceito sustenta a integração das bibliotecas digitais a partir do suporte tecnológico da engenharia, com paradigma que relaciona situações físicas, cognitivas e sociais ao desenho arquitetônico, que respeita necessidades do homem na sociedade e facilita a interação homem e computador, dando ao pesquisador o poder de escolha, dentro de milhares de artigos, em oposição ao sistema não integrado de bibliotecas digitais em que a máquina faz a escolha no lugar do usuário. Esse conceito é importante por envolver sistema eficiente, fácil de aprender e de estocar informação, com baixa taxa de erro, ofertando satisfação ao usuário e livre acesso a grande quantidade de dados.

A construção da biblioteca digital tematizada requer sistema semântico na *web*, que, no caso do Ludilib, exigiu a elaboração de ontologia sobre o lúdico relacionado à infância. Inicialmente se faz uma listagem sobre palavras relacionadas ao lúdico e outras que devem ser eliminadas, em sistema binário. A parte complexa é a construção semântica da *web*, ou seja, dos significados das palavras para captação das informações desejadas. Por exemplo, palavra *play*, em inglês, tem vários significados, entre os quais brincadeiras infantis (*children's play*) e tocar piano (*play piano*). É preciso informar ao sistema que não se desejam artigos sobre tocar piano. Outro exemplo: interessa inserir na relação a expressão jogos infantis (*children's game*), mas são eliminadas outras, como jogos políticos (*political game*), jogos sexuais (*sexual game*) e jogos mecânicos (*mechanical game*). Para ampliar pesquisas, ofertou-se o sistema em cinco línguas: espanhol, francês, inglês, italiano e português.

O Ludilib estoca milhões de dados que crescem a cada segundo, provenientes de universidades, centros de pesquisa ou revistas especializadas. Pode-se dispor de itens sobre teses,



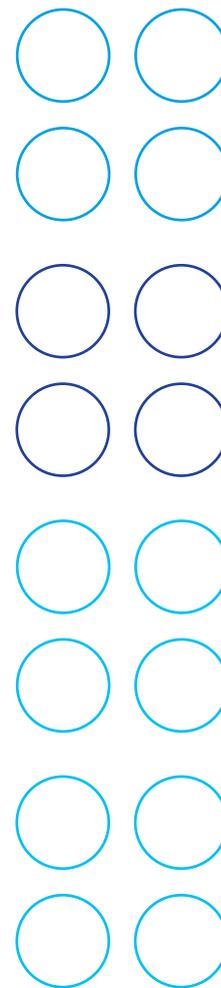
Eduardo Ogata

dissertações, artigos científicos, lições de vídeos, entre outros. O sistema oferece também informações sobre o que o mundo está pesquisando no Ludilib, dando ao usuário visibilidade sobre temas e universidades que oferecem informações, em sistema dinâmico, em tempo real, e rapidez que a tecnologia atual possibilita. Com apenas 1,6 mil bibliotecas digitais integradas, era possível obter, em questão de segundos, 20 milhões de itens sobre o tema brincadeira, ofertados por 5 mil universidades em 64 países, provenientes de 48 jornais especializados e 1.170 videoaulas. O novo sistema duplica o volume de artigos, ampliando a universalização do conhecimento pesquisado. O Ludilib pode ser acessado de três formas: pesquisa no Google por “Ludilib”, www.labrimp.fe.usp.br/ludilib/ e versila.com/ludilib.

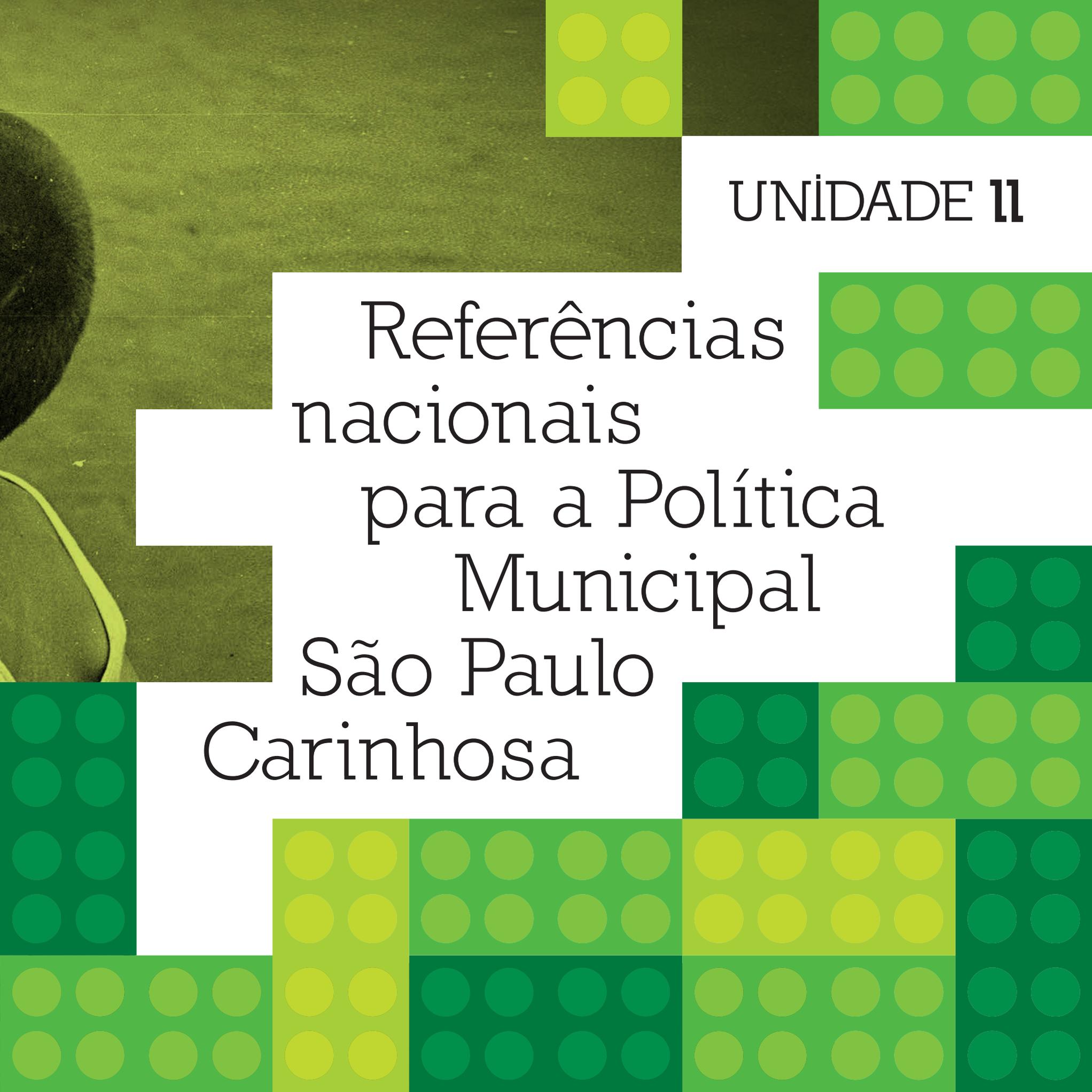
Desde a criação do Labrimp, em 1984, até 2014, fui durante esses 30 anos coordenadora do laboratório, e, com minha aposentadoria, em 2015, o setor fica sob a responsabilidade dos professores Mônica Apezatto Pinazza e Marcos Garcia Neira.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. *Brinquedos e brincadeiras nas creches: manual de orientação pedagógica*/Ministério da Educação. Secretaria de Educação básica. Brasília, DF: MEC/SEB, 2012.
- BRITO, A. C. U.; KISHIMOTO, T. M. *Por que as folhas e frutos caem? De onde vêm as borboletas?* São Paulo: Pontão de Cultura: Ministério da Cultura: Polo Books, 2015.
- KISHIMOTO, T. M. (Org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Cengage Learning, 1998.
- _____. *Cadernos do EDM*. São Paulo: Labrimp: Feusp, 1990.
- _____. *Curadoria da exposição Cenas Infantis*. Apresentação da obra: Um encontro com Sandra Guinle. Memórias de uma infância. Cenas infantis. São Paulo: Biblioteca da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2015. (Versão em português e inglês).
- _____. *Jogos infantis: o jogo, a criança e a educação*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- _____. *Narrativas das professoras em contexto colaborativo*. São Paulo: Pontão de Cultura: Ministério da Cultura: Feusp, 2015.
- _____. *Práticas pedagógicas da professora Alice Meirelles Reis: 1923-1935* São Paulo: Polo Books, 2014.
- _____. The integration of care and education: a case study concerning the problem of noise. *European Early Childhood Education Research Journal*, v. 20, n. 4, p. 493-503, 2012.
- _____.; ONO, A.T. Brinquedo, gênero e educação na brinquedoteca. *Pro-Posições* (Unicamp), v. 19, 3(57), p. 209-224, set./dez. 2008.







UNIDADE 11

Referências
nacionais
para a Política
Municipal
São Paulo
Carinhosa

BRASIL CARINHOSO E A SUPERAÇÃO DA EXTREMA POBREZA NA PRIMEIRA INFÂNCIA*

Tereza Campello

Ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

BRASIL
PROGRAMA
Bolsa Família

* Este texto é uma revisão ampliada da seção sobre Brasil Carinhoso do texto "O eixo de acesso a serviços e a ação Brasil Carinhoso do Plano Brasil Sem Miséria" do livro O Brasil sem miséria (BRASIL, 2014a).

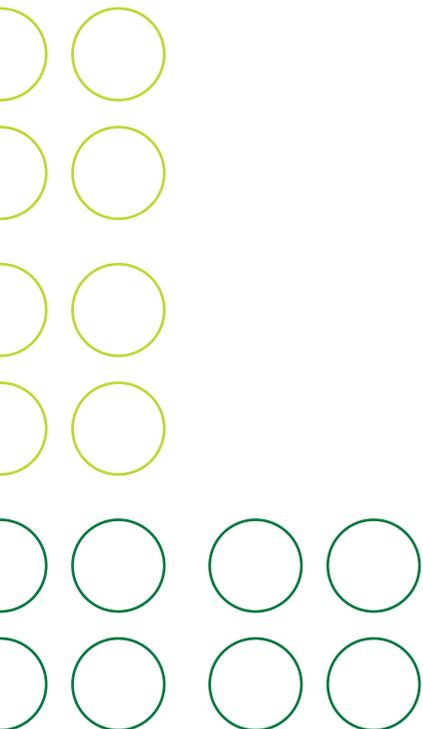
Quando o Brasil sem Miséria foi lançado em 2011, uma das faces mais cruéis da miséria em nosso país era sua forte concentração entre crianças e adolescentes de até 14 anos – um em cada quatro brasileiros extremamente pobres estava nessa faixa etária, o que representava uma incidência quatro vezes maior do que aquela observada entre pessoas com mais de 60 anos, de acordo com o Censo de 2010.

É fundamental destacar que partíamos de uma base sólida e estruturada de combate à pobreza. Na década anterior, todos os indicadores sociais para a primeira infância haviam avançado. Entretanto, as crianças de 0 a 6 anos continuavam, em 2011, sendo o grupo etário mais exposto à pobreza e tendo os menores índices de acesso à educação e com o maior risco de desnutrição.

No grupo dos mais jovens, os mais vulneráveis têm até 6 anos de idade, fase crucial do desenvolvimento físico, intelectual e emocional, que influencia o resto de suas vidas, proporcionando os alicerces para todas as etapas posteriores. Estudos recentes têm ressaltado a importância de investimentos em políticas públicas que visem ao cuidado integral da criança nos primeiros anos de vida (SHONKOFF, 2010a, p. 357-367; 2010b, p. 1-5). É durante esse período que são formadas as conexões neurais, processo que sofre significativo impacto das condições do ambiente e das experiências pessoais. Eventuais experiências negativas durante essa fase podem ter consequências irreversíveis, para toda a vida, tanto no que diz respeito ao bem-estar físico quanto ao bem-estar mental (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2007). Desta forma, é de vital importância garantir não apenas que a criança tenha os cuidados nutricionais necessários, mas que também cresça em um ambiente tranquilo, saudável e seguro.

Dada a necessidade de criação de políticas para a redução da extrema pobreza na primeira infância, foi lançada, em maio de 2012, a mais importante inovação do Plano Brasil sem Miséria: a ação Brasil Carinhoso, concebida em uma perspectiva de atenção integral que envolve aspectos do desenvolvimento infantil ligados à renda, educação e saúde. Por seu caráter intersetorial, o Brasil Carinhoso envolveu, além do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC), com papel de destaque aos municípios e aos Estados na sua implementação.

Este capítulo abordará os principais aspectos da política social com impactos sobre a primeira infância, com enfoque na ação Brasil Carinhoso e seus resultados. Este trabalho é composto de seis seções, além deste texto introdutório. Na segunda seção, serão apresentadas as questões relativas à superação da extrema pobreza entre crianças na primeira infância, do ponto de vista da renda. Na terceira seção, abordam-se os aspectos relacionados à saúde na ação Brasil Carinhoso. A quarta trata de um aspecto fundamental para o pleno desenvolvimento infantil: a desigualdade no acesso a creches pelas crianças mais pobres. A quinta é dedicada a comentar as iniciativas municipais de primeira infância que se inter-relacionam e reforçam as



ações do Brasil Carinhoso. Nesse contexto, destaca-se a experiência “São Paulo Carinhosa” pelo ineditismo e pela ousadia de suas ações. Na sexta seção, discute-se a pobreza além da renda, apontando a melhora nos índices de pobreza das crianças também do ponto de vista multidimensional. Na sétima, apresentam-se as considerações finais.

SUPERAÇÃO DA POBREZA ENTRE AS CRIANÇAS

O Bolsa Família, criado em 2003, foi o primeiro programa voltado ao combate à pobreza no Brasil. Como mostra o Gráfico 1, ao focar as famílias mais pobres, o Bolsa Família beneficiou fundamentalmente as famílias mais jovens com filhos, pois era nesse público que a pobreza se concentrava. De 2004 a 2009, a miséria entre as crianças de 0 a 5 anos de idade caiu de 13,9% para 7,8%. Esse foi um indicador tão representativo que o caminho para enfrentar a pobreza entre as crianças seria ampliar nossa ação com foco nas famílias pobres. Só há um caminho para se tirar a criança da miséria: tirar toda a sua família da miséria.

A opção foi modificar a lógica de cálculo de benefícios do Programa Bolsa Família. Após anos trabalhando com benefícios de valores fixos, a ação Brasil Carinhoso passou a operar com um benefício que varia de acordo com a intensidade da pobreza de cada família. Ele fecha o hiato de extrema pobreza, que é a diferença entre a renda mensal por pessoa da família e a linha de extrema pobreza (de R\$ 77,00 *per capita* mensais). Cada família passou a receber a quantia necessária para cobrir essa diferença, de modo a permitir que todos os seus membros superem o patamar da extrema pobreza.

O novo benefício começou a ser pago às famílias com crianças de até 6 anos em maio de 2012, quando a ação Brasil Carinhoso foi lançada. Deu tão certo que, posteriormente, em novembro de 2012, ele foi estendido às famílias com crianças de até 15 anos. Com isso, reduziu-se o abismo que separava as crianças e os adolescentes das demais faixas etárias em termos de incidência de extrema pobreza.

No Gráfico 1, é possível observar que, em 2004, a taxa de extrema pobreza entre crianças de 0 a 5 anos era de 13,9% da população nessa faixa etária. É um valor 23 vezes maior que a taxa de extrema pobreza para pessoas com 65 anos ou mais. Há uma abrupta redução de seis pontos percentuais em cinco anos. A tendência de queda se preserva pelos dois anos seguintes e, apesar de encontrar-se em um patamar bem mais reduzido, acelera-se nos três anos seguintes e chega a 5% em 2014. Quando se comparam essas mudanças com a redução nas demais faixas etárias, observa-se que foi a redução mais aguda no período.¹

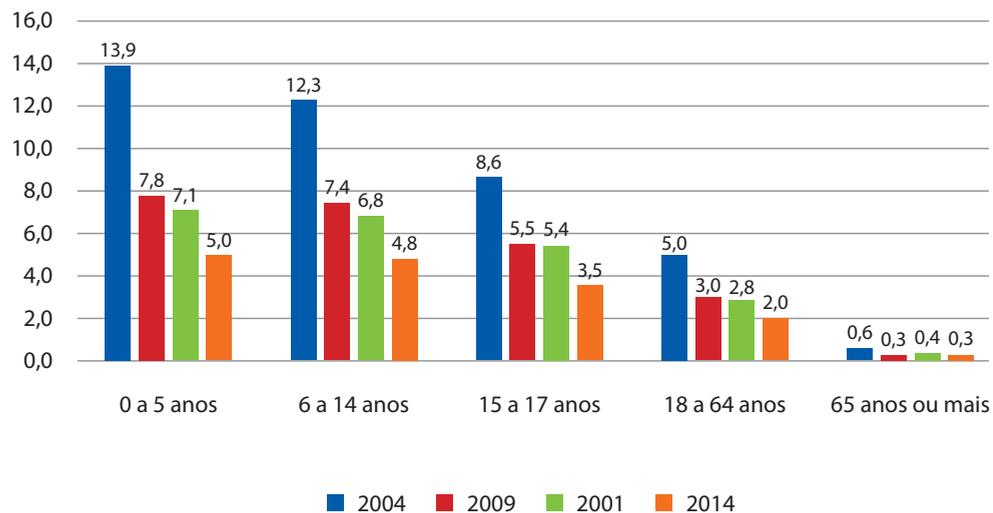


Sérgio Amaral

¹ Considera-se, nesse gráfico, a extrema pobreza como a condição da pessoa que tem renda inferior a R\$ 77,00/mês *per capita*, com valores corrigidos pela inflação em todo o período.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Elaboração: Departamento de Monitoramento da Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (DM/Sagi/MDS).

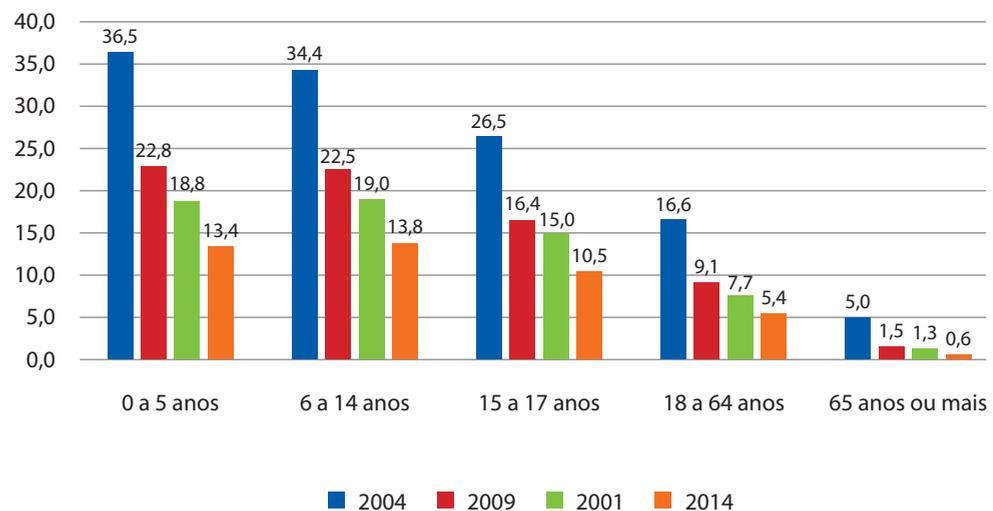
■ **Gráfico 1** - Taxa de extrema pobreza por faixas etárias



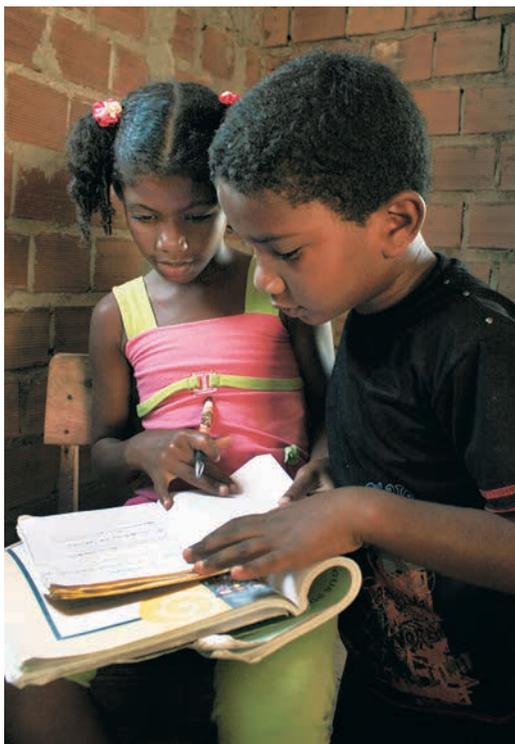
No Gráfico 2, observa-se a mesma dinâmica do Gráfico 1, com uma redução acentuada na taxa de pobreza entre as crianças de 0 a 5 anos. No entanto, pode-se verificar que mais de um terço das crianças brasileiras encontrava-se em situação de pobreza, do ponto de vista da renda. Há uma redução de 23 pontos percentuais em dez anos, uma conquista significativa considerando, como já foi exposto anteriormente, os efeitos que a pobreza têm sobre o restante da vida do indivíduo.²

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Elaboração: Departamento de Monitoramento da Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (DM/Sagi/MDS).

■ **Gráfico 2** – Taxa de pobreza por faixas etárias



² Considera-se, nesse gráfico, a pobreza como a condição da pessoa que tem renda inferior a R\$ 154,00/mês *per capita*, com valores corrigidos pela inflação em todo o período.



Ana Nascimento

Outras iniciativas do eixo de garantia de renda do Brasil sem Miséria também beneficiaram a primeira infância, além do Brasil Carinhoso, tais como: o reajuste do Bolsa Família em 2011 concentrado nos benefícios relacionados a crianças e adolescentes de até 15 anos (aumento de 45%); o aumento de três para cinco na quantidade de benefícios por família relacionados a crianças e adolescentes; e o início do pagamento de benefício destinado a famílias com gestantes e famílias com bebês de até 6 meses. É importante destacar que o pagamento do benefício a gestantes contribuiu para o aumento de 60% na identificação da gestação até a 12ª semana de gestação (BRASIL, 2014a).

A SAÚDE NA AÇÃO BRASIL CARINHOSO

A saúde das crianças brasileiras tem melhorado constantemente. Parte dos avanços pode ser atribuída à associação de programas sociais de saúde e transferência de renda. Um estudo publicado pelo periódico da área médica *The Lancet* (RASELLA et al., 2013) mostrou que os efeitos das transferências do Programa Bolsa Família, associados ao acompanhamento da condicionalidade de saúde do programa e ao trabalho feito pelo Programa Saúde da Família, reduziram a mortalidade infantil em 19,3% entre os anos de 2004 e 2009. Quando se analisaram em separado as causas, constatou-se que a queda de mortalidade por doenças relacionadas à pobreza foi ainda maior: 46,3% de redução da mortalidade por doenças diarreicas e 58,2% de queda na mortalidade por desnutrição (VIEIRA; MAFRA; BACHTOLD, 2014 apud BRASIL, 2014a).

Podem-se acrescentar aos avanços obtidos pela área de saúde o total de 99,1% das crianças do Bolsa Família com as vacinas em dia e a redução em 14% de partos prematuros entre gestantes desse programa. Outro ponto de destaque é a redução da população em subalimentação de 14%, em 2001, para 1,7%, em 2014, segundo estimativas feitas pela Organização para Alimentos e Agricultura (FAO) da Organização das Nações Unidas (ONU). Tem-se, com isso, a primeira geração que nasceu livre da fome no país.

Na área da saúde, o Brasil Carinhoso reforça essa trajetória de sucesso com ações que visam a prevenir e tratar alguns dos problemas que mais prejudicam o desenvolvimento na primeira infância.

O Ministério da Saúde expandiu a distribuição de doses de vitamina A para crianças entre 6 meses e 5 anos nas unidades básicas de saúde (UBS) e em campanhas de vacinação. A medida previne a deficiência dessa vitamina, que acomete 20% das crianças menores de 5 anos e, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna) e aumenta o risco de morbidades, mortalidade e anemia. De 2012 até o momento, mais de 10 milhões de crianças foram suplementadas com megadoses de vitamina A.

Destaca-se ainda a distribuição gratuita, nas unidades do “Aqui Tem Farmácia Popular”, de medicamentos para asma – a segunda maior causa de internação e óbito de crianças –, o que completa o pacote do Brasil Carinhoso na área da saúde. Desde o início da gratuidade, em junho de 2012, até 2015, a distribuição gratuita desses medicamentos beneficiou 3,2 milhões de pessoas (MENSAGEM AO CONGRESSO NACIONAL, 2016).

As ações em saúde do Brasil Carinhoso foram desenhadas de forma que fornecesse às crianças condições de explorar todo seu potencial, garantindo que os primeiros anos de vida sejam plenos de oportunidades iguais para atingir o desenvolvimento integral.

A EDUCAÇÃO NA AÇÃO BRASIL CARINHOSO

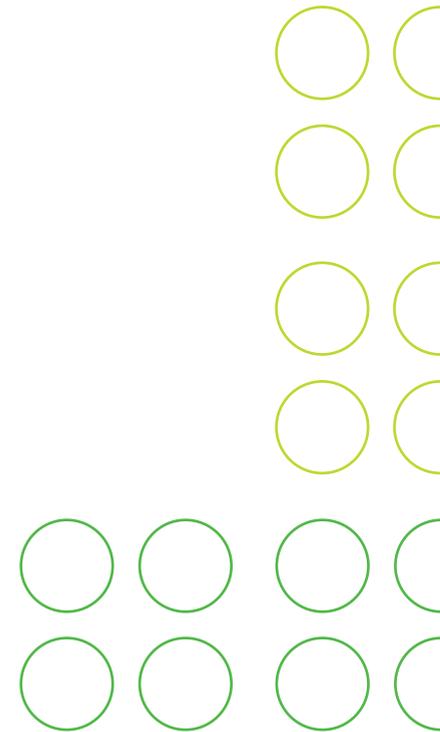
Em 2012, quando se iniciou o Brasil Carinhoso, o Brasil havia praticamente atingido a universalização do atendimento das crianças a partir dos 6 anos. Entretanto, na Educação Infantil permanecia um importante *deficit*, especialmente para as crianças de até 48 meses. Com a ação Brasil Carinhoso, o MEC e o MDS dedicaram-se à ampliação do acesso à creche, por meio do estímulo financeiro às prefeituras e ao Distrito Federal para a abertura de vagas, especialmente para a população mais pobre.

O aumento da cobertura de creches para a população de 0 a 3 anos já havia se iniciado desde o início dos anos 2000. A partir da criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) em 2006, há um incremento constante nas matrículas na Educação Infantil. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), a cobertura passou de 9%, no início do Plano Nacional de Educação 2001-2010, para 23,3%, em 2013. No entanto, quando se analisam os dados com cuidado, observa-se que os números globais embutem uma grande iniquidade no acesso a creches por faixa de renda.

Em 2012, ano de lançamento da ação Brasil Carinhoso (Pnad/IBGE), 41,4% dos filhos dos 20% mais ricos da população tinham acesso à creche. Contudo, apenas 12% dos filhos dos 20% mais pobres da população conseguiam vagas na Educação Infantil para suas crianças de até 3 anos.

A partir desse diagnóstico, lançou-se uma medida para incentivar o aumento da quantidade de vagas para as crianças de 0 a 48 meses nas creches públicas ou conveniadas com o poder público, especialmente para a inclusão das crianças de famílias beneficiárias do Bolsa Família.

O incentivo se dava a partir do pagamento de um valor suplementar para cada vaga ocupada por crianças do Bolsa Família nas creches e correspondia a um valor equivalente a 50% dos recursos transferidos pelo governo federal via Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da



Sérgio Amaral



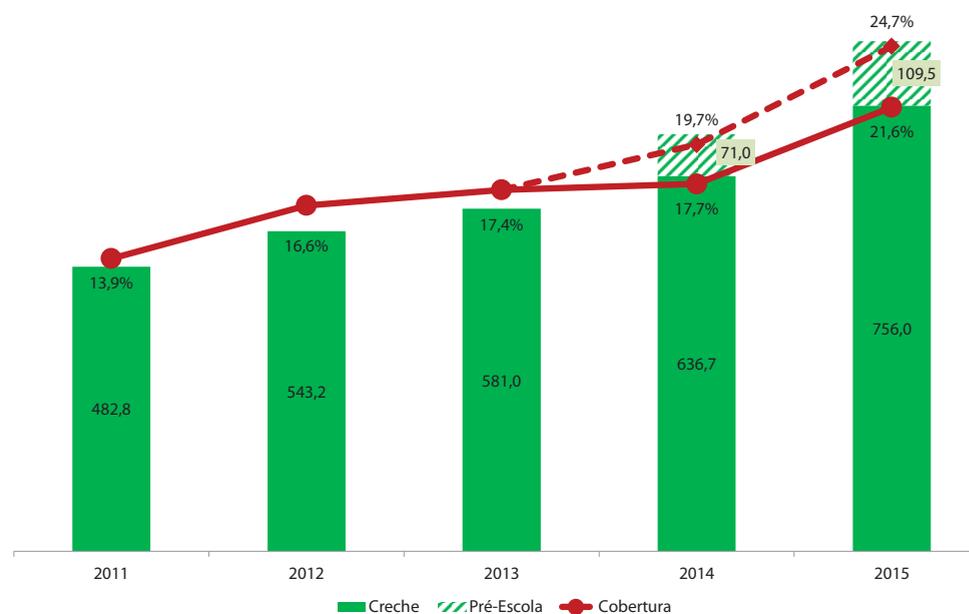
Sérgio Amaral

Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) por aluno às prefeituras. Esse adicional poderia ser utilizado para custear alimentação e cuidados pessoais das crianças, incluindo itens que não podem ser adquiridos com recursos oriundos da educação, como fraldas e pomadas para assaduras, ampliando as possibilidades de cuidado integral das crianças em creches.

Os resultados do Censo Escolar de 2015 apresentam dados muito positivos: 833,7 mil crianças de 0 a 48 meses de famílias beneficiárias do Bolsa Família estão matriculadas na Educação Infantil, o que representa 23,8% do total de crianças beneficiárias do programa nessa faixa etária, conforme pode ser observado no Gráfico 3.

■ Gráfico 3 – Evolução de matrículas de crianças do Bolsa Família de 0 a 48 meses em creches

Fonte: Censo Escolar, Cadastro Único para Programa Sociais do Governo Federal e folha de pagamento do Programa Bolsa Família. Elaboração: MID5.



A medida adotada no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria obedeceu às características das demais ações do plano: ações adotadas em larga escala e com resultados robustos em um curto espaço de tempo. A medida reforça a necessidade de combate na desigualdade no acesso a serviços essenciais.

O BRASIL CARINHOSO E AS EXPERIÊNCIAS LOCAIS

A ação Brasil Carinhoso contribuiu para fortalecer iniciativas locais para a melhoria do desenvolvimento na primeira infância. De Norte a Sul do país, observa-se uma multiplicação de programas articulando ações de educação e saúde para promoção do desenvolvimento infantil.

O município de São Paulo é uma das experiências exitosas que o MDS tem acompanhado. O município logrou êxito em duas ações prioritárias do Brasil Sem Miséria: a Busca Ativa e a ampliação do acesso de crianças do Bolsa Família à Educação Infantil.

De junho de 2011 a setembro de 2015, 145,2 mil famílias em extrema pobreza foram encontradas e inseridas no Programa Bolsa Família. O número de crianças de 0 a 48 meses do Bolsa Família aumentou em 66,9 mil, das quais 38,6 mil foram matriculadas em creches.

Esses dados mostram que o município de São Paulo, ao mesmo tempo, ampliou consideravelmente o número de crianças do Bolsa Família e a cobertura de crianças do programa matriculadas (de 38% a 48%). As crianças dessas famílias têm melhores condições de se desenvolver: passaram a contar com uma complementação da renda em casa, com o Bolsa Família, e a ter acesso à creche.

Para atingir tais resultados expressivos, a São Paulo Carinhosa lançou mão de um normativo no qual se estabeleceu uma cota social para vagas em creches, priorizando crianças em situação de vulnerabilidade social.

Da mesma maneira que as políticas federais induzem ações locais, as experiências locais podem inspirar inovações no nível federal. Como exemplo, temos observado atentamente a parceria dos municípios de São Paulo e Fortaleza com o Ministério da Saúde no fortalecimento das equipes de saúde da família para promoção do desenvolvimento infantil por meio de visitas domiciliares e atividades nas UBS. A depender do resultado, pode-se configurar como uma estratégia complementar às ações já existentes que têm a família como público-alvo.

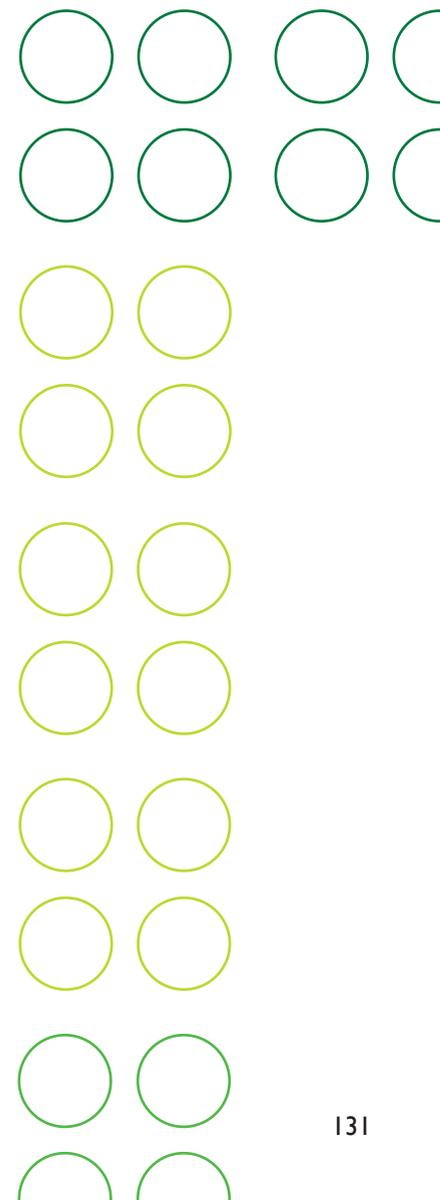
POBREZA MULTIDIMENSIONAL

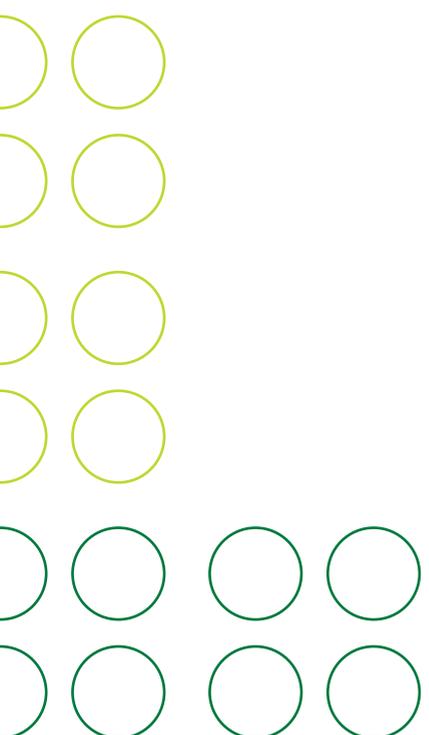
A gestão de iniciativas intersetoriais e interfederativas da ação Brasil Carinhoso permitiu que as famílias de crianças e adolescentes superassem a miséria do ponto de vista da renda e tivessem acesso ampliado à creche e a ações de saúde que potencializam o desenvolvimento na primeira infância.

Esses avanços podem ser observados quando analisamos a pobreza multidimensional. A queda significativa, com maior intensidade entre as famílias com crianças, pode ser atribuída ao conjunto de políticas sociais que alcançaram essa parcela da população. Para o cálculo da pobreza multidimensional, foi utilizada metodologia estabelecida pelo Banco Mundial, que classifica como pobreza crônica as famílias que tenham renda *per capita* inferior a R\$ 154,00 e no mínimo três privações dentre sete variáveis exibidas no Quadro 1.



Sérgio Amaral





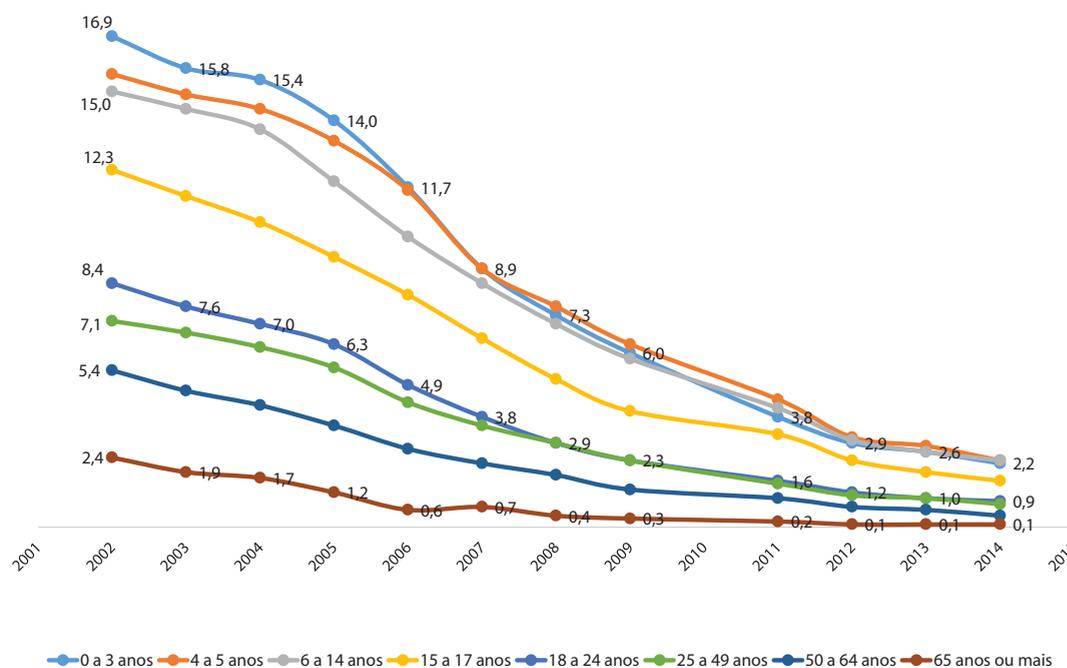
■ **Quadro 1** – Privações no modelo de pobreza multidimensional

Dimensão	Indicador
Educação	Há pelo menos uma pessoa de 7 a 17 anos de idade que não frequenta a escola.
	Nenhuma das pessoas do domicílio tem, no mínimo, oito anos de escolaridade
Acesso à água	O domicílio não tem acesso à rede de abastecimento ou a poço.
Saneamento	O domicílio não tem acesso à rede de saneamento ou fossa séptica.
Eletricidade	O domicílio não tem acesso à energia elétrica.
Moradia	O domicílio não é construído com material durável.
Bens	Não há posse de, ao menos, dois dos seguintes itens: geladeira, fogão e telefone.

Fonte: Lopez-Calva, Lachs e Fruttero, 2015.

A partir desses critérios, observamos uma queda na pobreza crônica multidimensional por faixa etária. Na população entre 18 e 24 anos, o índice sai de 8,4%, em 2002, para 0,9%, em 2014, uma queda de 7,5 pontos percentuais. Quando se observa o mesmo índice para crianças de 0 a 3 anos, a queda é ainda maior. Em 2002, 16,9% das crianças com até 3 anos de idade eram consideradas dentro do conceito de pobreza multidimensional crônica. Doze anos depois, o índice era de 2,2% das crianças dentro da faixa etária, uma queda de 14,7 pontos percentuais. Em comparação, entre as faixas etárias de 0-3 e 65 anos ou mais, nota-se que a diferença em 2002 era de 14,5 pontos percentuais. Em 2014, a diferença reduziu-se a apenas 2,1 pontos percentuais.

■ **Gráfico 4** – Pobreza multidimensional por faixa etária



Fonte: Pnad/IBGE. Elaboração: Sagi/IMDS.



Sérgio Amaral





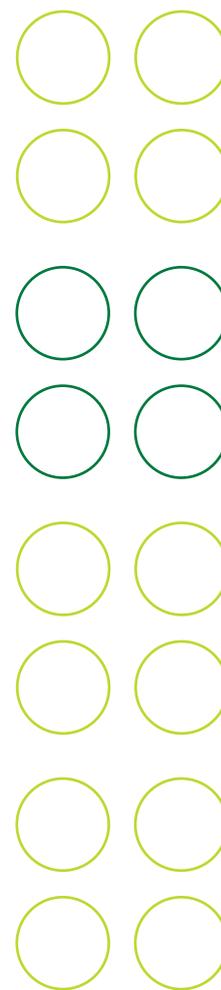
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços descritos neste capítulo são fruto do aperfeiçoamento de programas já existentes, com melhorias na efetividade e na eficácia de ações em curso, e da criação de novos programas, a partir da identificação de gargalos e de públicos não atendidos.

A construção do Brasil Carinhoso resultou também da incorporação do sentido de urgência no tratamento de políticas públicas para a primeira infância. O desejo é viabilizar o pleno desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo, e isso só é possível com investimentos reais em políticas públicas voltadas para essa faixa etária.

Muitos avanços foram incorporados ao que ficou conhecido como Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Trata-se de um conjunto de ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil até os 6 anos de idade, incluindo União, Estados, municípios e sociedade civil. O Marco Legal contém a previsão de políticas, planos, programas e serviços que visam a garantir o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos. A necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais consolida a forma de trabalho exitosa da ação Brasil Carinhoso.

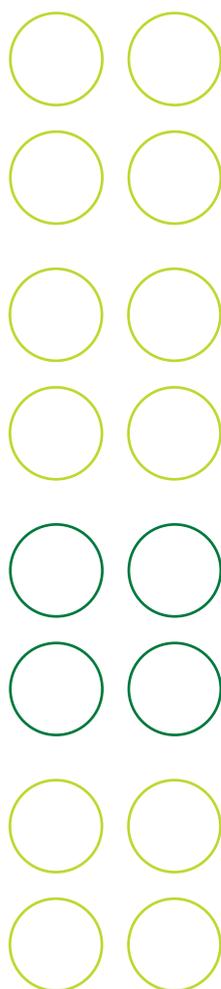
Uma das faces mais nocivas e injustas da miséria era afetar de maneira desigual as famílias com crianças de até 6 anos. Com vistas a dar especial atenção ao desenvolvimento nos primeiros anos de vida e proporcionar às crianças brasileiras condições adequadas de alimentação, aprendizagem e crescimento, a ação Brasil Carinhoso foi concebida em uma perspectiva integrada e multidimensional. O Brasil Carinhoso é uma agenda de direitos para as crianças.



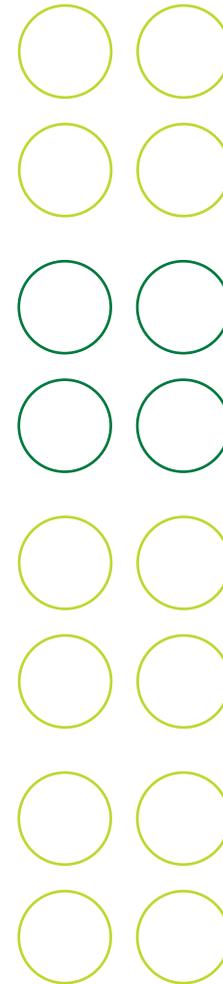
Com o Brasil Carinhoso, melhoramos a saúde infantil, a educação das crianças e dos adolescentes, e a renda dos cidadãos mais pobres do país em todas as faixas etárias, reduzindo desigualdades. O abismo que separava as crianças dos idosos, em termos de renda, já não existe. É um passo determinante rumo a um país mais justo, que precisa e cuida de todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Plano Brasil sem Miséria no seu município*. Ed. rev. Brasília: MDS, 2013.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *O Brasil sem miséria*. Brasília: MDS, 2014a.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Caderno de Resultados 3 anos – Plano Brasil sem Miséria*. Brasília: MDS, 2014b.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Prestação de contas ordinária anual*. Relatório de gestão do exercício de 2013. Brasília: MDS, Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza, 2014c.
- _____. Ministério da Saúde. Tuberculose, população indígena e determinantes sociais. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 45, n. 18, 2014d.
- CAMPELLO, T.; NERI, M. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Ipea, 2013.
- ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Plano Brasil sem Miséria. In: PEREIRA, F. S. (Org.). *Ações premiadas no 18º concurso Inovação na Gestão Pública Federal – 2013*. Brasília: Enap, 2014.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014.
- JACCOUD, L. Igualdade e equidade na agenda da proteção social. In: FONSECA, A.; FAGNANI, E. (Org.). *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania – educação, seguridade social, pobreza, infraestrutura urbana e transição demográfica*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. v. 2.
- LOPEZ-CALVA, L.; LACHS, S.; FRUTTERO, A. Medindo pobreza crônica no Brasil. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*. Brasília: MDS. No prelo.
- MENSAGEM ao Congresso Nacional, 2016 (recurso eletrônico): 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura. 2016. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/mensagem-ao-congresso/mensagem-ao-congresso-nacional-2016>>. Acesso em: 10 abr. 2016.



- NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. *O período e a qualidade das experiências da primeira infância se combinam para moldar a arquitetura do cérebro*. Documento de trabalho nº 5. Harvard: National Scientific Council on the Developing Child, 2007. Disponível em: <<http://www.developingchild.net>>. Acesso em: 5 nov. 2014.
- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, May 15th 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1)>. Acesso em: 17 out. 2014.
- SHONKOFF, J. P. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, v. 81, n. 1, 2010a.
- _____. O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. In: *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010b.
- SIMÕES, A. A. *The contribution of Bolsa Família to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil*. 2012. Thesis (Doctoral)—University of Sussex, Brighton, UK, 2012.
- _____. O tempo no Bolsa Família e os resultados na educação. *Valor Econômico*, São Paulo, 15 maio 2013.
- SOUSA, M. F.; XIMENES, D. A.; JAIME, P. C. (Org.). Resultados, avanços e desafios das condicionalidades de saúde do Bolsa Família. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Caderno de Estudos: desenvolvimento social em debate*. Brasília: MDS, 2014. n. 17.
- XIMENES, D. (Org.). Resultados, avanços e desafios das condicionalidades de educação do Programa Bolsa Família. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Caderno de Estudos: desenvolvimento social em debate*. Brasília: MDS, 2014, n. 18.





A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Médico pediatra e de Saúde Pública, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente e ex-coordenador-geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde

Maria de Lourdes Magalhães

Pedagoga, arte-educadora, mestre em Saúde Pública e assessora técnica da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde

 Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, a proteção integral da criança, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, ratificou os mais importantes pactos, tratados e convenções internacionais sobre os direitos humanos da criança (MAGALHÃES, 2011; BRASIL, 2016, no prelo).

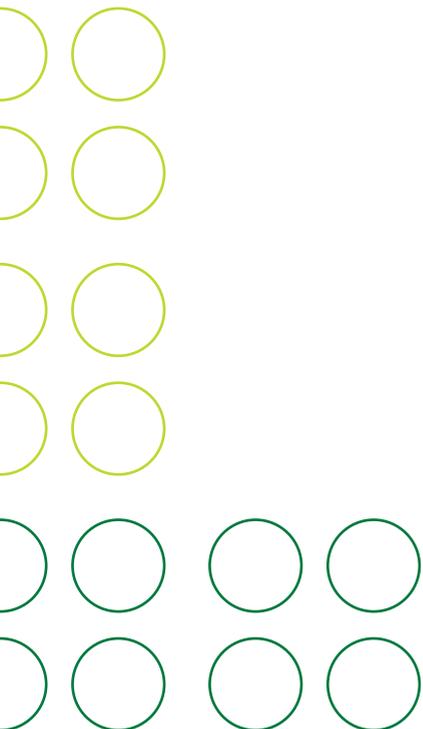
Desde então, vem apresentando uma melhora significativa nos indicadores de Saúde da Criança. Em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015), por exemplo, segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio (ODM) de 2013, o Brasil alcançou, já em 2012, a meta internacional de diminuição da mortalidade na infância (menores de 5 anos). O índice, estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), previa a redução em 2/3 da mortalidade desse público entre 1990 e 2015. No Brasil, a taxa passou de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 17,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, uma redução de 67,7%. O país também atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de 1 ano de idade (mortalidade infantil), passando de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 14,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, queda de 68,3% (BRASIL, 2014).

Além disso, houve uma quase extinção de internações por desnutrição (agravo praticamente residual no país), por doenças imunopreveníveis (sarampo, difteria, tétano neonatal, poliomielite, varíola, rubéola, meningites) e, em menor escala, por diarreia/pneumonia.

As evidências têm demonstrado que as principais estratégias que contribuíram para essa redução da mortalidade foram a ampliação do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno, do nível de escolaridade da mãe, da cobertura da atenção básica à saúde/saúde da família, e, na última década, o Programa Bolsa Família, instituído em 2003, levando à diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior utilização da atenção básica à saúde pelas famílias, entre outras (RASELLA et al., 2013; BRASIL, 2016, no prelo).

Apesar desses avanços e de recentes investimentos nas políticas públicas federais voltadas à saúde da criança, como a Rede Cegonha e o Programa intersetorial Brasil Carinhoso, resta evidente a necessidade de maior qualificação das estratégias voltadas à Saúde da Criança, com o objetivo, por exemplo, de enfrentar as iniquidades nas condições de saúde e universalizar esses avanços para grupos de maior vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, crianças com deficiências, entre outros exemplos, bem como garantir não apenas a sobrevivência, mas também o desenvolvimento integral de todas as crianças, condição singular para o exercício da cidadania e a garantia da soberania nacional.

Por outro lado, o Brasil vem enfrentando novos desafios. A tendência de aumento das taxas de cesariana e da prematuridade, ao mesmo tempo que crescem a prevalência da obesidade na infância e os óbitos evitáveis por causas externas (acidentes e violências), aponta a complexidade sociocultural e de fenômenos da sociedade contemporânea que afetam a vida das crianças.



Diante de desafios tão complexos e plurais, mostrou-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), vindo ao encontro do pleito de entidades da sociedade civil, militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente, como a Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI), a Pastoral da Criança, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), além de organismos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

PROCESSO DE ELABORAÇÃO E PACTUAÇÃO DA PNAISC COM AS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS DO SUS

Após discussão e aprovação no Conanda e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de longo processo de diálogo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), seguida de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Portaria GM-MS nº 1.130, foi publicada em 5 de agosto de 2015, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). O objetivo dessa política “é promover a saúde da criança e o aleitamento materno, a partir da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância (menores de 6 anos) e àquelas populações de maior vulnerabilidade” (SANDBERG, 2015).

A elaboração da política foi fruto de um amplo processo de construção coletiva, com início no ano de 2012, liderado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), do Ministério da Saúde, com apoio conceitual e metodológico da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Participaram do processo de formulação especialistas em Saúde da Criança, representantes das Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais, o Conass, o Conasems, o Conanda e o CNS. Além da participação da Pastoral da Criança e da Rede Nacional pela Primeira Infância (RNPI), entre outras instituições da sociedade civil.

Também foram essenciais nesse processo os consultores de Saúde da Criança do Ministério da Saúde para os Estados e seus supervisores, consultores nacionais. Tais atores foram criados a partir da parceria CGSCAM-EBBS, para desempenharem papel de apoio institucional aos gestores e aos profissionais de saúde envolvidos com o tema da saúde da criança nos Estados, capilarizando as ações e os programas propostos pelo Ministério da Saúde e fazendo *feedback* dos territórios para o nível federal. Estes acabaram tendo papel importante na articulação interfederativa necessária à formulação da PNAISC, bem como a sua aprovação política.



Eduardo Ogata

DEFINIÇÃO DO PÚBLICO DA PNAISC

A definição de público da política foi um dos pontos controversos em sua formulação, tendo exigido muita discussão com os conselhos e com entidades da sociedade civil, para se chegar a um consenso, visto que, no Brasil, as políticas públicas de saúde adotam faixas etárias diferentes daquelas definidas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC).

“O ECA considera a criança a pessoa até doze anos incompletos, o adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos e a CDC considera a criança todo ser humano com menos de dezoito anos de idade” (BRASIL, 2010; MAGALHÃES, 2011; BRASIL, 2016a).

O Ministério da Saúde (MS) segue todas as recomendações das normativas internacionais e nacionais no campo dos direitos da criança e do adolescente, entretanto, no que se refere à definição de faixa etária, sendo um organismo do setor da saúde, “adota a faixa etária da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual a criança é a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade, e o adolescente a pessoa, entre 10 e 19 anos” (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016a).

A política, portanto, considera como criança a pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos (menores de 10 anos) e a primeira infância, de 0 a 5 anos (menores de 6 anos). Para atendimento em serviços de pediatria no Sistema Único de Saúde (SUS), a diretriz é que sejam contempladas crianças e adolescentes até 15 anos (menores de 16 anos), conforme a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015). O objetivo é manter por mais tempo o acompanhamento do adolescente pelos serviços de pediatria, como preconiza a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), principalmente aquele que sofre de problemas de saúde crônicos, para garantir a continuidade do cuidado pelos mesmos profissionais com os quais mantém vínculo desde a infância.

PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS DA POLÍTICA

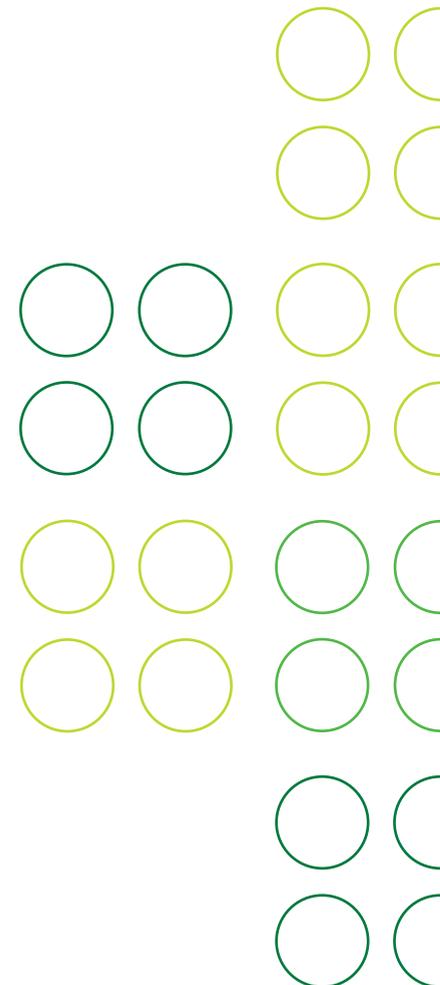
A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) observa e fortalece os princípios e as diretrizes da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), explicitando as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação.

Princípios da PNAISC:

- Direito à vida e à saúde;
- Prioridade absoluta da criança;



Eduardo Ogata



- Acesso universal à saúde;
- Integralidade do cuidado;
- Equidade em saúde;
- Ambiente facilitador à vida;
- Humanização da atenção;
- Gestão participativa e controle social (BRASIL, 2015).

As seguintes diretrizes da PNAISC devem ser observadas pelos gestores e profissionais de saúde das esferas federal, estadual e municipal de saúde no processo de elaboração dos planos, programas, projetos e ações, voltados para a saúde da criança:

- Gestão interfederativa das ações de saúde da criança;
- Organização das ações e serviços na rede de atenção;
- Promoção da saúde;
- Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família;
- Qualificação da força de trabalho do SUS;
- Planejamento e desenvolvimento de ações;
- Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento;
- Monitoramento e avaliação;
- Intersetorialidade (BRASIL, 2015).

Objetivos da PNAISC:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem como objetivo promover o desenvolvimento integral da criança, em parceria com os órgãos federais, estaduais, municipais, a iniciativa privada, a sociedade e a família, contribuindo para a garantia dos direitos humanos e da qualidade de vida e para o exercício da cidadania. Tem como propósito promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidado integral e integrado, da gestação até os nove anos de vida, com especial atenção na primeira infância e

às áreas e populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da morbimortalidade e contribuir para um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

ESTRUTURAÇÃO DOS EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA

A PNAISC está estruturada em sete eixos estratégicos (apresentados a seguir), relacionados com o compromisso do Brasil com os ODM e a articulação interfederativa, com ênfase para a saúde materna, neonatal e infantil e atenção básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Tem por finalidade orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido

Esse eixo, um dos mais tradicionais na saúde pública brasileira, que, além de investir em tecnologias para sobrevivência da criança, suas ações e estratégias buscam a

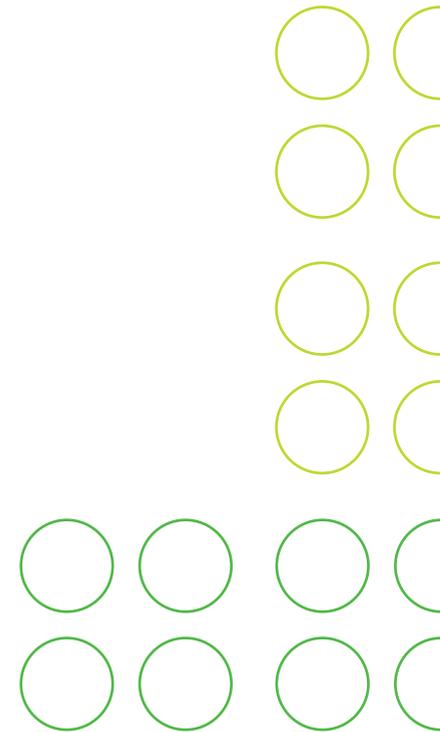
[...] melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015).

São estratégias desse eixo:

A prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal, e das parteiras tradicionais; a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru” a qualificação da atenção neonatal na Rede de saúde materna, neonatal e infantil (Rede Cegonha), com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado



Acervo Casa Angéla





Eduardo Ogata

progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral” que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebe pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a atenção especializada e a Atenção Básica; e as triagens neonatais universais (BRASIL, 2015).

Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

Esse eixo reúne várias estratégias de vanguarda da saúde pública brasileira. O Brasil é reconhecido mundialmente por suas práticas no aleitamento materno. Suas iniciativas são ancoradas:

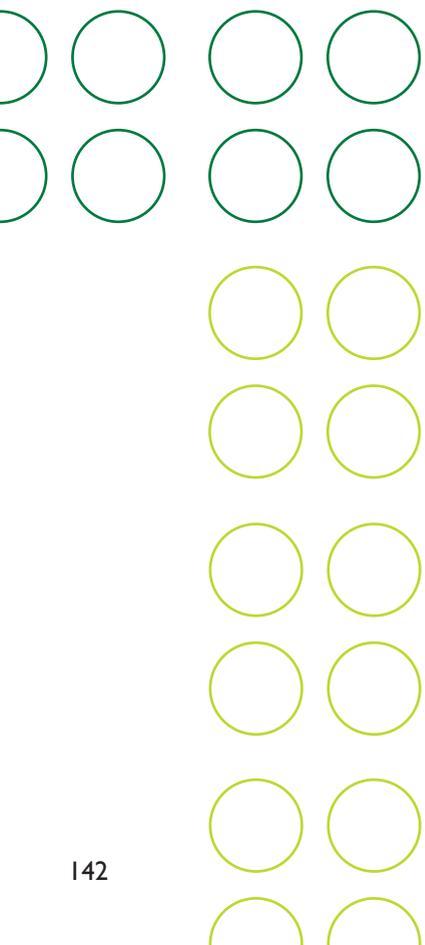
Na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2015).

São estratégias e iniciativas desse eixo:

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); a mobilização social em aleitamento materno (BRASIL, 2015).

Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral

Consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira



Infância (DPI)", pela Atenção Básica à Saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015).

Esse eixo deve ser considerado como uma das inovações da PNAISC, visto que consagra estratégias já em curso na Atenção Básica e as amplia com ações baseadas em evidências científicas sobre o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida e o fortalecimento do vínculo da família com ela. A definição por uma atenção especial à primeira infância (crianças menores de 6 anos de idade) deve-se a evidências científicas oriundas de inúmeras áreas do conhecimento, como a psicologia, a economia e as neurociências, entre outras contribuições, em interação com o saber e as práticas de saúde, mostrando que as crianças precisam de um ambiente favorável a seu crescimento e amadurecimento que permita, junto ao seu potencial genético, o desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas. Os primeiros anos de vida são aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo, especialmente por sua plasticidade cerebral (BRASIL, 2016, no prelo).

São estratégias e iniciativas do DPI:

A disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo; a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2015).

Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas

Consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível (BRASIL, 2015).

São estratégias e iniciativas desse eixo: "a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e o fomento da atenção e internação domiciliar" (BRASIL, 2015).

Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz

Em relação a esse eixo, cabe destacar que se trata de uma temática reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na década de 1990, como um problema de saúde pública. Desde 2008, os indicadores revelam que os acidentes e as violências constituem a primeira causa de morte de crianças a partir de 1 ano de idade. Trata-se de um desafio para a saúde pública, mas o seu enfrentamento depende de políticas públicas de vários setores do governo e da corresponsabilização da sociedade. Portanto esse eixo:

Consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da Rede de Atenção à Saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência sexual [...] (BRASIL, 2015).

São estratégias e iniciativas desse eixo:

O fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; a implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”; a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança, pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2015).

Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade

Consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva (BRASIL, 2015).

São estratégias e iniciativas desse eixo:



Eduardo Ogata

A articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil (BRASIL, 2015).



Eduardo Ogata

Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

“Consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis” (BRASIL, 2015).

São estratégias e iniciativas desse eixo: a estruturação e o fortalecimento dos “Comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil” em âmbito local (BRASIL, 2015).

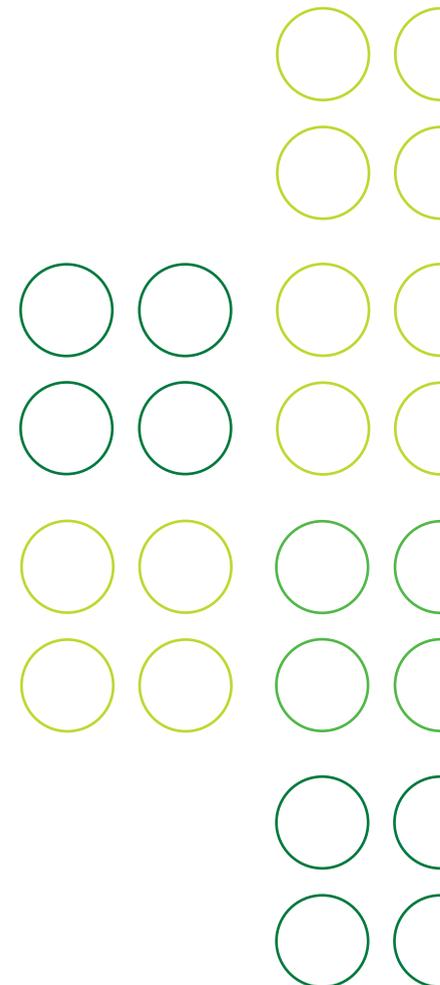
FINANCIAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O financiamento, o monitoramento e a avaliação da PNAISC, segundo a Portaria GM-MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, são de responsabilidade tripartite (esferas federal, estadual e municipal), de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. No caso do monitoramento e da avaliação, devem ser utilizados os indicadores de saúde da criança estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, como os planos municipais estadual e nacional de saúde (BRASIL, 2015).

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISC

A política sintetiza de maneira simples e clara para os gestores estaduais, municipais e profissionais de saúde, os grandes eixos de ações que compõem uma atenção integral à saúde da criança e aponta diretrizes, estratégias e dispositivos para a articulação das ações e da rede de serviços de saúde nos municípios e nas regiões de saúde.

Trata-se de oferta importante na busca da integralidade da atenção, articulando ações e serviços de saúde desenvolvidos pelos diversos níveis e redes de atenção à saúde, nos quais hoje ainda se observa grande fragmentação do cuidado. Assim, essa política pode servir de fio



condutor do cuidado da criança, transversalizando as redes de atenção, no que contemplam de ações voltadas à criança, costurando-as na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e outras estratégias, o que pode se constituir em um grande diferencial a favor da saúde da criança.

Com o objetivo de apoiar a implantação da PNAISC pelos Estados e municípios, o Ministério da Saúde organizou, já nos meses subsequentes à publicação de sua portaria, seminários envolvendo as cinco macrorregiões do país, com participação de secretários de saúde e/ou gestores de saúde da criança de Estados e capitais, de dirigentes do Conasems representando os demais municípios, das universidades, além de representantes da sociedade civil (Rede Nacional Primeira Infância [RNPI], Pastoral da Criança, entre outros). Cabe também aos Estados e aos municípios a responsabilidade de desenvolverem estratégias específicas para planejamento e apoio à implantação da Portaria GM-MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

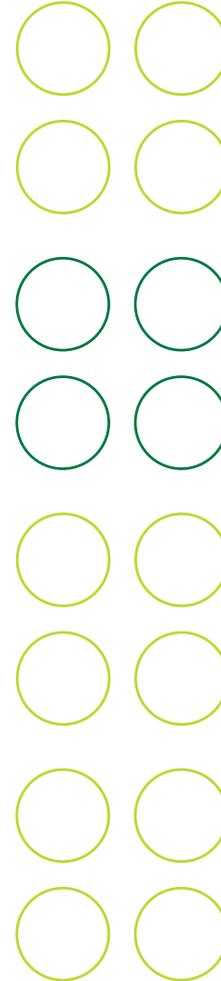
A formulação de uma política orienta o planejamento das ações, programas, projetos e atividades, além de contribuir para a redução dos efeitos da descontinuidade administrativa e de potencializar os recursos disponíveis (BRASIL, 1998; BRASIL, 1998a).

Nos últimos anos, o processo de formulação de políticas no Ministério da Saúde tem-se desenvolvido mediante a adoção de metodologia apropriada, baseada em um processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado (BRASIL, 1998). O processo de formulação da PNAISC não só se beneficiou dessa metodologia, como, apoiado pela parceria com a EBBS, também inovou ao envolver diretamente especialistas, sociedade civil e principalmente aqueles que estão na gestão do cuidado nos territórios, efetivando as ações da política, como é o caso dos coordenadores de saúde da criança nos Estados e capitais e dos consultores de saúde da criança do Ministério nos Estados, que estão lado a lado, apoiando a implementação dessas ações.

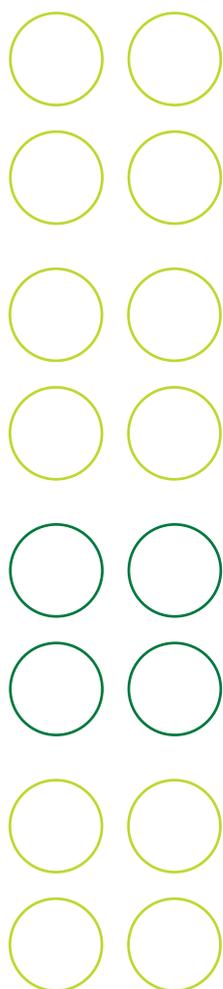
Os cuidados com a saúde da criança precisam avançar na agenda política nacional, dos Estados e dos municípios; nesse sentido, o país tem produzido tantas inovações, tanto em aspectos normativos quanto na implementação de programas e de ações específicos. Entretanto, considerando a complexidade e o porte dos desafios que afetam a morbimortalidade e o pleno desenvolvimento das crianças no século 21, a implantação da PNAISC faz-se obrigatória, para que se aumente a chance de o Estado brasileiro superá-los. Para tal se requer, em todos os municípios e Estados, bem como no Distrito Federal, o compromisso e a determinação não apenas do poder público, mas de toda sociedade.

REFERÊNCIAS

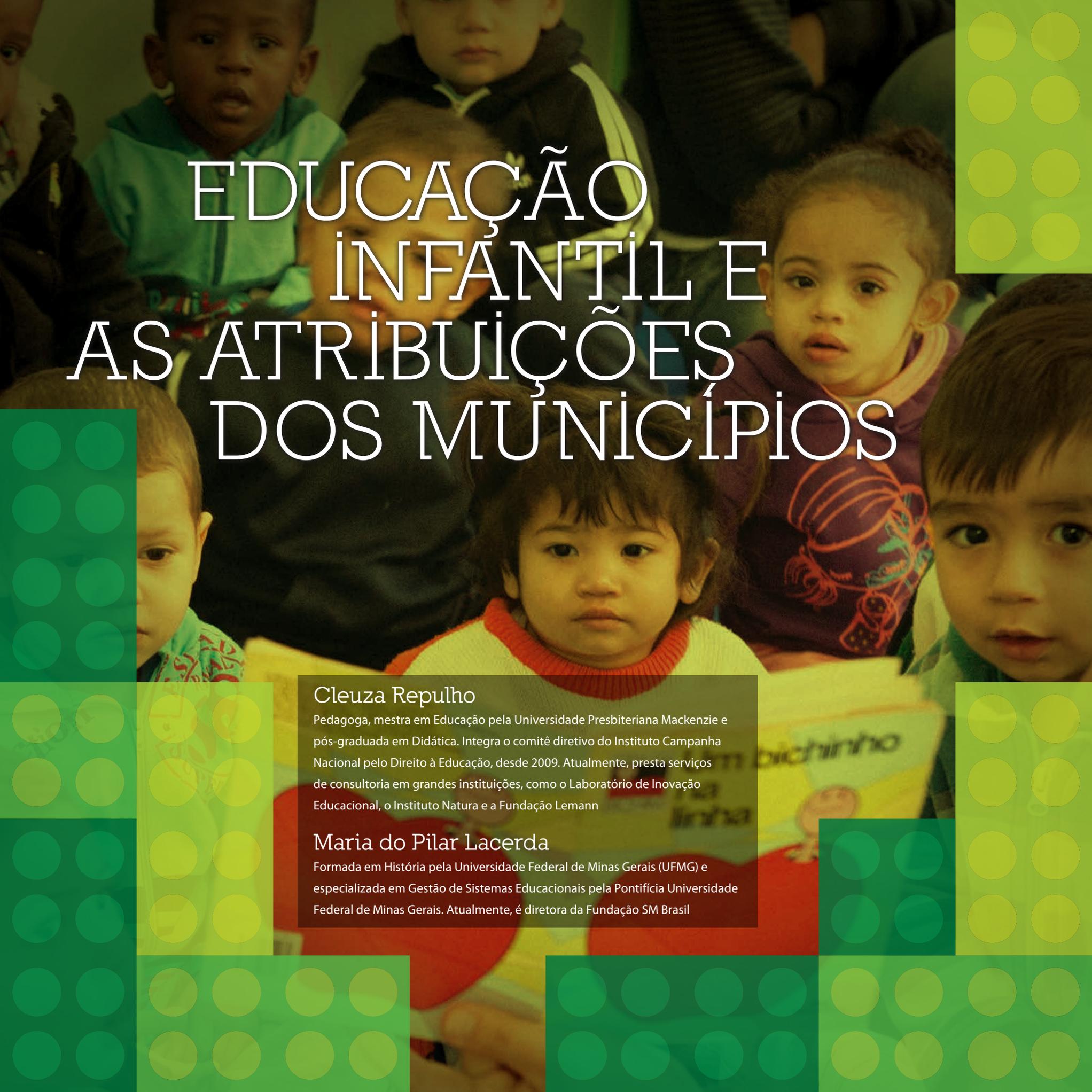
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- _____. Instituto de Desenvolvimento Econômico Aplicado (Ipea). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Supervisão. Grupo técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília, DF, Ipea; MP; SPI; 2014. 208 p. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3.916, de 30 de outubro 1998a: aprova a Política Nacional de Medicamento*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- _____. _____. *Política de Saúde. Metodologia de Formulação*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- _____. _____. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2010. 104 p.
- _____. _____. _____. *Nota Técnica, n. 3, de 25 de janeiro de 2016a. Definição de faixa-etária na Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança (PNAISC), e o atendimento nos serviços de pediatria, no Sistema Único de Saúde*. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes). Brasília, DF, 29 jan. 2016.
- _____. _____. _____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): documento orientador de implementação*. Brasília, DF, 2016, 120 p. (No prelo).
- _____. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.



- MAGALHÃES, M. L. *Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado*. 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado em Políticas de Saúde)–Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/12658/1/947.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.
- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, [S.l.], v. 382, n. 9886, p. 57-64, July 2013.
- SANDBERG, F. Chioro apresenta Política de Atenção à Saúde da Criança ao CNS. *Conselho Nacional de Saúde*, Brasília, DF, 5 ago. 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/08ago05_Chioro_apresenta_Politica_Atencao_Saude_Crianca_CNS.html>. Acesso em: 23 abr. 2016.







EDUCAÇÃO INFANTIL E AS ATRIBUIÇÕES DOS MUNICÍPIOS

Cleuza Repulho

Pedagoga, mestra em Educação pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e pós-graduada em Didática. Integra o comitê diretivo do Instituto Campanha Nacional pelo Direito à Educação, desde 2009. Atualmente, presta serviços de consultoria em grandes instituições, como o Laboratório de Inovação Educacional, o Instituto Natura e a Fundação Lemann

Maria do Pilar Lacerda

Formada em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e especializada em Gestão de Sistemas Educacionais pela Pontifícia Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente, é diretora da Fundação SM Brasil

Este capítulo foi escrito para os colegas docentes que assumem ou já assumiram a Secretaria Municipal de Educação de qualquer um dos 5.570 municípios brasileiros.

Queremos parabenizá-los pela coragem de assumir esse cargo. Apesar dos muitos desafios, é estimulante a possibilidade de ter uma oportunidade única: liderar e colaborar no planejamento e na execução de políticas públicas, que podem mudar para melhor a vida dos moradores do seu município. Nós, autoras deste texto, já estivemos nessa posição, coordenando equipes e enfrentando os mesmos desafios: demandas acumuladas, recursos menores que as demandas, relações muitas vezes tensas com oposição, sindicatos e comunidades. Tudo isto faz parte do pacote “Secretaria de Educação” quando sua gestão é exercida no regime democrático. Aprendemos muito no fazer, no dia a dia, mas teríamos feito melhor se tivéssemos tido mais tempo para formação e acompanhamento. Por isto, esse capítulo não tem a pretensão de ser um manual, mas de refletir com vocês sobre os imensos desafios que os gestores municipais de Educação enfrentam, especificamente com a Educação Infantil.

A Educação Infantil é responsabilidade constitucional dos 5.570 municípios brasileiros, em regime de colaboração com os Estados e o Governo Federal. A partir da década de 1980, os movimentos sociais, marcadamente das mulheres, conseguiram avanços importantes no que diz respeito à garantia da Educação como direito de todos. A legislação brasileira (Quadro 1), aliada à força política dos movimentos, traduz importantes vitórias que tiveram seu auge com a Constituição de 1988.

■ **Quadro 1** – Legislação brasileira

A *Constituição Federal* (CF) de 1988 reforça a importância da Educação Infantil quando afirma, em seu Art. 208, que “O dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de [...] atendimento em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade.” (Inciso IV).

O *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA) de 1990 reitera o direito à Educação Infantil:

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à Educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

I — igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

Parágrafo único. É direito dos pais ou responsáveis ter ciência do processo pedagógico, bem como participar da definição das propostas educacionais.

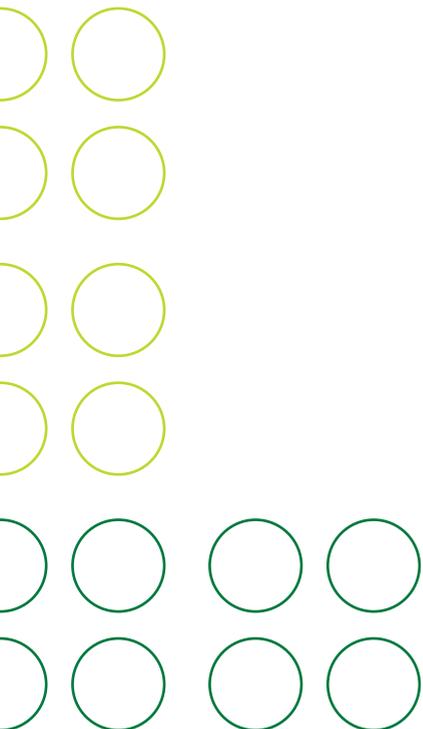
Art. 54. É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:

IV — atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade;

A *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDBEN) de 1996, atendendo à determinação da Constituição Federal, reforça a atenção à Educação Infantil em três artigos: 29, 30 e 31.

Art. 29. A Educação Infantil, primeira etapa da Educação Básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até cinco anos e onze meses de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.

(continua)



■ **Quadro 1** – Legislação brasileira (Continuação)

Art. 30. A Educação Infantil será oferecida em:

- I — creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade;
- II — pré-escolas, para crianças de quatro a cinco anos e onze meses de idade.

Art. 31. Na Educação Infantil a avaliação far-se-á mediante acompanhamento e registro do seu desenvolvimento, sem o objetivo de promoção, mesmo para o acesso ao Ensino Fundamental.

A *Lei nº 11.274*, de 6 de fevereiro de 2006, ampliou o Ensino Fundamental para nove anos de duração: Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da *Lei nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da Educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o Ensino Fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade.

Em 2009, a *Emenda Constitucional nº 59* altera a CF, estabelecendo no seu Art. 1º:

Os incisos I e VII do art. 208 da Constituição Federal, passam a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 208. [...]

I — Educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria; (NR).

[...]

VII — atendimento ao educando, em todas as etapas da Educação básica, por meio de programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. (NR).

Art. 2º § 4º do art. 211 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 211. [...]

§ 4º Na organização de seus sistemas de ensino, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios definirão formas de colaboração, de modo a assegurar a universalização do ensino obrigatório. (NR).

O *Plano Nacional de Educação (PNE)* de 2014 aborda a Educação Infantil na sua Meta 1:

Meta 1: universalizar, até 2016, a Educação Infantil na pré-escola para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade e ampliar a oferta de Educação Infantil em creches, de forma a atender, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das crianças de até 3 (três) anos até o final da vigência deste PNE.

Fontes: Portal Educação, Portal Todos Pela Educação e Ministério da Educação.

Apesar dos avanços legais, até o início do século 21, a Educação Infantil ainda não contava com financiamento da União, não era considerada nos cálculos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef) – que abrangia apenas o Ensino Fundamental –, e não recebia repasses federais para a alimentação, transporte ou material didático pedagógico. A política dominante nos anos 1990 focalizava os investimentos sociais apenas no Ensino Fundamental, ao mesmo tempo em que promovia uma forte municipalização, sem um planejamento estratégico. O resultado é que aspectos importantes para a oferta de uma Educação Infantil de qualidade, como a formação inicial, as condições de trabalho dos docentes, o financiamento, entre outros exemplos, ficaram em segundo plano. Mesmo após a incorporação da Educação Infantil na política de financiamento da Educação Básica, por meio do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e com outros programas complementares, estamos longe de atender às reais necessidades dessa parcela da população e ainda possuímos uma imensa dívida social com as crianças pequenas no Brasil.



Ana Nascimento

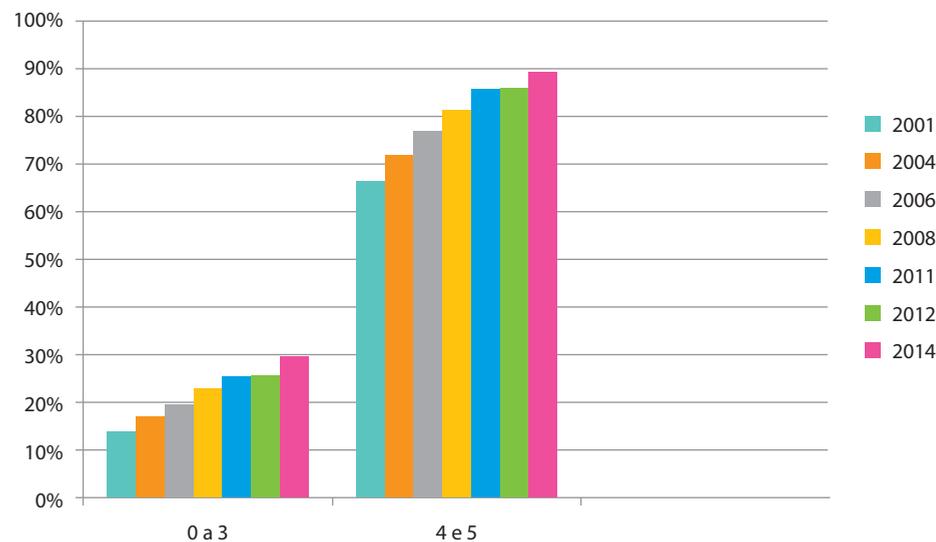
Mas somos otimistas: o século 21 começou com consideráveis iniciativas, como a transferência do atendimento às crianças pequenas do âmbito da assistência social para ser assumido pela Educação. Ao mesmo tempo, os movimentos sociais reforçaram que a Educação Infantil está no campo dos direitos e não da caridade.

O acesso das crianças pequenas à Educação Infantil está aumentando progressivamente (Gráfico 1). Mas a cobertura e a qualidade da oferta dessa etapa da Educação Básica ainda são muito desafiadoras.

Com 88% das crianças de 4 e 5 anos atendidas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), a meta de universalização da pré-escola até 2016 pode não parecer distante de ser alcançada no país. Mas é preciso ressaltar que os 12% restantes significam quase 700 mil crianças, e que as desigualdades regionais são significativas. Além disso, o foco não pode se restringir ao atendimento, sem um olhar especial para a qualidade dessa etapa da Educação Básica.

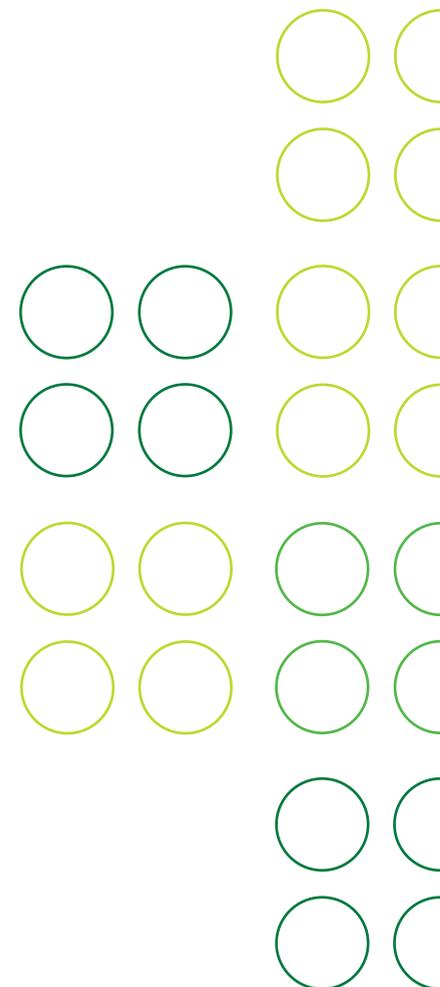
Na etapa de 0 a 3 anos, o atendimento avançou significativamente. Se, em 2001, somente 13,9% das crianças entre 0 e 3 anos tinham vagas nas creches, em 2014 este número já alcançava 29,6%.

■ **Gráfico 1** – Evolução do atendimento na Educação Infantil a partir de 2001



Fonte: Observatório do PNE (2013).

Diante desses números, é importante ressaltar que assumir a gestão da Educação Infantil de um município e garantir atendimento de qualidade a todas as crianças entre 0 e 5 anos requer mais do que boa vontade. É a etapa da Educação Básica que requer mais investimentos e infraestrutura, especialmente a creche. E não pode ser qualquer tipo de atendimento.





Lilian Borges

Diversos estudos apontam a importância da qualidade da Educação nessa faixa etária, com impactos ao longo da vida das crianças. Mais do que isso, a efetividade das políticas públicas para crianças pequenas requer forte articulação entre as áreas, principalmente as de saúde e assistência social, que também são fundamentais para proporcionar à família e à criança o suporte necessário para seu pleno desenvolvimento.

O enfrentamento desse desafio ficou mais claro a partir da vigência do Plano Nacional de Educação que estabeleceu como:

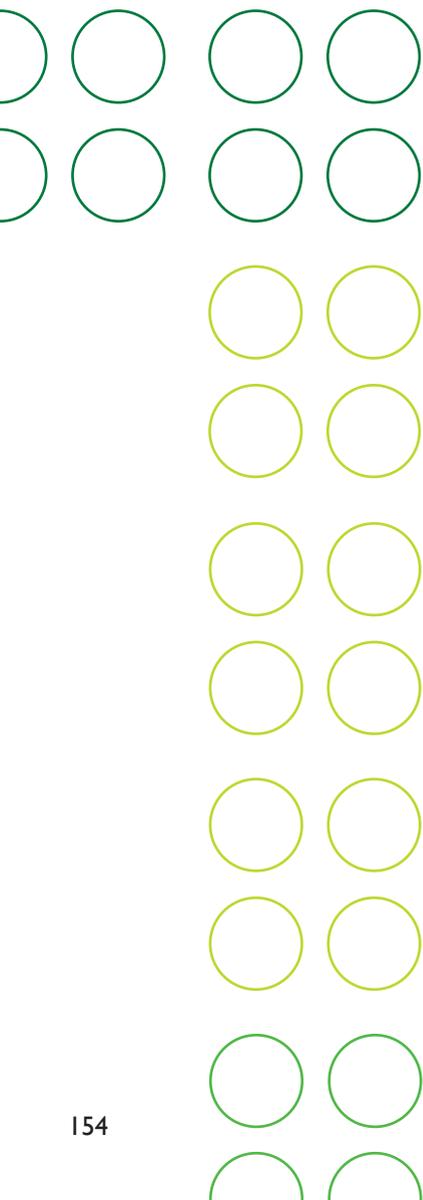
Meta 1: universalizar, até 2016, a Educação Infantil na pré-escola para as crianças de quatro a cinco anos de idade e ampliar a oferta de Educação Infantil em creches de forma a atender, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das crianças de até três anos até o final da vigência deste PNE (BRASIL, 2014).

Há 17 estratégias estabelecidas no PNE para alcançar a Meta 1. Todas fortemente ligadas às ações no âmbito da gestão municipal, embora fique claro que há necessidade imperiosa de se implementar o regime de colaboração entre as três instâncias de governo, previsto na Constituição de 1988 e até hoje não regulamentado. Sabemos que não se alcançará essa meta sem um esforço integrado com as demais políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos das crianças pequenas e suas famílias.

A implementação do Plano Municipal de Educação (PME), com participação social, por meio do fortalecimento dos conselhos locais de participação na gestão da Educação, é o caminho democrático para efetivar o direito à Educação para todos. A plataforma “De Olho nos Planos” (2016) pode ser um apoio para acompanhar como se desenvolve a implementação dos planos municipais com participação da sociedade nos municípios brasileiros.

Temos vivido, nas duas últimas décadas, políticas sociais importantes e que têm valorizado a Educação e a escola como espaços de construção de conhecimento e de formação integral, sempre na perspectiva da redução das desigualdades.

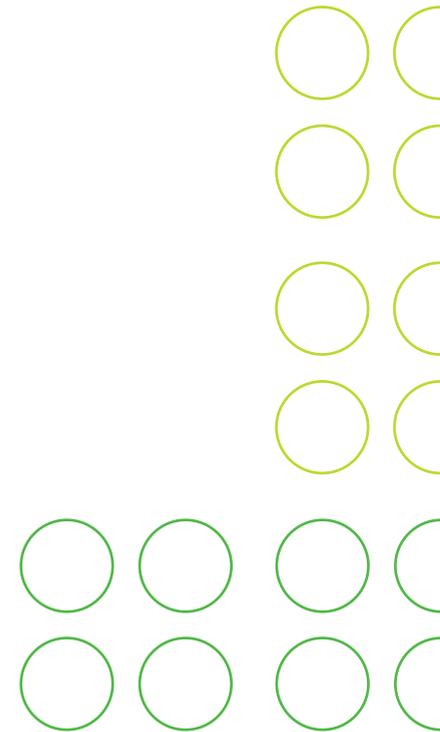
Garantir que todas e cada uma das crianças tenham acesso a uma Educação Infantil de qualidade precisa ser o norte e a obsessão dos gestores públicos, de prefeitos e suas equipes. Quando o conjunto de educadores, incluindo as equipes dos órgãos centrais e das escolas, entende e assume que seu papel nesse processo é fundamental para garantir o sucesso e a permanência das crianças na escola, o município começa a desenvolver e consolidar a concepção de ser uma cidade que cuida e educa todos os seus pequenos cidadãos. A Educação Infantil e todas as políticas que envolvem a primeira infância são, e precisam continuar sendo, essenciais para a construção de uma cidade que respeita sua infância e, por isso mesmo, mais justa.



As cidades e seus gestores devem fortalecer políticas integradas de atenção à primeira infância; nesse desafio, a escola é parceira fundamental no processo. Mais do que qualquer outra política pública, a Educação consegue permear todos os bairros e todas as comunidades, e esse poder de chegar a todos os lugares precisa ser potencializado nas ações que serão implementadas.

Algumas questões são muito importantes para transformar um município naquele que cuida e educa todas as suas crianças. Os pontos relacionados a seguir não têm a pretensão de abarcar tudo que precisa ser feito, mas sim destacar algumas ações e projetos ao se planejar a gestão da Educação Infantil municipal.

1. Verificar no Plano Municipal de Educação (PME) quais são as estratégias e as ações para que o município contribua para o alcance da Meta 1 do PNE.
2. Investimento público: priorização da Educação Infantil no orçamento municipal.
3. Conhecer detalhadamente os números do atendimento de Educação Infantil em seu município. A consulta aos portais do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep, 2011), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), do Conviva Educação (2016) e da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime, 2016) pode ajudar. É importante trabalhar por bairros ou regiões, porque o planejamento de construções ou ampliações deve atender as necessidades específicas regionais.
4. Os dados da área da saúde ajudam a identificar a taxa de nascimentos por região para facilitar o planejamento de médio prazo.
5. Ler e estudar toda a legislação municipal para conhecer como são destinados os recursos municipais para a Educação Infantil. Conhecer detalhadamente as leis de licitações para saber como e de que forma se podem adquirir os bens e os serviços para a rede municipal de Educação.
6. O quadro de profissionais do Magistério é estratégico e fundamental para garantir a qualidade da Educação Infantil. Os profissionais da Educação precisam ser reconhecidos, com um plano de carreira que lhes garanta a formação permanente e os estimule a estudar. O gestor municipal deve fazer um levantamento criterioso do número de professores, da formação acadêmica de cada um e do contrato de trabalho (se são temporários, concursados, se estão no estágio probatório, se estão cedidos para outros órgãos e por quê).
7. Avaliação da situação física de todas as escolas já existentes: abastecimento de água, fornecimento de luz elétrica, ventilação, instalações sanitárias, situação da pintura. É preciso avaliar do ponto de vista arquitetônico, estético, pensar no conforto e na beleza. O Plano



Eduardo Ogata



Ubirajara Machado

de Ações Articuladas (PAR) do Ministério da Educação/Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (MEC/FNDE) é um instrumento estratégico para a elaboração dessas avaliações. A plataforma Conviva é outro instrumento importante de diagnóstico e formação dos gestores municipais;

8. Em articulação com o Setor de Obras e Patrimônio, é preciso fazer o levantamento de todos os terrenos municipais disponíveis para eventuais construções de novas escolas, mantendo atualizado um cadastro de terrenos com toda a documentação necessária em dia.
9. O Governo Federal tem dois programas estratégicos e importantes para garantir o atendimento e a qualidade da Educação Infantil: Brasil Carinhoso (FNDE, 2012) e Proinfância (FNDE, 2012). Mas é preciso acompanhar regularmente as publicações federais, porque esses programas são alterados e sofrem ajustes.
10. As equipes pedagógicas, tanto da Secretaria quanto das escolas, devem ter tempo e formação para elaborar o Projeto Político-Pedagógico (PPP) de cada unidade. A Educação Infantil deve ter currículo e projeto pedagógico. Essa etapa da Educação Básica é muito importante para que as crianças possam vivenciar a infância, de maneira adequada a cada faixa etária, pois esse é o período do “cuidar e educar”. A Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação tem, em sua estrutura, a Coordenação Geral de Educação Infantil, órgão responsável pela coordenação e pela elaboração de políticas nacionais que garantam o direito de todas à Educação Infantil de qualidade. Há muitos documentos importantes no portal do MEC (2016), entre os quais as Diretrizes Curriculares para a Educação Infantil (2016) e os Indicadores de Qualidade da Educação Infantil (2016).
11. Fortalecer e promover a participação da sociedade, o que inclui as famílias, as comunidades, os educadores e gestores, nas diversas instâncias de participação, desde conselhos escolares até os municipais, conferências, campanhas e debates.

Entretanto, a Educação para todos não é viabilizada por decreto, resolução, portaria ou similar, ou seja, não se efetiva tão somente por meio de prescrição de atividades de ensino ou de estabelecimento de parâmetros ou diretrizes curriculares: a Educação de qualidade social é conquista e, como conquista da sociedade brasileira, é manifestada pelos movimentos sociais, pois é direito de todos.

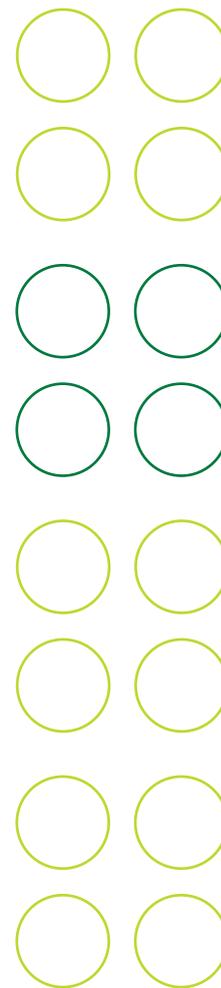
Essa conquista, simultaneamente, tão solitária e solidária quanto singular e coletiva, supõe aprender a articular o local e o universal em diferentes tempos, espaços e grupos sociais desde a primeira infância. A qualidade da Educação para todos exige compromisso e responsabilidade de todos os envolvidos no processo político que o Projeto de Nação traçou, por meio da Constituição Federal, da LDB e do Plano Nacional

de Educação, cujos princípios e finalidades educacionais são desafiantes: em síntese, assegurando o direito inalienável de cada brasileiro conquistar uma formação sustentada na continuidade de estudos, ou seja, como temporalização de aprendizagens que complexifiquem a experiência de comungar sentidos que dão significado à convivência (BRASIL, 2013).

Há muitos (e diferentes) desafios e problemas que cada gestor municipal de Educação enfrenta ou enfrentará. Mas é o que chamamos de “bons problemas”, porque, se enfrentados, resultarão em um país mais justo e melhor para se viver. É o que todos queremos.

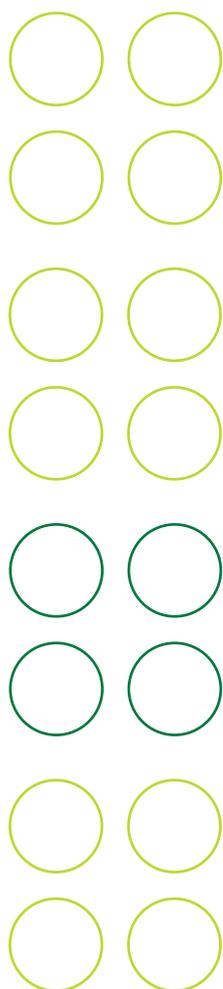
REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 2014. Seção 1, p. 1.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. *Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica*. Brasília, DF: MEC, SEB, Dicesi, 2013.
- _____. Plano Nacional de Educação. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 2014. (Edição Extra).
- CONVIVA Educação, 2016. Disponível em: <<http://convivaeducacao.org.br/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- DE OLHO nos planos. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.deolhonoplanos.org.br/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. *Brasil Carinhoso*. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/brasil-carinhoso/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- _____. *Proinfância*. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/programas/proinfancia/proinfancia-apresentacao/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- MEC – Ministério da Educação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.



Sergio Amaral

- MEC – Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil*. Brasília, DF: MEC: SEB, 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=9769-diretrizescurriculares-2012&category_slug=janeiro-2012-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- _____. *Indicadores da Qualidade na Educação Infantil*. Brasília, DF: MEC: SEB, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/indic_qualit_educ_infantil.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- OBSERVATÓRIO do PNE, 2013. Disponível em: <<http://www.observatoriodopne.org.br/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- UNDIME – União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<https://undime.org.br/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.







CULTURA E FORMAÇÃO NA INFÂNCIA

Juca Ferreira
Sociólogo e ministro da Cultura

A CRIANÇA COMO SUJEITO DE DIREITOS

Talvez nenhuma época em nossa vida seja tão permeável ao influxo da cultura quanto a fase que denominamos infância. É a fase da “mente absorvente”, assim retratada por tantos educadores. A fase da absorção contínua de estímulos e também dos primeiros ensaios de interação social. A criança aprende o tempo todo. Para ela, tudo é novidade, tudo é desafio e conquista. E é nesse contexto que adquire importância crucial a vivência com seus pais e seu entorno imediato – família, parentes, vizinhos, professores, colegas, amigos – com o mundo dos valores, com o campo do simbólico, com aquela que vem a ser sua cultura.

Muitos dos nossos problemas têm origem na falta de atenção e cuidado com nossas crianças. A criança absorve mais diretamente aquilo que os adultos fazem do que o que eles dizem. Na sua atividade mental incessante, nada deixa de ser registrado, e, nesse processo, os seus próprios métodos de registro vão sendo construídos. O ciclo de atividades domésticas (sono, alimentação, banho, brincadeiras) produz uma reiteração de experiências, que fazem as crianças abandonarem, aos poucos, a passividade e se assenhorearem dos próprios rituais, daquilo que ao seu redor lhes dá todos os sentidos do mundo.

Para uma criança, a inserção na cultura é a inserção no mundo dos adultos e, mais especificamente, dos adultos de sua família e do seu meio. As experiências que ela vai ter ali são fundadoras e, em muitos casos, serão irreversíveis.

É essa a compreensão em que se baseia o projeto de lei que acaba de ser sancionado pela presidente da República, destinado a assegurar políticas públicas contemporâneas para a infância, estimulando políticas que valorizem o acesso à cultura e que resultem de uma visão que tenha a criança como produtora de cultura. Reconhece-se, com esse ato, não só que a experiência estética é fundamental para a educação do indivíduo, mas também que a dimensão cultural é parte constitutiva da nossa formação. Reconhece-se a criança como detentora de direitos essenciais para o seu desenvolvimento e para o desenvolvimento do país, em última instância. E, mais que isso, reconhece-se o protagonismo que, de algum modo, é exercido pelas crianças.

O Plano Nacional de Cultura (PNC), por sua vez, prevê, precisamente em sua Meta 47, a inclusão de políticas culturais para jovens e crianças em todas as áreas da cultura. O PNC é um norteador das políticas públicas para o campo da cultura, é em si um conjunto de princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e metas destinado a orientar o poder público na formulação de políticas culturais e a orientar o desenvolvimento de programas, projetos e ações culturais que garantam a valorização, o reconhecimento, a promoção e a preservação da diversidade cultural existente no Brasil. Assim se fundam suas políticas voltadas para a infância.

O DIREITO AO LÚDICO

Nada mais eficaz para promover e desenvolver a sociabilidade que as atividades lúdicas, especialmente no mundo infantil. Mas não só no mundo infantil. Não por acaso, Huizinga (2014), filósofo holandês, sabiamente nos atenta para a dimensão lúdica de nosso processo civilizatório. Além de *Homo sapiens*, *Homo faber*, *Homo oeconomicus*, diz ele, somos também *Homo ludens*, homens lúdicos. Os jogos e as brincadeiras pressupõem regras que se baseiam em condições iguais de competição naquele espaço/tempo em que se desenrolam. Não apenas é assim na guerra, mas também na ciência, na política e na vida em comum que se deseja em uma sociedade democrática.

É essencial defendermos o direito ao lúdico, seja nas brincadeiras e nos jogos, seja na prática esportiva, seja na prática artística. A criança precisa de uma atividade lúdica não comprometida com outros aspectos normativos (disciplinar, educativo etc.). A criança precisa estar livre para brincar, para desenvolver sua imaginação, seu controle sobre os próprios processos físicos e mentais com naturalidade. Isso torna sua formação mais prazerosa. Imaginar e produzir seu próprio tempo e seu próprio espaço lhe é essencial. Desenvolver sua curiosidade, desenvolver o interesse por tudo que a cerca e também a sua capacidade de fazer experiências com o seu ambiente.

Uma criança sem curiosidade é uma criança fechada para as experiências do mundo. Criança cuja curiosidade é desestimulada vira robô. Vê-se reduzida a uma posição passiva, de apenas aceitar ou recusar o que lhe é trazido pela iniciativa alheia. Desenvolver a curiosidade da criança, sua iniciativa, seu interesse pelo mundo à sua volta é uma das principais tarefas de qualquer cultura. É algo que vem desde muito cedo, precede em muito a educação formal. Deveríamos canalizar em benefício do ensino formal essa enorme disposição para a convivência, a troca de experiências, o aprendizado de novos hábitos, novas linguagens, novas formas de conduta, natural nas crianças.

Diante de tudo isso, o lúdico não pode ser secundarizado, muito menos durante a infância. O lúdico necessariamente se desenvolve em espaços de liberdade. As crianças são parceiras da liberdade. O espaço da brincadeira é um dos direitos essenciais de uma criança e precisa ser garantido em todos os planejamentos e políticas públicas para a infância, na legislação e na organização da vida social. Veja-se que em uma idade em que a criança vê-se em uma dependência grande dos adultos, mas que tende a diminuir com o tempo. Seus exercícios pessoais de imaginação se afirmam, inclusive, como uma contraposição à mentalidade consumista de um gigantesco mercado de brinquedos infantis cada vez mais variados, caros, sofisticados. Criança capaz de criar seus próprios brinquedos raramente recusa brinquedos fabricados, mas a criança que nunca foi estimulada a criar dependerá deles para sempre. A cultura qualifica experiência humana e dá sentido a ela. Por meio da cultura, estabelecemos os laços da vida social e abrimos caminho para a inovação no nosso próprio modo de ser e de estar no mundo.



Eduardo Ogata

Segundo uma observação popular, ao ganhar um presente, uma criança pequena muitas vezes fica mais fascinada pela caixa vazia do que propriamente pelo conteúdo. Na verdade, os dois objetos, de certa forma, se equivalem para a mente saudável de uma criança que está descobrindo a forma, o peso e a maleabilidade dos objetos. Reconhecer a validade de tais experiências é indispensável para conceder à criança a iniciativa no desenvolvimento de seus próprios processos cognitivos.

Paralelo a isso, torna-se cada vez mais visível a premência de dotar nossas cidades e, principalmente, as nossas metrópoles de espaços para as crianças, espaços que não se limitem aos parques de diversões que cobram ingresso e aos *shopping centers*, e que ao mesmo tempo sejam espaços lúdicos.

A grande cidade tem se tornado cada vez mais hostil aos seus habitantes. Nas crianças, essa situação influi com maior gravidade, em uma gradual descoberta do espaço social, do espaço público, de espaços para a sociabilidade e convivência.

UMA MINORIA SOCIAL

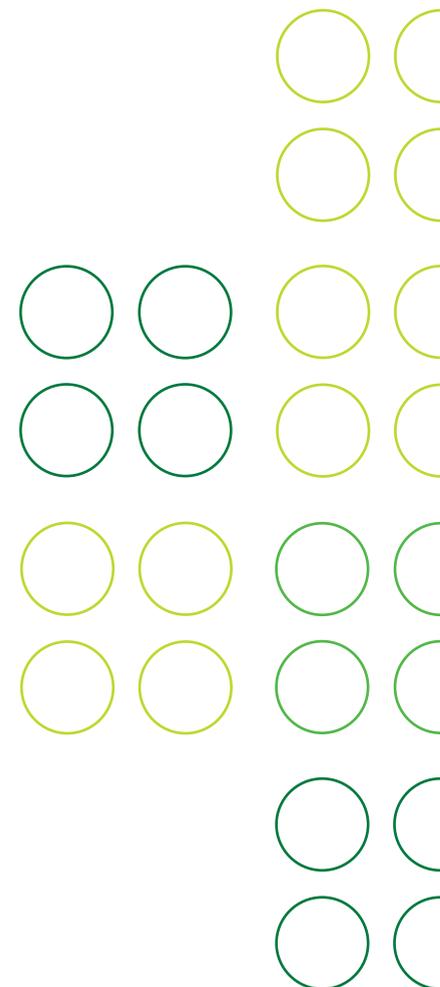
O reconhecimento de direitos específicos para as crianças, principalmente as da primeira infância (de 0 a 6 anos), deve significar e precisa ter em mente que sua formação não se completa sem sua inserção em atividades culturais, nas quais ela possa desenvolver plenamente suas potencialidades, suas qualidades individuais e seus talentos para a ação coletiva, em que possa construir sua personalidade em harmonia com o ambiente que a cerca.

A infância retrata uma categoria social com características bem particulares, especialmente quanto às suas formas de expressão e à sua transitoriedade. A infância é uma categoria social de tipo geracional, que vai do nascimento à puberdade. A infância é, enfim, uma construção sociocultural, produto de certo estágio da acumulação de capital. O tratamento excepcional que a criança recebe hoje, na maior parte das legislações do mundo inteiro, procura reconhecer esse seu caráter de cidadão diferenciado.

Mas nem sempre foi assim. Infância, adolescência e juventude, ainda que transitórias, são categorias sociais que se delinearam sobretudo após a Revolução Industrial e o acelerado ritmo de urbanização e ampliação das classes médias que as acompanhou. Pode-se dizer que especialmente os direitos das crianças passaram a ter maior grau de importância política e cultural ao lado das lutas contemporâneas por outros direitos, ao lado da conquista de direitos das chamadas minorias que se expandiram a partir do final dos anos 1960. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Convenção dos Direitos do Adolescente são produtos desse processo histórico.



Eduardo Ogata





A criança não cresce em um vácuo, nem é passiva na construção do seu mundo simbólico. Entre os brinquedos à sua disposição, ela sempre irá preferir uns e ignorar outros. Entre as atividades conjuntas da família, ela se entregará a alguma com mais entusiasmo e refulgará outras. Sua inserção no quadro de referências culturais proposto pelos familiares é uma relação negociada, ao longo da qual se dá uma oscilação permanente entre disciplina e liberdade. Existe da parte do núcleo familiar a responsabilidade de ajudar na formação da personalidade da criança, no quadro da cultura a que todos pertencem. E, ao mesmo tempo, existe o dever de reconhecer mais adiante que cada filho vai ter de descobrir ou criar seus próprios caminhos. Cada um precisa ser coautor de sua própria história.

Fortunas são investidas no estudo de como melhor inserir a criança no mercado de trabalho ou no mercado de consumo. Muito antes disso, entretanto, a cultura já a “impregnou”, já lhe deu os principais contornos de personalidade. A grande maioria dos indivíduos já está integrada à sua cultura quando começa a trabalhar ou consumir por conta própria. A cultura em que está inserida tem todas as suas raízes fincadas no universo capitalista de simbolização do mundo. O consumo e as relações de trabalho impostas pelo mercado dão forma e conteúdo aos brinquedos e alimentos industrializados desde a mais tenra infância.

Cometemos quase sempre um grande equívoco no trato com as crianças. Para nós, parece que as crianças só existem no futuro. Quase sempre as tratamos como futuros adultos. Não respeitamos seu momento, o seu “aqui e agora”. É que nos projetamos nelas desde então. Projetamos nelas o nosso mundo melhor. E com isso, não lhes asseguramos a expressão de seus desejos. Nós lhes ditamos as regras de sociabilidade a cada instante.

A inserção da criança na vida cultural envolve os rituais que nela despertam a concentração, a atenção emotiva, a curiosidade, o humor, as experiências controladas do medo e do susto etc. Existem diferentes respostas para todas essas necessidades, em cada época, em cada povo. As crianças são permeáveis a tudo que arrebatava sua atenção, tudo que impressiona seus sentidos, tudo que desperta nelas emoções. O adulto em geral possui filtros ideológicos, maneja conceitos, preconceitos e parâmetros de um nível de maior complexidade de produção simbólica. Cultura e civilização são sempre, em um momento inicial, uma zona de conforto conceitual em que nos sentimos seguros para enfrentar o inesperado, o diferente. Já a criança mergulha nisso por inteiro. Não são poucos os testemunhos de algo experimentado nessa fase da vida e que a marca para sempre.

As crianças serão as donas do nosso futuro também. Serão os adultos que tomarão conta do mundo quando a nossa geração não existir mais ou quando não tiverem mais o poder de se fazer ouvir. O futuro não se forma sozinho, ele está sendo formado por todos nós, agora. Precisamos estar à altura de nós mesmos, precisamos ter a capacidade de decidir, e de decidir plenamente. Precisamos estar à altura do que somos capazes de fazer.

Uma notícia positiva que tivemos em dias recentes foi o resultado da decisão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), mesmo não sendo uma decisão final, anunciado em 10 de março de 2016, proibindo a publicidade dirigida às crianças. Uma decisão que aborda uma questão de fundamental importância.

Nada temos contra a importância cultural e a qualidade artística da publicidade. É uma tecnologia da comunicação, é uma expressão da nossa cultura, é uma indústria que movimenta um mercado de trabalho fantástico, é também o que antigamente se chamava “um celeiro de talentos”. Mas sabemos também que, como qualquer atividade, pode ser usada para diferentes fins. Hoje, graças principalmente à tecnologia, existem infinitas possibilidades de manipulação das multidões, essas multidões tão imprescindíveis a qualquer mudança de costumes ou conceitos. Vamos deixar pelo menos as crianças fora disso, porque o que fazem com os adultos muitas vezes chega a dar pena.

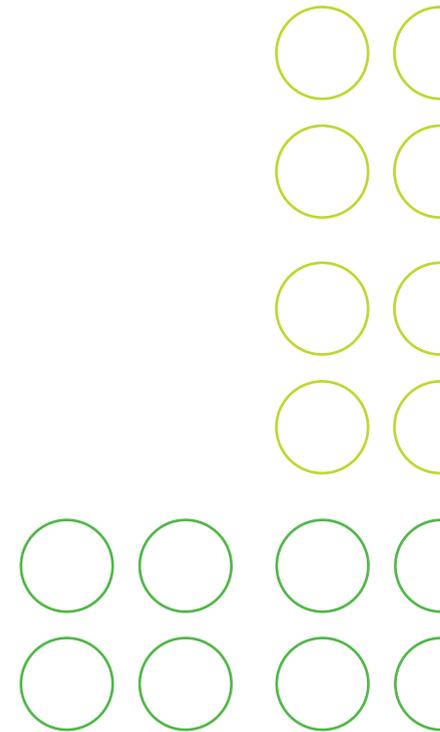
O mundo vídeo-digital-eletrônico está aí. De repente, desembarcamos nele e o avião que nos trouxe já foi embora. Era o futuro, agora é a vida real. O futuro não é somente um critério de posição cronológica, ele, de certa forma, também significa “tudo aquilo que não aconteceu”, tudo que está para acontecer ou que está acontecendo ainda. A moeda que ainda está girando, o pião que ainda não caiu. O futuro é esse redemoinho, e é para lá que nossas crianças vão.

Hoje, o mundo digital envolve cada um de nós com uma aura de dados, de rastreamentos, de sinais que estamos enviando e recebendo sem parar, mesmo quando o aparelho está guardado no bolso. Seria um erro achar que isso vai resolver qualquer problema. Seria um erro também descartar as vantagens disso. O mundo ficou assim, a cultura está encharcada disso, mesmo que isso não seja tão dominante quanto parece a muita gente. Não importa: é algo como energia elétrica ou água encanada. Será que ficaríamos melhor sem isso? Conseguiríamos viver assim?

DIREITO À UTOPIA

É tempo de revisitarmos o espaço público e atualizarmos o sentido de vida coletiva. É tempo de reformarmos o sentido de vida pública e ativarmos as relações intergeracionais como guardiãs da cultura brasileira. É hora de entender a criança em sua condição humana para avançarmos na compreensão sobre a potência de cada geração em construir uma sociedade livre e justa.

O Ministério da Cultura (MinC) procura tratar a cultura como uma atividade inclusiva por natureza. Algo em que todos participam, todos contribuem, todos realizam, todos têm acesso. A criança é um conceito transversal que pode ser a criança urbana, a criança rural, a criança indígena, a criança das mil e uma maneiras de ser que o mundo nos oferece. Todas merecem



■ Circuito SPCine no CEU Meninos



Leon Rodrigues



proteção, onde a proteção for necessária, e limites, quando precisarem de limites. De resto, dar-lhes experiências variadas, diferentes, fazê-las perceber desde cedo que não estão em uma bolha, que o ambiente onde elas nasceram não é o centro do mundo. O mundo tem realidades diferenciadas, lado a lado, e é preciso conviver com elas. Mas a criança tem de aprender desde cedo que ela é o centro de sua própria vida. Toda criança é herdeira do mundo, ou da possibilidade do mundo. Não devem ser vistas como força de trabalho emudecida, nem como pequenos tiranos. Não devem ser vistas como futuros consumidores, nem como simples repetidores de clichês alheios, ou pessoas incapazes de pensar por si próprias.

Diferentemente da educação, quase sempre percebida apenas como um processo formal, organizado, a cultura é um processo aleatório, em que os indivíduos são absorvidos por todos os lados. Cultura e vida se misturam na maior parte do tempo. E a criança, que está descobrindo tudo ao mesmo tempo, é vulnerável na medida em que é sequiosa de experiências.

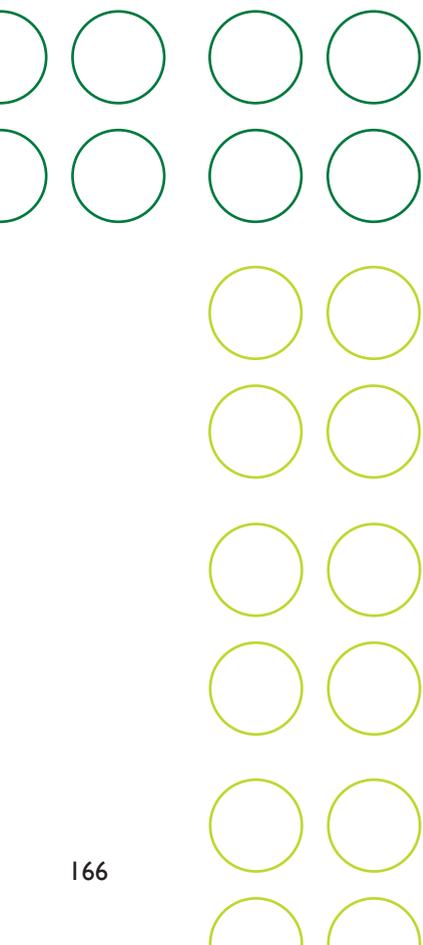
Precisamos construir um novo olhar para o processo educativo, de modo que ele evidencie a diversidade cultural e promova maior interação entre gerações e territórios.

Todo processo social em larga escala, principalmente quando exercido pelo Estado, chega mais cedo ou mais tarde a esta encruzilhada: o que é mais importante garantir, liberdade ou segurança? Autonomia ou proteção? Independência ou tutela? Há muitas respostas a essas questões, porque as variáveis em cada caso são sempre muitas, e todas têm peso. Acreditamos que, independentemente da solução, o problema tem ainda maior gravidade quando é das crianças que estamos falando, porque estão em uma posição mais vulnerável.

O Brasil é um país imigrado e mestiço, multiambiental pela configuração da sua geografia, cheio de distorções pelos labirintos de sua história. Somos um país de diferentes tão iguais, e o caminho mais sensato para nós é o de procurar tudo que aproxime brasileiros já de si tão diferentes. Temos uma língua que soube crescer e abarcar o país inteiro de forma tão ampla e tão maleável que diferentes regiões mantêm suas pronúncias, seu vocabulário, suas expressões típicas locais; mas, chegando a qualquer lugar do Brasil, qualquer brasileiro que saiba se expressar tem a segurança de que será compreendido.

A nossa língua, as nossas artes, as nossas crenças simbólicas, os nossos esportes e competições, tudo isso nos envolve em certo momento ou em outro, tudo isso cresce conosco e nos ajuda a crescer. Ajuda cada um a compor o seu próprio referencial de Brasil.

A formação cultural amadurece quando vem acompanhada da ampliação do conhecimento do diferente, quando se arvora por experiências novas e tem disposição de dialogar mesmo em condições adversas. O Brasil é uma colcha de retalhos, com muitas visões do mundo convivendo misturadas sob uma mesma língua e uma mesma lei. O movimento positivo de uma cultura como a nossa tem de ser o da curiosidade.



“Variedade de experiências” significa sair da bolha. Existem forças muito poderosas defendendo a teoria de que uma vida mais segura é uma vida cada vez mais fechada em si mesma, em bolhas isoladas onde se abrigam pessoas obrigatoriamente homogêneas, protegidas por gente bem paga e bem aparelhada.

Isso não é segurança. Segurança é liberdade bem distribuída, é a possibilidade de sermos fraternos, de sermos vizinhos que vivem cada qual sua vida, mas são capazes de conversar em um momento de lazer e de trabalhar juntos. Liberdade necessita de uma estabilidade econômica que não é cientificamente impossível: uma economia flutuando em uma faixa tal que ninguém seja tão rico ou tão pobre a ponto de ter de recorrer à violência, ou ser vítima dela.

CRIANÇAS E CRIANÇAS

Não podemos deixar de considerar nesta nossa reflexão que há crianças vivendo em universos simbólicos bem distintos. E que isso exige necessariamente tratamentos diferenciados. Alguns dizem respeito às crianças nascidas em famílias com melhor poder aquisitivo, outros às crianças mais pobres da população, por quem temos uma dívida ainda maior.

Pouco tempo depois de ter retornado do exílio, fui trabalhar em Salvador, no Projeto Axé com meninos de rua, ao lado de Cesare La Rocca. Lá, idealizamos o Projeto Erê, foi uma primeira porta para a cidadania e para a participação social por meio das artes e da cultura. Cultura e trabalho foram sendo ludicamente misturados em nossas atividades socioculturais e pedagógicas, combinando necessidade de resultado e alegria com o desenrolar de todo processo. Uma compreensão que a escola parece ter perdido.

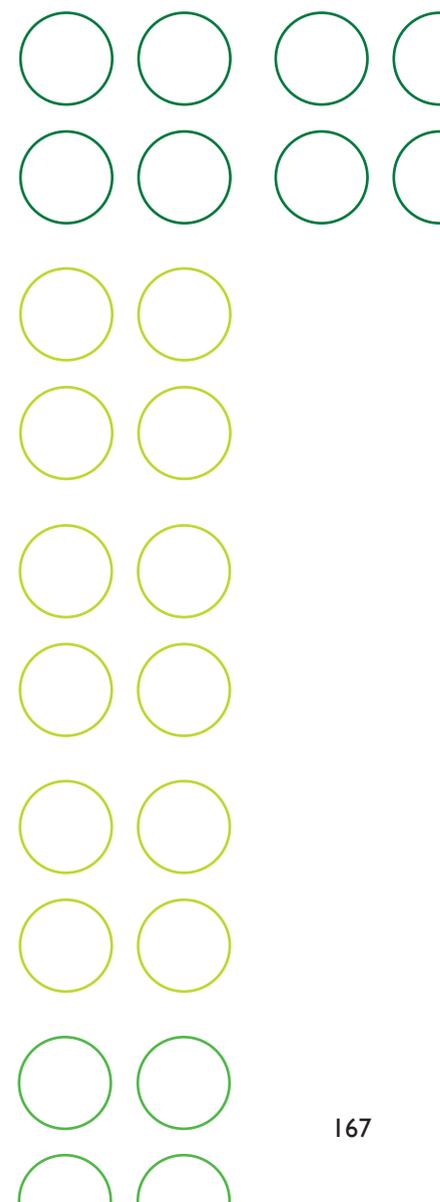
É óbvio que as questões relacionadas às crianças de rua têm muitas dimensões. Tanto podemos encará-las a partir de suas raízes estruturais (signo de uma séria patologia social brasileira) como problema político ou mesmo como objeto de uma ação pedagógica. Não se podem negligenciar a prostituição infantojuvenil, o uso da mão de obra infantil pelo tráfico e pelo crime, a ação de grupos de extermínio, toda a população atingida pela redução da maioridade penal etc.

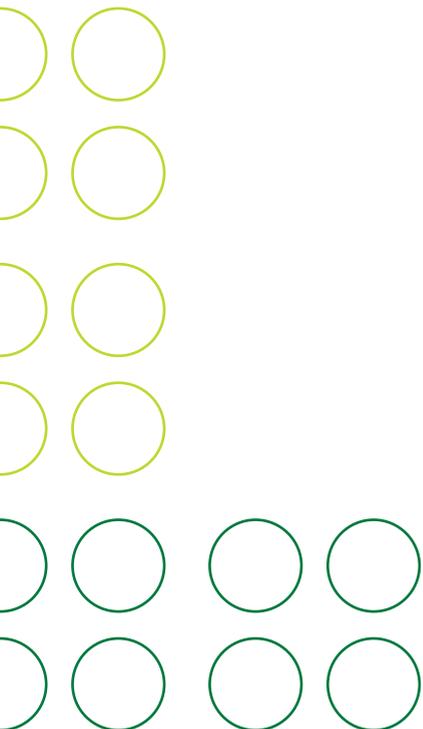
Para irmos além da denúncia, propusemos ações integradoras efetivas, não no sentido da cooptação alienante, mas no da integração crítica, norteadas pelos princípios da cidadania.

O Projeto Erê nasceu dessa compreensão. Mais precisamente, centralizada na compreensão da dimensão cultural como dimensão integradora, capaz de demolir muros do “gueto” – da experiência de confinamento social que toma contas das crianças de rua – e de explicitar e aprofundar conexões comunitárias. Nesse contexto, linguagens artísticas podem desempenhar um papel fundamental no processo de reintegração crítica, de recuperação da autoestima e



Sylvia Masini





do sentimento comunitário dessas crianças, propiciando um reordenamento pessoal capaz de fazer frente à experiência desagregadora da rua.

Trata-se, portanto, de fortalecer práticas e valores culturais em função do fortalecimento dos laços das crianças com a comunidade, antídoto do processo isolacionista em que elas estão mergulhadas. E isso só se faz mobilizando os setores culturais que já vêm cultivando e transmitindo os valores em questão. Especialmente no caso baiano, concentramo-nos na população negro-mestiça e em entidades ligadas a candomblés, à capoeira e aos blocos afro-carnavalescos.

Só assim poderemos atuar, fortalecendo os laços de uma população que se ignora, desconhece sua história, seu processo de formação, o sentido e a razão de sua fisionomia atual.

Em 2015, o MinC criou o prêmio “Escola: lugar de brincadeira, cultura e diversidade”, o primeiro no Brasil que integra cultura e Educação Infantil, e que apoia ações lúdicas nos espaços educativos para crianças. Um prêmio que teve como objetivo identificar, reconhecer, fomentar e incentivar práticas lúdicas, artísticas e culturais nas instituições públicas de Ensino Infantil, que desenvolvem ações comprometidas com a infância e a diversidade, e que valoriza sobretudo o brincar e as crianças como produtoras de arte e cultura.

A INFÂNCIA E O PLANETA

O planeta já tem desafios suficientes para exigir dos nossos sete bilhões de humanos toda sua coragem. As próximas décadas irão exigir da humanidade toda a sua disposição, sua solidariedade para enfrentar grandes crises. Em termos de planeta, vamos ter uma estrada um pouco acidentada pela frente. Não precisamos produzir tanto ódio entre nós.

A cultura do respeito à diferença não implica somente bons sentimentos de parte a parte. Os bons sentimentos talvez estejam latentes em cada um, mas eles florescem muito mais corajosamente quando são amparados por leis, por acordos, por consensos. Todo país tem suas leis, escritas ou implícitas. Leis são geralmente o resultado de discussões coletivas. Não podemos deixar que o grau de ódio ou rancor pessoal de cada legislador acabe fazendo pender a balança para um lado mais sombrio.

Cito nossa música: uma das facetas mais visíveis da nossa imagem em outros continentes e outros hemisférios. Ou nossos esportes, em que vemos brotar grandes atletas muitas vezes enfrentando as condições mais adversas; ainda que notemos uma pequena melhoria, capaz de elevar esse contingente para o dobro ou o triplo. São brasileiros de diferentes cores, diferentes credos, diferentes contas bancárias, diferentes rituais do viver, diferentes infâncias. Mas, na hora da música ou do esporte, sentem-se unidos pelo amor à música, pelo amor ao esporte.



Eduardo Ogata

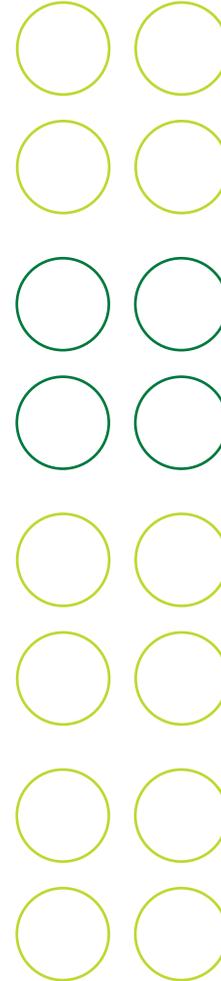


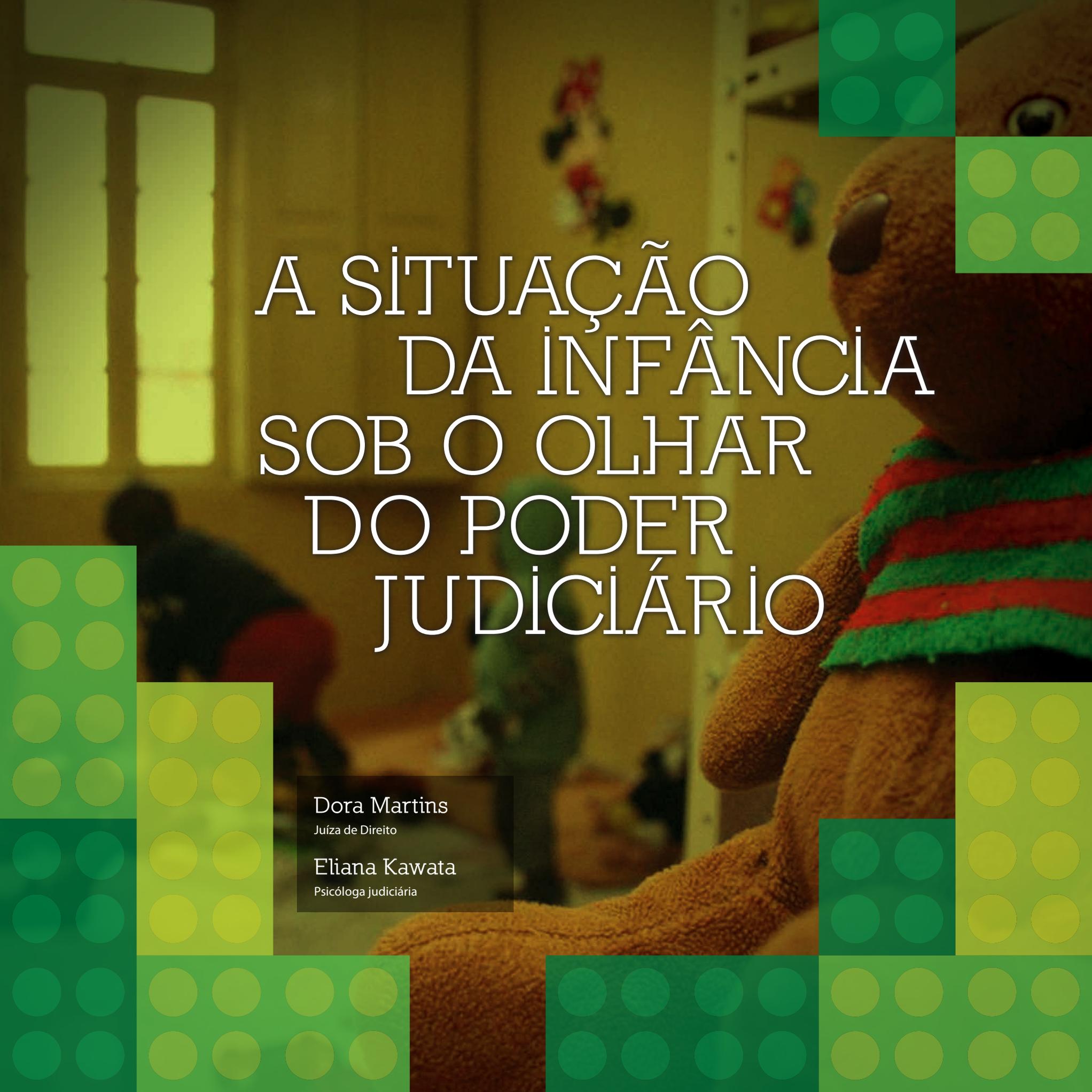
Que o nosso Brasil, então, herde esse espírito de fraternidade e respeito entre pessoas que sejam tão diferentes quanto são dois brasileiros quaisquer, tirados ao acaso. Vamos trabalhar por um momento de lucidez ao considerar nosso futuro como país e nosso futuro como espécie planetária.

A educação e a cultura cobrem áreas vizinhas e complementares da preparação dos brasileiros do futuro. Bem ou mal, com ganhos aqui e perdas ali, nosso país demonstra vitalidade, demonstra energia. Os nossos problemas são problemas de país em plena fervura e decantação. Temos defeitos graves, temos distorções de valores, temos erros e culpas como qualquer povo. Entretanto, somos um povo generoso, aberto para a vida, um povo que acolhe bem o que vem de fora e também cultiva com firmeza o que é, por direito, seu. O momento é de crise, crise mundial, mas não é dado ao navegador o poder de escolher com que tempo vai navegar. O tempo e o mar estão aí, o resto é com ele.

REFERÊNCIAS

- HUIZINGA, J. *Homo Ludens*: o jogo como elemento da cultura. Tradução João Paulo Monteiro. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.





A SITUAÇÃO DA INFÂNCIA SOB O OLHAR DO PODER JUDICIÁRIO

Dora Martins

Juíza de Direito

Eliana Kawata

Psicóloga judiciária

Infância é esse pedaço de vida que se quer feliz e inteira.

Quase todos nos lembramos de nossa infância, de nosso ser criança.

Alguns rememoram com saudades os momentos felizes desse período. Outros sofrem em razão de marcas indeléveis. E, embora, já adultos, muitas vezes, nós nos esqueçamos da criança que nos compõe, temos a infância vivida para sempre na alma, na pele e em nosso pleno sentir.

O que é certo, porém, é que a infância – ser criança – é assunto sério e objeto de cuidados do Estado e da sociedade.

Mas é preciso destacar que nem sempre foi assim. Houve um tempo em que a criança era mantida longe das questões do Estado, do Estado-Lei, do Estado-Justiça. E, quando aparecia pela rua, perdida, abandonada, ela era levada para longe dos olhos do público. Eram os tempos dos orfanatos, grandes casarões com centenas de crianças, pequeninas ou grandes, que inspiravam piedade e caridade somente, quando não desprezo e esquecimento. Eram os tempos dos “menores”, dos “carentes”, dos “abandonados”, da justiça de menores, do juiz de menores, e de um cuidado e atenção também estreito e menor.

Então, a criança que “dava trabalho”, andava solta por aí, sem eira nem beira, fazendo estripulias por demais, merecia uma política de tratamento com base na chamada “doutrina da situação irregular do menor”.

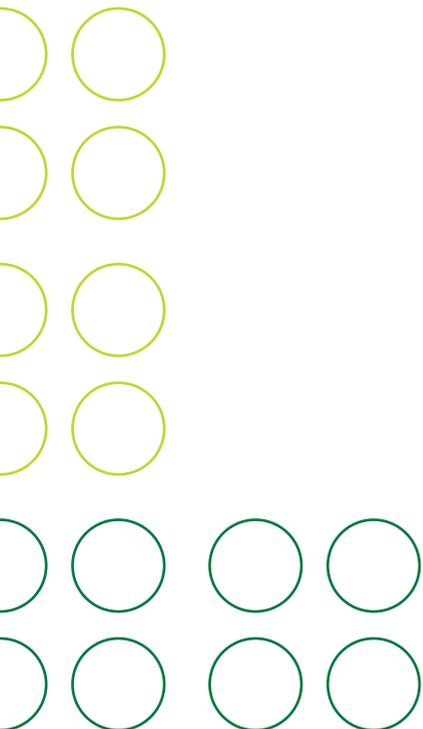
O Poder Judiciário implantou o primeiro “Juizado de Menores”, em 1923, e, por décadas, sob o argumento de dar-lhes proteção, levou crianças e jovens, sempre pobres, muitos deles negros, para o modelo de institucionalização. Foram tempos de distinção entre crianças pobres ou delinquentes e crianças ricas, portanto, fora do contexto social da dita delinquência. Em 1979, no mundo todo,urgia toda a conjuntura de normas e de convenções que declaravam e davam garantias aos direitos das crianças; por sua vez, o Brasil, na contramão da história, com seu Código de Menores (revogado pela Lei nº 8069, de 1990), firmava a doutrina da “situação irregular” da criança e do adolescente, destacando em seu artigo 2º:

Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor:

I – privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de:

- a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável;
- b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;

II – vítima de maus-tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável;



III – em perigo moral devido a:

a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes;

b) exploração de atividades contrária aos bons costumes;

IV – privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;

V – com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária;

VI – autor de infração penal [...] (BRASIL, 1990).

Eram todos, pois, considerados de modo único, como em “situação irregular”, fossem crianças e adolescentes vítimas de abandono, fossem considerados como pessoas com “desvio de conduta”.

E, por assim serem, tinham suas vidas judicializadas, e cabia a um juiz, com poder, então, discricionário, e sem observar garantias processuais, decidir sobre a vida e o futuro deles.

Esse Judiciário paternal, com grandes riscos de ser autoritário e não magnânimo, perdeu tal papel com a Constituição Federal de 1988.

A então nova Constituição, trazendo em seu bojo as diretrizes que já reverberavam pelo mundo, desde a Declaração dos Direitos do Homem, em 1948, e a Declaração dos Direitos da Criança, em 1959, assim expressa:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à 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, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

O grande trunfo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado dois anos depois da Constituição Federal, em 1990, foi afirmar o Direito da Criança e do Adolescente no Brasil, rompendo radicalmente com todos os preceitos que sustentavam a “doutrina da situação irregular”. E o Estatuto não só propiciou essa ruptura, como também trouxe novo e bem construído paradigma, apresentado em um conjunto de regras e conceitos operacionais, não mais centrado em um organismo (Justiça, juiz), determinando um atuar articulado e uma rede



Eduardo Ogata

interdisciplinar atenta para o sujeito de direito, que é cada criança e cada adolescente, sejam meninas ou meninos, sejam pobres ou ricos.

E o que embasou e norteia esse novo paradigma – a chamada doutrina de proteção integral – é o postulado do “interesse superior da criança” (ou interesse maior, ou melhor interesse), a qual se reconhece em condição sempre especial, como pessoa em processo de desenvolvimento.

Assim é que diz a Convenção Internacional sobre Direitos da Criança (1990), em seu artigo 3º, 1: “Todas as ações relativas às crianças, levada a efeito por instituições públicas ou privadas de bem-estar social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o maior interesse da criança”.

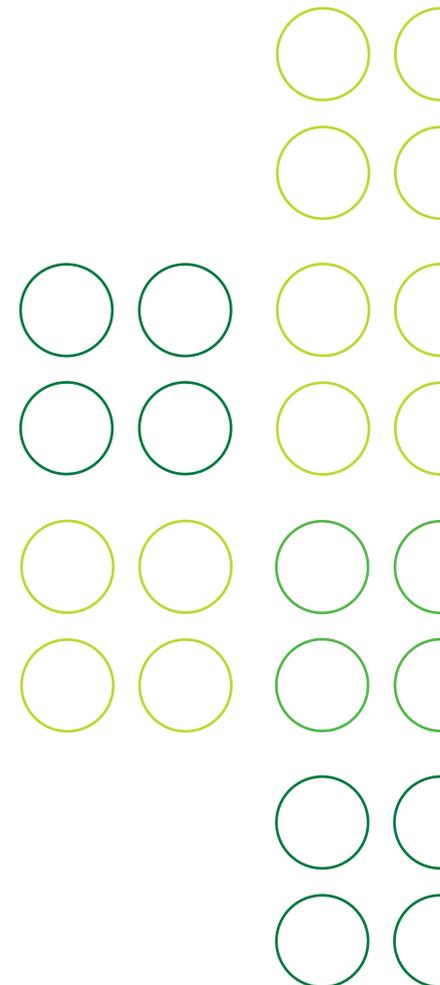
Sob esse novo paradigma trazido pelo ECA, que, não se olvide, sofreu rechaços e até aversão para seu pleno reconhecimento e aplicação, o Poder Judiciário posiciona-se como garantidor dos direitos das crianças e dos adolescentes, tanto sob o ponto de vista da jurisdição (de dizer o Direito, de aplicar a Lei), quanto em parceria com os demais agentes públicos e sociedade civil.

Nesse sentido, podemos citar que um novo perfil passou a ser exigido do Poder Judiciário, e a expectativa é de que ele, cada vez mais, posicione-se de forma ativa e sensível, impulsionando os movimentos da sociedade civil a favor dos direitos da criança e do adolescente, passando a utilizar sua autoridade para cobrar a efetivação dos direitos deles. E, de preferência, que assim o faça, em uma esfera preventiva, evitando com isso a judicialização de conflitos.

A criança, pelos ditames constitucionais, é sujeito de direitos fundamentais, a serem protegidos e garantidos pela família, pelo Estado e pela sociedade. Ela tem direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à dignidade e à convivência familiar e comunitária. A ação ou a omissão do Estado, ou a falta, a omissão ou o abuso dos pais exigem dos diferentes atores da rede de proteção imediata e pronta intervenção.

Cabe aqui registrar que, hoje, os adolescentes também representam um grande desafio para a sociedade e o Estado, exigindo políticas públicas efetivas para a educação, a saúde e o lazer, e medidas preventivas efetivas que logrem, um dia, evitar a abjeta estatística de jovens encarcerados ou mortos diariamente em confrontos policiais.

Trata-se aqui de rebater um posicionamento conservador, atualmente tão veiculado, que acredita que, reduzindo-se a maioria penal e aprisionando os jovens, será resolvida a questão da violência e criminalidade. Entretanto, não há dados que atestem que o rebaixamento da idade penal implique a almejada diminuição da criminalidade juvenil. Ao contrário, tudo indica que o encarceramento antecipado no sistema penal brasileiro colocará adolescentes em contato com os comportamentos reprodutores da violência, a qual tanto se quer combater.



A história da humanidade aponta-nos que as causas da violência e da desigualdade social não logram ser combatidas com mais violência e endurecimento das leis. O que se sabem necessárias são ações no campo da Educação e no estreitamento das relações comunitárias que, já comprovado, demonstram ser muito mais eficazes na diminuição da vulnerabilidade de centenas de adolescentes diante do crime e da violência. É urgente, pois, que se viabilize a criação de espaços positivos de protagonismo juvenil, para que se estanque a banalização da violência e se propicie a canalização dessa energia jovial e positiva para a construção de uma sociedade melhor.

A PRIMEIRA INFÂNCIA

Se os adolescentes exigem políticas públicas efetivas para sua inserção na sociedade, um olhar também exigente pede a primeira infância dos seres humanos, sujeitos de direito desde o nascimento.

Ao Poder Judiciário chega, diariamente, uma enorme leva de pedidos de garantia de direitos básicos e fundamentais das crianças – direitos a ter um convívio familiar, direito à creche e à Educação Básica de qualidade e gratuita, direito à saúde e ao bem-estar. A população, hoje mais ciente de seu rol de direitos e de seu acesso ao Judiciário, busca neste a solução de todos os tipos de conflitos, muitos dos quais lhes deveriam ser atendidos pelas políticas públicas ainda claudicantes.

Contudo, essa intensa judicialização de conflitos de ordem social assoberba o Poder Judiciário, que não consegue, ao fim e ao cabo, dar vazão imediata a tanta demanda; com isso, inverte, de modo perverso, a responsabilidade e comprometimento dos verdadeiros agentes públicos que deveriam, por meio de ações e condutas que lhes são ínsitas, dar atendimento a tais necessidades sociais. Há, pois, de se projetar meios eficazes para promover a desjudicialização de tantos conflitos acerca, por exemplo, de obtenção de direitos a atendimento médico e medicamentos e direito à Educação Básica e a creches.

O ESTADO, A SOCIEDADE E AS FORMAS DE ACOLHIMENTO

Meninos e meninas de todas as idades, e antes da maioridade, que, por algum motivo e durante certo tempo, estão fora de seu contexto familiar, e à espera, talvez, de encontrar um novo lar, ficam sob os cuidados do Estado, em situação chamada de acolhimento.

O ECA prevê duas formas de esse acolhimento acontecer: o institucional e o familiar. A primeira forma é bastante conhecida e utilizada, o conhecido “abrigo”, ou “instituição

acolhedora”, que veio substituir o que era denominado de orfanato. Este reunia centenas de crianças, sem se levar em conta a individualidade delas ou o fato de tê-las como sujeitos de direitos. O atual modelo de instituição acolhedora, com números restritos de crianças e adolescentes, prestigia, ao máximo, sua convivência o mais similar possível a um lar.

Ainda que, ante um número muito grande de crianças e adolescentes acolhidos pelas mais diversas razões, tem-se que estes, saídos do estado de abandono, não podem viver por tempo indeterminado em tais instituições de acolhimento mesmo que se saiba, ao contrário do que é veiculado pela mídia, que a situação dos serviços de acolhimento tenha melhorado muito e que há abrigos, especialmente os conveniados, que oferecem uma boa qualidade de cuidados das crianças e dos adolescentes que ali se encontram. Porém, toda criança e todo jovem que vive em instituição, embora bem cuidados, recebendo educação, alimento e estudo, almejam por sair dali para o encontro de uma família para não apenas “chamar de sua”, mas para ser de fato seu local de segurança e de afeto.

Em paralelo a todos os desafios decorrentes do trabalho com as instituições acolhedoras, cuja atuação envolve a rede social, o Poder Judiciário, conselhos tutelares e secretarias do Poder Executivo, tem-se a modalidade, pouco explorada, do “acolhimento familiar”. Mostra-se um grande desafio a implantação dessa outra modalidade de acolhimento nos casos de necessidade de afastamento de crianças e adolescentes de seu ambiente familiar por sua situação de risco.

A grande vantagem de tal modalidade é garantir à criança um ambiente de família, em contraposição ao ambiente da instituição dos serviços de acolhimento, nos quais todos são tratados de forma mais ou menos padronizada. Além disso, o cuidado e as relações afetivas estabelecem-se de forma profissional e esmerada, mas com a indelével e triste marca da impessoalidade.

O acolhimento familiar resgata essa “ideia de família” e, às vezes, fornece a primeira e inaugural noção de tal contexto – a família – para a criança ou o adolescente que nunca desfrutou desse vínculo. Tal acolhimento exige, para sua efetivação e seu sucesso, uma abordagem cuidadosa e técnica daqueles adultos que desejam atuar como “famílias acolhedoras”. Saber de seu papel importantíssimo e temporário na vida de um bebê, de uma garota ou garoto esperto de 5, 7 ou 10 anos, e estar pronto para deixá-lo ir para um lar definitivo, eis o desafio.

Não se trata de uma abordagem fácil ou corriqueira. Talvez não existam muitas famílias disponíveis para esse aprendizado do afeto compartilhado e profundo e da capacidade de desprender-se em prol do outro. Mas é algo que já ocorre em determinadas comarcas do Estado de São Paulo, em algumas experiências bem-sucedidas. Urge que tal tipo de acolhimento familiar componha uma política pública e envolva tanto os agentes técnicos quanto membros da sociedade. Com isso, as crianças serão poupadas de experiências marcantes e



Eduardo Ogata



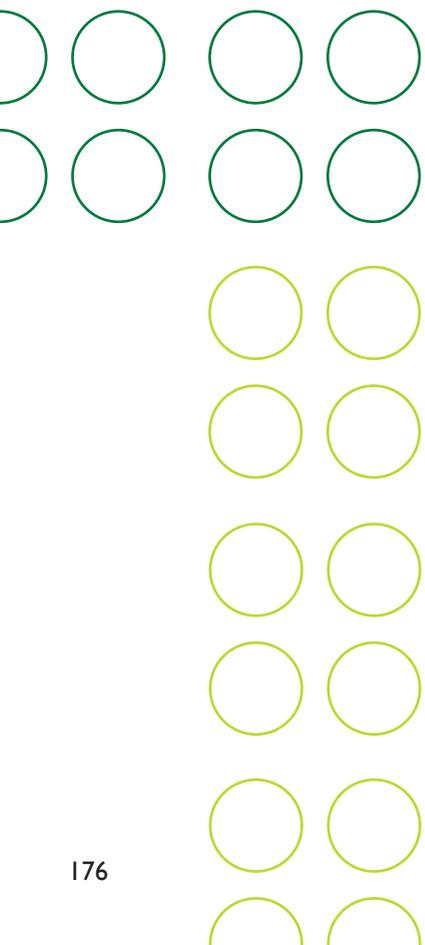
desnecessárias com a impessoalidade, e, às vezes, solidão, que uma instituição acolhedora, ainda que eficiente, não consegue evitar.

Nessa mesma senda de cuidados para garantia dos direitos daqueles que estão acolhidos, cabe destacar a situação limítrofe dos adolescentes, acima dos 12 anos, que, sem vínculos com família de origem, sabem, com a angústia que tal saber acarreta, que ficarão até os 18 anos na instituição, para dali sair, sozinhos, para o mundo, cuidando do autossustento e atingindo a vida adulta. Aos 18 anos, adultos (sob o ponto de vista psíquico e/ou emocional) esses jovens não serão. E a referida autonomia, para a qual foram preparados, restringe-se, quase sempre, a ter uma vida escolar relativamente regular e um trabalho, ainda incipiente. Muitos, ante tal quadro tão frágil, sucumbem, não resistem e buscam a via da criminalidade e do envolvimento com uso de entorpecentes. Assim, quando isso ocorre, ao Estado e à sociedade cabe o reconhecimento do fracasso no cumprimento de seu dever de garantir os direitos de cada criança e adolescente na caminhada para a cidadania e para o mundo adulto.

Reconhecendo que, somados aos bens materiais e humanitários que as instituições oferecem, faz-se necessário um investimento emocional, uma troca afetiva segura, uma referência para uma vida futura. Vale citar que, há algumas experiências investidas em projetos que visam amparar e apoiar esses jovens.

Recentemente, jovens acolhidos na região central de São Paulo protagonizaram uma experiência piloto, bem-sucedida, chamada Projeto de Apadrinhamento Afetivo. Voltado para jovens e algumas crianças e grupos de irmãos, reconhecidamente com mínimas chances de serem adotados ou de retornarem à família de origem, tal projeto vem apresentando excelentes resultados. Ele envolveu parcerias com instituições que desenharam a dinâmica do projeto e deram cumprimento a ela, com a seleção e o preparo de pessoas interessadas em apadrinhar, a concordância, a sensibilização e o preparo dos jovens envolvidos, e a necessária motivação e o envolvimento das instituições de acolhimento em que vivem os jovens. Tudo de modo a garantir-lhes o bom suceder da aproximação, do encontro e da construção de vínculos afetivos.

Trata-se de um projeto que não visa a adoção, tendo como objetivo a disposição afetiva de adultos para conviverem, como padrinhos, amigos, uma referência querida, com os jovens. Para tanto, são estabelecidos encontros com constância, senão semanal, no mínimo quinzenal. Sem compromisso financeiro ou material, padrinhos e madrinhas estão construindo, sempre com supervisão de parceiros técnicos, relações de afeto, respeito e confiança com esses jovens, medida essa que será de muita valia e importância para eles no momento que atingirem a maioridade e, após saírem do abrigo e irem viver só, responderem por si e por seus atos. Sozinho é mais difícil, senão dolorosamente temerário para muitos. Com o apoio e a referência afetiva de um padrinho ou madrinha, ou ambos, tal encargo do início da vida adulta, sem dúvida, mostrar-se-á mais alvissareiro e menos amedrontador.



A CRIANÇA E SEU DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR

A convivência familiar é um direito fundamental a ser garantido a toda e qualquer criança brasileira. Nosso país figura entre aqueles que apresentam altos índices de tráfico de crianças e de adoções ilegais, as ditas adoções “à brasileira”, tudo em ofensa aos direitos fundamentais das crianças vítimas de tais ações.

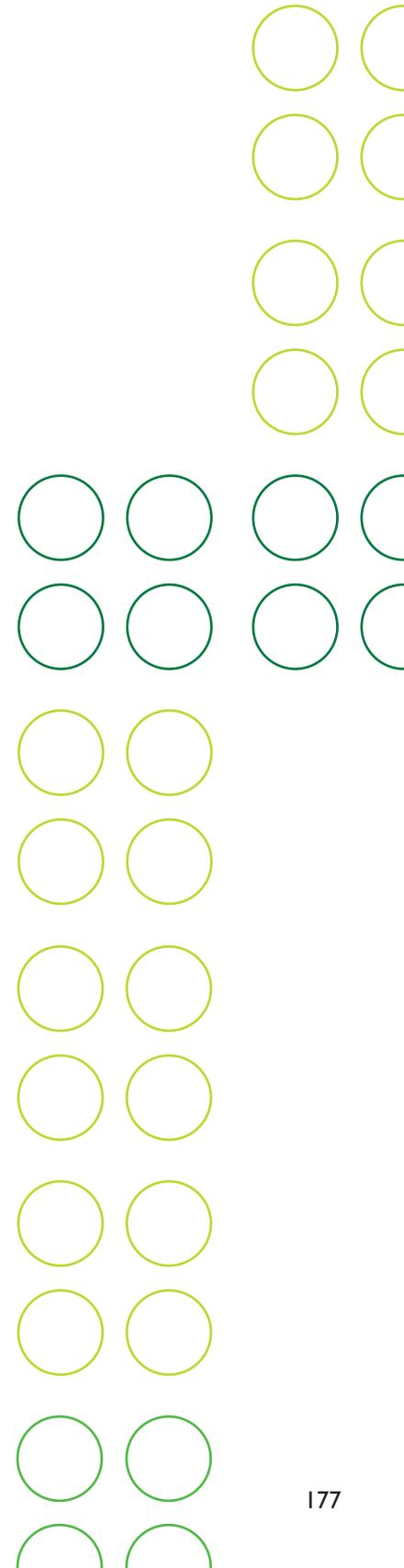
Assim, portanto, ao Poder Judiciário, cabe o ônus de promover o eficaz atendimento a essa sensível questão da infância e da juventude, atuando além do processo em si. Também estabelecendo contato amigável com a rede social, por meio de seu setor técnico (corpo de assistentes sociais e psicólogos), e construindo ações e projetos que visam atender direitos ou a restabelecer rapidamente aqueles que foram ofendidos. Vale citar que o Poder Judiciário não atua mais individualmente, ou com primazia – ele age também, em caráter preventivo, de preferência, em conjunto com a rede social que, por meio de políticas públicas adequadas, deve intervir, precocemente, para evitar danos e prejuízos a toda e qualquer criança e adolescente.

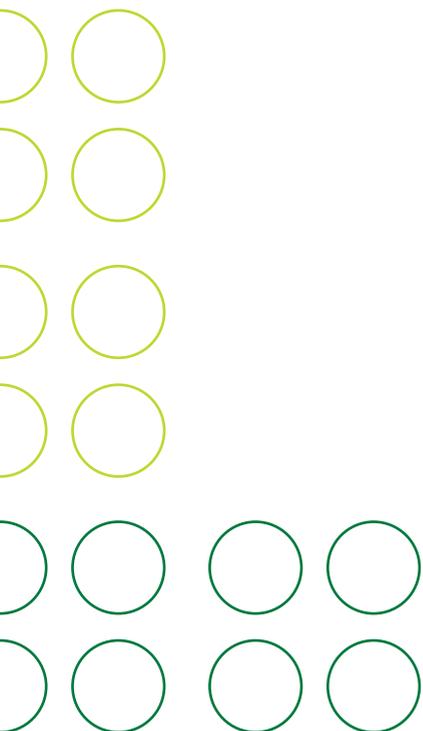
Portanto, esgotadas as atuações da rede socioassistencial e do Conselho Tutelar em busca da reintegração familiar, ao Poder Judiciário cabe fornecer prestação no atendimento de ações de Destituição do Poder Familiar e possibilitar a colocação das crianças em famílias substitutas, por meio da adoção legal, já que qualquer forma de acolhimento, seja institucional, seja familiar, apresenta um caráter de excepcionalidade e temporalidade.

Viver em família é direito básico de qualquer criança. Sabe-se que em uma família que se vai instituindo, amorosa e afetivamente, a criança já existe no desejo dos pais, no imaginário deles, mesmo antes de nascer. Assim se dá com o preparo do quarto, na aquisição do enxoval, na escolha do nome, na aposta da identidade sexual do bebê e, com tudo isso, os pais vão construindo um universo afetivo que irá receber aquele que um dia nascerá.

Mas, se tal direito, de nascer e ser recebido no seio familiar, é negado a um infante, independentemente do motivo, ao Estado cabe dar-lhe proteção, rigorosa, imediata e eficiente. Quase sempre, dentro de nossa sociedade cristã, crianças de tenra idade em estado de abandono ou vulnerabilidade suscitam compaixão, piedade e caridade. E, ante tal quadro, em muitos adultos, então, acende-se o desejo da adoção, para “fazer o bem”, “salvar a criança”, “dar-lhe um lar”. São nobres sentimentos, não se duvida, mas que nem sempre atendem, de modo profícuo, ao direito de a criança ter uma vida familiar digna e segura.

Daí a importância de, vencidas todas as possibilidades de viver em sua família de origem, a criança ser levada para outra, a qual se chama de família substituta, por meio do processo de adoção legal, realizada pelo Poder Judiciário.





Para isso, há regras legais estabelecidas que visam, mais que tudo, proteger o interesse maior da criança. A adoção legal não é, ao contrário do que dizem e comentam, um processo complicado, demorado, indefinido. É um processo que visa atender ao direito da criança, não apenas dar guarida ao direito ou ao desejo de um adulto ser pai ou mãe. Muitos, na expectativa de adotar um filho, muitas vezes por demais idealizado, tacham a adoção legal de complicada e apelam para a famigerada adoção à brasileira, a qual, além de abandonar a via legal, quase sempre mais atende a anseios de adultos do que protegem as crianças envolvidas.

Há alguns anos, com o intuito de inibir o tráfico de crianças e as adoções ilegais, o Conselho Nacional de Justiça criou e estabeleceu, no Brasil todo, um cadastro para reunir os dados dos interessados e aprovados para adoção e a relação de todas as crianças prontas para serem adotadas. Esse cadastro permitiu que se revelasse uma triste verdade: a maioria das crianças prontas para a adoção não estão na primeira infância, não são bebês brancos e “normais”. São meninos e meninas pardos, acima de 8 ou 9 anos de idade. E, em franca contradição a esses dados, tem-se a maioria dos pretendentes que desejam adotar bebês, entre zero e um ano de vida, e brancos. Embora, de pouco a pouco, a sociedade brasileira venha se sensibilizando e dando prestígio a adoções de crianças maiores e de qualquer etnia, ainda imperam essas informações de restrição e triste seletividade.

Tal descompasso é, muitas vezes, apontado na mídia sem esclarecimentos: há mais de 30 mil inscritos para a adoção e seis mil crianças para serem adotadas, e essa conta não fecha?! Culpa de quem? E a mira acusatória vira-se para um único ponto: o Poder Judiciário. Mas tal conclusão comporta correção. Se, muitas vezes, o Poder Judiciário, obediente aos trâmites legais, confere aos processos um compasso que aumenta esperas angustiosas e os anseios dos adultos, o fato é que a adoção visa, em primeiro lugar, atender ao interesse da criança; assim, para oferecer um lar para tantas crianças pequenas, ou grandes, brancas, pardas ou negras, é preciso que a sociedade busque se informar, conhecer, sensibilizar-se e preparar-se para ser pai e mãe de meninos e meninas, de tantas idades e tons de pele, que apenas querem ser felizes.

É uma informação deturpada aquela que diz que as adoções judiciais são trabalhosas e extremamente vagarosas. Há uma demora necessária para se avaliar e escolher corretamente quem irá, para sempre, ocupar na vida de um bebê ou de um adolescente o local efetivo e simbólico de um pai e uma mãe. Pais e mães, em conjunto ou não, dividindo a arte de constituir um familiar, que sejam todos, se não perfeitos, continentos e suficientemente bons, no cumprimento desse papel.

A criança abandonada e adotada em seguida continuará sua história com outros protagonistas familiares, que terão feito a escolha de se inscreverem como pais diante dela. Essa nova filiação, fora do biológico, será confirmada por um enquadre jurídico, que institucionalizará

o vínculo da criança com seus pais adotivos. Esse processo permitirá às interações psíquicas da filiação se colocarem em movimento. Assim sendo, o abandono e adoção são dois tempos da filiação que devem ser acompanhados (MARINOPOULOS apud TRINDADE-SALAVERT, 2010).

Daí a importância de a adoção ser sempre legal, sob o acompanhamento e a legitimação do Poder Judiciário, que, com sua equipe de especialistas, labora para permitir aos infantes, que já sofreram um abandono, a concretude de uma filiação consistente e segura.

Incomensurável será o prejuízo para a criança que, tristemente, venha a ser novamente abandonada, agora pelos pais adotivos, os quais, a certa altura, descobrem que se enganaram e querem, então, “devolver” (para onde? Para quem?) o “filho ou filha adotiva”, em acintosa demonstração de que ele ou ela, de verdade, nunca foi adotado(a).

Esse é o imenso risco de adoções realizadas irregularmente, por pessoas que, muitas vezes e quase sempre, com muita boa intenção diante de um lindo bebê, mudam de ideia quando esse mesmo bebê chega à adolescência. E, quando tal acontece, o mal, irreversível, e inaceitável, está feito.

Há algum tempo, vêm-se intensificando decisões judiciais de responsabilização de adotantes que abandonam seus filhos, em especial na adolescência, época de desafios para qualquer família, biológica ou não. Por certo, nenhuma reparação, de cunho material, proverá o adolescente abandonado do que ele mais necessita, qual seja, a segurança afetiva daqueles que ele acreditava serem seus pais.

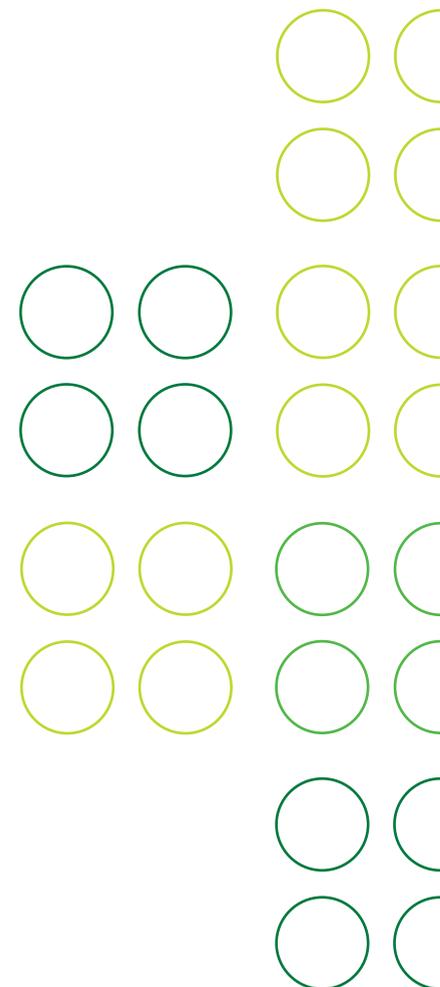
Adoção é composição de desejos vários, é “gravidez psíquica” dos que se dispõem a constituir uma unidade familiar. E isso exige tempo, um processo de maturação psíquica que deve ser acompanhado pelo setor técnico judicial, tudo no ensejo de bem cuidar do futuro acolhimento da criança nesse novo lar. Afinal, como bem se sabe, não é incomum haver uma gravidez indesejada e não planejada, mas, definitivamente, não se pode permitir que uma criança seja adotada no impulso, por acaso, no imprevisto, na ilicitude.

Assim, pois, descritas essas interfaces do Poder Judiciário com a sociedade e o Estado, para garantir e fazer realizar direitos das crianças e dos adolescentes, permite-se concluir com um trecho do poema “Diante de uma criança”, de Carlos Drummond de Andrade, poeta, contista e cronista brasileiro:

Mas que fazer para consolo desta criança? Como em seu íntimo acender uma fagulha de confiança? Eis que acode meu coração e oferece, como uma flor, a doçura desta lição: a dar a meu filho meu amor. Pois o amor resgata a pobreza, vence o tédio, ilumina o dia e instaura em nossa natureza a imperecível alegria (ANDRADE, 1996).

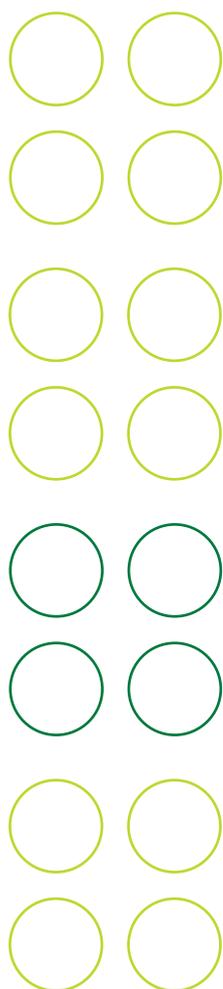


Eduardo Ogata



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. D. *Farewell*. Rio de Janeiro: Record, 1996. p. 53.
- BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- _____. _____. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. *Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança*. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- MARINOPOULOS, S. O acompanhamento às mães que abandonam. In: TRINDADE-SALAVERT, I. (Org.). *Os novos desafios da adoção: interações psíquicas, familiares e sociais*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2010. p. 109-110.







A RENDA BÁSICA DE CIDADANIA E A PRIMEIRA INFÂNCIA*

Eduardo Matarazzo Suplicy

Secretário de Direitos Humanos e Cidadania do
município de São Paulo

* Conferência de encerramento do XVI Congresso Internacional da Bien, a ser realizado em Seul, na Coreia do Sul, no período de 7 a 9 de julho de 2016. Conferência para o Seminário Internacional sobre a Renda Básica ou sobre a Renda Cidadã Universal organizado pelo Senado mexicano e pela Cepal, a ser realizado em 19 e 20 de abril de 2016. Contribuição para o livro *Política integrada para a primeira infância* sobre o Programa São Paulo Carinhosa e Programa Brasil Carinhoso (programas de São Paulo e do Brasil), do Programa da Prefeitura de São Paulo do prefeito Fernando Haddad, junho de 2016.

Meus queridos participantes do XVI Congresso Internacional da Rede Mundial de Renda Básica, do Seminário Internacional da Renda Básica, organizado pelo Senado Mexicano e pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), e todos que interagiram comigo na municipalidade de São Paulo, especialmente a Sra. Ana Estela Haddad, coordenadora do Programa São Paulo Carinhosa (de 02/02/2015 a 10/04/2016).

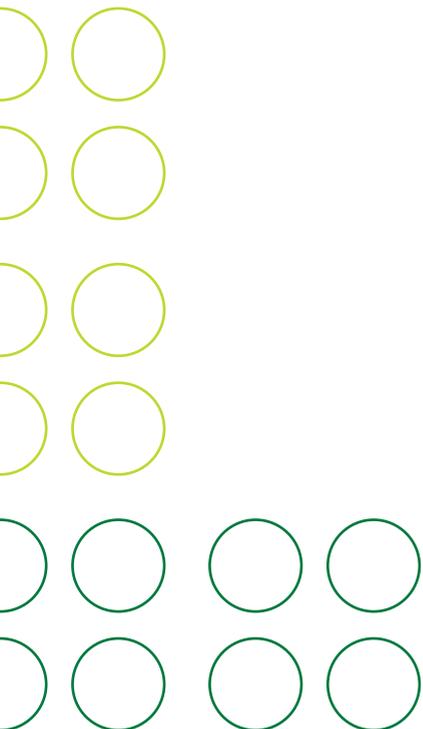
É uma honra ser convidado pelo Sr. Hyosang Ahn e pelos organizadores do XVI Congresso Internacional da Rede Europeia de Renda Básica (Basic Income European Network – Bien) para realizar a conferência de encerramento desse evento, que acontecerá em julho de 2016, em Seul, na Coreia do Sul. Trata-se do primeiro Congresso da Bien na Ásia. Agradeço ainda o convite ao Senado mexicano, à Cepal e aos membros do Programa São Paulo Carinhosa.

Desde que a Bien tornou-se a Rede Mundial de Renda Básica, durante o X Congresso Internacional celebrado em Barcelona, em 2004, tivemos o XI em Capetown, na África do Sul, em 2006; o XII em Dublin, na Irlanda, em 2008; o XIII em São Paulo, no Brasil, em 2010; o XIV em Munique, na Alemanha, em 2012; e o XV em Montreal, no Canadá, em 2014.

Quando uma coisa boa acontece a uma pessoa, é bom que ela conte aos amigos. Portanto, gostaria de informá-los de que, no dia 2 de fevereiro de 2016, fiquei extremamente feliz quando a Universidade Católica de Louvain me concedeu o título de *doutor honoris causa*. Além de mim, foram agraciados Paola Viganò, arquiteta italiana, e Jimmy Wales, fundador norte-americano da Wikipédia. A condecoração ocorreu quando se comemoravam os 500 anos da publicação de *Utopia*, em que Thomas More explica tão bem por que devemos garantir a sobrevivência de todos os seres humanos.

Em um diálogo sobre as consequências da pena de morte, instituída na Inglaterra no início do século 16 e que era incapaz de contribuir para a diminuição da criminalidade violenta, de assaltos, roubos e assassinatos, o viajante português Rafael Hitlodeu observou precisamente a um cardeal e a outro colega: “Muito mais eficiente que não ter alternativa para uma pessoa de primeiro se tornar um ladrão e então se transformar em um cadáver é garantir a sobrevivência de todos” (MORE, 2015). Baseado nessa reflexão, um amigo de Thomas More, o espanhol Juan Louis Vives escreveu ao prefeito de Bruges *De subventionem pauperum sive de humanis necessitatibus*, um tratado sobre a pobreza, no qual, pela primeira vez, ele propôs uma renda garantida aos habitantes daquela cidade.

Como um estudo sobre as origens dessa proposta ganhou um prêmio em um concurso organizado pela Fundação King Baudouin, em 1984, seu autor, o professor Philippe Van Parijs, usou esse fundo para organizar uma Conferência na Universidade Católica de Louvain, em 1986, na qual, aproximadamente, 50 dos mais dedicados autores em estudos sobre como erradicar a pobreza e a desigualdade e promover justiça se reuniram e decidiram fundar um fórum para estudar todas as formas de transferência de renda e meios para alcançar os objetivos



de construir uma sociedade justa. Eles concluíram que seria importante criar um fórum que lutaria para instituir uma renda básica incondicional em todos os países da Europa. Quando jantavam durante o encontro, um dos estudiosos disse “*Bien*”. E outro: “Essa é uma bela palavra”. E assim fundaram a Basic Income European Network (Bien – Rede Europeia da Renda Básica). Este ano, a Bien completa 30 anos. Desde 1986, a rede organiza congressos internacionais em que economistas, filósofos, sociólogos, cientistas sociais e ativistas de todas as nações se encontram a cada dois anos para debater os avanços dessa proposta.

Nasci em São Paulo, em 21 de junho de 1941, em uma casa muito bonita e confortável, oitavo de onze irmãos e irmãs, que meus pais Paulo Cochrane Suplicy e Filomena Matarazzo Suplicy tiveram. Minha mãe decidiu que eu nasceria em casa e não na maternidade. Ela me disse que dei muito trabalho porque nasci com uma cabeça muito grande. Meus pais tinham uma situação financeira muito boa e nos transmitiram, a mim e a meus irmãos, valores e exemplos importantes. Meus pais costumavam dizer que deveríamos sempre permanecer unidos e perpetuar os valores da fraternidade e solidariedade. Segundo eles, esses valores deveriam ser praticados além dos muros de nossa casa. Desde minha infância e adolescência, notava que, ao redor das pessoas com quem eu costumava viver, tínhamos todos os recursos para ter uma boa vida, oportunidades de educação, carros, lugares para passar as férias e assim por diante. Porém, em nossa cidade, apesar do rápido progresso, e no nosso país, podíamos ver tantas pessoas que continuavam pobres, dormindo nas ruas ou vivendo em favelas e cortiços, e tendo poucas oportunidades. Sendo um bom atleta que praticava futebol, basquete, natação, voleibol e muitos outros esportes, desde meus 15 anos de idade, também praticava boxe em diversas academias de São Paulo. Esse era um esporte praticado principalmente por membros da classe trabalhadora. Tornei-me amigo de muitos deles e tentei entender suas dificuldades.

Estudei em bons colégios católicos: o Ensino Fundamental na Escola Nossa Senhora das Graças e o Ensino Médio no Colégio São Luís. Quando tinha 15 anos de idade, li a biografia de Galileu Galilei e assisti a um filme sobre Nicolau Copérnico. Fiquei entusiasmado com o desejo deles de encontrar a verdade. Então, decidi cursar minha graduação em Administração de Empresas na Fundação Getulio Vargas. Tranquei o curso por um semestre após o segundo ano para passar um tempo visitando países da Europa Oriental e da Ocidental, pois pretendia conhecer o socialismo, capitalismo e marxismo, e entender o progresso do Mercado Comum e dos países socialistas. Após viajar por catorze países e visitar o Muro de Berlim, convenci-me de que seria importante lutar por um mundo melhor sempre baseado em meios democráticos e não violentos. Uma vez terminado meu bacharelado em Administração de Empresas, trabalhei por um ano no Escritório Suplicy, com meu pai. Mas, em fevereiro de 1966, disse a meus pais que gostaria de participar de um concurso para me tornar professor de Economia da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas. Aprovado no concurso, pude terminar meu mestrado (1968) e mais tarde meu Ph.D. em Economia (1973) na Universidade Estadual de Michigan, com um período de estudo



Arquivo pessoal Eduardo Suplicy

de quinze meses na Universidade de Stanford. Durante esse tempo, familiarizei-me com o conceito de uma renda garantida introduzida na forma de um imposto de renda negativo como uma das formas de erradicar a pobreza.

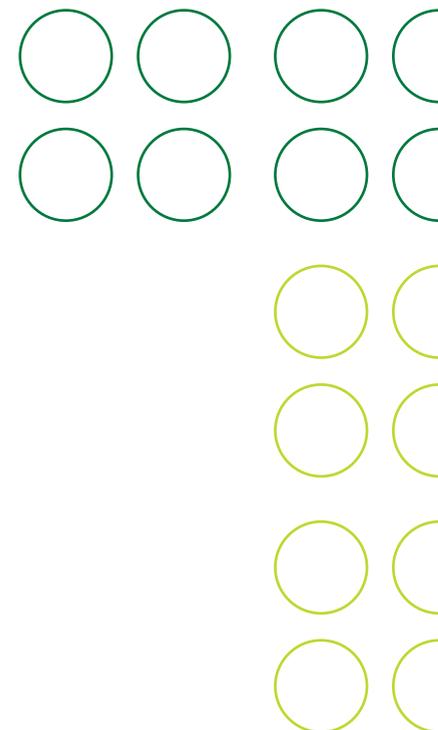
Após retornar ao Brasil, além de lecionar na Fundação Getulio Vargas, comecei a publicar artigos na imprensa brasileira, no jornal *Última Hora*, na revista *Visão* e, principalmente, na *Folha de S. Paulo*. Em 1976, alguns amigos me disseram: “Seus artigos estão sendo muito lidos, principalmente pelos jovens. Nós achamos que você deveria considerar ser um representante do povo”. Em 1978, fui eleito deputado estadual representando o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em 1980, fui cofundador do Partido dos Trabalhadores (PT). Em 1982, elegi-me deputado federal e, em 1988, vereador e presidente da Câmara Municipal de São Paulo. Em 1990, 1998 e 2006, fui eleito senador representando o PT e o Estado de São Paulo. Já em abril de 1991, apresentei para o Senado o primeiro projeto de lei para instituir o Programa de Garantia da Renda Mínima por meio de um imposto de renda negativo. O programa foi aprovado em dezembro de 1991.

A partir do debate sobre o projeto de lei entre economistas, o professor José Márcio Camargo, da Universidade Católica do Rio de Janeiro, observou que uma renda mínima garantida deveria ser fornecida, primeiramente, a famílias pobres com filhos jovens, desde que eles estivessem frequentando a escola. Isso seria uma maneira de cortar um dos ciclos viciosos da pobreza. Camargo escreveu artigos sobre isso. Em 1995, três experiências seguindo essa linha começaram no Distrito Federal, em Campinas e Ribeirão Preto. Os resultados positivos fizeram a ideia se espalhar por diversos municípios. Muitos projetos de lei apareceram no Congresso Nacional. Em 1997, o presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou uma lei que dizia que a União financiaria 50% dos projetos dessa natureza em municípios brasileiros. Isso se tornou ainda mais relevante em 2001, quando ele estendeu para 100% de financiamento, que seria destinado a todos os municípios brasileiros que solicitassem o Programa de Garantia de Renda Mínima relacionado a oportunidades educacionais, também chamado de Programa Bolsa Escola. Após isso, vieram o Bolsa Alimentação, o Programa de Auxílio Gás e, em 2003, o Programa Cartão Alimentação, instituído pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Em outubro de 2003, o presidente Lula decidiu unificar e racionalizar os quatro programas no Programa Bolsa Família, que fornece uma renda complementar para todas as famílias com uma renda *per capita* abaixo de certo nível, atualmente R\$ 154,00 *per capita* por mês, desde que algumas condições relacionadas a oportunidades educacionais e de saúde sejam cumpridas.

Desde 1992, comecei a me familiarizar com o conceito de renda básica incondicional. Em 1994, participei do V Congresso Internacional da Bien, quando pude interagir com todos os seus membros. Desde então, participei de todos os congressos internacionais da BIEN, exceto em 1998, em Amsterdã, já que praticamente coincidiu com as eleições para o Senado brasileiro. Mais e mais, fiquei convencido de que essa seria a melhor forma de erradicar a pobreza, construir uma sociedade justa e promover liberdade verdadeira e dignidade para todos. Em



Arquivo pessoal Eduardo Suplicy



dezembro de 2001, apresentei um novo projeto de lei no Senado brasileiro para instituir uma Renda Básica da Cidadania a todos os residentes brasileiros, incluindo estrangeiros vivendo no Brasil por cinco anos ou mais, incondicionalmente.

Quando o relator estudou a proposta, o senador Francelino Pereira, 81 anos de idade, do Partido da Frente Liberal (PFL), partido mais conservador, disse-me: “Eduardo, é uma ótima ideia, mas você deveria torná-la compatível com a Lei de Responsabilidade Fiscal, de acordo com a qual para cada gasto você deve ter uma receita correspondente. Você aceitaria um parágrafo dizendo que a Renda Básica da Cidadania será instituída passo a passo, de acordo com critério do Executivo, levando em consideração primeiramente aqueles que mais necessitam, como o Bolsa Família faz?”. Lembrei-me das lições de James Edward Meade em *Agathotopia*. De acordo com o economista britânico, o importante é se mover firme e gradualmente em direção aos objetivos que você acredita serem os corretos, porque, se quer alcançar todos os objetivos de uma vez, muitas instabilidades políticas podem acontecer, como o próprio Meade viu ao longo do século 20 em que viveu (1907-1995). Decidi aceitar esse parágrafo. Graças a isso, o Senado brasileiro, em dezembro de 2002, e a Câmara dos Deputados, em dezembro de 2003, aprovaram a proposta. O projeto seguiu para a sanção do presidente Lula. O ministro de Finanças, Antonio Palocci, disse ao presidente: “Desde que a Renda Básica da Cidadania seja introduzida gradualmente, é viável, você pode sancionar”. E assim ele o fez em 8 de janeiro de 2004, doze anos atrás.

O Brasil tornou-se a primeira nação no mundo a aprovar uma lei, pelo Congresso Nacional, e sancionada pelo presidente para instituir uma renda básica incondicional, ainda que gradualmente. Desde então, falei para muitas plateias em todo o Brasil e em outros países de que devemos avançar em direção à Renda Básica de Cidadania. O Programa Bolsa Família, que tinha 3,5 milhões de famílias beneficiadas em dezembro de 2003, hoje beneficia 13.969.599. Se considerarmos uma média de 3,5 membros por família, isso corresponde a quase 50 milhões de habitantes ou um quarto da população de 204 milhões de habitantes. Nos anos 1990, éramos o terceiro país mais desigual do mundo. Fizemos progresso, mas ainda somos o 16º país mais desigual do mundo. Portanto, também precisamos considerar todos os esforços, incluindo a melhoria da qualidade de educação para as crianças, os adolescentes e adultos, todas as medidas para melhorar a qualidade de serviços públicos de saúde, estímulo a cooperativas, ao microcrédito, à expansão da reforma agrária, melhores condições de moradia e também instituir a Renda Básica da Cidadania.

AS ATUAIS REGRAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

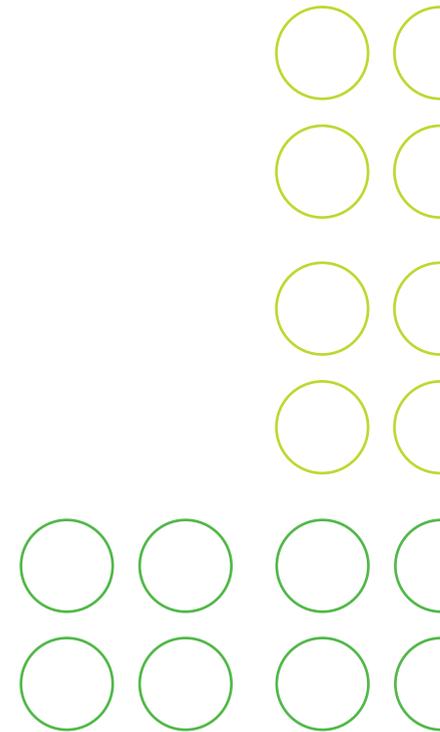
Desde julho de 2014, cada família no Brasil com uma renda *per capita* mensal inferior a R\$ 154,00 torna-se habilitada para usufruir dos benefícios garantidos pelo Programa Bolsa

Família.¹ Em dezesseis de março de 2016, um dólar equivalia a R\$ 3,7610, e um euro, a R\$ 4,1790. Se a renda *per capita* da família é inferior a R\$ 77,00, o benefício básico é R\$ 77,00 acrescido de R\$ 35,00, R\$ 70,00, R\$ 105,00, R\$ 140,00 ou R\$ 175,00, respectivamente, se a família tem um, dois, três, quatro, cinco ou mais filhos com até 15 anos e 11 meses de idade; mais R\$ 42,00 e R\$ 42,00, totalizando R\$ 84,00, se a família tem um ou dois adolescentes na faixa de 16 a 18 anos de idade. Há condicionalidades: se a mãe estiver grávida, ela deverá ir aos postos de saúde da cidade regularmente para fazer o pré-natal e monitorar sua saúde até o nascimento de seu bebê; os pais devem levar as crianças de até 6 anos de idade aos postos de saúde para que possam receber as vacinas necessárias, de acordo com o calendário de imunização do Ministério da Saúde; crianças de 7 a 15 anos e 11 meses devem frequentar ao menos 85% das aulas da escola, e adolescentes de 16 a 18 anos de idade, ao menos 75%.

Desde o início de sua administração, em janeiro de 2011, a presidenta Dilma Rousseff anunciou que o principal objetivo do governo é erradicar a extrema pobreza no Brasil por meio do Programa Brasil Sem Miséria, do Programa Bolsa Família e de diversas outras medidas criadas para garantir a inclusão social para todos os brasileiros. Essas medidas incluem expansão da reforma agrária; oferta de crédito para famílias de produtores rurais; expansão de melhores oportunidades de educação; aumento no número de creches; incentivo a cooperativas; meios de expansão do microcrédito; o programa de moradia Minha Casa, Minha Vida; o Programa Bolsa Verde, que oferece uma renda de R\$ 300,00 a cada três meses para famílias vivendo em áreas protegidas como florestas, desde que contribuam para a sua preservação; o Programa Luz para Todos, que torna eletricidade disponível em áreas remotas; construção de cisternas em áreas secas para coletar a água durante temporadas de chuva; bem como melhorias no Sistema Único de Saúde, particularmente por meio da construção de novas unidades de saúde em áreas onde vivem pessoas pobres.

A respeito do Programa Bolsa Família, a presidenta Dilma anunciou, em junho de 2011, a Busca Ativa. Se uma família está habilitada para usufruir do Programa Bolsa Família, mas ainda não recebe os benefícios, então todos os governos estaduais e municipais, organizações civis como associações de comerciantes, sindicatos de trabalhadores e cidadãos comuns devem dizer aos membros dessa família que eles possuem o direito de se inscrever no programa para começar a receber os benefícios. Esse esforço foi feito para informar às famílias sobre onde poderiam se inscrever no programa e usufruir dos benefícios na respectiva administração municipal. O ministro de Desenvolvimento Social e Luta contra a Fome estima que mais de um milhão de famílias se inscreveram para o programa desde junho de 2011. O orçamento estimado para

¹ O governo brasileiro considerou a linha de extrema pobreza definida pelo Banco Mundial, adotada pelos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas, de US\$ 1,25 *per capita* por dia, de acordo com a Paridade de Poder de Compra, que, no início do Plano Brasil sem Miséria, em junho de 2011, significava R\$ 67,00 por mês. Em 16 de março de 2016, período em que o dólar valia R\$ 3,7610, US\$ 1,25 era igual a R\$ 4,7125, valor que multiplicado por 30 dias resultava em R\$ 141,0375 por mês.



o Programa Bolsa Família, em 2014, atingiu R\$ 25,9 bilhões e, em 2015, algo em torno de R\$ 28,2 bilhões ou quase 0,48% do Produto Interno Bruto do Brasil de U\$ 5,8 trilhões.

Em maio de 2012, a presidenta Dilma Rousseff lançou o Programa Brasil Carinhoso, por meio do qual todas as famílias que usufruem dos benefícios do Programa Bolsa Família² e com crianças de até 6 anos de idade recebem um suplemento de renda designado para garantir que suas rendas mensais *per capita* sejam de, ao menos, R\$ 77,00. Novas medidas também foram anunciadas para todo o Brasil, como um aumento em 1.512 no número de creches, além da construção de 6.427 novas escolas de jardim de infância até 2014 e iniciativas na área da saúde, como suplementação de vitamina A e ferro para crianças de famílias pobres e provisão gratuita de medicamentos contra asma.

Em novembro de 2012, a presidenta anunciou a expansão do Programa Brasil Carinhoso, por meio do qual famílias com crianças e adolescentes de 7 a 15 anos de idade também se tornam habilitadas a um suplemento para garantir que o nível de renda de todos os membros seja de, ao menos, R\$ 77,00 por mês, como foi aprovado, em junho do mesmo ano, para família com crianças de até 6 anos de idade. Essa expansão beneficiou 8,1 milhões de crianças de até 15 anos de idade. No total, a renda suplementar estaria disponível para 16,4 milhões de brasileiros, permitindo a superação de sua situação de extrema pobreza. A suplementação começou a ser paga em 10 de dezembro de 2012.

Com outros instrumentos de política econômica, o Programa Bolsa Família contribuiu para reduzir a extrema pobreza e os níveis de desigualdade no Brasil. O Coeficiente de Gini, que atingiu a marca de 0,599 em 1995 e 0,601 em 1996, diminuiu gradualmente todos os anos para 0,569 em 2001, 0,569 em 2002, 0,560 em 2003, 0,555 em 2004, 0,548 em 2005, 0,544 em 2006, 0,531 em 2007, 0,526 em 2008, 0,521 em 2009, 0,506 em 2011, 0,505 em 2012 e 0,501 em 2013. Esses indicadores levam em conta a remuneração de todas as origens. Em 2014 e 2015, a economia brasileira começou a entrar em um período de dificuldades. Há sinais de que o Coeficiente de Gini de desigualdade aumentou um pouco, junto com as menores taxas de crescimento e aumento do desemprego.

É relevante registrar um estudo recente publicado pelos professores Marcelo Medeiros, Pedro H. G. F. Souza e Fabio Ávila Castro, “A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006 a 2012”, que considera não apenas os dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), mas também os dados da declaração de renda para a Receita Federal. De acordo com os autores, houve uma estabilidade na desigualdade de renda entre 2006 e 2012. Esses resultados foram citados por Thomas Piketty em recente visita ao Brasil, em novembro de 2015. Segundo Piketty, devemos ter muito mais transparência em nossa renda e dados de riqueza e encorajar o Brasil a ter um sistema progressivo de taxaçaõ de renda e riqueza.

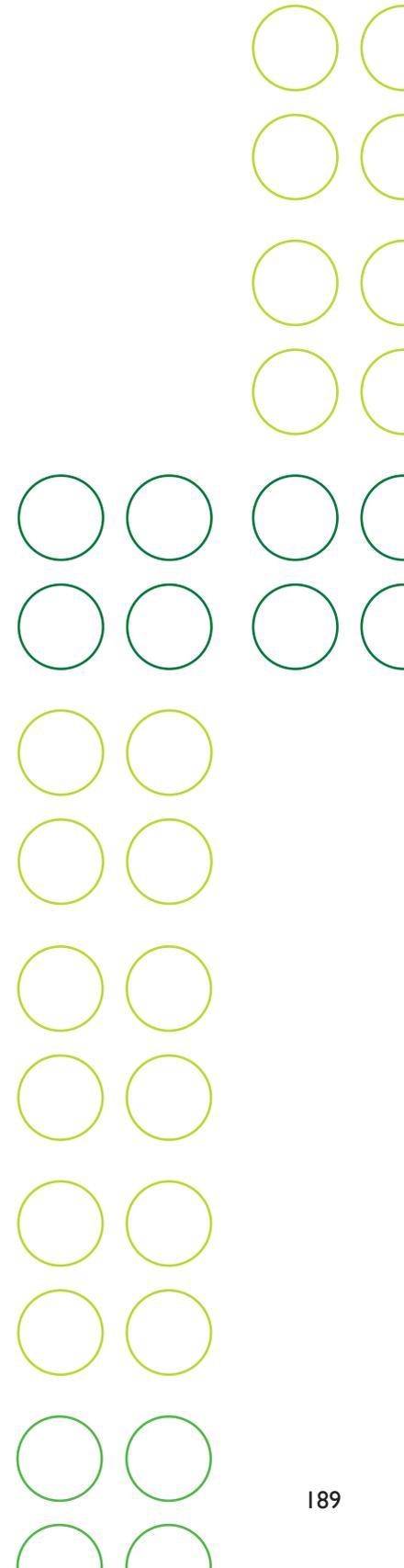
² Espera-se, portanto, que o governo em breve faça o devido reajuste dos valores do Programa Bolsa Família.

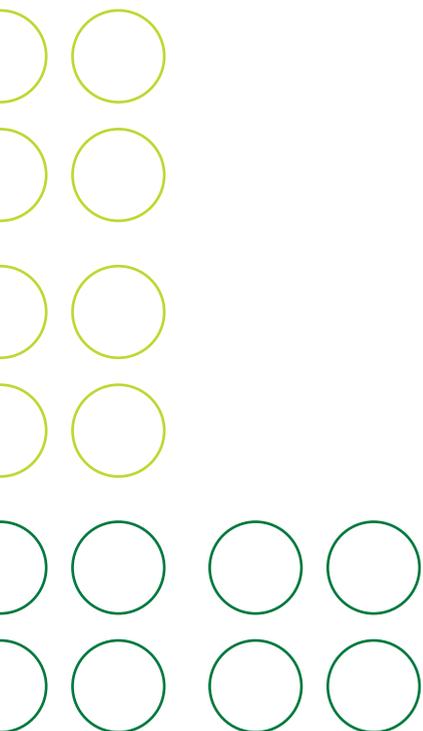
Apesar do progresso feito, o Brasil ainda é um dos países mais desiguais do mundo. De acordo com o Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), enquanto os 10% mais pobres do Brasil recebem apenas 1,1% do rendimento total do país, os 10% mais ricos recebem mais que 44,5%. Na lista do Banco Mundial, de 2012, dos países por igualdade de renda, o Brasil teve o 16º maior Coeficiente de Gini e foi classificado em 16º entre os países mais desiguais do mundo. Para avançar com mais efetividade na erradicação da extrema pobreza e garantir maior igualdade e liberdade verdadeira para todos os cidadãos, o Brasil deve implementar a Renda Básica da Cidadania.

Em 1992, Antônio Maria da Silveira e eu ficamos muito satisfeitos com a aprovação pelo Senado da lei que previa uma renda mínima garantida por meio de uma taxaço negativa de renda. Após ele retornar de uma viagem aos Estados Unidos e à Europa, questionei-o sobre a situação do debate acerca desse assunto. Silveira disse que muitas pessoas estavam falando sobre a renda básica incondicional e me deu uma cópia de um livro editado por Philippe Van Parijs (1992) intitulado *Argumento para a renda básica: fundamentos éticos para uma reforma radical*. Minha primeira reação foi de que deveríamos assegurar uma renda mínima apenas para aqueles que não ganhavam o suficiente para garantir as necessidades básicas. No entanto, após estudar as vantagens da proposta em literaturas mais especializadas e depois de começar a participar dos congressos sobre esse tema – desde o 5º Congresso Internacional da Bien realizado em Londres e em quase todos os congressos seguintes –, mais e mais me tornei um apoiador entusiasta de uma Renda Básica de Cidadania incondicional, ao ponto de dedicar muito do meu tempo e da minha energia à causa, mesmo como senador do Brasil eleito três vezes para mandatos de oito anos em 1990, com 4,2 milhões de votos ou 30% de todos os votos válidos; em 1998, com 6,72 milhões de votos ou 43%; e em 2006, com 8.986.803 votos ou 47,82%.

Em minha última tentativa para ser eleito senador pela quarta vez no Estado de São Paulo, em outubro de 2014, não obtive sucesso. Houve uma espécie de *tsunami* sobre o PT do meu Estado, afetando pessoas do partido em todos os níveis. Considerando que a presidenta Dilma Rousseff venceu as eleições por causa dos resultados positivos obtidos em outros Estados, em São Paulo, no primeiro turno, ela recebeu apenas 25% dos votos. Recebi 32,5% dos votos, 6.176.499 votos, e fiquei em segundo lugar.

Como professor de Economia da Escola de Administração e Negócios de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, continuei lecionando às sextas-feiras de tarde até dezembro de 2012 e como senador realizei palestras sobre os benefícios da Renda Básica de Cidadania não apenas para meus estudantes e senadores a partir do pódio do Senado ou nos comitês, mas também em centenas de auditórios em todo o Brasil e em muitos países, onde estudantes, trabalhadores, movimentos sociais, empresários, intelectuais, jornalistas, membros do Parlamento, executivos e seus assessores de todos os níveis de governo estavam dispostos a aprender por que devemos garantir uma Renda Básica de Cidadania para todos, a despeito de origem, raça, idade, sexo, situação socioeconômica ou civil.



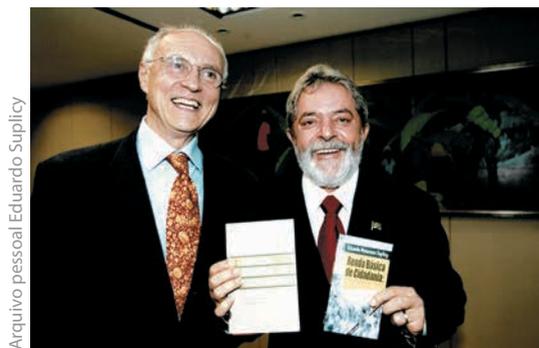


Antes das eleições municipais de 2012 para prefeitos e representantes da Câmara Municipal realizadas em 5.570 municípios brasileiros, tentei convencer os candidatos, particularmente aqueles do PT e dos partidos da coalizão, que eles deveriam ter o objetivo de implementar a Renda Básica de Cidadania.

De agosto a novembro de 2011, o PT realizou 33 reuniões plenárias em diferentes áreas de São Paulo, a maior cidade do Brasil, com uma população de doze milhões de pessoas, nas quais todos os seus membros e simpatizantes foram convidados a discutir e escutar o que os cinco pré-candidatos para prefeito tinham a dizer. Eu era um deles. Em todos esses encontros, usei metade dos meus quinze minutos para explicar as vantagens da Renda Básica de Cidadania. Meus argumentos foram aproximadamente os seguintes:

- A Renda Básica de Cidadania será disponibilizada, incondicionalmente, para todos os cidadãos. Mas deve ser assegurada até mesmo para aqueles que são bem-sucedidos em seus trabalhos, que estão em boa situação financeira e não precisam de uma renda básica para garantir a própria sobrevivência? Sim. Mas é claro que aqueles que possuem mais que o suficiente para sua subsistência irão contribuir de forma para que nós e todos os outros possam usufruir desse benefício.
- É mais fácil todos entenderem que têm o direito de receber, por exemplo, de janeiro em diante, uma renda inicial mensal, digamos de R\$ 100,00, a qual, ao longo dos anos posteriores, aumentaria para R\$ 200,00, R\$ 500,00, R\$ 1.000,00 ou mais, à medida que a cidade e o Brasil crescessem, assim como todos têm o direito, ao menos parcialmente, de usufruir dos benefícios proporcionados pelo desenvolvimento da nação. Isso é muito mais fácil de entender que o Programa Bolsa Família, cujas exigências e regras são explicadas em menos três minutos.
- Com a Renda Básica de Cidadania, vamos eliminar toda a burocracia envolvida em descobrir quanto cada pessoa recebe nos mercados formal e informal. Também removemos o estigma ou sentimento de vergonha de uma pessoa ao dizer que recebe apenas uma certa quantia para justificar a necessidade de um suplemento de renda.
- Vamos eliminar o fenômeno da dependência que é típico quando você tem um sistema que diz: se uma pessoa não recebe uma certa quantia, a ele ou ela será dado um suplemento de renda desta ou daquela quantia. A pessoa estaria então considerando se aceitaria ou não uma atividade econômica que resultaria em tal renda. Mas, se a pessoa aceitasse essa atividade e recebesse essa quantia, o governo cortaria o que ela ou ele estava recebendo pela transferência de renda, assim ele ou ela poderia decidir não trabalhar e cairia nas armadilhas do desemprego e da pobreza. Mas, se todos receberem a Renda Básica de Cidadania, sempre progredirão em qualquer atividade econômica em que estejam envolvidos.

■ Eduardo Suplicy e o presidente Luiz Inácio Lula da Silva no lançamento do livro “Renda Básica de Cidadania”

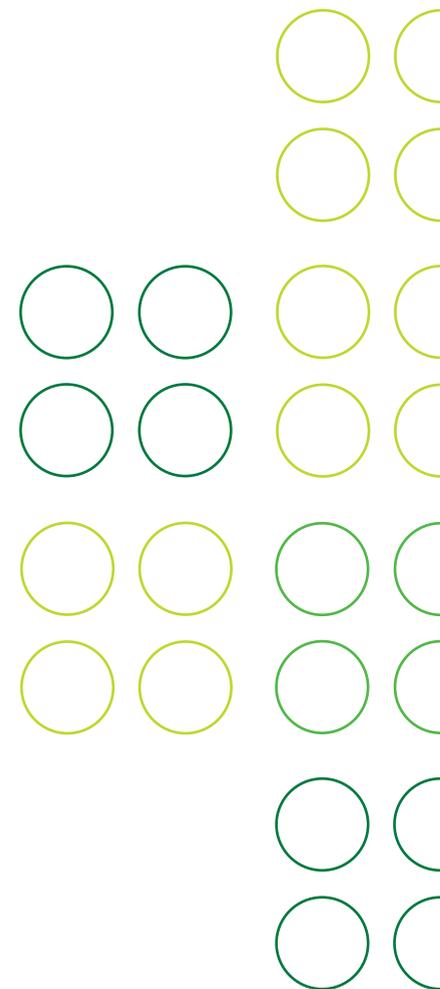


- Mas isso não levaria as pessoas a se tornarem preguiçosas? O que faríamos com aqueles que estão desempregados e não têm interesse em encontrar um emprego se receberem a Renda Básica de Cidadania? O que faríamos com aqueles que têm uma tendência natural a não querer trabalhar? Nos meus discursos, normalmente pergunto se na plateia há alguém com essa tendência. Frequentemente, ninguém levanta a mão. Quando uma ou duas pessoas levantam a mão, convido-as para conversarmos diante da plateia. Como elas podem ser vistas como preguiçosas se estão, naquele momento do dia ou da noite, discutindo ideias sobre como melhorar a qualidade de vida de todos?

Vamos pensar sobre a natureza humana. Cada um de nós gosta de fazer muitas coisas, mesmo sem receber nenhuma renda do mercado, como as mães quando estão amamentando seus bebês. Ou então quando nós, como pais, cuidamos de nossos filhos, garantindo que eles estejam bem alimentados, que não se machuquem, que sejam bem-educados, fazendo todas essas coisas com amor. Ou quando nossos pais e avós são mais velhos e precisam de nossa ajuda. Em associações de bairro, municipalidades e igrejas de todas as religiões ou em uniões estudantis, quantos de nós gostaríamos de nos engajar em diferentes atividades simplesmente porque gostaríamos de nos sentir úteis? Quando os grandes pintores Vincent Van Gogh e Amedeo Modigliani pintavam seus trabalhos, eles costumavam ir às ruas para tentar vendê-los e ganhar seu sustento, mas não conseguiam ganhar dinheiro suficiente para pagar suas contas. Ambos ficaram doentes e morreram cedo, e hoje seus quadros são vendidos por milhões de dólares.

Nossa Constituição, como aquelas de muitos países, diz que devemos respeitar a propriedade privada. Isso significa que, se uma pessoa é dona de uma fábrica, uma fazenda, um banco, um hotel, um restaurante, um imóvel, ela tem o direito a uma renda de sua propriedade na forma de lucro, juros ou aluguéis. A nossa lei maior diz que, a fim de receber rendimentos de uma propriedade, uma pessoa tem de necessariamente confirmar que está trabalhando e mandando suas crianças ou adolescentes para a escola? Não. E, normalmente, aqueles que estão em melhores condições financeiras trabalham até em caráter voluntário em parte do dia e, além disso, mandam seus filhos às melhores escolas.

Portanto, se permitimos àqueles que estão em melhores condições financeiras de receber uma renda de sua propriedade sem impor nenhuma dessas exigências, por que não permitir a todos, ricos ou pobres, que recebam uma Renda Básica de Cidadania como um direito a todos os cidadãos de usufruir uma parte da riqueza comum de nossa cidade, Estado ou nação? Essa é uma proposta de bom senso, especialmente se considerarmos certos aspectos de nossa história. Cito, como exemplo, o fato de que, por mais de três séculos, milhões de pessoas foram tiradas de sua terra natal na África para contribuir para a acumulação de capital de muitas famílias, sem remuneração e apenas vivendo em senzalas e com uma alimentação tão pobre que elas tinham uma expectativa de vida que mal alcançava os 30 anos. Ou quando consideramos aspectos recentes de nossa vida, como o fato de o ex-presidente Lula dizer que Deus é



brasileiro, que decidiu viver no Brasil e ajudou a Petrobras, a empresa brasileira de petróleo, a encontrar uma enorme reserva de petróleo no fundo do Oceano Atlântico, na camada pré-sal, a qual, em um futuro próximo, possibilitará ao Brasil realmente erradicar a pobreza extrema, prover boas oportunidades de educação a todos, promover progresso científico, cultural e técnico, ter um bom sistema público de saúde e também proteger o meio ambiente.

A mais importante vantagem proporcionada pela Renda Básica de Cidadania é, no entanto, aquela que pode ser apreciada do ponto de vista da dignidade e liberdade de cada indivíduo. Segundo o professor Amartya Sen (2000), ganhador do Prêmio Nobel de Economia, para ser significativo e completo, o desenvolvimento precisa conduzir a maior liberdade para toda a população. Tomemos como exemplo os trabalhadores de áreas rurais na floresta Amazônica que, às vezes por não terem outra escolha, aceitam trabalhar em condições que nos fazem lembrar da escravidão; os jovens que, por falta de outra alternativa para comprar comida para os filhos e a família, decidem vender o próprio corpo; os jovens que, como tão bem descritos, por exemplo, nas músicas de *rap* ou *hip-hop* da banda Racionais MCs do Mano Brown, não têm outra alternativa para apoiar suas famílias a não ser se tornarem membros de gangues ou traficantes de drogas. Todos os indivíduos que começarem a receber a Renda Básica de Cidadania, incluindo os membros de suas famílias, poderão dizer NÃO a alternativas que afetem sua dignidade e saúde, e coloquem suas vidas em risco. Eles poderão esperar e talvez matricular-se em um curso profissional até que encontrem melhores oportunidades de acordo com sua vocação e desejo.

E tão adequadamente explicado por Philippe Van Parijs (1995), em *Real liberdade para todos: e se (nada) puder justificar o capitalismo?*, que a Renda Básica de Cidadania aumentará o grau de liberdade para todos os indivíduos. Mais do que isso, ela ajudará a sociedade a melhor aplicar os princípios de justiça formulados por John Rawls (1997) no livro *Uma teoria da justiça*. O princípio de igual liberdade, de acordo com o qual todos devem usufruir de um conjunto de liberdades básicas que devem ser estendidas a todas as pessoas da sociedade; o princípio da diferença, segundo o qual qualquer diferença socioeconômica em uma sociedade pode ser apenas justificada se existir para o benefício daqueles que têm menos, de maneira a disponibilizar oportunidades iguais a todos. Esse é o princípio de oportunidades iguais. Van Parijs argumenta que, muito além de garantir uma renda mínima por um imposto de renda negativo, como defendido por John Rawls, a Renda Básica de Cidadania será uma ferramenta útil para aplicar os três princípios para todas as vantagens já mencionadas, especialmente aquela de eliminar estigmas. Será muito mais eficiente colocá-las em prática.

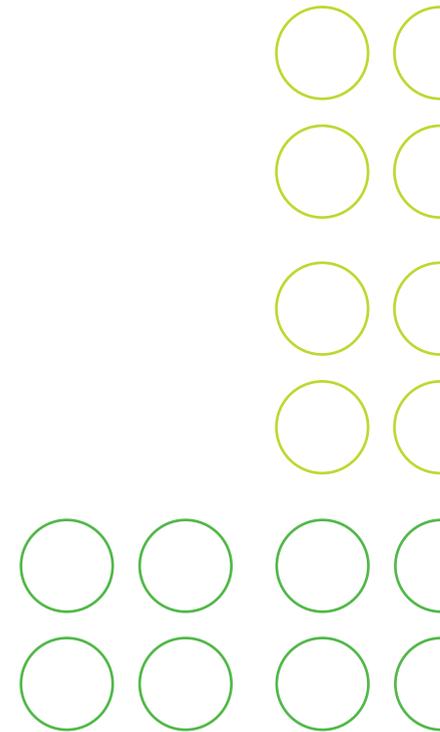
Na última de nossas 33 plenárias do PT, em 2011, Fernando Haddad disse ao público de cerca de 1.300 pessoas que ele tinha grande respeito pela minha luta pela Renda Básica de Cidadania e que, se ganhasse a eleição para prefeito de São Paulo, levaria em conta o objetivo que deveríamos considerar a gradual implementação da Renda Básica, junto aos esforços dos governos estaduais e federal. Quando Haddad mencionou isso, eu disse que me

juntaria aos esforços dele para que fosse eleito. Ele ganhou a eleição de outubro de 2012 e se tornou prefeito no período de 2013 a 2016. Como um passo em direção à Renda Básica de Cidadania, ele concordou que tentaria cumprir a meta de alcançar 100% do objetivo de uma Busca Ativa, ou seja, oferecer o Programa Bolsa Família a todas as famílias com renda *per capita* mensal de até R\$ 154,00. De fato, o governo de Haddad tem avançado em direção a esse objetivo. Em dezembro de 2012, o último mês de seu antecessor, Gilberto Kassab, o número de famílias com a renda *per capita* mensal de até R\$ 140,00 (o limite nessa época) na cidade de São Paulo era de 444.718. Dessas, 228.078 estavam cadastradas e recebendo os benefícios do Bolsa Família, o que equivale a 51,28%. Em fevereiro de 2016, o número de famílias com renda *per capita* mensal de até R\$ 154,00 era de 575.306, enquanto o número de famílias inscritas e recebendo os benefícios do Bolsa Família era de 451.443 ou 78,47%. De fato, essas proporções são um pouco maiores porque as famílias com renda *per capita* mensal entre R\$ 77,00 e R\$ 154,00, sem filhos, não têm o direito aos benefícios do Bolsa Família. De toda forma, os resultados mostram significativo progresso. Em 2 de outubro de 2016, teremos eleições municipais para prefeito, e Fernando Haddad é novamente o candidato do PT. Se ele ganhar, impulsionei o objetivo de mover São Paulo, hoje com 12 milhões de habitantes, em direção à Renda Básica de Cidadania junto ao Estado de São Paulo e ao Brasil.

Desde junho de 2013, escrevi 34 cartas para a presidenta Dilma Rousseff propondo que eu tivesse uma audiência com ela para conversar sobre a seguinte medida: criar um grupo de trabalho para estudar as etapas em direção à Renda Básica da Cidadania. Sugeri 70 nomes entre os melhores especialistas nas áreas de erradicação da pobreza, programas de transferência de renda e políticas socioeconômicas. Todos os 81 senadores, de todos os partidos, também assinaram a carta pedindo à presidenta que adotasse essa recomendação. Todos os membros que estiveram presentes no XI Congresso Internacional da Bien em Montreal, em junho de 2014, assinaram uma carta destinada à presidenta afirmando que estariam dispostos a participar efetivamente desses estudos. Por três vezes, desde dezembro de 2014, a presidenta Dilma Rousseff me disse pessoalmente que iria me receber. Espero que isso ocorra o mais breve possível. Talvez, o título de *doutor honoris causa* que a Universidade Católica de Louvain me concedeu ajuda para que isso aconteça. Tenho certeza de que Thomas More, no céu, ficará muito feliz.

Uma vez que estou escrevendo este capítulo em março de 2016, realmente espero que até junho a presidenta Dilma Rousseff me ligue para conversarmos sobre os estudos que devem ser feitos para o Brasil implementar a Renda Básica da Cidadania. Nesta ocasião, terei a oportunidade de dizer a ela como a proposta da Renda Básica está se espalhando com grande força em todos os continentes da Terra.

A experiência mais exitosa é a do Alasca que, desde 1982, está pagando um dividendo igual a todos os seus residentes que vivem lá por um ano ou mais e que é um resultado da acumulação dos investimentos de *royalties* provenientes da exploração dos recursos naturais, sobretudo o



Ricardo Stuckert

petróleo, no Fundo Permanente do Alasca. Após 33 anos, o Alasca, que, em 1980, era o mais desigual dos 50 estados norte-americanos, hoje, com Utah, é o Estado mais igualitário do país. É um suicídio político para qualquer líder político de lá propor o fim desse sistema.

Em 30 de novembro de 2012, a Sessão Plenária do Parlatino, no Panamá, aprovou por unanimidade a Lei Marco da Renda Básica, apresentada por mim e pelos deputados Rodrigo Cabezas Morales, da Venezuela, Maria Soledad Vela Cheroni, do Equador, e Ricardo Berois, do Uruguai. Ela serve de base para o projeto a ser apresentado a todos os parlamentares da América Latina e do Caribe. Como a lei brasileira, ela propõe a implementação gradual da Renda Básica de Cidadania.

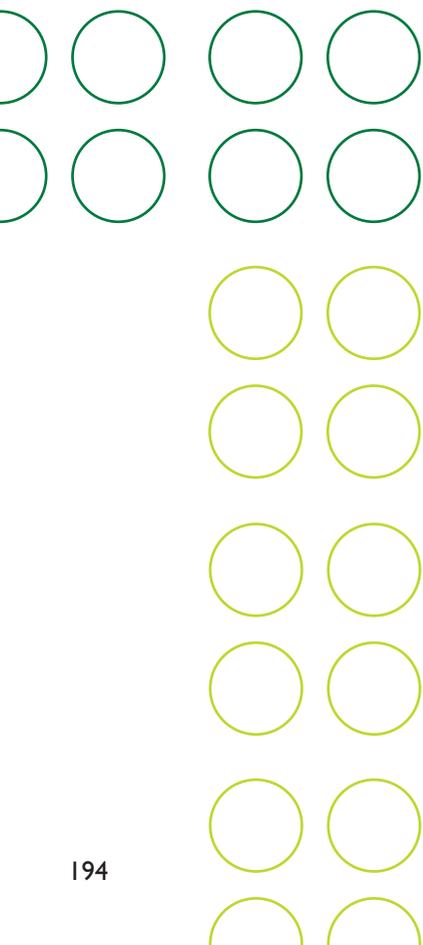
Na Namíbia, após as experiências positivas do vilarejo de Otjivero, que aconteceram graças aos esforços do bispo Zephania Kameeta, presidente da Coalização da Namíbia para a Renda Básica, o presidente Hage Geingob anunciou recentemente um plano para erradicar a pobreza absoluta até 2025, no qual a Renda Básica terá um papel central.

Na Índia, no Estado de Madya Pradesh, ocorreu uma experiência muito positiva de Renda Básica coordenada pela Associação das Mulheres Autônomas, financiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), com a ajuda do professor Guy Standing. No Irã, a partir de 2010, ocorreu outra experiência pioneira de Renda Básica para seus 75 milhões de habitantes, com a implementação da lei que acaba com subsídios energéticos. Na Finlândia e em 20 municípios da Holanda, como Utrech, experiências de renda básica têm sido anunciadas para 2017. Na Suíça, acontecerá um referendo no dia quatro de junho de 2016, para perguntar aos eleitores se querem ou não a instituição de uma Renda Básica para os 8,1 milhões de habitantes. Em Ontário, no Canadá, recentemente foi anunciado que haverá uma experiência de Renda Básica.

No município de Maricá, no litoral do Rio de Janeiro, no Brasil, desde dezembro de 2015, uma modesta renda básica de dez mumbucas (dinheiro social) ou R\$ 10,00 por mês começou a ser paga aos seus 150 mil habitantes. Em Santo Antônio do Pinhal e Apiaí, municípios do Estado de São Paulo, leis foram recentemente aprovadas para instituir, de forma gradual, uma Renda Básica a todos os habitantes.

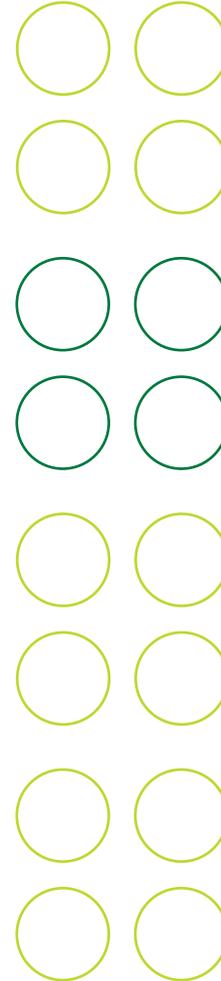
Em Macau, uma cidade semiautônoma na República Democrática da China e antiga colônia portuguesa, todos os 675.696 habitantes estão recebendo a Renda Básica na forma do Plano de Participação Pecuniária, desde 2011. Em 2015, todos os 607.465 residentes permanentes receberam nove mil patacas de Macau (aproximadamente US\$ 1.127), e os residentes não permanentes, 5.400 patacas de Macau (aproximadamente US\$ 676). Isso foi possível principalmente por causa da renda dos cassinos.

E assim por diante, a Renda Básica está se espalhando por todo o mundo.

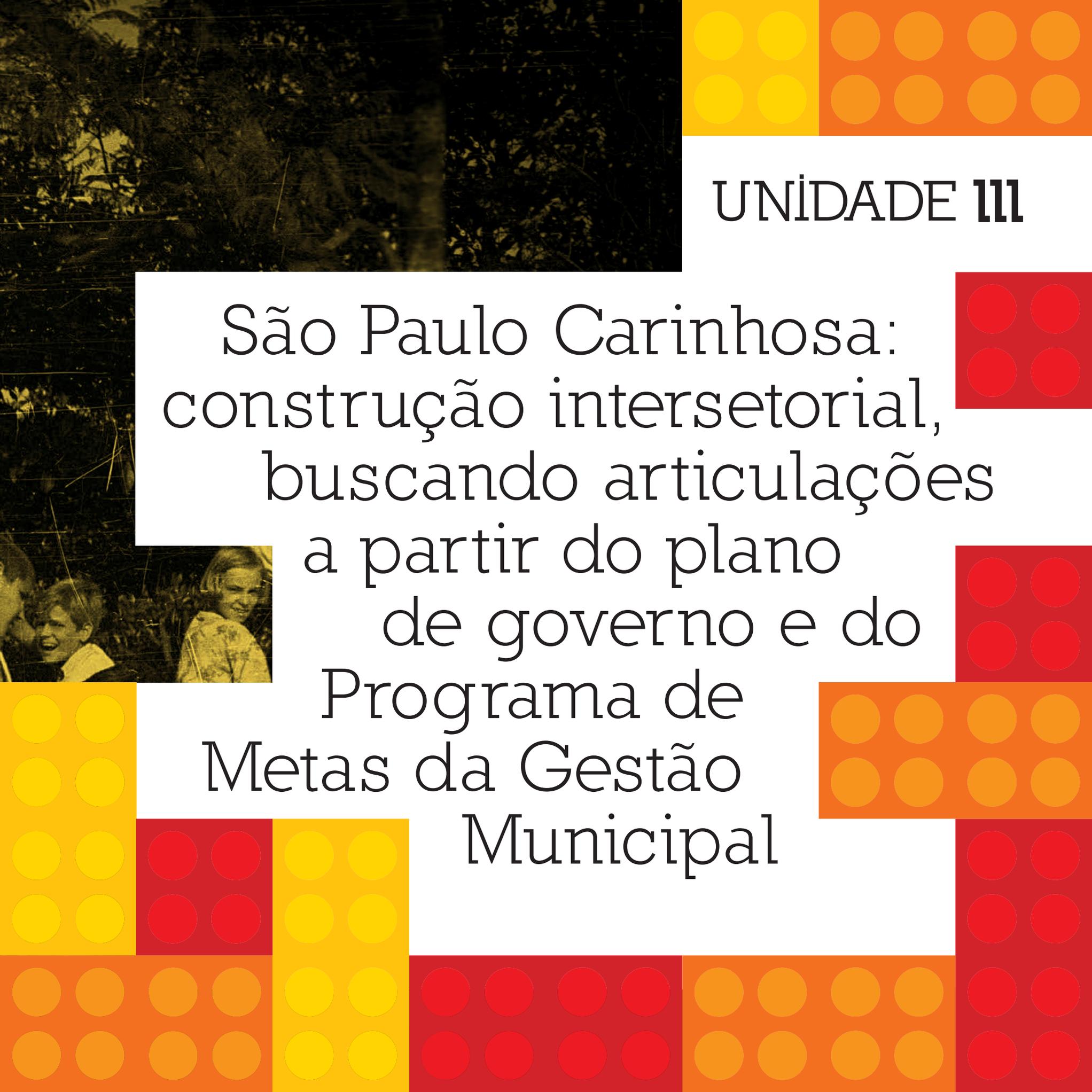


REFERÊNCIAS

- MEDEIROS, M.; SOUZA, P. H. G. F.; CASTRO, F. A. A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006 a 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, set. 2014.
- MORE, T. *A Utopia*. São Paulo: Martin Claret, 2015.
- RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- VAN PARIJS, P. *Argumento para a renda básica: fundamentos éticos para uma reforma radical*. London: Verso, 1992.
- _____. *Liberdade real para todos: e se (nada) puder justificar o capitalismo?* Oxford: Oxford University Press, 1995.







UNIDADE III



São Paulo Carinhosa:
construção intersetorial,
buscando articulações
a partir do plano
de governo e do
Programa de
Metas da Gestão
Municipal

POLÍTICA MUNICIPAL
SÃO PAULO CARINHOSA:
O QUE GRANDES
CIDADES E POLÍTICAS
INTERSETORIAIS
PODEM FAZER
POR SUAS
CRIANÇAS

Ana Estela Haddad

Professora livre-docente de Odontopediatria
da Fousp e coordenadora da Política
Municipal São Paulo Carinhosa

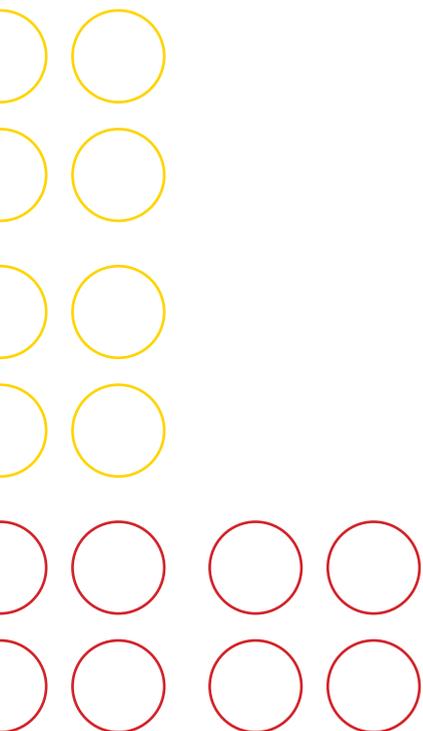
A cidade de São Paulo é o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul. É a cidade brasileira mais influente no cenário global, a sétima mais populosa, sendo considerada a 14ª cidade mais globalizada do planeta, do ponto de vista cultural, econômico e político (CAMPOS, 2015). O município possui o 10º maior PIB do mundo, representando, isoladamente, 11,5% de todo o PIB brasileiro e 36% de toda a produção de bens e serviços do Estado de São Paulo, sendo sede de 63% das multinacionais estabelecidas no Brasil. A Universidade de São Paulo, que tem seu principal campus na cidade, responde por 23,7% da produção científica nacional (SANTANA, 2015).

Segundo o último Censo oficial (IBGE, 2010), realizado no ano de 2010, a cidade de São Paulo possuía 11.253.503 de habitantes, dos quais 1.821.260 eram crianças (consideradas assim as pessoas de 0 a 11 anos e 11 meses de idade), das quais quase 900 mil na primeira infância (0 a 6 anos de idade).

A Gestão municipal da cidade de São Paulo (2013-2016) baseia-se em um Plano de Governo (SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO DO PT-SP, 2012), construído a partir de planejamento participativo, traduzido em um Programa de Metas (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015). O fio condutor do Programa de Metas partiu da constatação de que os mais de 11 milhões de paulistanos convivem com uma realidade profundamente desigual, resultado do baixo investimento na cidade, e de longo processo de formação histórica no qual a maioria dos governos municipais atuou sem o uso de mecanismos de planejamento. Os três eixos estruturantes do plano de governo são: compromisso com os direitos sociais e civis; desenvolvimento econômico sustentável com redução das desigualdades; e a gestão descentralizada, participativa e transparente.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), a responsabilidade por assegurar o direito ao pleno desenvolvimento na infância e na adolescência é compartilhada pelo Estado, pela sociedade e pela família. O plano estratégico do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef/2014-2017) defende o avanço no direito de todas as crianças, especialmente as que se encontram em situação de maior desvantagem, nas seguintes áreas prioritárias: saúde; acesso à água, rede de esgoto e higiene; proteção do HIV/Aids; proteção contra a violência, abuso e exploração; educação de qualidade; nutrição, redução da pobreza e da exclusão social. De acordo com a Declaração Política do Rio (2011) sobre os Determinantes Sociais de Saúde:

As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação [...] habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).



O município de São Paulo, comprometido com a infância, criou a *Política Municipal para a Promoção do Desenvolvimento Integral da Primeira Infância*, denominada “São Paulo Carinhosa” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2013). O programa traduz os grandes compromissos assumidos no Programa de Metas, assegurando prioridade às crianças. O Comitê Gestor do Programa é composto por 14 secretarias municipais, que enfatizam a construção de ações intersetoriais, a partir das necessidades e especificidades de cada território e dos indicadores de desenvolvimento social. Integram o Comitê Gestor da São Paulo Carinhosa as seguintes secretarias:

- I – Secretaria do Governo Municipal;
- II – Secretaria Municipal de Educação;
- III – Secretaria Municipal da Saúde;
- IV – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social;
- V – Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania;
- VI – Secretaria Municipal de Cultura;
- VII – Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação;
- VIII – Secretaria Municipal de Segurança Urbana;
- IX – Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres;
- X – Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial;
- XI – Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida;
- XII – Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente;
- XIII – Secretaria Municipal de Serviços;
- XIV – Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras.

■ Inauguração da ciclovia da Avenida Paulista



A Política Municipal São Paulo Carinhosa assume um compromisso com os direitos sociais e civis das crianças, com especial atenção às que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, como iniciativas de caráter universal por um lado, e outras focadas nos territórios da cidade identificados como os que apresentam os piores indicadores sociais, de saúde e de educação envolvendo a primeira infância.



■ Lançamento da São Paulo Carinhosa



Fabio Arantes

■ Assinatura do decreto que institui a Política Municipal São Paulo Carinhosa



Fabio Arantes



A IMPORTÂNCIA DA PRIMEIRA INFÂNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA INFÂNCIA NO BRASIL E NA CIDADE DE SÃO PAULO

O desenvolvimento infantil integral engloba as dimensões cognitiva, motora, emocional e social. Para que seja alcançado, e para uma infância feliz, cada bebê depende de cuidadores com quem possa estabelecer vínculos afetivos estáveis, de ambiente seguro e protegido e de nutrição adequada. Conforme já exposto em capítulos anteriores, evidências científicas comprovam os efeitos devastadores, e com reflexos ao longo de toda a vida, das situações de negligência e violência vivenciadas durante os primeiros anos de vida.

A concepção de infância expressa no Pano Nacional pela Primeira Infância é a que adotamos como referência no nosso trabalho:

A ambivalência da infância – presente e futuro – exige que cuidemos dela agora pelo valor da vida presente e que ao mesmo tempo mantenhamos o olhar na perspectiva do seu desenvolvimento rumo ao sentido pleno de seu projeto de existência. Para as crianças, mas importante do que preparar o futuro, é viver o presente, viver agora e da forma mais justa, plena e feliz (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2008).

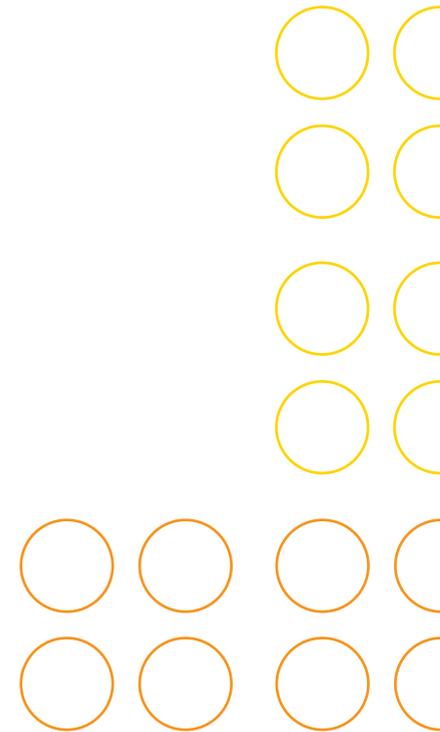
A família contemporânea tem se modificado, mas se mantém como primeiro referencial de espaço de troca afetiva, instituição primordial de cuidado e educação dos filhos. A criança tem o direito à convivência familiar, essencial para a constituição da sua personalidade e para a formação de vínculos afetivos. Qualquer forma de substituição da convivência familiar nos primeiros anos de vida deverá ser transitória.

Estudos na área da neurociência (CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY, 2007; 2010) indicam que nesta fase se desenvolve a arquitetura cerebral, em que cada etapa é fundante para as subsequentes. Desta maneira, a interatividade entre a criança e o cuidador é fundamental para seu desenvolvimento e aprendizagem, uma vez que a vivência recorrente de situações de negligência ou violência poderá desencadear o chamado *estresse tóxico* (SHONKOFF, 2011; 2012).

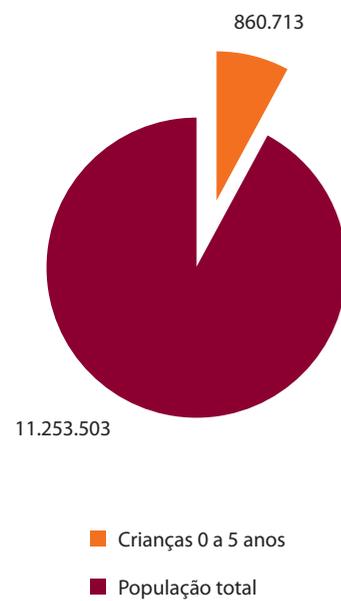
De acordo com o último Censo Demográfico divulgado pelo IBGE (2010), o Brasil tinha aproximadamente 29 milhões de crianças com até 9 anos de idade e em torno de 45 milhões de 10 a 19 anos. A população de 0 a 19 anos é, portanto, de 63 milhões de crianças e adolescentes. Em 2000 (IBGE, 2000) esse número era um pouco maior, passando de 68 milhões (33 milhões de crianças de 0 a 9 anos e 35 milhões de 10 a 19 anos).



Eduardo Ogata



■ **Figura 1** – Crianças de 0 a 5 anos de idade em relação à população total do município

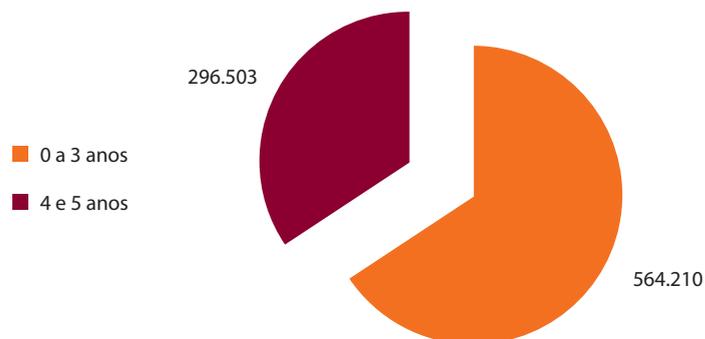


Fonte: Com base no Censo IBGE, 2010.



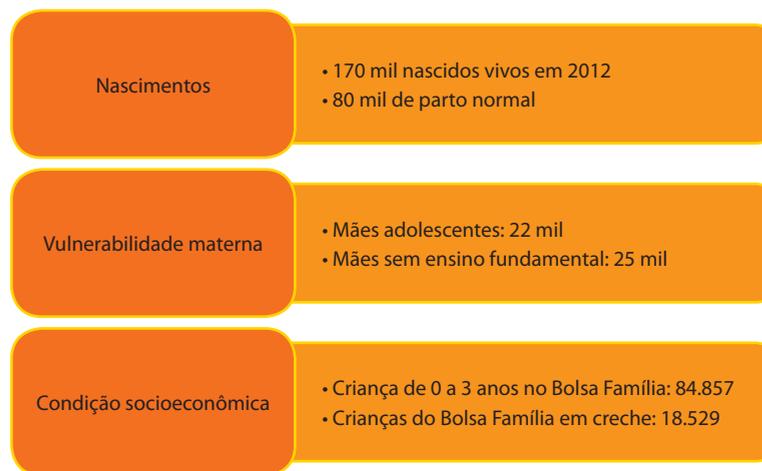
Lilian Borges

■ **Figura 2** – Proporção entre crianças de 0 a 3 anos e de 4 a 5 anos no município



Fonte: Com base no Censo IBGE, 2010.

■ **Figura 3** – Dados sociodemográficos e indicadores de saúde e educação colhidos como linha de base no início da implementação da Política Municipal São Paulo Carinhosa (2012)



Fonte: Com base em Ceinfo/SMS, SMADS, SME.

Com base na análise dessas informações, bem como no Mapa da Exclusão e Inclusão Social dos territórios da cidade de São Paulo (MEIS, 2002, Profa. Aldaíza Sposati – PUC-SP), foram selecionados, para ações prioritárias das áreas sociais da São Paulo Carinhosa, os seguintes Distritos Administrativos:

- Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaim Paulista e Iguatemi, na região leste;
- Brasilândia, na região norte;
- Grajaú, na região sul;

- Sé, na região centro-oeste;
- Brás, na região sudeste.

RETOMANDO E FORTALECENDO O DESENVOLVIMENTO INFANTIL INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

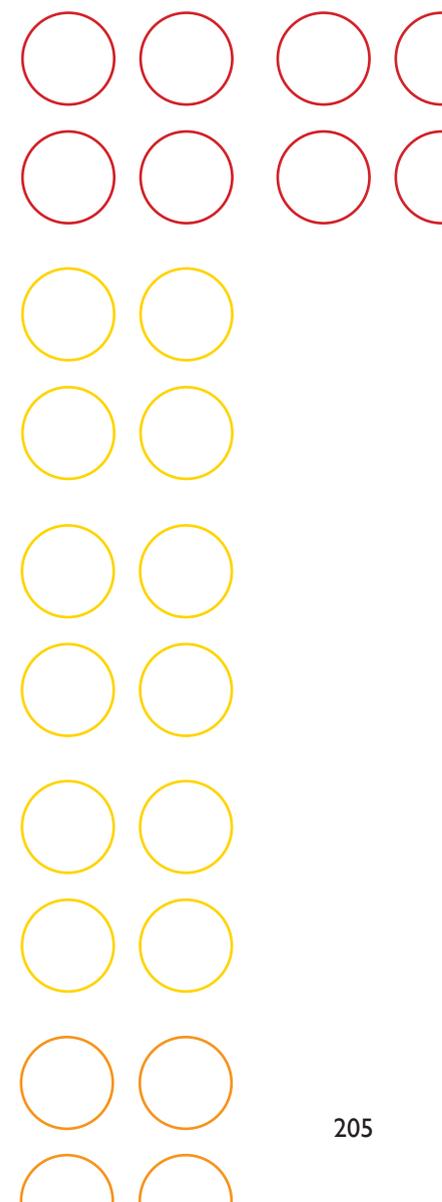
Considerando a importância de monitorar o crescimento e desenvolvimento infantil integral, bem como de apoiar as famílias na ampliação de suas competências para o cuidado e a formação do vínculo, está sendo implementada pela São Paulo Carinhosa, com o apoio do Ministério da Saúde, uma iniciativa com base na visita domiciliar (VD). Os critérios de seleção das famílias para receberem a VD com foco no desenvolvimento infantil, para gestantes e crianças de 0 a 3 anos de idade foram: famílias em situação de extrema pobreza cadastradas no Bolsa Família; recém-nascidos prematuros ou de baixo peso; crianças com deficiência; asfixia perinatal grave; infecções congênitas; famílias com situação de violência; mães com dependência de álcool ou outras drogas; depressão maternal; adolescentes grávidas; mães com baixa escolaridade. Estima-se um público-alvo aproximado de 200 mil famílias. A primeira etapa do projeto consistiu em selecionar uma experiência bem-sucedida em cada uma das seis Coordenadorias Regionais de Saúde do município, entre as quais esteve a do pré-natal do pai. Na segunda etapa foram realizados 13 seminários de sensibilização dos profissionais de saúde, dos quais participaram 1.934 profissionais, sendo 1.539 agentes comunitários de saúde (ACS), 265 enfermeiros que farão a supervisão dos ACS nas VD e 130 profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs). Participaram dos seminários as respectivas Diretorias Regionais de Ensino, profissionais da rede municipal de educação e de assistência social. A implementação inicial envolve 88 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 384 Equipes de Saúde da Família (ESFs). O curso de formação inicial dos ACS tem a duração de 48 horas, alternadas a cada oito horas presenciais com períodos de dispersão em campo, totalizando 32 horas presenciais e 16 com atividades de dispersão e a distância. Entre as lições aprendidas está a importância da supervisão das visitas pelo profissional de nível superior e da articulação de uma rede de proteção intersectorial, capaz de apoiar o trabalho das ESFs, em especial nos casos que envolvem violência e maior vulnerabilidade.

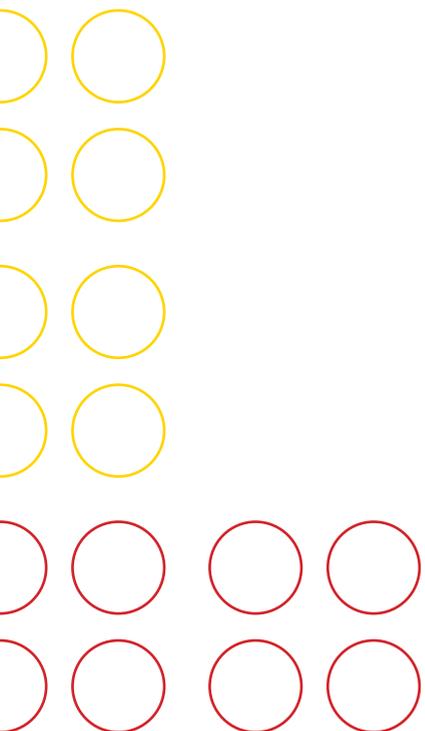
ACESSO E QUALIDADE NA EDUCAÇÃO INFANTIL E SEU PAPEL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Educação Infantil (EI) na faixa etária de 0 a 3 anos de idade tem efeito equalizador das desigualdades nas fases iniciais do desenvolvimento humano. Ao se intervir desde os primeiros



Eduardo Ogata





anos, é possível evitar que o grau de desigualdade se aprofunde. Uma das metas do Plano Nacional de Educação (2014-2024) é garantir uma cobertura de 50% de Educação Infantil nessa faixa etária e universalização para a idade de 4 a 5 anos até 2022. O financiamento federal para a EI passou a existir graças à Emenda Constitucional nº 29 de 2007 que substituiu o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), que financiava apenas o Ensino Fundamental, pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais de Educação (Fundeb), que incluiu a Educação Infantil e o Ensino Médio, englobando assim toda a educação básica. Outro passo importante foi dado em 2009 pelo Ministério da Educação (MEC) com a criação dos Indicadores de Qualidade da Educação Infantil. O município de São Paulo, que já alcançou a cobertura de 50% das crianças de 0 a 3 anos, com 280 mil crianças atendidas, tinha ainda o desafio de ampliar o número de vagas para mais aproximadamente 80 mil crianças que aguardam na fila. Neste ano, combinando múltiplas estratégias, foram criadas 33 mil novas vagas e implementados os indicadores de qualidade do município, baseados nos nacionais, mas discutidos por toda a rede de ensino, com base nas realidades locais. No que diz respeito à alimentação, o Departamento de Alimentação Escolar (DAE) é responsável por 2 milhões de refeições por dia, incluindo a Educação Infantil e seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae/MEC). O DAE reduziu o teor de açúcar e gordura dos alimentos oferecidos, ampliou o uso de alimentos orgânicos e não processados, e passou de 3% para 27% de utilização de produtos oriundos da agricultura familiar. A educação alimentar e a vivência da horta, a atividade culinária e a educação para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis passaram a integrar os projetos pedagógicos escolares com o Programa Na Mesma Mesa. A criação dos Parques Sonoros nos Centros de Educação Infantil promove experiências e o brincar com objetos sonoros, estimulando a criança a construir seus próprios instrumentos e realizar composições. O Programa Saúde na Escola, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, foi ampliado para a Educação Infantil. A implementação dos indicadores de qualidade da EI serve de referência para a autoavaliação institucional nas seguintes dimensões: planejamento e gestão educacional; multiplicidade de experiências e linguagens em contextos lúdicos para as infâncias; interações; promoção da saúde e bem-estar: experiências de ser cuidado, cuidar de si, do outro e do mundo; ambientes educativos: espaços, tempos e materiais; formação e condições de trabalho dos educadores e das educadoras; rede de proteção sociocultural: Unidade Educacional, família/responsáveis, comunidade e cidade; relações étnico-raciais e de gênero; autoria, participação e escuta de bebês e crianças.

A CULTURA NA CIDADE PARA AS CRIANÇAS: UMA CIDADE PARA BRINCAR

A política cultural da São Paulo Carinhosa tem como princípio norteador o mesmo que sustenta a política cultural da capital na atual gestão: a democratização do acesso à cultura.

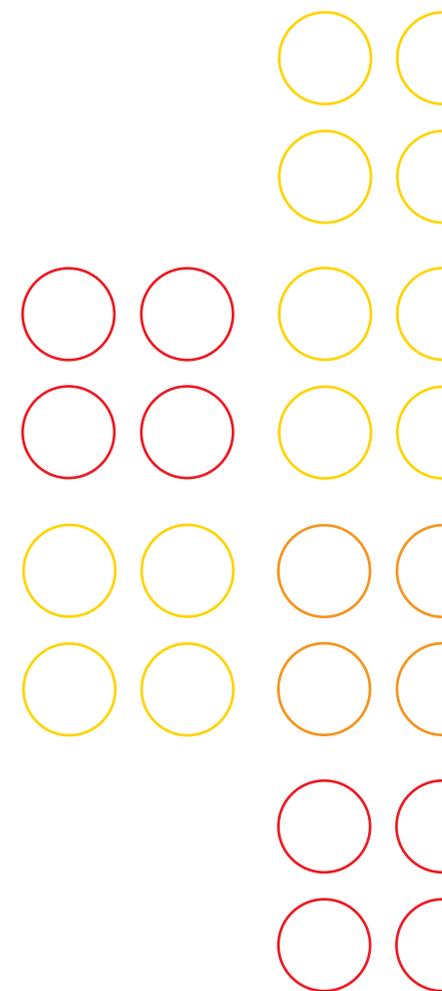


Eduardo Ogata

Pela primeira vez na cidade, a criança ganha uma política que cuida da proteção integral e um espaço na orientação da programação cultural da cidade, passando a constar em comemorações oficiais, antes só pensada para adultos, a contar com a cessão de espaços culturais notoriamente não reservados para elas. Devolver a cidade de São Paulo às crianças, humanizando o território para elas e suas famílias serviu de meta-âncora, que dialoga com vários objetivos inerentes à política de proteção integral à criança: garantir o direito ao brincar, combater a violência e atuar com populações vulneráveis, articulando territórios, com participação social, desenvolvimento urbano para as crianças. Com relação ao cenário anterior, no ano de 2012, os coletivos culturais, artistas e ativistas chamavam São Paulo de a cidade proibida. Os Centros Educacionais Unificados (CEUs) funcionavam com catracas, as atividades culturais estavam centralizadas no centro expandido da cidade. Trazer a periferia para o centro do debate, colocando sua diversidade, singularidade e idiosincrasias, aparecia como reivindicação latente. O processo de escuta com interlocutores de cultura e da sociedade civil identificou a importância de ampliar a oferta e fortalecer atividades culturais para as crianças, tanto nos espaços públicos quanto nos equipamentos municipais de cultura. O *Círculo São Paulo de Cultura* é uma nova política de programação cultural que integra todas as regiões de São Paulo por meio da música, dança, teatro, circo e atrações artísticas para o público infantil. Identificação, ocupação integrada e aproximação entre artista e público são pressupostos importantes. Uma política que expressa o desejo da cidade conectada pela arte. Assim, foi trazida a importância de reconhecer as demandas, valorizar a criação e criar condições práticas de desenvolvimento. Os equipamentos municipais e outros espaços parceiros serviriam de palco para o movimento de expansão cultural. O programa busca incentivar o diálogo entre as culturas centrais e periféricas, estimular as manifestações locais e impulsionar a circulação de espetáculos para criar novas plateias. Uma rede descentralizada de ações culturais para promover o trânsito de produções pelos 244 pontos disponíveis. Públicos mais vulneráveis precisaram ser acessados e inseridos: crianças sob proteção da Justiça, vivendo em abrigos e aquelas integrantes do programa de redução ao uso de drogas *De Braços Abertos*. A democratização da cultura mostra-se um terreno fértil para trabalhar o fortalecimento das competências de suas famílias e estimular os vínculos afetivos, promovendo a prevenção da violência e favorecendo a mediação de conflitos.

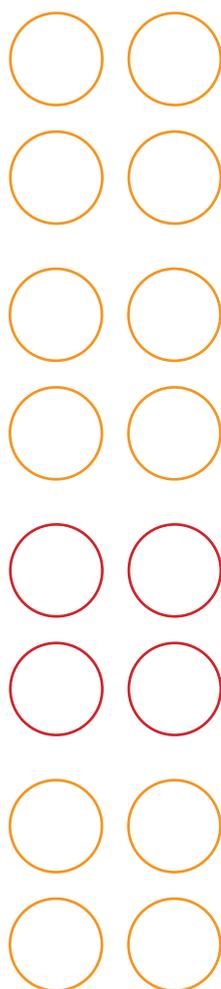
Participação da São Paulo Carinhosa em ações que resultaram em normas e nova regulamentação, envolvendo ações que avançam no atendimento, promoção do desenvolvimento integral e proteção à infância:

- Portaria SME/SMADS. Institui nova regra priorizando na fila da creche as crianças em situação de maior vulnerabilidade social, a partir do Cadastro Único, tendo como referência o Programa Bolsa Família.





Eduardo Ogata



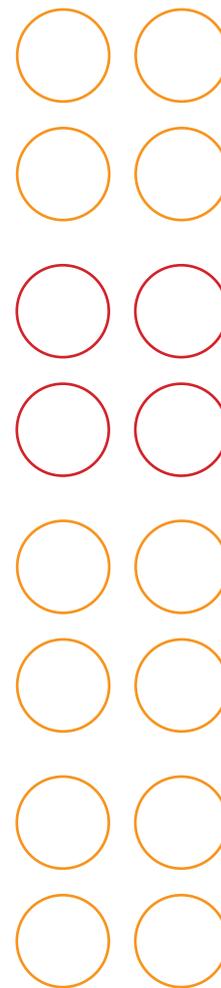
- Edital 2014 do Fumcad. Permite a utilização de recursos do fundo para a construção de Centros de Educação Infantil (CEIs).
- Lei Municipal nº 16.140, de 17 de março de 2015. Dispõe sobre a obrigatoriedade da inclusão de alimentos orgânicos ou de base agroecológica na alimentação escolar.
- Lei Municipal nº 16.161, de 13 de abril de 2015. Dispõe sobre o direito ao aleitamento materno no município de São Paulo.
- Lei Municipal nº 16.378, de 1º de fevereiro de 2016. Institui o Programa Nutri-Ação, que estabelece ações integradas de combate à obesidade infantil.
- Lei Municipal nº 16.387, de 3 de fevereiro de 2016. Determina a disponibilização de brinquedos adaptados ao uso de crianças com deficiência em parques e áreas de lazer infantil, públicos e privados.
- Decreto nº 56.871, de 15 de março de 2016. Cria o Procon Municipal, prevendo iniciativas de educação e conscientização da população para prevenir e combater a publicidade abusiva dirigida à criança.

Seguimos nesta Unidade III com o relato das diversas iniciativas da São Paulo Carinhosa, descritas tendo como ponto de partida às ações programáticas de cada secretaria envolvida, com base no Programa de Metas da gestão municipal 2013-2016 e, ao mesmo tempo, o entrelaçar de áreas e a construção intersetorial desenvolvida com base nas necessidades identificadas nos territórios.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente; ECA. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.
- CAMPOS. A. SP sobe em ranking de ‘cidades globais’ e aparece na 32ª posição. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 20 maio 2015. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,sp-sobe-em-ranking-de-cidades-globais-e-aparece-na-32-posicao,1690851>>. Acesso em: 23 abr. 2016.
- CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY. *The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture*. Working Paper #5. Center on the Developing Child at Harvard University, Dec. 2007. Disponível em: <<http://www.developingchild.net>>. Acesso em: 15 set. 2015.

- CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY. *The Foundations of lifelong health are built in early childhood*. Center on the Developing Child at Harvard University, July 2010. Disponível em: <<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados do Censo IBGE 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde*. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011.
- REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. *Plano Nacional pela Primeira Infância*. Brasília, DF, 2008.
- SANTANA, A. *Comparação da produção do Cruesp em relação ao Brasil*. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <www.sibi.usp.br/noticias/producao-cruesp/>.
- SÃO PAULO. Decreto nº 54.278, de 28 de agosto de 2013. Institui a Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância na Cidade de São Paulo – São Paulo Carinhosa e cria seu Comitê Gestor. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo, 29 ago. 2013. n. 163.
- _____. Programa de metas 2013-2016. *Planeja Sampa*, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br/metasp/>>. Acesso em: 23 abr. 2016.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO DO PT-SP. *Plano de governo: um tempo novo para São Paulo*. Haddad Prefeito 2012. São Paulo, ago. 2012. Disponível em: <http://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/programa_de_governo_haddad.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.
- SHONKOFF, J. P. Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science*, v. 333, n. 19, Aug. 2011.
- _____. *Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development*. Proceedings of the National Academy of Sciences – PNAS Early Edition, p. 1-6, 2012.
- SPOSATI, A. (Coord.). *Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: 2002.





O PLANEJAMENTO NO SUS E A SAÚDE DA CRIANÇA

Paulo de Tarso Puccini

Médico sanitário da Secretaria de Estado da Saúde e
doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo (USP)

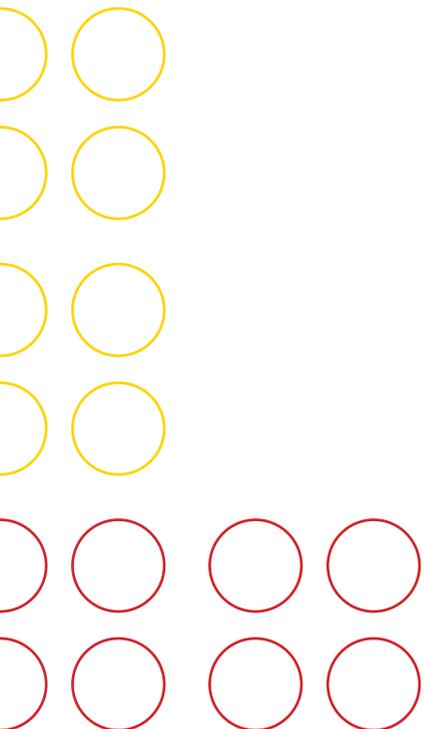
No sentido ontológico da atividade humana, planejar e trabalhar são indissociáveis. O termo trabalho refere-se ao agir próprio do homem. Trabalho, em sentido amplo, é toda atividade humana que transforma a realidade dada, perseguindo um objetivo com uma finalidade, previamente pensados. Planejar é característico do ser humano no exercício da sua capacidade de abstração, de pensar distante ou antes do agir, é imanente à práxis humana transformadora da realidade. É o agir intencional, visando a uma finalidade a partir da ideação de um objetivo (VÁZQUEZ, 1990; HUERTA, 2001).

Tradicionalmente, planejar é uma função do processo administrativo. A administração pode ser entendida como um conjunto de práticas, normas e conhecimentos visando à disciplina e ao controle dos trabalhadores e à organização do processo de trabalho. Do ponto de vista meramente descritivo, administrar é planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar (MOTTA, 2003).

Por que então o tratamento autônomo dessa função? Por que falar em *planejamento e administração* e não apenas em *administração em saúde*? Não é desprezível o risco que tal movimento tem em tornar o planejamento em saúde um campo fértil para o teorismo (e o tecnicismo, uma de suas principais vertentes) e toda a sorte de métodos sofisticados e impraticáveis (VÁZQUEZ, 1980). Entretanto, o fato que aqui nos interessa enfatizar é que uma das possíveis razões para tal separação seria a força determinante da política, que extraiu o planejamento da seqüência lógica e comportada das funções administrativas, abrindo-o às diferenças e incertezas (CAMPOS, 2001). Assim, a diferenciação entre planejamento e administração teria sido produzida com a busca de uma maior liberdade crítica ao processo de pensar o futuro, sem a servidão funcional às chamadas “necessidades necessárias”, aberto às “necessidades radicais”, que vão além dos limites fixados em uma dada estrutura social (HELLER, 1978).

Não por outro motivo, a história acadêmica dessa área temática na saúde do Brasil tem um vínculo orgânico com o processo de democratização da saúde. Delimita-se com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em 1976, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, com as propostas da reforma sanitária com que contribuíram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1987, e com as formulações da Constituição Brasileira de 1988 (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

O planejamento da ação pública, modernamente, é, assim, situado no campo das decisões políticas. Não é apenas um agregado de assertivas técnicas ou um conjunto de normas e padrões a serem alcançados. A análise de viabilidade passa a ser integrante e entendida como possibilidade política de o plano ser financiado e executado, considerando as relações entre as forças sociais e seus conflitos como elementos indispensáveis da análise. Em síntese, esse planejamento estratégico enfatiza o problema do poder, busca superar a ideia de um “deve ser” normativo por uma possibilidade de um “pode ser” situacional (GIOVANELLA, 1991).



Entretanto, o planejamento não é um apanhado sociológico sobre o poder. É fundamento do planejamento estratégico a compreensão de que o processo de planificação é inseparável da gerência, sob pena da sua irrelevância prática. Planifica para a mudança quem governa. Um plano útil é construído a partir de oportunidades e problemas reais vividos na dimensão de governo em que uma ação gerencial específica se desenvolve. O plano tem pouca chance de funcionar quando é uma declaração de cumprimento de normas externas, de um “deve ser” pensado por iluminados, mas distante do fato real e das pessoas envolvidas. É nesse locus governo-problema-envolvidos que se constroem planos com maior possibilidade de sucesso (ARTAMAN; AZEVEDO; SÁ, 1991).

Uma grande questão para o planejamento em saúde é, portanto, como produzir um plano que seja viável, tenha força social para se concretizar e expresse uma dada finalidade coletiva pretendida. O *como processar*, isto é, a abertura estratégica do processo à construção e ao acompanhamento participativo do plano, e as *finalidades pretendidas* são questões fundamentais das diferentes técnicas do planejar (MERHY, 1995).

PLANEJAMENTO NO SUS E AS FINALIDADES PRETENDIDAS

A saúde como direito social é a mudança fundamental anunciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A reconstrução do sistema de saúde nessas novas bases, portanto, não é tarefa simples, pois ultrapassa um questionamento conceitual interno da área, restrito apenas aos seus técnicos e profissionais; ela é política e intersetorial. A nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania. Destacam-se, nesse sentido, os princípios que estabelecem os rumos da mudança do modelo de atenção do SUS – universalização, equidade, conceito ampliado de saúde, integralidade, democratização com participação e controle social – e as diretrizes que balizam o novo modelo organizacional pretendido: integração, descentralização com comando único em cada esfera de governo, hierarquização e regionalização.

Considerando os princípios e estratégias do SUS, quatro questões têm sido desafios muito presentes na constituição do SUS:

- Revisão do modelo assistencial para a conceituação ampla da saúde, universal e integral.
- Superação da centralização federal do sistema e dos recursos com a descentralização e democratização da gestão do sistema.
- Superação dos condicionantes e limitações do financiamento público.
- Modernização e fortalecimento da gestão pública, superando suas deficiências históricas e novos descaminhos.

■ Agente Comunitário de Saúde em visita domiciliar



Eduardo Ogata

Vamos nos limitar neste texto a sugerir algumas ideias sob a relação da saúde integral da criança com a revisão do modelo de atenção pretendida, embora as quatro questões sejam interdependentes.

REVISÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Modelos são representações simplificadas e abstratas de um fenômeno ou situação concreta, utilizados como referência para observação, estudo ou análise (FERREIRA, 1999). Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial de saúde consiste em uma caracterização dos modos historicamente definidos para a organização de ações e prestação de serviços que visam a intervir no processo saúde-doença, descrevendo a articulação de recursos, tecnologias e trabalho. Ele expressa projetos políticos para a área da saúde em correspondência a diferentes interesses, em um dado momento de uma formação econômico-social (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992; PAIM, 1999).

Desde as primeiras mudanças provocadas pelo movimento brasileiro de reforma sanitária, a discussão sobre como mudar as características do modelo assistencial, então existente, tem sido prioritária. Entretanto, é preciso se perguntar quais características se pretendem mudar e em qual direção se pretende caminhar. Como a saúde da criança deve ser repensada nesse processo de mudança?

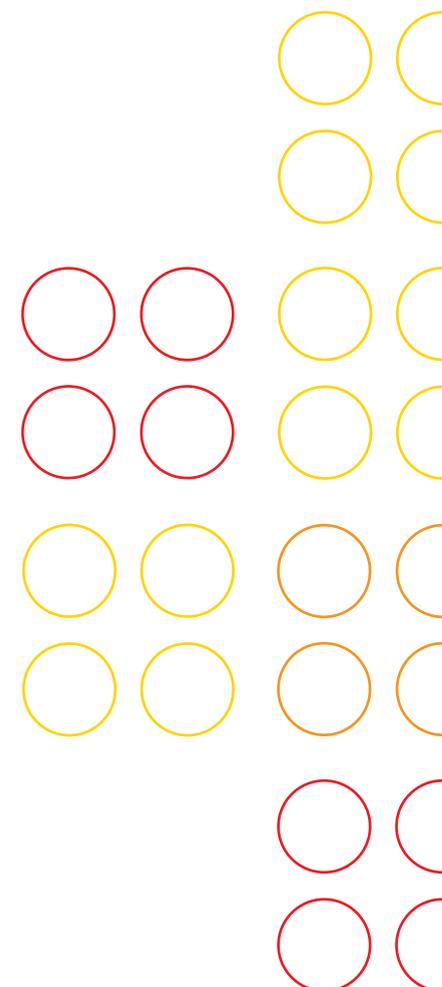
No processo de busca da superação do modelo anterior ao SUS, enfrentam-se polêmicas recorrentes com as concepções restritivas, representadas pelas propostas de provimento mínimo do direito à saúde, que revivem a definição que a sociedade tinha sobre o valor da saúde, a abrangência e o acesso das pessoas aos cuidados. A marca fundamental do período anterior ao SUS é a inexistência do reconhecimento do direito de todos à saúde. A saúde como direito social e a ação das forças sociais para sua efetiva realização são, portanto, questões fundamentais deste novo período das políticas públicas da área, que se inauguram com a Constituição Federal de 1988 (PUCCINI, 2005).

As heranças recebidas pelo SUS e os interesses que mantiveram a saúde também como mercadoria realçam a posição estratégica da atenção básica para a revisão do modelo assistencial, em uma disputa entre o SUS como um sistema menor para pobres e o SUS como direito de cidadania dos brasileiros. A perspectiva do SUS como um subsistema público seletivo para os pobres, desenvolvendo uma atenção básica simplificada, com equipe mínima, é revigorada com governos que têm titubeado entre a concepção universal ou seletiva do SUS. Esse fato se revela na continuada tendência do subfinanciamento federal do sistema, induzindo os serviços assistenciais ao mínimo (MENDES, 2004; PUCCINI, 2005).

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios do SUS, em especial o da integralidade, são elementos que impulsionam a expressão de novas necessidades. Isto



Eduardo Ogata





é, se no plano mais geral da política o embate dos projetos da saúde concentra-se na disputa pelos princípios da universalidade, da autonomia crítica do controle social, da formatação da equidade e da consequente política de financiamento do sistema, no plano da organização dos serviços e das práticas é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico. A atenção integral à saúde é um dos princípios do SUS e requer que a atenção à saúde, para ser efetiva e universal, seja realizada a partir de uma atenção básica fortalecida, multiprofissional e articulada com serviços de todos os níveis tecnológicos. Deve, ainda, considerar igualmente a importância das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, articulando ações coletivas e individuais (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

A partir da ação coordenadora de uma atenção básica integral e abrangente, a articulação entre os diferentes serviços do sistema visa à constituição da continuidade do cuidado que pressupõe a possibilidade de acesso aos diferentes serviços e tecnologias a depender do momento e do tipo de necessidade. O conceito de integralidade com a continuidade do cuidado remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de Redes de Atenção, que devem propiciar a articulação dos diferentes serviços e possibilitar a concretização dos diferentes programas específicos.

As ações integrais para a saúde da criança, parte integrante das atividades de uma Rede de Saúde, tem histórica e forte base estrutural na atenção básica. Exige da atenção básica, para progredir, fortalecer sua ação multiprofissional, incorporar todo o histórico acúmulo da puericultura, dos programas de imunização e da pediatria como um todo. A atividade do pediatra é indissociável e de grande expectativa da população, posto que se definiu enquanto especialidade básica na formação médica a partir da atuação dos médicos nos primeiros Centros de Saúde e agora tem de ser incorporada, em outro patamar de atuação, em uma *unidade básica de saúde integral* (PUCCINI, 2005).

Superar uma atenção básica restritiva, mínima, simplificada e seletiva para pobres requer uma organização abrangente como condição determinante para consolidar a integralidade, acolher a todos e coordenar o cuidado com os outros serviços do sistema. Essa função de coordenação não é puramente gerencial ou resultante de um sistema de informação. Ao contrário, necessita de elevada capacidade técnica dos profissionais, em particular, dos médicos, capaz de efetivar uma atenção de maior resolutividade e incorporar como parte do ofício a ação técnica de integrar o cuidado em uma rede assistencial. Esse é um grande desafio, que exige uma atenção básica robusta, multiprofissional, integral.

A constituição de um programa integral para este ciclo de vida deve propiciar uma atenção adequada aos agravos à saúde das crianças e adolescentes, atuando de maneira conjunta com as unidades escolares e organizações da sociedade. Deve promover a saúde na região e abrir as portas aos problemas de saúde, acolhendo e atendendo a todos, agendados e não agendados.

Em decorrência dos avanços das ciências, as duas últimas décadas foram marcadas pelo desenvolvimento de novas abordagens na prevenção, diagnóstico e tratamento de muitas doenças e

na defesa da saúde. Os cuidados à criança, em especial, têm exigido a abordagem de temas complexos, tais como: acidentes, violência, trauma, prática esportiva na infância e adolescência, suporte básico e avançado de vida, intoxicações, uso de drogas e álcool, anticoncepção, a criança e o adolescente portadores de doença crônica, a criança e o adolescente com necessidades especiais. Soma-se a esse quadro a constituição da família na atualidade, as expectativas e exigências em relação à criança e seu novo papel na sociedade contemporânea. São novas demandas e necessidades em saúde que exigem do profissional competências específicas da área, capacidade de escuta e reconhecimento do outro como sujeito – com nome, uma história de vida, um ser humano integral. Aos profissionais da atenção básica e ao pediatra, em particular, cabe a responsabilidade da atenção integral, articular esse nível de atenção em rede, dispor de um conjunto de informações sobre o paciente e realizar uma ação integral diagnóstica e terapêutica no cuidado da criança (PUCCINI, R., 2004).

INTERSETORIALIDADE E A SÃO PAULO CARINHOSA

A estruturação de uma rede de atenção, entretanto, não é suficiente. O enfrentamento integral dos problemas de saúde está além dos recursos e competências do setor da saúde, para o qual ações intersetoriais são indispensáveis. A questão saúde exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros, que extrapolam o âmbito do setor. Assim, coloca-se para a sociedade e para área da saúde, em particular, o desafio de construir a intersectorialidade (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997; FERNANDEZ; MENDES, 2007).

A organização da atenção e do cuidado envolve, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis. A promoção da saúde vem se constituindo, por sua natureza, como uma política transversal, integradora e, ainda que não exclusiva, é com ela que a intersectorialidade pode ser uma prática mais efetiva (BUSS, 2000).

A São Paulo Carinhosa (PSPC) visa à promoção do desenvolvimento integral da primeira infância e tem como principal diretriz a atuação intersectorial, articulando secretarias municipais com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), com as subprefeituras e com programas de outras esferas do poder público e da sociedade (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2013).

Na área da Saúde do município de São Paulo, desenvolvendo um processo ascendente e participativo, constituiu-se, nos anos 2013 e 2014, o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (SÃO PAULO, 2013; 2014). Esse plano, com ativa participação de conselheiros, trabalhadores e gestores da saúde, foi aprovado por unanimidade no plenário do Conselho Municipal de Saúde. Tal processo de elaboração foi apresentado e recebeu na II Semana de Participação e



Edson Hatakeyama



Controle Social no SUS, organizado pelo Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, o Prêmio Gilson de Carvalho de participação social na construção do SUS (SÃO PAULO, 2015).

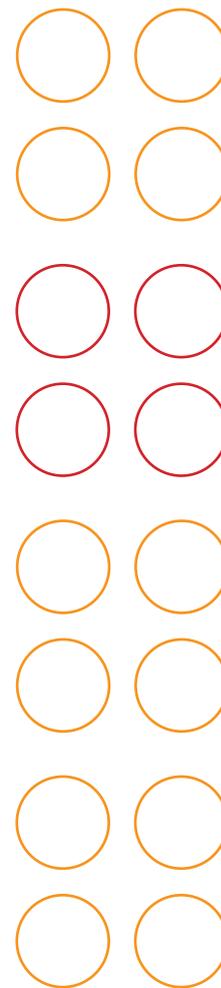
O desenvolvimento do processo e elaboração desse Plano Municipal de Saúde procurou integrar a necessidade da intersetorialidade, induzida positivamente a partir da São Paulo Carinhosa. Definiu, assim, atividades conjuntas e sinérgicas nas populações de maior vulnerabilidade com outros setores do governo e da sociedade (SÃO PAULO, 2014; 2015). A São Paulo Carinhosa desenvolveu essa função estratégica. Além de sistematizar uma intensificação das ações na área da Saúde, em direção às crianças de maior vulnerabilidade, impulsionou a articulação intersetorial com as áreas de assistência social, educação e direitos humanos. Tal proposição mostrou-se indutora de uma maior abrangência do processo de planejamento relativo às ações na primeira infância e valorizou a necessidade de o planejamento setorial da saúde abrir-se para a intersetorialidade.

Em conclusão, o desenvolvimento do processo de planejamento e a elaboração do plano e suas programações específicas não são uma garantia do futuro pretendido. Uma vez reconhecidos os principais problemas, as especificidades de cada local e estabelecidas as responsabilidades e os compromissos, quem governa é chamado a coordenar e levar o plano à prática. Para tanto, é preciso capacidade de gestão, vontade política de fazer do plano um instrumento de gestão democrático, com revisão e atualização permanentes, aprimorando os rumos da mudança pretendida. A atividade do governo, assim, é indissociável do planejamento, e seu desenvolvimento e efetivação prática têm sempre uma dependência de quem governa e a respectiva opção por um tipo de organização, de gestão e direcionamento das políticas públicas (MATUS, 1997).

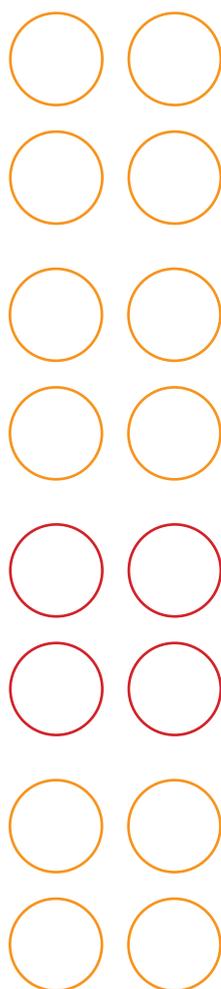


REFERÊNCIAS

- ARTAMAN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Planejamento e gerência no enfoque estratégico -situacional de Carlos Matus. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 129 -133, 1991.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, p. 163 -177, 2000.
- CAMPOS, R. T. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 197 -207, 2001.
- FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico do planejamento em saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1978.
- HUERTA, F. *O método PES: entrevista com Matus*. São Paulo: Fundap, 2001.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: Fundap, 1997.
- MATUS, C. *Adeus, senhor presidente*. São Paulo: Fundap, 1997.
- MENDES, E. V. O dilema do SUS. *Radis -Fiocruz*, v. 25, p. 35, 2004.
- MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 117-149.
- _____; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: CONFERÊNCIA Nacional de Saúde. *Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília: Grupo Técnico da Comissão Organizadora, 1992. p. 91-96.
- MOTTA, F. C. P. Administração e participação: reflexões para a educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 369 -373, 2003.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAIRYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-488.
- _____; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. esp. p. 73-78, 2006.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. *Programa São Paulo Carinhosa*, 2013.

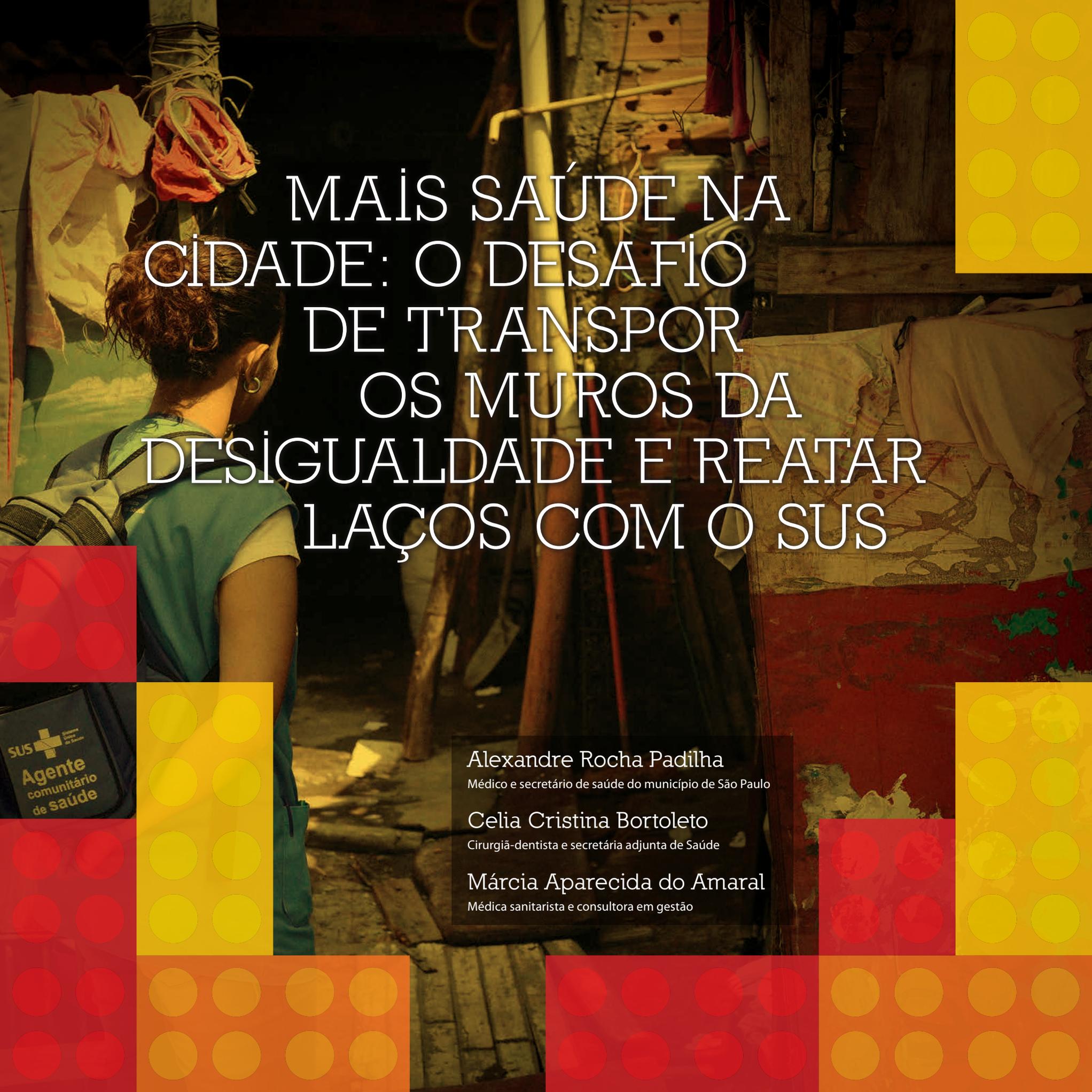


- PUCCINI, P. T. *Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- _____. *Limites e possibilidades de uma proposta de humanização dos serviços públicos e satisfação dos usuários na luta pelo direito à saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- _____.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.
- PUCCINI, R. F. O pediatra na Unidade Básica de Saúde – A concepção do médico-residente de pediatria da Escola Paulista de Medicina da Unifesp. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 22, n. 1, p. 31-38, 2004.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. *Documento de apoio ao processo de Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo*, 2013.
- _____. Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*, 2014.
- _____. Secretaria de Saúde. *Relatório de atividades e resultados alcançados*, jun. 2015.
- VÁZQUEZ, A. S. *Ciência e revolução: o marxismo de Althusser*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- _____. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.





Eduardo Ogata



MAIS SAÚDE NA CIDADE: O DESAFIO DE TRANSPOR OS MUROS DA DESIGUALDADE E REATAR LAÇOS COM O SUS



SUS
Agente
comunitário
de saúde

Alexandre Rocha Padilha

Médico e secretário de saúde do município de São Paulo

Celia Cristina Bortoleto

Cirurgiã-dentista e secretária adjunta de Saúde

Márcia Aparecida do Amaral

Médica sanitária e consultora em gestão

Este capítulo traz uma visão geral da situação da saúde na cidade de São Paulo e as principais estratégias adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde visando a oferecer acesso a serviços públicos de mais qualidade aos cidadãos que aqui vivem.

São Paulo é a cidade mais populosa do Brasil e da América do Sul, e apesar do seu alto nível de desenvolvimento econômico, mantém também alto nível de desigualdade social. Segundo a Fundação Seade, no ano de 2015, moravam em São Paulo 11.581.798 pessoas. Na cidade, convivem lado a lado regiões das mais ricas do mundo com outras sem as condições básicas necessárias à vida urbana. No cenário da saúde, coexistem riscos e doenças dos séculos 19 e 20 com os novos desafios em saúde do século 21.

Sua infraestrutura urbana é abrangente, sendo que 99,5% dos domicílios têm acesso à rede de água, 93,6% à rede de esgoto e 99,8% à coleta de lixo (IBGE, 2010). No entanto, apesar dos indicativos de riqueza, a cidade apresenta desigualdades críticas. Em São Paulo, há 1.691 favelas, ocupando uma área de 24 km², aproximadamente 1,6% da superfície, além dos 406 núcleos urbanizados, dos 1.064 cortiços e de mais 1.934 loteamentos irregulares (HABISP/SEHAB, 2016).

De acordo com o Censo da População em Situação de Rua realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), em 2015, das 15.905 pessoas que vivem nessa condição hoje na cidade, 8.570 são atendidas pelos serviços de acolhimento administrados pela prefeitura por meio da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) e passam a noite em abrigos. Em relação às condições das habitações, observa-se que 12% da população mora em aglomerados subnormais (IBGE, 2010; HABISP/SEHAB, 2016). Essa proporção aumenta na região sul, onde 21,3% vivem nessas condições.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, 330.205 pessoas encontravam-se em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda domiciliar *per capita* abaixo de R\$ 70,00, o que representava 2,9% da população municipal. A maior parte destas (93.788) tinha entre 18 e 39 anos, significando 24,8% desse total. A situação socioeconômica e de acesso a serviços públicos é bastante desigual entre as regiões de saúde da cidade.

O município de São Paulo é organizado em seis regiões de saúde: norte, sul, centro, oeste, sudeste e leste (Tabela 1).

■ Tabela 1 – Projeção populacional segundo CRS – MSP – 2015

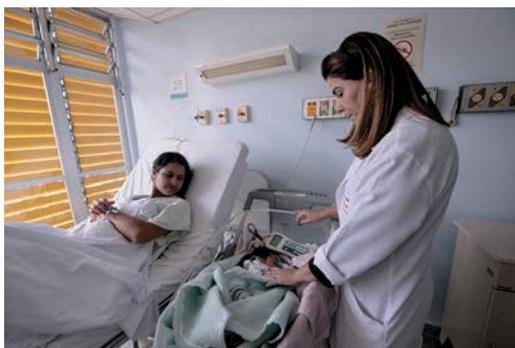
Coordenadoria Regional	População estimada
Centro	448.565
Leste	2.441.615
Norte	2.265.504
Oeste	1.055.106
Sudeste	2.686.027
Sul	2.684.981
Total	11.581.798

Fonte: Fundação Seade (2016).

As regiões centro, oeste e sudeste abrigam a maior parte da população de alta renda, ao passo que os mais pobres concentram-se nas regiões leste, sul e norte. Conforme dados do IBGE, 71,8% da população da região leste, 66,6% da região sul e 59,2% da região norte recebem até dois salários mínimos (IBGE, 2010). Por outro lado, nas regiões centro e oeste apenas 32,8% da população vive com esse valor e 6,8% recebem acima de 20 salários mínimos por mês. As regiões norte e sudeste apresentam dados intermediários entre os extremos da região leste e as regiões centro e oeste.

Enquanto a Subprefeitura de Pinheiros, na região oeste, tem uma média de 6,8 consultas médicas/habitante/ano, a Subprefeitura de Aricanduva/Formosa/Carrão, na região sudeste, tem apenas 1,2 (SIA/SMS/PMSP, 2014). O número de gestantes com menos de 20 anos vai de 1,1%, em Pinheiros, região oeste, para 19,1% em Cidade Tiradentes, na região leste. A incidência de dengue para cada 100 mil habitantes foi de quatro casos em Parelheiros, região sul, ao passo que na Subprefeitura de Jaçanã/Tremembé, na região norte, chegou a 1.342,8 (SINAN/COVISA/SMS/PMSP, 2014). Quanto ao acesso a serviços de saúde, um exemplo é que atualmente há um *deficit* de mil leitos no município. Onze das 32 subprefeituras das áreas mais pobres da cidade têm menos de um leito para cada mil habitantes, ao passo que as subprefeituras mais ricas contam respectivamente com: Sé – 13,08 leitos/mil habitantes; Pinheiros – 12,46 e Vila Mariana – 11,42 leitos para cada mil habitantes, cujos índices estão muito acima do recomendado pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 1.011/2002), segundo o qual devem haver de 2,5 a 3,0 leitos/mil habitantes. Reduzir a desigualdade no acesso às ações e serviços de saúde é um dos pilares da atual administração municipal.

Um dos pontos que merece destaque em relação ao perfil da população paulistana é o seu envelhecimento crescente, o que ocorre de forma desigual entre as regiões da cidade. A pirâmide populacional do município demonstrou concentração de adultos na faixa etária entre 20 e 59 anos, somando 59,5% da população. As pessoas com mais de 60 anos já somam 13,5% da população (SEADE, 2011). O índice de envelhecimento municipal, ou seja, a quantidade

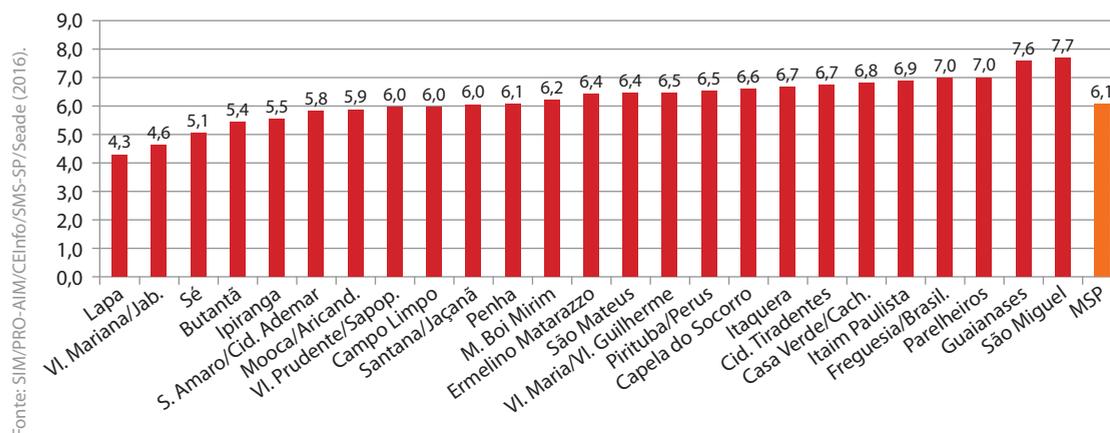


Eduardo Ogata

de pessoas com mais de 60 anos para cada 100 pessoas abaixo de 15 anos, é de 69,3 para o município em 2015. Nas regiões centro e oeste, esse índice foi de 121,9 e 113,0, respectivamente, enquanto na região sul, 47,6 e na leste, 47,7. As regiões mais pobres possuem população majoritariamente de adultos e jovens, disparidade que traz desafios de cunho gerencial, por demandar modelos diferenciados de atendimento. Os idosos, que concentram 30% da população, representam a parcela mais vulnerável e carente de medidas específicas que proporcionem uma vida saudável e de qualidade, no momento em que se passa a conviver com maiores limitações, sejam elas parciais ou gerais, em especial em uma sociedade com menos jovens (SP DEMOGRÁFICO, 2013).

O Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) no município de São Paulo, em 2014, padronizado por idade, apresenta substancial diferença entre as subprefeituras, com coeficientes inferiores a 5,0 por mil habitantes em Pinheiros, Vila Mariana e Lapa, e superiores a 7,5 óbitos por mil habitantes em São Miguel e Guaianases (Gráfico 1).

■ **Gráfico 1** – Coeficiente de mortalidade geral (por 1.000 hab.), padronizado por faixa etária, município de São Paulo, 2014



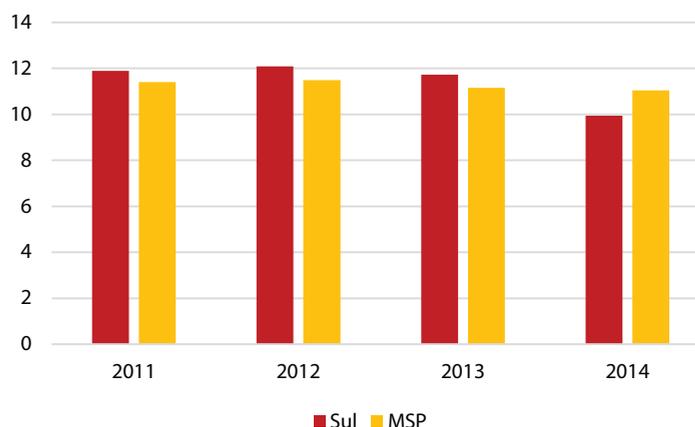
Fonte: SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP/Seade (2016).

Coeficientes padronizados por idade pela população do município de São Paulo, 2010 (IBGE).

O percentual de óbitos ocorridos nas faixas etárias de menores de 60 e mais de 60 anos evidencia distribuição bastante distinta nos territórios do município de São Paulo: quase metade das mortes de residentes nas subprefeituras de Cidade Tiradentes, Parelheiros, M'Boi Mirim, Perus e Guaianases ocorre em pessoas com menos de 60 anos de idade, condição bastante diferente das subprefeituras de Pinheiros, Vila Mariana, Santo Amaro, Lapa e Mooca, com mais de 80% dos óbitos ocorrendo acima dos 60 anos (SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP, 2014).

O coeficiente de mortalidade infantil vem mantendo tendência de queda nas duas últimas décadas no município. Dados de 2014 apontam valores mais elevados do CMI nas CRS-Leste e Norte (Gráfico 2 e Tabela 2).

■ **Gráfico 2 e Tabela 2** – Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) segundo CRS residência, 2011 a 2014



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Região	2011	2012	2013	2014
Centro	10,54	6,62	11,34	11,48
Leste	13,59	13,23	13,23	13,01
Norte	12,65	12,17	11,73	12,27
Oeste	7,18	7,69	6,54	7,3
Sudeste	8,6	10,25	9,13	10,42
Sul	11,89	12,09	11,72	9,94
Total	11,4	11,49	11,15	11,04

Dados do Comitê de Mortalidade Materna do município de São Paulo mostram que a razão de mortalidade materna, em 2012, foi 34,68/100 mil nascidos vivos. A taxa considerada aceitável segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 20,0/100 mil nascidos vivos. Os dados são indicativos da qualidade da assistência prestada às mulheres e indiretamente indicam o grau de desenvolvimento socioeconômico (Tabela 3).

■ **Tabela 3** – Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos), MSP– 2009 a 2014

Ano	2.012	2.013	2.014	2015*
RMM	34,68	47,42	46,90	43,40

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna – SMS-SP/Sinasc (2016).

Dados preliminares, 321 casos ainda em investigação.

A ocorrência de morbimortalidade relacionada a acidentes de trânsito vem sendo impactada pela Política de Mobilidade Urbana municipal, com redução do número de mortes

e de internações hospitalares por causas relacionadas a acidentes de trânsito. A instalação do Observatório de Mobilidade Urbana e Saúde vem apoiando as análises sobre o resultado positivo das políticas públicas. Como mencionado anteriormente, os desafios do modelo de desenvolvimento urbano trazem novos problemas, ao mesmo tempo que contribuem para a exacerbção de antigas doenças transmissíveis. O avanço da dengue e das demais viroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* tem demandado esforço intersetorial e ações intensivas por parte do governo municipal para garantir a realização oportuna de bloqueio de criadouros com limpeza pública, mutirões para limpeza nos domicílios e controle dos imóveis com infestação. Mesmo assim, o número de ocorrências obriga a um alerta no diagnóstico precoce de casos, visando a evitar o agravamento da doença.

Buscando intervir nesse cenário, o governo municipal elegeu grandes eixos de atuação para o período 2013-2016:

- compromisso com os direitos sociais e civis;
- desenvolvimento econômico sustentável com redução das desigualdades;
- gestão descentralizada e transparente.

São Paulo, a sexta cidade mais populosa do mundo, é a única que busca cumprir o compromisso constitucional de garantir um sistema público, universal e gratuito para toda a sua população. O Sistema Único de Saúde (SUS), em São Paulo, foi instaurado por meio de um processo com ampla participação social a partir da Constituinte de 1988 e da redemocratização do país. No entanto, a ocorrência de gestões de cunho liberal na área da saúde fez com que em determinado momento a cidade ficasse à margem do sistema nacional. Essa realidade concorreu para que um conjunto de políticas nacionais de saúde fosse postergado ou mesmo não implementado na cidade. A baixa solidariedade federativa também tem sido marca da gestão do SUS, com superposição de serviços, planejamento desintegrado e reflexos na formação de redes de atenção à saúde.

Oferecer uma atenção à saúde com qualidade e que contribua para melhorar a vida das pessoas na cidade é o nosso desafio, considerando a experiência e o compromisso acumulados de milhares de profissionais, gestores e conselheiros que, ao enfrentarem as dificuldades do cotidiano da rede municipal, vêm provando que é possível humanizar o cuidado ofertado aos cidadãos. Inúmeras experiências indicam que é possível adotar uma atitude acolhedora desde a porta de entrada da rede de serviços de saúde, romper as amarras ainda existentes nas agendas de trabalho e ampliar o acesso da população à assistência individual e coletiva. Com ações como essa, trabalhadores, gestores e conselheiros fizeram de várias das nossas unidades um espaço particular de encontros e defesa da vida em nossa cidade.



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SÃO PAULO – 2013-2016. DEFENDER A VIDA É DESAFIO DE TODOS

O Plano de Metas da gestão municipal 2013/2016 traz como um dos objetivos para a área da saúde “ampliar o acesso, aperfeiçoar a qualidade, reduzir as desigualdades regionais e o tempo de espera e fortalecer a atenção integral das ações e serviços de saúde”, meta coerente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com o pacto federativo firmado nacionalmente entre União, estados e municípios. Para o alcance desse objetivo, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) construiu uma proposta de enfrentamento dos problemas de saúde com características adequadas à realidade local. Um desafio permanente a ser enfrentado no país é a descontinuidade das políticas e programas de saúde a cada mudança de governo, decorrente da fragilidade dos pactos estabelecidos na área da Saúde, apesar dos esforços oriundos do controle social e dos gestores do SUS.

A partir das diretrizes gerais, constitui tarefa da SMS articular as prioridades de governo com o diagnóstico de saúde da cidade de São Paulo e buscar o uso de tecnologias na área da atenção à saúde e da gestão pública para estruturar ações e serviços de saúde capazes de impactar o nível de saúde dos cidadãos que aqui vivem, preocupada com a sustentabilidade e o legado das realizações como uma conquista da população local. Dessa forma, houve um detalhamento das diretrizes gerais para promover os diálogos com entidades e órgãos do controle social do Sistema Único de Saúde, da sociedade civil organizada, das instâncias da administração pública e privada prestadoras de serviços de saúde. A complexidade existente na organização das múltiplas necessidades e das ofertas na área da Saúde, sobretudo em uma megalópole como São Paulo, demanda um planejamento criterioso das intervenções a serem realizadas. Com a finalidade de orientar o conjunto de gestores, equipes de saúde, parceiros das organizações sociais, atores do controle social do SUS e a sociedade, foram estabelecidos quatro eixos de atuação prioritários desta política de saúde, abaixo descritos.

Atenção básica é prioridade, passo decisivo para um cuidado integral

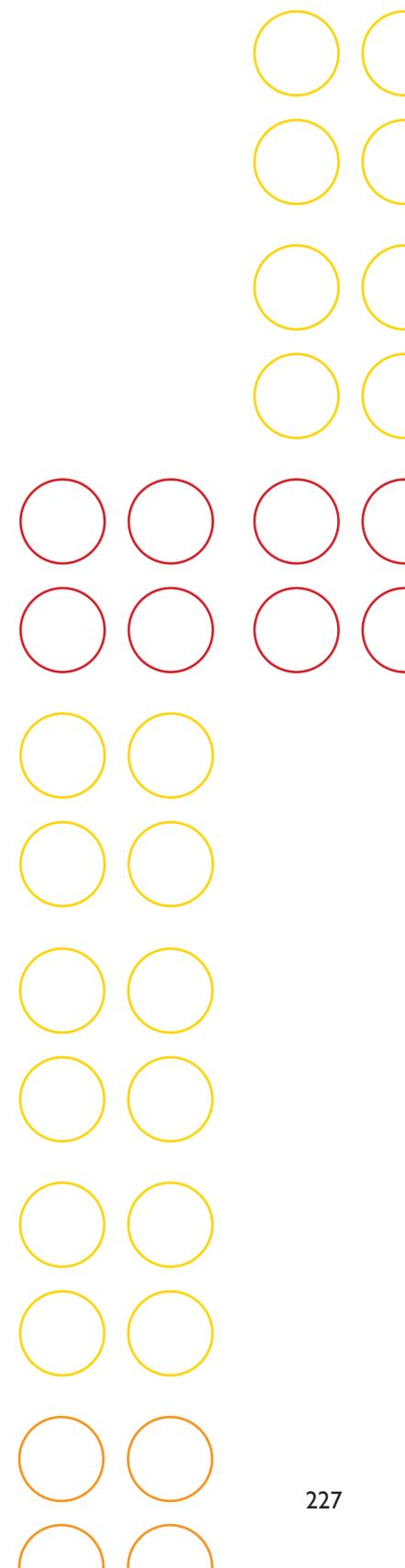
Enfrentar o desafio de alcançar melhores níveis de saúde com os diferentes modos de viver de São Paulo requer tornar a rede de saúde mais próxima e adequada a essa diversidade. Isso só é possível com uma atenção básica valorizada, forte e em constante movimento, pois ocupa papel relevante como principal porta de entrada do sistema de saúde e tem a oportunidade de realizar o seguimento longitudinal dos usuários durante toda a vida, mesmo sem a ocorrência de doenças crônicas.

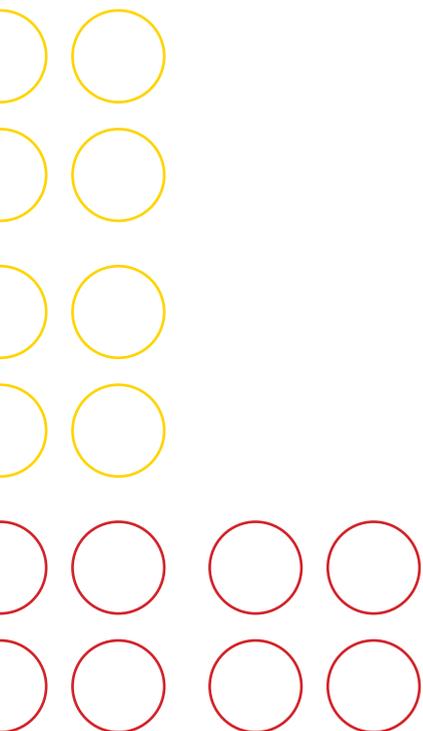
Estudos têm demonstrado que a atenção integral à saúde só se conquista em rede quando existe a coordenação do trajeto do indivíduo pelos vários serviços nos diversos pontos de atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Nesse contexto, a atenção básica tem prerrogativas decisivas para a conquista da integralidade no cuidado à saúde: a responsabilidade ativa e a possibilidade de conviver com o território, o vínculo de suas equipes com os usuários, a capacidade de ser constantemente conquistada de coordenação do cuidado do indivíduo ao longo de sua vida. E a possibilidade permanente de se reorganizar, rever seu processo de trabalho, construir novos arranjos a partir da realidade, das demandas, dos casos e das necessidades que batem à nossa porta.

Gestões anteriores do município de São Paulo fizeram opções equivocadas pela expansão de serviços de pronto atendimento médico, com baixa qualidade da assistência oferecida ao cidadão, inclusive com ausência de registro do atendimento em prontuário, sem articulação com os demais serviços de saúde. A produção de consultas médicas dessas unidades chegou ao mesmo patamar de toda a rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), subvertendo o modelo assistencial proposto pelo SUS, que está fartamente demonstrado como eficaz nos países com sistemas nacionais, alcançando os melhores índices de saúde de sua população, tais como Espanha, Canadá, Cuba e Inglaterra, entre outros (STARFIELD, 2002).

Considerando esse cenário, desde o seu início, a gestão municipal cuidou de reformular a política para a rede de atenção básica, aquela com maior capilaridade na cidade e que alcança todos os bairros, formulando novas diretrizes para a organização dos serviços de saúde. Convoamos todos os trabalhadores, usuários e gestores para, juntos, colocar esta saúde em movimento, para contribuir ativamente com as mudanças necessárias na atenção básica de nossa cidade e consolidar, em cada unidade de saúde, essas diretrizes amplamente discutidas internamente à instituição. A esta potência queremos agregar novas forças. Para isso, realizamos uma ampla discussão pública do documento de diretrizes operacionais da atenção básica e demais iniciativas, que passam a ser um orientador decisivo para reorganizar o processo de trabalho, instrumento para garantir os direitos dos usuários e trabalhadores. Os principais atores sociais interessados na saúde atenderam ao nosso chamado e houve uma ampla discussão, sendo que as contribuições de técnicos, movimentos sociais e conselhos de saúde vieram a partir de debates presenciais, pela rede informatizada conectada em todas as UBS e encaminhadas por escrito. Parte significativa da agenda da Secretaria de Saúde, em todos os seus espaços de gestão, consiste em mobilizar os saberes e práticas que circulam na rede para compor as diretrizes de uma política pública permanente, todas as estratégias do órgão gestor do SUS municipal no fortalecimento da atenção básica.

No centro do modelo de atenção estão as unidades abertas aos problemas de saúde do seu território e à diversidade das condições de uso, com adscrição, mas incorporando e matriculando estudantes e trabalhadores também por local de atividade. Objetiva-se que ocorra a integração entre as atividades programáticas e o atendimento da demanda espontânea, e, no caso das UBS acopladas com unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA),





integrar e unificar os dois serviços. Essa iniciativa já está trazendo resultados significativos para a reversão do modelo de atenção com a integração dos serviços instalados no mesmo local, segundo requisitos da atenção integral à saúde, com chefia única, unificação dos ambientes duplicados, tais como sala de vacina, de procedimentos, setor de radiologia e nova organização do processo de trabalho da equipe, agora ampliada com as especialidades médicas básicas e profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros. Essas unidades, agora denominadas AMA-UBS Integradas, passam a oferecer, além da atenção humanizada, cuidado continuado e, aos sábados, novas ações, tais como vacinas, coleta de citologia oncótica de colo de útero e outros exames e procedimentos de enfermagem.

Consideramos o acolhimento como uma das competências fundamentais dos trabalhadores de saúde, que “[...] não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções” (PNH, 2010). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, “uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (PNH, 2010). Para operacionalizar esta dimensão do cuidado, estão sendo utilizadas estratégias de capacitação, uso de indicadores para monitoramento e a criação do Programa Jovem SUS, trazendo mais de 700 jovens das comunidades mais periféricas da cidade para apoiarem o primeiro contato do usuário com a rede básica de saúde. No campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, a diretriz é ocupar cada tempo e espaço da unidade para promover a saúde e realizar práticas corporais e integrativas. Todas as unidades devem atuar de forma intersetorial e com a comunidade na organização dessas ações.

Esses arranjos organizacionais devem buscar a combinação de acesso com qualidade. Para a gestão qualificada do cuidado, propõe-se incorporar os princípios da clínica ampliada, considerando as dimensões do sujeito e as determinações do processo saúde/doença, e reorganizar o trabalho das equipes a partir de rodas de conversas, análises de casos específicos e construção de projetos terapêuticos singulares. Nesse sentido, a coerência entre a proposta para o cuidado e para a gestão do trabalho das equipes é necessária. Para atuar na busca da integralidade, da resolubilidade, do acolhimento e da humanização, a gestão das unidades de saúde deve contemplar a participação efetiva da comunidade nos espaços dos equipamentos e, particularmente, em atividades de colegiado de gestão.

O processo de construir e implementar as novas diretrizes para a organização da atenção básica tem sido facilitado pela nova sistemática de contratualização das Organizações Sociais (OS) parceiras prestadoras de serviços, realizada a partir do início da gestão em 2013, uma estratégia fundamental para um novo modelo de gestão e de atenção. Nas sub-regiões do município havia uma multiplicidade de Organizações Sociais repartindo a responsabilidade pelo serviço, mas mal distribuídas pelo território. Em uma cidade com as características já referidas, a gestão de contratos com parceiros distribuídos de modo aleatório na região dificulta a configuração de uma rede articulada em seus componentes.



Eduardo Ogata

A legitimidade de uma rede de serviços de saúde perante os usuários é construída mediante vários fatores, tais como alcançar uma ampla cobertura populacional e manter uma equipe presente e qualificada para realizar o conjunto das ações estabelecidas como competência deste nível de atenção. Os novos instrumentos de contratação de parcerias passaram a contar com a exigência de manter equipes definidas de maneira qualitativa e quantitativa, sob pena de ocorrerem sanções administrativas. Ainda no campo do provimento e da fixação de profissionais, sobretudo médicos – categoria mais escassa no mercado de trabalho e ao mesmo tempo estratégica para a resolução de problemas de saúde –, várias medidas foram e estão sendo desenvolvidas, uma vez que a magnitude do problema não encontra resposta única e duradoura. Uma das primeiras iniciativas foi a realização de concurso e criação de uma carreira para o médico, com melhoria salarial. Outra iniciativa foi a adesão ao programa federal Mais Médicos para o Brasil, que acrescentou 256 profissionais à Rede de Atenção Básica – estima-se dobrar este número. O que já podemos colher como resultado do trabalho é que o acesso da população está ampliado, com o acréscimo de 1 milhão de consultas nas UBS em 2015. Entre as várias responsabilidades atribuídas à Rede de Atenção Básica, a de cuidar da saúde bucal vem sendo fortalecida nesta gestão. Foram contratados 200 dentistas por meio de concurso público, instalados 286 novos consultórios odontológicos, além da capacitação em endodontia mecanizada para agilizar o tratamento e reduzir o tempo de espera. No campo da reabilitação oral, passamos de 6.000 para 27.860 próteses dentárias contratadas/ano.

A adequação da infraestrutura física ao desejado funcionamento de uma extensa rede de serviços demanda esforço contínuo. Nesta gestão, a rede básica está sendo ampliada com seis novas UBS em funcionamento, 16 em obras e 23 em fase de licitação. Foram ainda investidos mais de R\$ 100 milhões nas 394 reformas realizadas. No entanto, a mudança só se efetivará se investirmos no que temos de mais valioso, nossas equipes, recebendo apoio institucional e supervisão por técnicos da secretaria, parceiros e instituições de ensino que usam nossa rede como campo de prática. Essa estratégia combinará apoio, supervisão e educação permanentes, fortalecendo a cogestão para o enfrentamento conjunto dos desafios a partir do cotidiano das unidades.

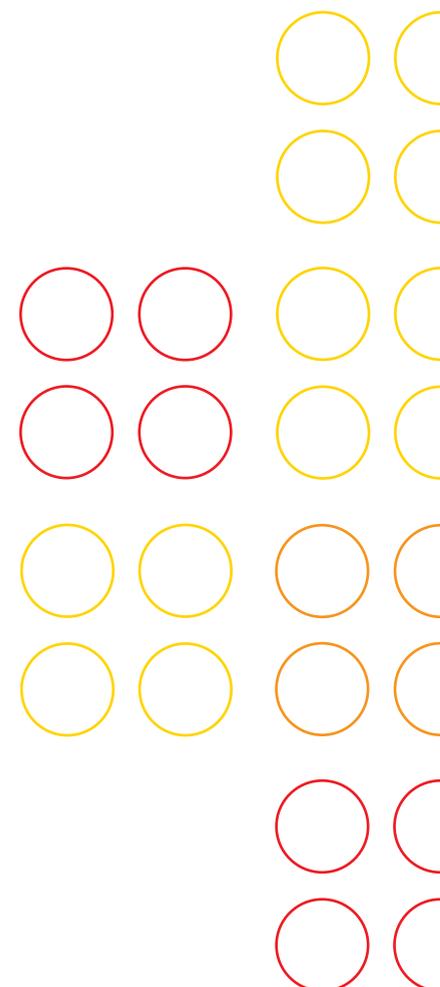
Reorganizar a rede de ações e serviços de saúde, ampliando o acesso

O processo histórico e social de constituição do Sistema Único de Saúde a partir das características federativas e do alto grau de autonomia existente em cada esfera de governo contribuiu para a fragmentação na instalação de serviços, com a centralização dos equipamentos de saúde nas regiões mais desenvolvidas das cidades. A articulação entre os entes da federação, os quais são os gestores do SUS, ainda hoje, deixa a desejar em uma ação solidária

■ Agente de saúde em visita domiciliar



Eduardo Ogata



e complementar, impactando de modo negativo a eficácia, a eficiência e a efetividade da prestação de serviços. Muitas vezes encontramos concorrência entre os serviços e dificuldade em garantir a continuidade do cuidado necessário para intervir sobre problemas de saúde.

As Redes de Ações e Serviços de Saúde (Rass) “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado” (MS, 2010) – Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Os serviços de saúde constituem-se em pontos de atenção e devem buscar a formação de relações entre si, de modo horizontal e não hierárquico, tendo como centro desta rede de relações a Rede de Atenção Básica. A horizontalidade das relações entre os pontos de atenção é determinante para que não ocorra superposição de medidas diagnósticas e terapêuticas, com baixo grau de humanização e eficácia clínica e aumento de custos para o sistema. Dessa forma, espera-se que o grau de integração na atenção à saúde dos cidadãos seja ampliado, permitindo a circulação do usuário entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas, assim como a equidade no acesso a esses recursos. Este foi um dos objetivos da SMS-SP ao desencadear o citado processo de regionalização das parcerias com as Organizações Sociais, de modo a reduzir a fragmentação na gestão das Redes de Atenção Básica e Atenção Hospitalar. Esse processo busca obter como resultado a maior responsabilidade sanitária dos serviços para com o cuidado dos usuários.

Para ampliar o acesso e reduzir o tempo de espera de cirurgias, consultas especializadas e exames, elegeu-se como uma das prioridades a Rede de Atenção Especializada Ambulatorial, área com demanda reprimida em todo o país, na perspectiva do cuidado integral e da prevenção ao agravamento de doenças. Mediante a otimização dos serviços próprios ou contratados e de mais eficácia na regulação com protocolos de acesso e clínicos, a gestão municipal vem exercendo um esforço bastante significativo, estruturando a Rede Hora Certa, com caráter regional e compondendo, sempre que possível, o território sanitário. A título de demonstração, citamos a cirurgia de catarata, que ampliou o quantitativo em 38% entre 2012 e 2015 (passando de 1.130 cirurgias/mês para 1.563 cirurgias/mês), e a cirurgia de varizes, com ampliação de 76% no mesmo período. No geral, houve aumento de 311% no número de vagas para avaliações cirúrgicas, acréscimo de 28% para exames e 11% para consultas especializadas (SMS-SP, 2016).

Na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o município de São Paulo está avançando na transformação do antigo modelo centrado na hospitalização para um modelo de base territorial, visando a manutenção dos vínculos sociais e familiares e o acompanhamento interdisciplinar do paciente com transtornos mentais. Ações estruturantes para a sustentabilidade dessa mudança estão em operacionalização, como a abertura de 16 Serviços de Residência Terapêutica, abrigando 40 ex-moradores de hospitais psiquiátricos e ampliando o número de leitos nos hospitais gerais municipais, além da construção de mais cinco Centros de Atenção Psicossocial.

A Raps vem promovendo inovações na abordagem de problemas complexos, como o abuso de álcool e outras drogas, com a criação do Programa de Braços Abertos, tratando com inclusão e sem preconceitos e com foco no cuidado e na inserção social dos usuários. A estratégia da redução de danos, articulada com a possibilidade de reconstruir um projeto de vida, oferece resultados mais consistentes do que as demais tecnologias de abordagem do problema da dependência química. Cuidar da saúde de modo integral e ofertar trabalho contribuiu para a inclusão de 506 indivíduos no programa. No eixo da promoção à saúde, programas de grande abrangência populacional estão em desenvolvimento. Um deles, o #TamoJunto, alcançará 220 escolas em 2016, capacitando ao menos três professores em cada uma delas, com foco nos adolescentes de 10 a 14 anos. Essas atividades dialogam diretamente com a ação do Programa São Paulo Carinhosa.

O Programa São Paulo Carinhosa tem ampliado a capacidade de proteção social e de saúde às mulheres e crianças na primeira infância. A saúde da mulher exige uma gama de ações e serviços, incluindo-se as contidas na Rede Cegonha, com a versão municipal do programa Mãe Paulistana, cujo detalhamento será tratado em outro capítulo. Articulada com a Secretaria de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Municipal de Saúde tem como objetivo ampliar as ações e serviços ofertados para a atenção integral à saúde da mulher, em todas as suas necessidades.

No tocante à Rede de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, ampliar o número de leitos nas regiões mais periféricas da cidade é compromisso da atual gestão, sendo que um hospital foi inaugurado com 271 leitos na região sul e três novos hospitais encontram-se em construção ou licitação. A adequação e construção de 25 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas vai ampliar o acesso e a qualidade dos atendimentos de urgência, reorganizando com os hospitais e a rede de atenção básica o fluxo dos usuários.

Para garantir a coerência da rede de serviços com as necessidades da população, a Rede de Atenção à Pessoa Idosa vem sendo fortalecida com a instalação de oito novas Unidades de Referência à Saúde do Idoso (Ursi) e 16 novas equipes do Programa de Acompanhante do Idoso (PAI), totalizando 38 equipes na cidade voltadas para os idosos mais vulneráveis e com menor autonomia de autocuidado. A articulação com a Rede de Atenção Básica tem sido fundamental para a identificação do grau de fragilidade do idoso e a indicação dos cuidados necessários.

Reorganizar o SUS para celebrar a diversidade – atenção a grupos populacionais com necessidades específicas

O fortalecimento do SUS depende de que a política pública e as ações de saúde reconheçam a diversidade dos sujeitos e suas necessidades específicas, construindo mais legitimidade social



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

e ampliando sua capacidade de responder aos múltiplos problemas de saúde. Para a Política Nacional de Humanização (PNH) é vital “a defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual”. Concordamos que as diferenças existentes devem contribuir para o fortalecimento do sujeito, para amplificar a democracia e os direitos humanos (DUARTE, 2014).

Estudo realizado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que as situações mais desfavoráveis e de maior vulnerabilidade para o nascimento são mais frequentes em mulheres pardas, pretas e indígenas – baixa escolaridade, gravidez na adolescência, acompanhamento insuficiente e início mais tardio do pré-natal. Em relação às indígenas, merece destaque o fato de que a maioria delas era boliviana. Nas recomendações deste órgão municipal, considera-se “a necessidade de políticas que visem a superação das barreiras culturais, como o idioma, costumes e situações de regularização da permanência no país”, uma vez que a maioria dos partos é realizada pelo SUS (Boletim CEInfo Análise nº 12, 2015).

Ocorreram avanços na última década com a construção participativa de políticas nacionais para populações com maior grau de vulnerabilidade ou demandas específicas como a população negra, população LGBTQT, pessoas com deficiência, população do campo, população migrante e refugiada, assim como linhas de cuidado para fases do ciclo de vida: infância e adolescência, vida adulta do homem e da mulher e velhice. Na esfera municipal, várias dessas políticas foram traduzidas para as diferentes realidades sociais. No caso de São Paulo, encontram-se estabelecidas legalmente as políticas para a população negra e a LGBTQT. No caso desta última, além da capacitação e sensibilização dos profissionais das unidades de saúde da região central do município, estruturou-se a linha de cuidado com a inclusão da hormonoterapia em nove Unidades Básicas de Saúde, na perspectiva de garantir a integralidade da atenção à saúde.

A organização da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência avançou muito neste período de governo, com a inauguração de dois Centros Especializados de Reabilitação (CER) e a qualificação de 15 outros. A política para a população migrante encontra-se em operacionalização, com a articulação entre as secretarias municipais de Direitos Humanos e Cidadania, Política para as Mulheres e Saúde, tendo como foco o acesso à atenção básica, facilitando a comunicação por meio de intérpretes e de material educativo traduzido para diversos idiomas sobre o funcionamento da rede de serviços. A participação ativa das comunidades organizadas de migrantes existentes em São Paulo vem contribuindo na adequação da política e oferecendo apoio social aos seus conterrâneos. A obrigatoriedade de registrar a nacionalidade nos sistemas da saúde trará contribuições para o aprimoramento das medidas adotadas.

Retomar a capacidade pública de gestão – maior transparência e eficácia na gestão pública

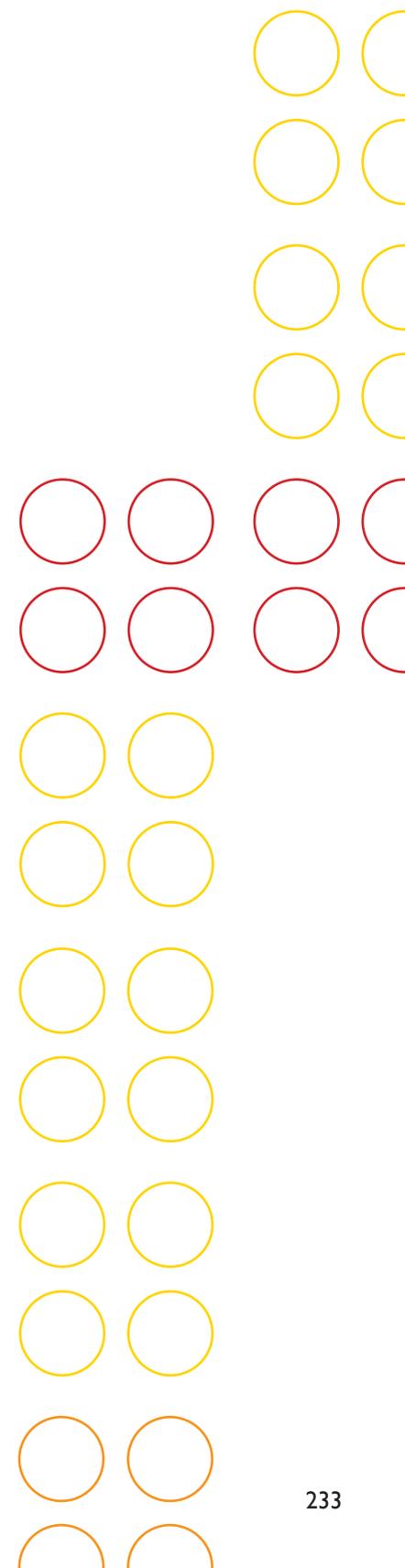
A responsabilidade de realizar a gestão de um sistema de saúde da dimensão do que está instalado em São Paulo exige a adequação dos instrumentos e mecanismos da administração pública. Neste campo, são muitas as iniciativas, acerca das quais faremos um breve relato.

Uma das mais significativas é ampliar a capacidade de gestão da secretaria e seus órgãos, sobretudo na prestação direta de serviços e nas atividades de monitoramento, controle e avaliação. Entendemos que é necessário mobilizar todos os recursos para ampliar e qualificar as equipes. Ajustar a força de trabalho a essas necessidades é um desafio que tem sido enfrentado desde o início do governo. A partir de 2013 foram realizados concursos para 9.278 profissionais de nível médio e superior, com contratação de 6.227 destes até o momento, concluindo-se o processo em maio de 2016, e criado o Plano de Carreira para o médico. Novos concursos para médicos (para todos os níveis de atenção) e obstetrites encontram-se em andamento, assim como a ampliação do número de médicos do Programa Mais Médicos, a expansão das vagas da Residência da Medicina da Família e Comunidade, Multiprofissional e das diversas especialidades médicas, de 205, em 2012, para 481, em 2016. Pretende-se que a rede de serviços constitua uma rede-escola, formando profissionais para o SUS e com perfil humanizado e de excelência.

No campo da tecnologia da informação, está havendo um grande investimento para incorporar aos serviços o prontuário eletrônico do usuário do SUS local, o que irá oferecer mais condições para o seguimento dos problemas de saúde, favorecer a integralidade do cuidado e racionalizar recursos diagnósticos e terapêuticos. Na Autarquia Hospitalar Municipal, está em andamento a informatização de todos os hospitais. Ainda nessa área de tecnologia de informação e informática, é importante ressaltar o Programa Telessaúde, que está em processo de implantação na atenção básica e trará grandes benefícios na resolução de problemas de saúde e conforto aos usuários.

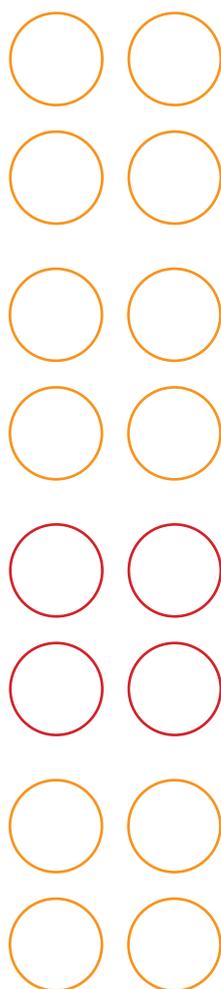
Gerir melhor os recursos públicos tem demandado ainda o aprimoramento da contratualização das Organizações Sociais parceiras, em que a definição de responsabilidade por territórios, anteriormente referida, é fator de sucesso. Além disso, a definição de novos parâmetros contratuais para avaliar desempenho e uma equipe gestora preparada agregam valor a essa iniciativa. Aprimorar a eficiência da gestão demandou ampla reestruturação do sistema de logística, objetivando reduzir a falta de insumos, racionalizar o uso dos fármacos e outros materiais e reduzir os preços.

A Política Municipal de Saúde, adotada na gestão do município de São Paulo, traz elementos que caracterizam uma política pública de Estado e não de governo, e que são vitais para a consolidação do Sistema Único de Saúde. O alinhamento às diretrizes do sistema nacional,



retomado a partir de 2013, oferece a possibilidade de estreitar a articulação colaborativa e solidária com os demais gestores públicos em busca de novas soluções para os problemas da cidade. Exemplos disso são os médicos vinculados ao Programa Mais Médicos, que assistem grande contingente da população que aqui reside; a ampliação das vagas e bolsas de residência médica e multiprofissional, e os recursos para investimento obtidos junto ao gestor federal.

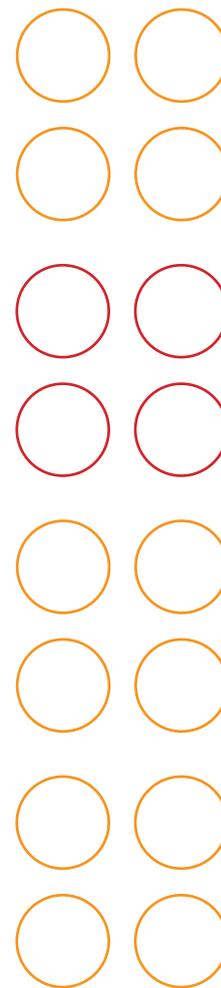
É preciso avançar ainda mais nas relações sistêmicas com o gestor estadual, realizando um planejamento complementar das redes de serviços de saúde, otimizando os escassos recursos existentes. A jornada não está concluída. É preciso continuar aperfeiçoando a estrutura e o funcionamento da rede de saúde, as características de controle e avaliação da prestação de serviços, cuidando de utilizar adequadamente os recursos e combatendo desperdícios. Nossa convicção é que para alcançar resultados sociais relevantes é preciso agir na transversalidade das políticas públicas – e o Programa São Paulo Carinhosa é um excelente exemplo dessa prática.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- BOLETIM CEINFO informativo censo demográfico 2010, n. 2. São Paulo: Prefeitura de São Paulo: CEInfo: SUS, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_02.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- BRASIL. *Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.
- _____. SUS. *Boletim CEInfo Análise*, n. 12, 2015.
- DADOS DO SINAN e COVISA. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: CEInfo, 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- DADOS DO SISTEMA de Informações Ambulatoriais. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: SIASUS, 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

- DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. *Temporalis*, s. 1, v. 1, n. 27, p. 77-98, ago. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209>>. Acesso em: 29 fev. 2016.
- FUNDAÇÃO SEADE. Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo, ano 13, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/spdemog_jan2013.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- _____. São Paulo, 2015 Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- INFORMAÇÕES DOS MUNICÍPIOS PAULISTAS. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- SÃO PAULO (Cidade). *Revisão do Plano Municipal de Habitação*. São Paulo: Secretaria Municipal de Habitação (Habisp), 2016. Disponível em: <http://www.habisp.inf.br/theke/documentos/cmh/2016.03.24_GT_PLANEJ_CMH_reduzido.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- _____. *Balanco 2015*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde São Paulo. São Paulo: CEInfo: PRO-AIM, 2014.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1. ed. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.



The image features a woman in a white shirt holding a baby in a striped shirt. They are in a hallway with pipes. The background is dark, and there are colorful geometric overlays (yellow, orange, red) with circular patterns. The title is in large white letters.

POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Rejane Calixto Gonçalves

Médica e coordenadora da Atenção Básica

Cássia Liberato Muniz Ribeiro

Cirurgiã-dentista e assessora técnica da Coordenação da Atenção Básica

ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO NACIONAL

Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 7.508/2011, ao regulamentar a Lei nº 8.080/90, faz uma clara opção por uma Atenção Básica (AB) como estratégia de reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a AB como porta de entrada das redes de atenção à saúde no SUS. Essa orientação por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços e com orientação comunitária, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde.

Nesse sentido, apresenta os desafios: garantir à população o direito à saúde, com acesso resolutivo e de qualidade e em tempo oportuno; organizar o SUS regionalmente para conformação de uma Rede de Atenção à Saúde visando à integralidade da assistência e à equidade; efetivar um planejamento regional integrado; definir claramente as responsabilidades sanitárias entre os entes federativos; garantir maior segurança jurídica, transparência, controle social e resultados efetivos.

Além do texto normativo, datado de 2011, que rege a AB atualmente, é importante destacar os principais avanços desde então, em nível federal, mas que se refletem de forma positiva em nível local: o Programa Mais Médicos, que ampliou a cobertura; o crescimento do financiamento federal da Atenção Básica (105% nos últimos quatro anos); a criação e magnitude do programa Requalifica UBS, que conta com aproximadamente 40 mil obras em Unidades Básicas de Saúde (UBS); o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a partir da criação e fortalecimento da cultura de avaliação e monitoramento na AB, além do aumento da qualidade dos serviços e do aporte de recursos; a implantação do novo sistema de informação da AB estratégia e SUS AB; a ampliação das ações e cobertura do Brasil Sorridente; o esforço de contemplar diferentes realidades/públicos/necessidades (ESFR-F e CnaR); a ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde; a universalização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); os Programas Academia da Saúde, Saúde na Escola (PSE); a elaboração do Guia Alimentar para a população brasileira; o Melhor em Casa, que amplia o atendimento domiciliar e, com isso, ajuda a reduzir a demanda por internação nos hospitais.

ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Rede de Atenção Básica do município é composta por 452 UBS (incluindo três Centros de Saúde-Escola) e 117 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), sendo 87 destas integradas à UBS, com a atuação de 1,3 mil equipes de estratégia de saúde da família.

■ **Tabela 1** – Atenção Básica no município de São Paulo

Fonte: SMS/CEInfo – ESTABSUS; SIM S/ Coordenação da Atenção Básica.

CRS	Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde						Total UBS ⁽¹⁾	AMA 12h		Total AMA	Total AMA e UBS
	UBS Tradicional	UBS Indígena	UBS Integral	UBS com ESF	UBS/ESF Exclusiva	CS Escola		Acoplada a UBS	Não acoplada		
Centro	–	–	–	4	4	1	9	–	1	1	10
Leste	55	–	–	11	46	–	112	26	1	27	139
Norte	40	1	–	19	29	–	89	18	1	19	108
Oeste	13	–	1	7	6	2	29	5	1	6	35
Sudeste	41	–	1	23	27	–	92	22	3	25	117
Sul	21	1	2	6	91	–	121	16	4	20	141
Munic. São Paulo*	170	2	4	70	203	3	452	87	11	98	550

(1) Incluído 3 Centros de Saúde Escola da esfera Estadual.

Em 2005, estimava-se que a necessidade de consultas para assistência emergencial/habitante/ano era de 15% (Portaria Ministerial nº 1.101/MS), significando uma proporção de 43% e indicando uma inversão da pirâmide assistencial entre consultas pré-agendadas e emergenciais, o que resulta em um cenário desfavorável na relação de oferta de serviços nos seus diferentes níveis de assistência.

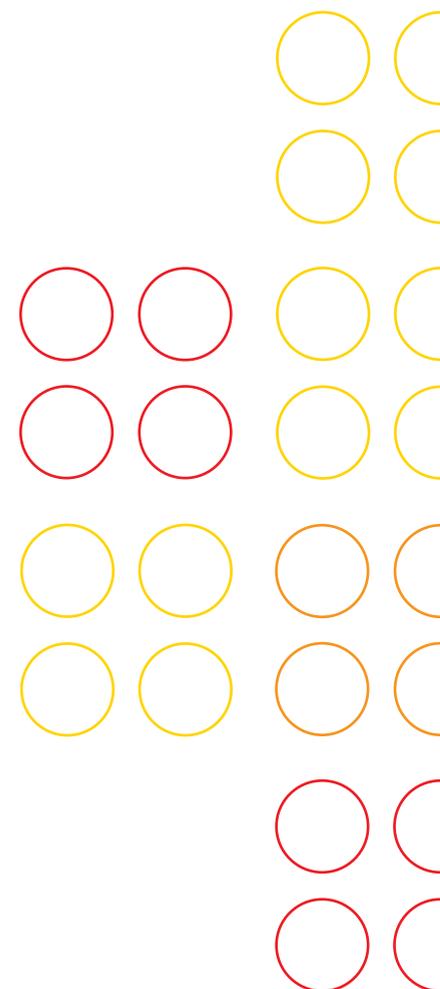
As consultas realizadas pelos hospitais e prontos-socorros eram, em sua maioria, de complexidade compatível com a Atenção Básica, sem necessidade de maior infraestrutura. Identificada a lacuna assistencial de se reorganizar o sistema de saúde fortalecendo a Atenção Primária à Saúde, foi assim justificada a criação da Unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) resultando em um maior investimento, que representou uma competição predatória com as UBS, evidenciando fragmentação entre os diferentes níveis de atenção, entre diferentes unidades que compõem um mesmo nível de atenção e entre diferentes arranjos para assistência, com grande diversidade de recursos investidos. Isso resultou na constatação de que o mero aumento das consultas médicas não melhora os desfechos clínicos das condições crônicas.

■ Agentes Comunitárias de Saúde



A proposta para a consolidação da Atenção Básica, a partir de 2013, apresenta os seguintes compromissos:

- instituir sistema de informação com vistas ao planejamento e ao monitoramento das ações desenvolvidas;
- implantar coordenações únicas da Atenção Básica, evitando fragmentação e garantindo uma coordenação colegiada;
- definir gerente da unidade responsável pela gestão local da atenção à saúde da população do seu território;
- instituir educação permanente – qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores para melhoria dos processos de trabalho;
- instituir o acolhimento como dispositivo ético-político para ampliar o acesso aos serviços de saúde, como estruturante do processo de trabalho centrado nas demandas e necessidades de saúde, como potencial instituinte de novas formas de produzir o cuidado, como espaço de integração da voz do usuário na construção de projetos terapêuticos e como integração dos profissionais e seus saberes na busca de cuidar da população que assistem em uma perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar que valoriza a sensibilidade e o equilíbrio;
- proporcionar atenção resolutiva e articulada com outros serviços, além do atendimento domiciliar por equipe multiprofissional;
- instituir apoio institucional, matricial e em rede, superando a “supervisão tradicional”;
- instituir a prática de avaliação e monitoramento, utilizando instrumentos como PMAQ e QualiAB;
- trabalhar com a ideia do “território sanitário vivo e dinâmico”, por meio das ações de vigilância em saúde e da identificação do “risco sanitário” nas UBS;
- garantir a integração da Atenção Básica ao conjunto da Rede de Atenção à Saúde, utilizando as diversas estratégias de comunicação e informação disponíveis, de forma a manter um diálogo ativo entre a referência e a contrarreferência;
- incentivar e garantir a participação social – discussões de temas pertinentes à organização do serviço e ao enfrentamento de necessidades de saúde da comunidade, ampliando a capacidade de resposta da unidade aos problemas locais;
- estimular a articulação intersetorial – produzir corresponsabilidades voltadas à redução das desigualdades em saúde e à qualidade de vida de indivíduos e coletividades;



- estimular profissionais de saúde a participarem da construção de saberes e disciplinas do seu campo – produção de saúde;
- construir UBS segundo os critérios: equidade, vazios assistenciais, adscrição populacional desproporcionada, substituição de imóveis alugados, disponibilidade de terrenos.

Paralelamente a essas diretrizes, teve início um grande processo de sensibilização e construção ascendente de documentos da AB na rede municipal: *Fortalecendo Atenção Básica – Diretrizes Gerais e Diretrizes Operacionais* (1ª edição). Esse processo foi acompanhado de questionário situacional disponibilizado para todas as UBS, com os principais itens: acolhimento, organização da agenda, atribuições das equipes de saúde, organização geral do serviço e gestão e participação social.

Dando continuidade à consolidação da AB, em um processo contínuo de monitoramento das ações e avaliação, o documento *Diretrizes Operacionais* foi revisto passando por consulta pública, sendo essa segunda versão publicada em dezembro de 2015, momento em que o secretário convoca todas as unidades para um grande desafio: o *Desafio Mais Saúde na Cidade*, para todas as UBS, que contempla projetos inovadores nas seguintes modalidades:

1. Avanços na Consolidação dos Atributos da Atenção Primária: Acesso, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado.
2. Promoção da Saúde.
3. Resultados Epidemiológicos no Território de Abrangência da Unidade Básica de Saúde.

Os desafios foram apresentados nos dias 11 e 12 de abril, antecedendo o Congresso Cosems, que em 2016 foi sediado na cidade de São Paulo. Foi instituído um prêmio para a UBS que consolidar seu projeto de intervenção diante das modalidades apresentadas.

PRINCIPAIS AÇÕES DE SMS VOLTADAS À ATENÇÃO BÁSICA

Starfield (2002) valoriza quatro características da AB: a acessibilidade (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade (característica que modela fortemente as possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema).

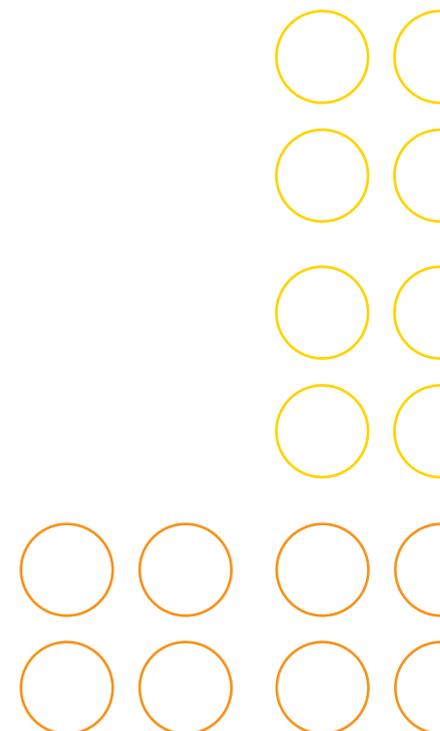
- a. *Ampliação do acesso*: o acesso à saúde é cada vez mais discutido em termos de justiça social e de equidade. Várias ações foram desencadeadas para a ampliação do acesso às nossas UBS, entre as quais destacamos:

- seis UBS inauguradas segundo o conceito integral, que se aplica às demais UBS e traz em suas premissas a ampliação do acesso com qualidade mais resolutiva, identificando os riscos, necessidades e demandas, e que acolhe a demanda ao não agendado com escuta qualificada e humanizada;
- construção de 16 UBS a serem inauguradas e 23 em fase de licitação; 394 reformas realizadas;
- processo de integração da UBS/AMA Integrada, retomando o espaço pela UBS, com gerente único, acolhimento com classificação de risco, recepção e agenda unificados, salas de procedimentos e salas de vacinas únicas, equipe médica, de enfermagem e demais profissionais integrados, além de ofertar vacina, coleta de citologia oncológica de colo de útero, exames de urgência e procedimentos de enfermagem aos sábados com atendimento realizado em prontuário. O horário de funcionamento é de segunda a sábado, das 7h às 19h. O agendamento das consultas é diário, permanente, sem data de abertura e fechamento;
- instituído o Projeto Jovem SUS em parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo, por meio do Programa Operação Trabalho (POT). Os bolsistas estão em 256 UBS apontadas como prioritárias, que assim são consideradas levando-se em conta os critérios: UBS com profissionais do Programa Mais Médicos e/ou do Provab, com mais de três equipes de Estratégia Saúde da Família e com mais de dez ouvidorias.

São 800 jovens bolsistas, quatro por UBS, tendo por objetivo a qualificação da recepção à população, trabalhando em parceria com a equipe de acolhimento da UBS, visando, especialmente, a uma formação cidadã para esses jovens. Para tanto, eles desempenham suas funções por um período de quatro horas, com duas horas destinadas à capacitação. Tem também como objetivo propiciar aos jovens perspectivas de reinserção social e elevação do grau de escolaridade como parte da qualificação para o desempenho adequado das atividades previstas.

b. *Recursos Humanos*

- realizado concurso público em 2014 para todas as categorias profissionais.
- progressão e promoção funcional.
- 250 profissionais do Programa Mais Médicos trabalhando nas UBS.
- dois editais para contratação, ainda no primeiro semestre de 2016, de 1.090 médicos e 20 obstetrites.



Eduardo Ogata



c. *Estrutura e gestão*

- efetivação dos contratos de gestão – somente uma Organização Social por região.

d. *Qualificação dos profissionais de saúde*

- curso de Apoiadores da Atenção Básica – em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), destinado aos profissionais das UBS, Supervisão Técnica de Saúde (STS), Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa) e Gabinete.
- residência Médica em Saúde da Família.
- residência multiprofissional em medicinas tradicionais, homeopatia e práticas integrativas em saúde.

e. *UBS – Campo de estágio*

- 449 UBS com ao menos uma atividade de estágio entre: Pró-Pet Saúde, Estágios obrigatórios, Mais Médicos, Provac e Residência Médica.

f. *Fortalecimento das ações de promoção à saúde*

Reconhecendo na promoção da saúde uma parte fundamental da busca pela equidade e pela melhoria da qualidade de vida, ao integrar as ações programáticas e demandas espontâneas, objetiva fortalecer a AB pela articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Busca ainda proporcionar manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão por meio do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, objetivando o cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

Dentre os vários programas da AB, destacam-se:

- Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (Pavs) – programa transversal e intersetorial que desenvolve políticas de saúde e meio ambiente no âmbito da Estratégia Saúde da Família por meio de projetos socioambientais.
- Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS) – oferece acupuntura, homeopatia, fitoterapia e plantas medicinais, práticas corporais e meditativas, além de outras ações, objetivando diminuir a medicalização dos usuários.
- Atenção Integral às Pessoas Vítimas de Violência – publicação da Portaria nº 1.300/2015 – SMS, que estabelece a institucionalização do Núcleo de Prevenção à Violência (NPV), multiprofissional, presente em todos os serviços de saúde do município, orientando a vítima de violência dentro de uma rede de cuidados e assistência.

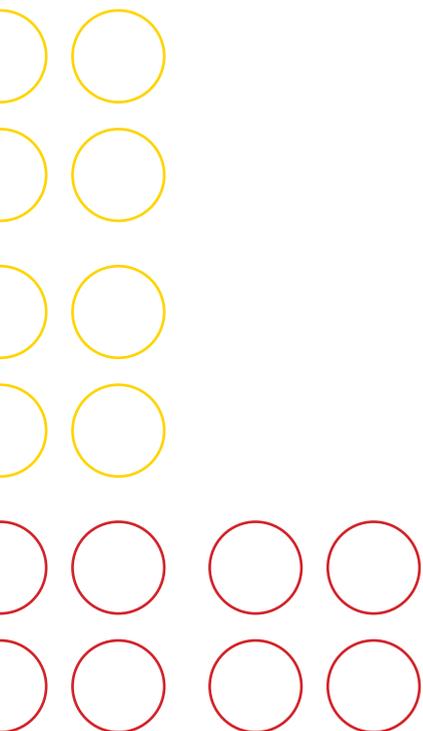
- Saúde da População Negra – institui campo de preenchimento *obrigatório* no Siga-Saúde (28/02/2014), combatendo o racismo institucional, além de proporcionar aos doentes portadores de anemia falciforme assistência integral por meio do Programa Municipal de Atenção Integral aos Portadores de Hemoglobinopatias.
- Programa Saúde na Escola (PSE), oficializado em São Paulo em 30/06/2013, com os seguintes critérios de adesão: no mínimo 50% das escolas do grupo de escolas prioritárias, CEIs, Emeis e escolas com mais beneficiados pelo Programa Bolsa Família – ações de avaliação antropométrica, avaliação de saúde bucal, avaliação oftalmológica e verificação de situação vacinal. Em 2015, foram pactuadas 1.502 escolas com o atendimento de 907.944 alunos.
- Política São Paulo Carinhosa na Atenção Básica. O relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2008, mostra que:

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

Torna-se fundamental perceber que as oportunidades para a garantia e a qualificação da vida desde seus primórdios dependem de um ambiente facilitador ao seu desenvolvimento que inclui os fatores psíquicos, a produção de vínculos e o cuidado.

As crianças precisam de ambientes seguros, saudáveis, acolhedores, educativos e dinâmicos nos quais viver. Para tanto, são necessários o compromisso e a implementação de uma abordagem abrangente da infância, baseada nos programas de sobrevivência infantil existentes, que alargue a intervenção na infância ao desenvolvimento social, emocional, linguístico e cognitivo e expanda a prestação de serviços e o âmbito da educação para incluir os princípios do desenvolvimento na primeira infância.

As ações da Atenção Básica na Política São Paulo Carinhosa estão baseadas em quatro eixos principais: pré-natal, parto e puerpério; crescimento e desenvolvimento infantil; crianças vulneráveis e educação em saúde. As unidades básicas realizam busca ativa de gestantes, grupos de pré-natal que abordam temas como aleitamento materno, planejamento familiar, vínculo materno-infantil, sexualidade e vacinação. A caderneta da criança é utilizada rotineiramente e tanto o recém-nascido como a puérpera são agendados na UBS de referência no prazo de 7 a 14 dias após o nascimento. O Programa Saúde na Escola realiza ações de prevenção da obesidade infantil, saúde ocular, saúde bucal, além de vacinação, de acordo



com o calendário oficial de vacinas. As crianças em situação de vulnerabilidade como vítimas de violência, em situação de rua, com necessidade de cuidados continuados e que são acompanhadas pelo Programa Bolsa Família são priorizadas pela equipe das unidades. No eixo educação em saúde, desenvolvemos o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Integral à Primeira Infância – visitas domiciliárias, cujo objetivo geral é capacitar os profissionais da Atenção Básica, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para promover o desenvolvimento integral na primeira infância com o envolvimento das famílias, respeitando a cultura da comunidade em que a UBS está inserida e também as equipes das Unidades Básicas de Saúde. O projeto é uma parceria com o Ministério da Saúde e na fase inicial abrange 51 Unidades Básicas de Saúde de territórios de grande exclusão social, 63.679 famílias com gestantes e crianças menores de 4 anos, em oito distritos administrativos. Os critérios de inclusão das famílias foram: famílias em vulnerabilidade e risco biopsicossocial; recém-nascidos prematuros e de baixo peso; crianças com deficiências; asfixia perinatal grave; situação de violência intrafamiliar; mães e gestantes com dependência ao álcool e outras drogas. O programa prevê visitas domiciliárias com frequência diferenciada, de acordo com a necessidade; elaboração de material específico para saúde na primeira infância, tanto para os profissionais quanto para a família; processos de educação permanente para a equipe da Atenção Básica; realização de levantamento das necessidades dos territórios elencados; definição de estratégias de mobilização das outras secretarias e seus equipamentos nos territórios elencados.

■ **Tabela 2** – Abrangência do Programa por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde – fase inicial

CRS	STS	UBS
Centro	Sé	01
Oeste	Butantã	01
Sudeste	Mooca	06
	Penha	01
Sul	Capela do Socorro	13
Norte	FÓ-Brasilândia	10
Leste	Cid. Tiradentes	08
	Guaianases	03
	Itaim Paulista	03
	São Matheus	05
Total		51

Fonte: Coordenação de Atenção Básica (2014).



O processo formativo dos profissionais de saúde (enfermeiros, profissionais do Nasf e Agentes Comunitários de Saúde) perpassa os seguintes temas: Atenção Integral à Criança, Aleitamento Materno e Alimentação Saudável, Acidentes na Infância, Violência e Maus-tratos, em consonância com os dados que se apresentam a seguir.

■ **Tabela 3** – Nascidos vivos (NV) de mães residentes no município de São Paulo segundo o local de ocorrência do parto

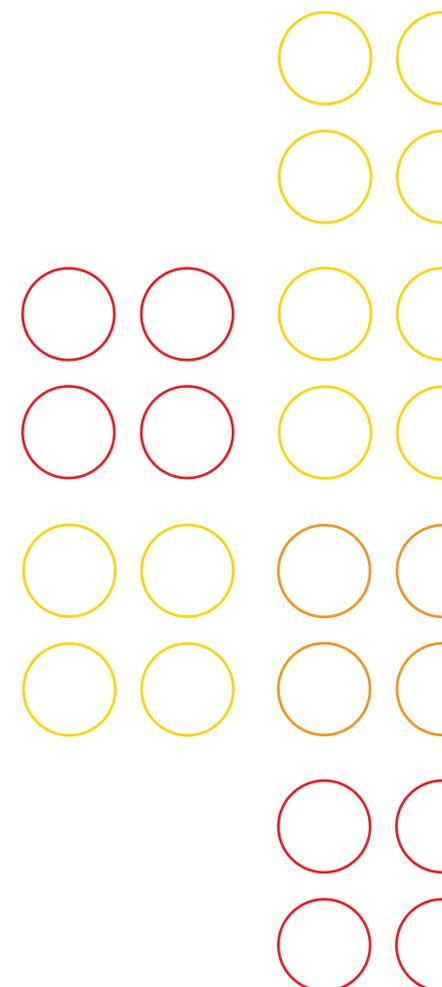
Fonte: Sinasc/CEInfo/SMS-SP (2014).

Local parto	NV	%
Maternidades SUS	83.380	59,6
Maternidades Não SUS	55.983	40,0
Partos domiciliares	483	0,3
Outros locais	131	0,1
Total de nascidos vivos	139.977	100,0

■ **Tabela 4** – Mães adolescentes e com Ensino Fundamental incompleto. Distritos Administrativos Prioritários SP Carinhosa – MSP

Fonte: Sinasc/CEInfo/SMS-SP (2014).

Dist Adm. Residência	% mães adolescentes	% mães ensino fundamental incompleto
Brás	11,3	4,9
Brasilândia	18,5	3,4
Cidade Tiradentes	18,5	2,9
Grajaú	17,7	4,7
Guaianases	17,4	3,1
Iguatemi	17,2	4,2
Itaim Paulista	17,4	3,0
Pari	14,3	7,6
Sé	11,0	4,7
Subtotal	17,5	3,8
Total MSP	13,4	1,4

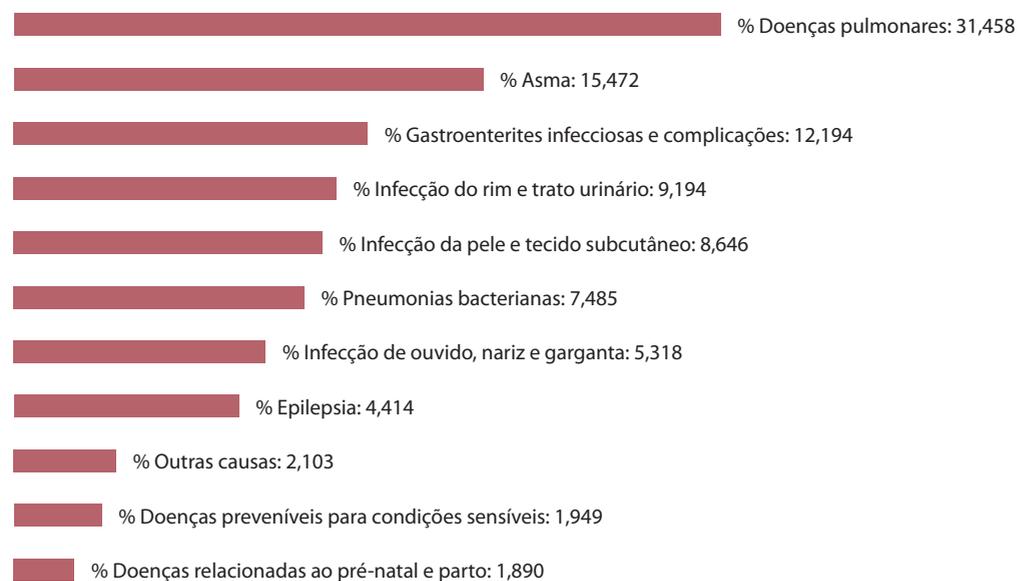


■ **Tabela 5** – Óbitos em menores de 5 anos segundo grandes grupos de causas e faixa etária – município de São Paulo, 2012

Grupo de causas	< 1 ano	% < 1a	1-4a	% 1-4a	Total
Afecções originadas no período perinatal	1.179	58,37	5	1,81	1.184
Anomalias congênitas	417	20,64	59	21,3	476
Doenças do aparelho respiratório	120	5,94	43	15,52	163
Doenças infecciosas e parasitárias	89	4,41	24	8,66	113
Causas externas (violência e acidentes)	69	3,42	47	16,97	116
Causas mal definidas	43	2,13	16	5,78	59
Doenças do sistema nervoso	31	1,53	27	9,75	58
Doenças do aparelho circulatório	23	1,14	9	3,25	32
Doenças do aparelho digestivo	18	0,89	11	3,97	29
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	10	0,5	1	0,36	11
Neoplasias (tumores)	9	0,45	25	9,03	34
Demais grupos de causas	12	0,6	10	3,61	22
Total	2.020	100	277	100	2.297

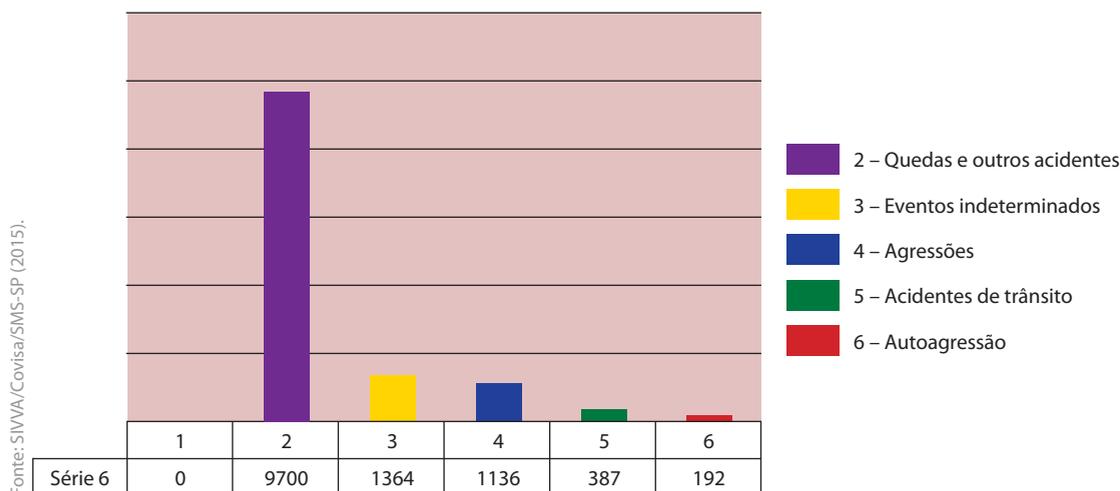
Fonte: SIM/CEInfo (2014).

■ **Gráfico 1** – Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar por causas sensíveis à Atenção Básica de crianças de 0 a 5 anos completos, município de São Paulo, 2012



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus/Sistema de Informação Hospitalar – SIH (2014).

■ **Gráfico 2** – Número de notificações de violência ou acidentes em menores de 6 anos, segundo tipo de causa externa (MSP, 2012)



No segundo semestre de 2015, foram realizadas, nas seis Coordenadorias Regionais de Saúde, oficinas de sensibilização dos gestores e profissionais das equipes para o tema do cuidado na primeira infância, com apresentação de experiências exitosas dos territórios. Foram abordados temas relacionados ao cuidado nas relações familiares, como acolher as situações de violência, orientar os familiares no desenvolvimento infantil e, quando necessário, encaminhar para os demais equipamentos que formam a rede de cuidados da infância. Para tanto, foram reinventadas brincadeiras da infância e resgataram-se valores culturais que estavam desaparecendo, com prejuízo no senso de pertencimento. Essa vivência proporcionou surpresas, o resgate da própria infância, o prazer de compartilhar, maior integração entre todos e estímulo para ressignificar a sua história de vida.

Importante destacar que a implantação da linha de cuidado da gestante, puérpera e recém-nascido e a discussão da grade de referência em fóruns de redes com a participação dos representantes dos hospitais municipais e estaduais, assim como a captação precoce da gestante com exame de gravidez, solicitação de exames pré-natal e agendamento de consulta para acompanhamento com médico e enfermeiro, têm demonstrado uma diversificação das ações em todas as unidades.

São realizados abordagens e encaminhamentos quanto ao perfil de vulnerabilidades das mães/famílias das crianças quanto à sífilis congênita, às gestantes que não fizeram pré-natal, às que não foram localizadas no pós-parto (provavelmente população em situação de rua) e às usuárias de drogas.

As UBS vêm desenvolvendo um olhar especial à Atenção às Crianças e Adolescentes Abri- gados, com o estabelecimento de fluxo de atendimento para essas crianças, incluindo avaliação





Eduardo Ogata

clínica/pediatra ou hebiatra, avaliação ginecológica e obstétrica, avaliação de saúde mental e odontológica. E, por mais difícil que pareça, foi estabelecido um atendimento aos agressores das crianças/adolescentes abrigados, proporcionando a estes avaliação médica e mental, objetivando o retorno da criança ao lar.

O acompanhamento das condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família resultou na redução das desigualdades no período de uma geração, o que implica a implementação de sistemas que permitam níveis saudáveis de condições de vida, abaixo dos quais ninguém deveria viver por razões que transcendam ao seu controle. Os programas de proteção social podem ser instrumentais na concretização de metas de desenvolvimento, em vez de serem dependentes da realização desses objetivos – podem ser meios eficientes para reduzir a pobreza, dos quais as economias locais podem se beneficiar.

g. *Monitoramento e avaliação*

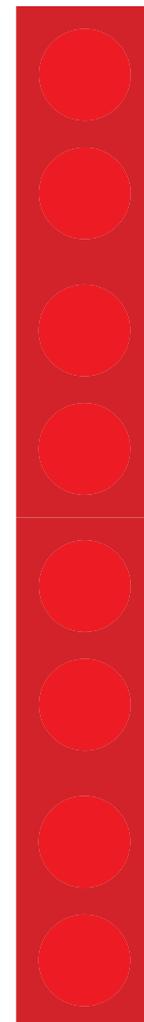
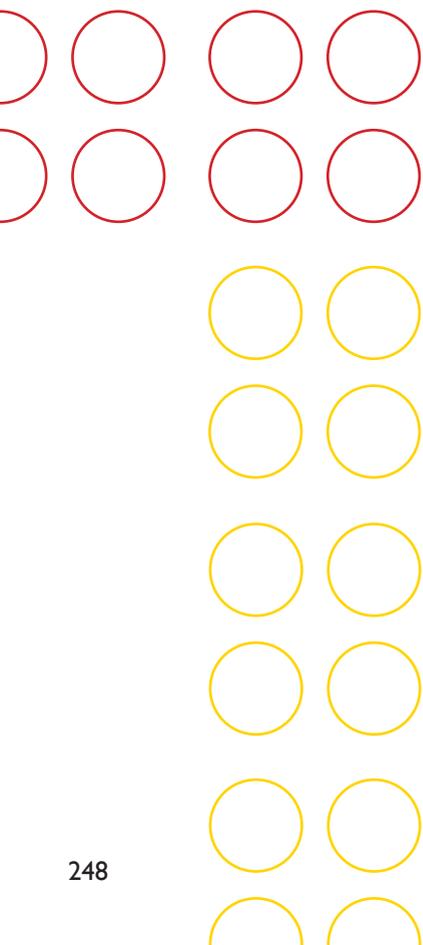
Instituiu-se a Sala de Situação da Atenção Básica, com reuniões semanais envolvendo o secretário municipal de Saúde, a secretária adjunta, a chefia de Gabinete, as Coordenadorias Regionais de Saúde e a Supervisão Técnica de Saúde, em que são analisados – em conjunto com a Coordenadoria da Atenção Básica – todos os aspectos relativos à implantação das diretrizes, assim como a integração dos diversos programas e coordenações, visando ao fortalecimento da Atenção Básica no município de São Paulo.

Todas as estratégias implantadas aqui enunciadas foram planejadas a partir da aglutinação de propostas, diretrizes e projetos que têm como objetivo o desenvolvimento contínuo, a aprendizagem e conquistas quanto às melhorias das condições de vida e circunstâncias em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem em nosso município.

Este modelo de atenção à saúde articula a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, considerando as características e as mudanças demográficas e epidemiológicas em andamento.

A AB é composta por múltiplos e diversificados objetos de atenção à saúde, abarcando desde o nascimento ao envelhecimento, incluindo a atenção à saúde sexual e reprodutiva, à saúde do trabalhador, a situações de conflito e violência, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, ao cuidado às condições e agravos crônicos, entre tantas outras condições que compõem a atenção integral à saúde, o que lhe atribui uma complexidade própria.

Também se constitui na produção de pontos de encontro com as comunidades, uma atividade básica que logra construir espaços de troca com os usuários e operar de forma consistente redes territoriais e intersetoriais, ampliando efetivamente os territórios de produção de saúde.



ATENÇÃO BÁSICA: VIVA O SEU TERRITÓRIO, ACOLHA SUAS PESSOAS E CONSTRUA O SEU DESAFIO

Diante do tamanho do desafio e da diversidade dos modos de viver de São Paulo, se quisermos construir mais saúde do que doença na nossa cidade só tem uma saída: fazer de tudo para levar a saúde mais próxima e adequada aos modos de vida das pessoas que vivem nas várias cidades que existem dentro da nossa São Paulo. Isto só é possível com uma Atenção Básica valorizada, forte e em constante movimento.

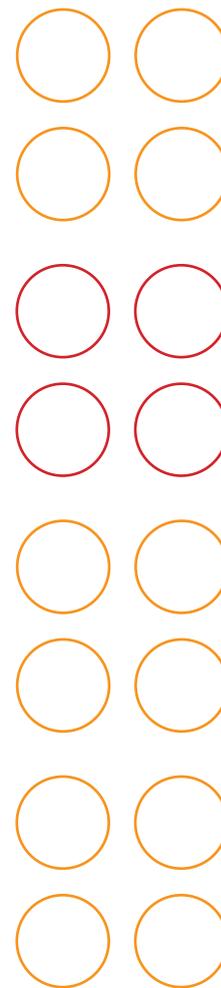
A garantia de que esta mudança é possível parte da experiência e compromisso acumulados pelos milhares de profissionais, gestores e conselheiros que, ao enfrentarem as dificuldades e desafios do cotidiano da nossa rede municipal, provam que é possível humanizar o cuidado às pessoas.

Alexandre Padilha (2015).

■ Agente de saúde em visita domiciliar

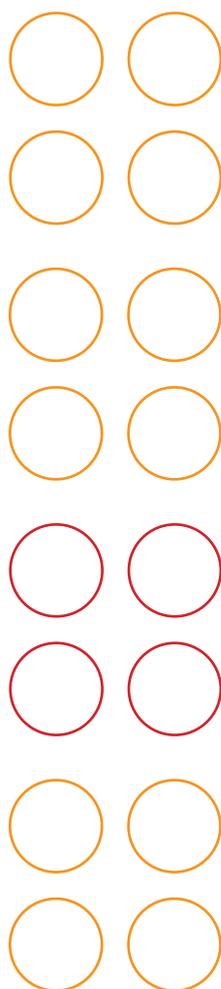


Eduardo Ogata



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.
- _____. _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 out. 2011.
- COMPARTILHANDO Lições Aprendidas: 2005-2011. Secretaria municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. São Paulo: SMS, 2011.
- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo (Secretaria Municipal da Saúde). *Diretrizes operacionais para UBS*. São Paulo, 2015.
- _____. *Diretrizes gerais*. Versão 1. São Paulo, 2015.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1. ed. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.





Eduardo Ogata

POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Athenê Maria de Marco Mauro

Médica pediatra, especialista em adolescentes e
coordenadora da Saúde da Criança e do Adolescente
da Secretaria Municipal de Saúde

Garantir a sobrevivência das crianças em todo o mundo foi uma das maiores metas das organizações internacionais voltadas à saúde desde o final dos anos 1970. Marcada pelos cuidados primários à saúde na Conferência Internacional de Alma Ata, Rússia, 1978, e com processos decorrentes dessa conferência, a carta de Ottawa, Canadá, 1986, registra um apelo à Organização Mundial da Saúde (OMS) e às organizações internacionais para advogarem em prol da promoção da saúde, um novo caminho internacional para a saúde pública, em que uma das áreas mais preocupantes era a saúde materno-infantil, com taxas de mortalidade elevadas, principalmente em países menos desenvolvidos.

Nesse período, sucessos foram alcançados graças às cinco ações básicas de saúde preconizadas pela OMS e incorporadas pelo Ministério da Saúde (MS): o controle da doença respiratória, a terapia de reidratação oral, a vigilância do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e as imunizações. Essas ações tiveram grande impacto na redução da morbimortalidade infantil, acrescentando a melhoria das condições de saneamento básico, de nutrição e a escolaridade materna.

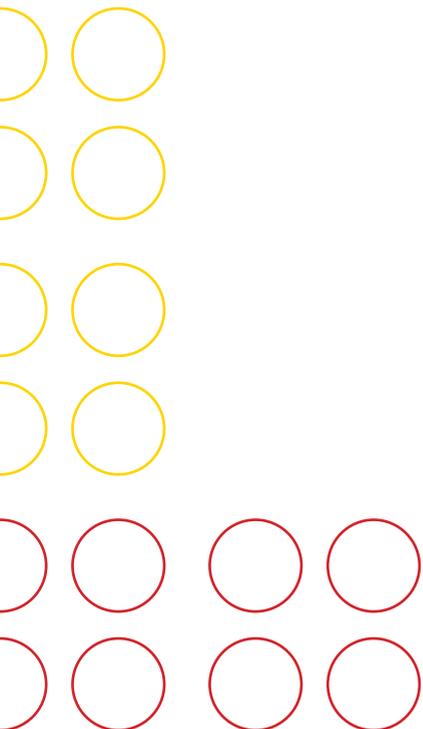
Em relação à mortalidade infantil, o coeficiente neonatal passou a ser predominante, principalmente nos primeiros sete dias de vida, exigindo investimento técnico e recursos no pré-natal, na atenção materno-infantil das maternidades e no segmento de Atenção Básica. A partir do segundo ano de vida, o grupo das Causas Externas (CE) é a principal causa de morte, seguido pelo grupo das Malformações Congênitas (MC) e terceiro, o grupo das Doenças do Aparelho Respiratório (DAR). Entre os 5 e 10 anos, os três principais grupos de causas são: as Causas Externas, as Neoplasias e as Doenças do Sistema Nervoso (PRO-AIM, CEInfo, 2013).

As doenças respiratórias constituem a grande demanda aos equipamentos de saúde, mas também a morbidade determinada pelo modo como a criança está inserida socialmente na sua família, na escola, nos abrigos, na comunidade e em outros espaços coletivos. A violência urbana, doméstica, acidentes e atropelamentos igualmente determinam morbimortalidade na infância (SMS/SP, 2003). Assim, a saúde integral da criança depende dos determinantes sociais que incidem sobre sua vida e de sua família.

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE SMS-SP

A criança nasce em um contexto social, em uma família com cultura e saberes próprios, com um vínculo afetivo que vem desde a gestação e em um território com especificidades e potencialidades.

A Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança (PMAISC) está baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que foi elaborada e



pactuada por meio do colegiado de coordenadores de saúde da criança dos estados e das capitais, conduzida pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, e considera:

I – criança: pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos, ou seja, de 0 a 120 meses;

II – primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 a 5 anos, ou seja, de 0 a 72 meses.

A PMAISC organiza-se a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos mediante a articulação das áreas técnicas, coordenações, ações e serviços de saúde, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna, neonatal e infantil e na Atenção Básica, esta como coordenadora do cuidado no território.

A Política SCA/SMS-SP é transversal, atuando em todos os níveis de atenção e descentralizada, por meio da construção coletiva e participativa quanto à discussão, articulação, planejamento e monitoramento das ações.

Os princípios norteadores da Política Municipal são:

- Planejamento e desenvolvimento de ações integradas.
- Acesso universal.
- Acolhimento: a criança tem agenda programática e demanda eventual.

É fundamental ir além da resolutividade imediata da queixa trazida, reconhecendo as condições envolvidas no processo saúde-doença. O acolhimento é entendido de uma forma mais ampla, não se restringindo à triagem. Trata-se de como a equipe de saúde assume o paciente, responsabilizando-se por suas necessidades de saúde e a construção do vínculo com a família.

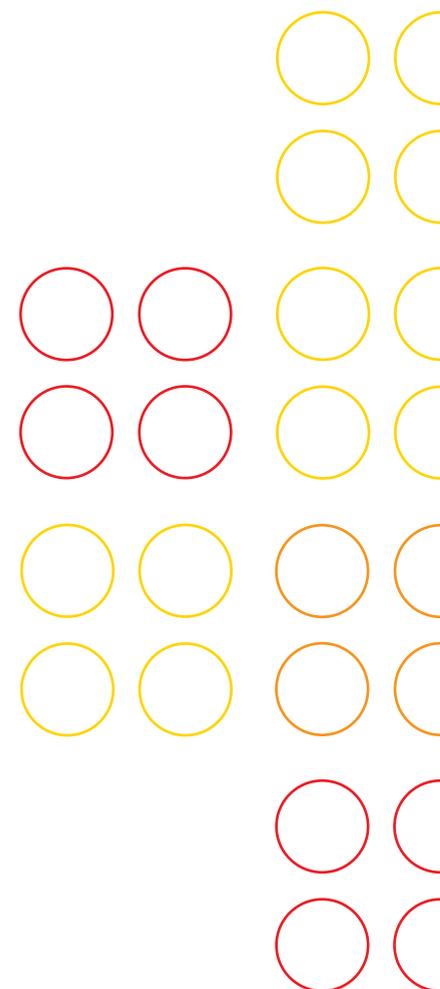
- Equidade: priorização das crianças e de suas famílias em situação de risco e/ou vulnerabilidade.
- Investimento na primeira infância: os primeiros anos de vida da criança são fundamentais para o estabelecimento de alicerces de suas aquisições futuras. A melhoria das condições de vida nesse período possibilita a criação de uma sociedade mais harmônica e acolhedora, e menos desigual (WINNICOTT, 1975).
- Articulação de políticas e adequação de ações ao contexto local para o cuidado integral da criança, uma vez que o município tem territórios com diferentes complexidades e especificidades.



- Mudança nas práticas do cuidado a partir da inclusão do tema ambiente facilitador à vida.
- Atuação em equipe: a diversidade de olhares e saberes permite o acúmulo de informações e estratégias que interferem no processo saúde/doença, também por meio da lógica do apoio matricial.
- Desenvolvimento de ações coletivas: ações de saúde, quando realizadas em espaços coletivos, como escolas, abrigos ou grupos nas Unidades Básicas de Saúde, agregando outros atores, têm efetividade maior do que quando realizadas individualmente.
- Aposta nas grupalidades (CUNHA; DANTAS, 2008): elementos que, juntos, favoreceram as decisões necessariamente compartilhadas, a fim de fortalecer o processo de cogestão em implantação ou em andamento. Fomento aos espaços potenciais de troca, compartilhamento de experiências, inserção das diferenças, novas experimentações, protagonismo dos sujeitos, mudança de mentalidades, ampliação nas rodas de conversa e contrato vinculado à demanda do grupo.
- Ênfase nas ações de promoção à saúde: ações sobre os determinantes dos agravos e construção de ambientes favoráveis à vida e alternativas de vida mais saudáveis.
- Participação da família: aumento do protagonismo das famílias na produção do cuidado, considerando sua determinação social.
- Controle social na gestão local: a comunidade é informada e estimulada a discutir o perfil epidemiológico da região para, junto aos gestores e profissionais da saúde, buscar estratégias de superação dos principais problemas e agravos identificados no território.
- Atendimento hierarquizado e descentralizado, em rede, garantindo a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção, sob a coordenação da Atenção Básica. O Programa Saúde da Família constitui a estratégia estruturante da Atenção Básica. O enfoque na promoção da saúde buscando melhor qualidade de vida muda o eixo da atenção no sentido de intervenções nos determinantes da doença. O agente comunitário de saúde traz informações e facilita as propostas de intervenção nas famílias e na comunidade.
- Ações intersetoriais: compartilhamento das ações com outros setores do governo e da sociedade civil, como educação, assistência, cultura, conselhos tutelares, Vara da Infância e Juventude e outros, para a formação de redes de apoio e proteção, a fim de ampliar as possibilidades de resolução dos problemas apresentados pelas famílias.
- Qualificação da Atenção.
- Avaliação e monitoramento das ações.



Eduardo Ogata



Marcos legais

Em relação aos direitos fundamentais específicos das crianças, houve o reconhecimento da sociedade de que crianças são sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, especificamente para a criança e o adolescente:

- O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1999 (BRASIL, 1999), nos artigos:

Art. 3º. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei, ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. [...]

Art. 7º. A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. [...]

Art. 19. A criança e o adolescente têm direito de viver no seio de sua família natural.

- Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação.
- Portaria nº 1.058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, que institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”.
- Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS.
- Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs).

- Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS.
- Lei nº 12.722, de 3 de outubro de 2012: Programa Intersetorial Brasil Carinhoso.
- Portaria nº 2.362/GM/MS, de 17 de outubro de 2012, que institui o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância no âmbito do SUS.
- Decreto nº 54.278, de 28 de agosto de 2013, institui o Programa Municipal para o Desenvolvimento Infantil da Primeira Infância na Cidade de São Paulo.
- Portaria nº 1.153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS.
- Portaria nº 371/SAS/MS, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN).
- Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, institui o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Eixos estratégicos

I – Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido

Visa à melhoria do acesso, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e do acompanhamento da criança na atenção básica.

II – Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

Estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis.

A – Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

Fonte: Área Técnica de Saúde da Criança (2015).

■ **Tabela 1** – Hospital Amigo da Criança (dez maternidades)

CRS	Hospital Amigo da Criança
Sul	Hospital Municipal Campo Limpo
	Hospital Regional Sul
	Hospital Maternidade Interlagos
Leste	Hospital Municipal Tide Setúbal
	Hospital Municipal Santa Marcelina
Sudeste	Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros
	Hospital Municipal Inácio Proença de Gouvêia
Norte	Hospital Municipal Vila Nova Cachoeirinha
Oeste	Hospital Universitário da USP
	Hospital Municipal Mário Degni

B – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).

A Saúde da Criança realizou a capacitação das UBS que estão na São Paulo Carinhosa na Saúde, em 2015. O monitoramento das ações ocorre a cada dois meses, pela Área Técnica.

C – A Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA).

D – Bancos de Leite Humano.

■ **Tabela 2** – Hospital/Banco de Leite Humano no município de São Paulo

CRS	Hospital com banco de leite
Sul	Hospital Municipal Campo Limpo
	Hospital Regional Sul
	Hospital Maternidade Interlagos
	Hospital Geral de Pedreira
Leste	Hospital Municipal Ermelino Matarazzo
Sudeste	Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros
	Hospital Ipiranga
	Hospital São Paulo
Norte	Hospital Municipal Vila Nova Cachoeirinha
	Hospital Geral Vila Nova Penteadado
Oeste	Hospital Universitário da USP

Fonte: Área Técnica de Saúde da Criança (2015).

E – Salas de apoio à amamentação em 13 maternidades.

F – Centro de coleta de leite humano em dez maternidades.

G – Mobilização social em aleitamento materno.

- Dia Internacional de Doação de Leite Humano (19/05).
- Semana Mundial de Aleitamento Materno (01/08 – 07/08).
- Dia Nacional de Doação de Leite Humano (01/10).

PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL

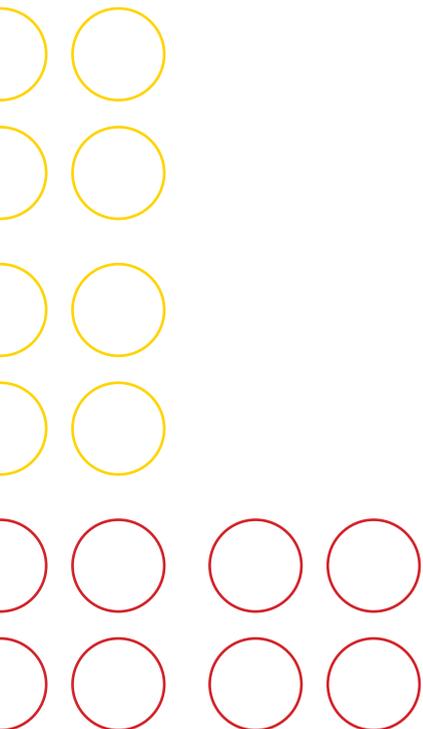
Consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI), pela Atenção Básica, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares.

Desenvolvimento Integral refere-se à aquisição de habilidades e competências físicas, cognitivas, socioemocionais, linguísticas e padrões de interação humana. O período que vai da gestação até o terceiro ano de vida constitui uma janela de oportunidades para a criança. Isso porque em nenhuma outra fase da vida a resposta a estímulos de qualquer natureza é tão rápida e intensa quanto nessa fase.

A São Paulo Carinhosa, inspirada no Programa Intersetorial Brasil Carinhoso (BRASIL, 2012) e coordenada pela primeira-dama, agrega ações voltadas às crianças e suas famílias em 14 secretarias, entre elas a Secretaria Municipal da Saúde, voltada, prioritariamente, para as ações de promoção do desenvolvimento infantil integral, por meio das visitas domiciliárias. Foram escolhidos territórios com prevalência de famílias no Programa Bolsa Família, coeficientes de mortalidade infantil maiores que a média do município, altas taxas de gravidez na adolescência e cobertura menor de Centros de Educação Infantil. Os distritos administrativos priorizados são:

- Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaim Paulista e Iguatemi, na região leste;
- Brasilândia, na região norte;
- Grajaú, na região sul;
- Sé, na região central;





- Butantã, na região oeste;
- Brás, na região sudeste.

O Programa São Paulo Carinhosa prevê uma definição do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica (AB), incluindo visitas domiciliares com foco no desenvolvimento infantil (DI) integral, no fortalecimento dos vínculos afetivos e no empoderamento das famílias para o cuidado e o estímulo do DI.

Os documentos norteadores para a capacitação são: o Projeto Janelas de Oportunidades, Programa Primeira Infância Melhor e Vigilância do Desenvolvimento Infantil pelo Método da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI).

Público-alvo: famílias com gestantes ou crianças com até 3 anos de idade, que respondam aos seguintes critérios:

- Famílias em situação de extrema pobreza cadastradas no Programa Bolsa Família.
- Famílias e/ou crianças em situação de vulnerabilidade e risco biopsicossocial: recém-nascidos prematuros ou de baixo peso; crianças com deficiência, com asfixia perinatal grave ou infecções congênitas, incluindo a microcefalia.
- Famílias em situação de violência, mães com dependência ao álcool e/ou a outras drogas, depressão materna, adolescentes grávidas, mães com baixa escolaridade.

ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA COM AGRAVOS PREVALENTES NA INFÂNCIA E COM DOENÇAS CRÔNICAS

Consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados.

São ações estratégicas:

- A. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).
 - B. Construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado, já disponibilizadas on-line e também para o Programa Telessaúde.
- Protocolo clínico de acompanhamento ambulatorial da asma na infância e adolescência, na atenção primária (disponibilizado on-line no Portal da SMS).



Eduardo Ogata

- Aula de treinamento do “Uso de Dispositivos Inalatórios”: já realizado treinamento para farmacêuticos e equipe de enfermagem de UBS das seis Coordenadorias de Regiões de Saúde (CRS) (parceria com a Área Técnica de Enfermagem). Material disponibilizado em *slides* e vídeo on-line no Portal da SMS.

ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ

Articula um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território.

São ações estratégicas:

- A. o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;
- B. a implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, baseada no documento do Ministério da Saúde, inserida no Documento da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, pela Atenção Básica;
- C. a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz;
- D. o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA OU EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADE

Consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva.

São ações estratégicas:

- A. a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;
- B. o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil;
- C. a articulação com a área técnica da pessoa com deficiência para monitoramento do cuidado às crianças consideradas de risco para o desenvolvimento. O Programa Alô Mãe, de teleorientação materna e infantil, auxilia na marcação de consultas para os ambulatórios de reabilitação e também promove o monitoramento dessas consultas. Trabalha as dúvidas mais frequentes em relação ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.

As crianças com diagnóstico de pé torto congênito, fissura labiopalatal e luxação congênita do quadril já saem das maternidades com consulta marcada no Hospital Infantil Menino Jesus para a realização de toda a linha de cuidado.

VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

Comitê de Mortalidade Perinatal e Infantil – Município de São Paulo

O Comitê é descentralizado e conta com 26 comitês regionais presentes nas Supervisões Técnicas de Saúde, com a presidência e coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança. Apresenta:

Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI):

- Avalia as condições de vida e da atenção à saúde.
- Representa o número de óbitos < de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos.
- Há dois componentes:

Coeficiente de Mortalidade Neonatal: Óbitos de 0 até 28 dias de vida

– Neonatal Precoce: 0 a 7 dias

– Neonatal Tardio: 7 a 28 dias

Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal: de 28 a 364 dias

Objetivos do Comitê

1. Melhorar a assistência ao recém-nascido e à criança até 1 ano de idade, e reduzir a ocorrência de mortes evitáveis.
2. Investigar e analisar causas de óbitos e, a partir dos resultados, identificar necessidades, planejar medidas de intervenção, discutir, intersetorialmente, as ações propostas e executar as ações de intervenção com os serviços de saúde.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no município de São Paulo teve uma redução importante nas últimas décadas:

- 1980: 50,6
- 1990: 30,9
- 2014: 11,1 (redução de 65% entre 1990 e 2014)

Atualmente, no município de São Paulo, $\frac{2}{3}$ das crianças que morrem até 1 ano de vida morrem no 28º dia, de acordo com o padrão de mortalidade dos países de Primeiro Mundo.

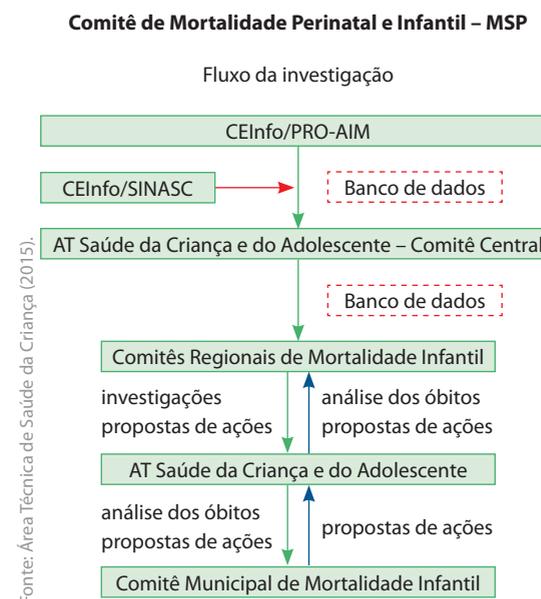
■ **Tabela 3** – Evolução do CMI no município de São Paulo

Coeficientes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mortalidade infantil	14,2	13,96	12,86	12,86	12,54	11,99	11,95	11,48	11,4	11,5	11,1	11,1
Neonatal total	9,57	9,23	8,48	8,27	8,18	7,98	8,12	7,79	7,6	7,6	7,5	7,6 67,7%
Neonatal precoce	6,74	6,31	5,76	5,74	5,46	5,60	5,56	5,27	5,4	5,4	5,1	5,2 68,5%
Neonatal tardio	2,93	2,92	2,72	2,53	2,72	2,38	2,56	2,42	2,2	2,3	2,4	2,4
Pós-neonatal	4,66	4,73	4,3	4,6	4,36	4,0	3,83	3,79	3,8	3,8	3,5	3,4
Nº nascidos vivos	183.552	183.883	179.256	173.901	171.602	173.799	173.807	173.912	176.451	175.880	172.921	175.774
Nº óbitos	2.612	2.567	2.308	2.237	2.152	2.083	2.077	1.977	2.012	2.021	1.926	1.951

Fonte: CEINFO/PROAIM/SINASC (2003-2014).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) não é homogêneo nos distritos administrativos e retrata a diversidade das condições dos territórios.

■ **Figura 1** – Fluxo da investigação do óbito infantil





■ **Tabela 4** – Coeficiente de Mortalidade Infantil por CRS

COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE	CMI
Centro	11,5
Leste	13,0
Norte	12,3
Oeste	7,2
Sudeste	10,4
Sul	9,9
MSP	11,1

Fonte: Simasc/CEInfo (2014).

■ **Tabela 5** – Cinco primeiras causas de óbitos em menores de 1 ano no MSP em 2014

CAUSA	% ÓBITOS
Afecções originárias no período neonatal	59,5
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	27,6
Doenças do aparelho respiratório	6,0%
Causas externas	3,8%
Doenças do aparelho infeccioso e parasitárias	3,0%

Fonte: PRO-AIM-CEInfo e Comitê Municipal de Óbito Infantil (2014).

Vale ressaltar que as causas denominadas afecções originárias no período neonatal estão intrinsicamente ligadas às condições de saúde materna, e orienta-se que as intervenções devem ocorrer no pré-natal e na assistência materno-infantil nas maternidades.

Compete à Área Técnica Saúde da Criança SMS/SP:

I – Implementar a política, de forma descentralizada e articulada, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais, e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde.

II – Promover a educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal. A Coordenação da Residência de Pediatria, em Rede, da 8ª Coreme, está na Saúde da Criança. Anualmente são disponibilizadas 36 vagas para Residência em Pediatria.

III – Monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão.

IV – Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da Política Municipal.

V – Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança.

VI – Designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), sendo que a Área Técnica representa a pasta da Saúde no CMDCA.

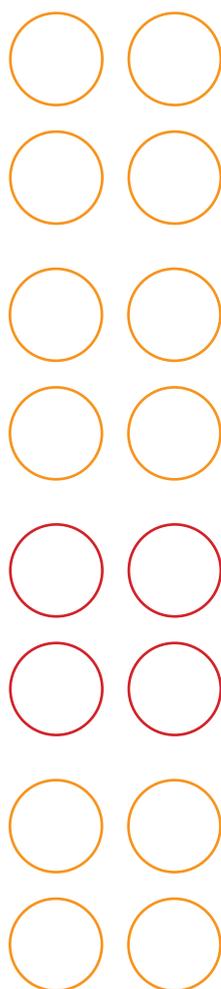
Todo o esforço terá sido válido se, de alguma forma, esta iniciativa ajudar nossas crianças a ter o que elas mais precisam: uma infância digna e feliz e um futuro promissor, em um mundo que respeite seus direitos.

Marie-Pierre Poirier

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.
- _____. Lei nº 12.722, de 3 de outubro de 2012. Altera as Leis nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, 12.462, de 4 de agosto de 2011, e 11.977, de 7 de julho de 2009; dispõe sobre o apoio financeiro da União aos Municípios e ao Distrito Federal para ampliação da oferta da educação infantil; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 out. 2012. Seção 1, p. 1.
- _____. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Portaria nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012. Inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria nº 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 dez. 2012. Seção 1, p. 54.
- _____. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37.

- CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.; FRACOLLI, L. A. O Projeto Nossas Crianças – Janelas de Oportunidades: possibilidades e limites para a assistência da criança no Programa Saúde da Família. In: CHIESA, A. M.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças – Janelas de Oportunidades*. São Paulo: Edusp, 2009.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS, 1978, Alma-Ata. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata, Opas, 1978.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO À SAÚDE, 1, 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. Ottawa: Opas, 1986.
- CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paideia. In: CAMPOS, G. W.; GERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 35-60.
- FIGUEIRAS, A. C. M.; SOUZA, I. C. N.; RIOS, V.; BENGUIGUI, Y. *Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington (DC): Opas, 2005.
- PENELLO, L. M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: a contribuição da EEBS para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Caderno Temático da Criança*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2003.
- _____. _____. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violências*. São Paulo: Atenção Básica, 2015.
- SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: Unesco, 2007.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- YPEL, S. (Org.) *Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.







VISITA DOMICILIAR COM FOCO NAS COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA O CUIDADO: A EXPERIÊNCIA DO JANELAS DE OPORTUNIDADES

Anna Maria Chiesa

Enfermeira, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), pós-doutoramento no Kings College of London e professora associada da Escola de Enfermagem da USP

A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA TECNOLOGIA PARA O CUIDADO

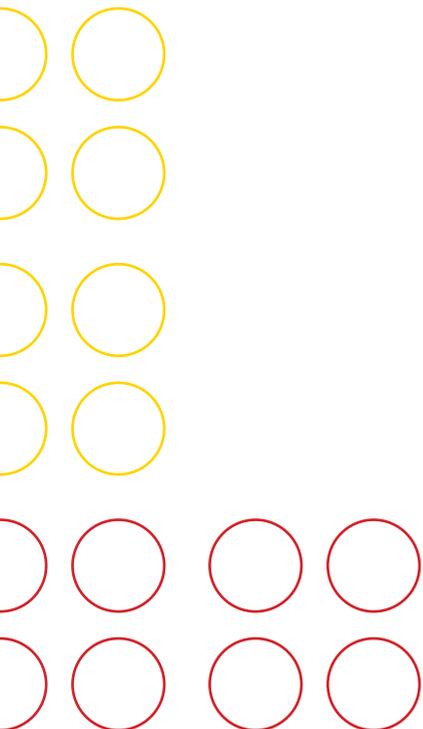
A implantação em larga escala da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de São Paulo, em 2001, configurou-se como um processo de reorganização da atenção básica, na perspectiva de recolocar o município nas diretrizes do Sistema Único de Saúde. Um dos principais desafios colocados para essa meta dizia respeito ao questionamento sobre o alcance da ESF em grandes cidades, na medida em que representava tanto a expansão da rede quanto, em alguns locais, a substituição do modelo de atenção. Portanto, houve a necessidade precípua, desde o início, de buscar a instrumentalização dos profissionais para responder ao desafio colocado (ALVES SOBRINHO; CHIESA; SOUSA, 2002).

A composição das equipes de saúde da família, que inclui o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a complementaridade das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) permitem ampliar as possibilidades da ESF com a realização de ações de saúde, tanto curativas quanto preventivas, além dos muros das unidades de saúde, por meio de um maior envolvimento dos profissionais com a população atendida e maior envolvimento com a rede de serviços de outros setores no mesmo território. Esse contato diferenciado possibilita ampliar o objeto de atuação da área da saúde para além da dimensão biológica, incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde, para a implementação de ações pautadas na integralidade e na equidade (ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2013; CHIESA et al., 2009).

Outro aspecto que merece ser destacado é a oportunidade de realizar ações para fortalecer os potenciais de saúde da população, evidenciando a necessidade de desenvolver novas tecnologias de atenção apropriadas para a dimensão da Promoção da Saúde (CHIESA et al., 2009). Dessa forma, a ESF configura-se como produtora e, ao mesmo tempo, capturadora de demandas por novas tecnologias em saúde.

O que se coloca para a discussão sobre novas tecnologias em saúde é um movimento de valorização do sujeito profissional e subordinação do instrumental à finalidade do trabalho delineado por ele. As características do trabalho em saúde permitem que os profissionais preservem um grau de autonomia no cotidiano dos serviços que se expressa na definição de prioridades e é decorrente dos arranjos institucionais, via de regra, representando brechas para a atuação transformadora.

Os desafios das novas tecnologias em saúde passam pela identificação e apreensão dos trabalhadores desse novo objeto de trabalho, deslocando-o da doença para a vida, para as necessidades dos indivíduos, grupos e coletividade. Implica a ressignificação da contribuição da sabedoria, da atitude, dos compromissos e da responsabilidade do profissional como tecnologias necessárias para a construção de práticas transformadoras na superação do modelo biomédico. Sobretudo na atenção básica, o diferencial de resolubilidade está centrado na continuidade da atenção, na diversidade de ações sobre as dimensões sociais e subjetivas relacionadas aos problemas e no vínculo estabelecido entre a população e os profissionais.



Durante a implantação da ESF no município de São Paulo foi constituída uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Associação Comunitária Monte Azul, a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sobretudo pela experiência exitosa de trabalho de recuperação nutricional de crianças e com famílias de extrema vulnerabilidade pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren). Buscou-se articular experiências e aportes teóricos para desenvolver uma tecnologia de cuidado voltada ao trabalho da equipe de saúde da família. O principal objetivo era aproveitar a nova constituição do trabalho em equipe e a maior possibilidade de contato com as famílias visando a instrumentalizá-las para fortalecer as práticas de cuidado promotor do desenvolvimento integral infantil.

Após um processo de construção coletiva, que também reuniu representantes dos Distritos de Saúde de maior vulnerabilidade para a sobrevivência infantil, foi elaborado o *Projeto Nossas Crianças, Janelas de Oportunidades* (OFICINA, 2002).

O potencial do Projeto Janelas para o fortalecimento das ações na atenção básica se dá porque ele se estrutura de forma diferenciada, entendendo a necessidade de superar a abordagem tradicional ao desenvolvimento infantil, centrada, principalmente, na avaliação das aquisições motoras da criança, para outra que integra ações em diferentes níveis e influencia uma ampla gama de fatores relacionados ao desenvolvimento da criança. Dado o âmbito de ação das equipes da ESF, são privilegiadas intervenções para o cuidado diário e as oportunidades que a criança pode receber rotineiramente de sua família e de outros cuidadores, com vistas ao seu desenvolvimento integral. Os principais aspectos da abordagem familiar centram-se nas seguintes premissas:

- A importância da participação da família no desenvolvimento da criança.
- A valorização da rotina como forma/elemento de estimulação da criança.
- A relevância de instrumentalizar a família a reconhecer as diferentes necessidades da criança em cada fase do seu desenvolvimento.
- A contribuição das experiências e oportunidades que a família oferece que facilitam as conquistas da criança no seu desenvolvimento.

REFERENCIAL TEÓRICO PARA UMA PERSPECTIVA AMPLIADA DA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Muitos fatores que contribuem para o desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida já foram amplamente estudados e outros tantos ainda não estão totalmente esclarecidos. Tem sido cada vez mais confirmada a importância desse período para o ser humano (MUSTARD, 2002, 2007; YOUNG, 2007; UNICEF, 2001).



Eduardo Ogata

Há muitas evidências sobre a importância do período gestacional e dos primeiros anos de vida na formação e funcionamento neurológico e sua associação aos processos cognitivos, emocionais e comportamentais (KNUDSEN, 2004).

Nas últimas décadas, os estudos da neurociência possibilitaram esclarecer alguns princípios em relação ao desenvolvimento infantil, que vêm contestar as concepções que se centravam na determinação genética do desenvolvimento. Sabemos hoje que “[...] o impacto do ambiente é dramático e específico, não somente influenciando a direção geral do desenvolvimento, como realmente afetando a forma como o circuito intrincado do cérebro humano é montado” (SHORE, 2000). Os achados da epigenética indicam que um ambiente em que estão presentes o diálogo e a atitude de apoio, a atenção e a sensibilidade por parte do adulto, influenciam de maneira protetora os efeitos estressores (GUNNAR; HERRERA; HOSTINAR, 2009). A influência do ambiente tem sido destacada tanto na promoção quanto no prejuízo do neurodesenvolvimento (HACKMAN; FARAH, 2009; BELSKY; DE HAAN, 2011).

Além disso, embora o cérebro humano tenha capacidade notável de transformação, existem períodos especiais durante os quais tipos específicos de aprendizado são mais bem realizados. Tais períodos, dada a sua sensibilidade, são verdadeiras janelas de oportunidades¹, e ocorrem quando o cérebro demanda determinado tipo de estímulo para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras. Da mesma forma, há períodos em que experiências negativas ou a ausência de estimulação podem levar a efeitos danosos e duradouros (SHONKOFF; GARNER, 2012).

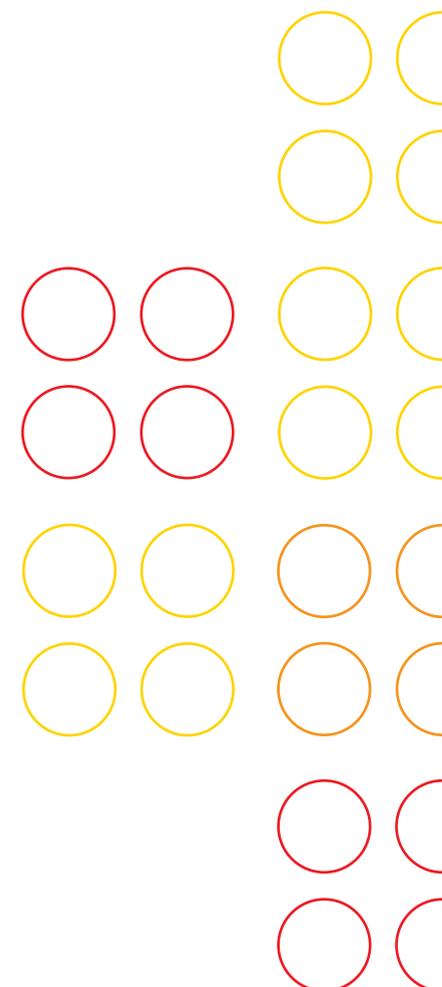
O cuidado inicial, portanto, é decisivo e tem impacto duradouro sobre o desenvolvimento e a capacidade de aprender e de lidar com as emoções. Isso se dá porque a forma como a criança é cuidada interfere na formação e manutenção de suas ligações neurais.

Ao mesmo tempo em que afirmamos que cabe às famílias a responsabilidade primeira pelo atendimento das necessidades da criança, provendo-lhe oportunidades de desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo e buscando ajuda quando necessário, está claro que é de fundamental importância a existência de redes sociais que possam orientá-las e apoiá-las nessas funções.

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 (MARMOT, 2010), ressaltando-se a necessidade de ampliar os investimentos sociais, tanto públicos quanto privados, para assegurar os benefícios durante a primeira infância (HECKMAN, 2007).



Eduardo Ogata



¹ Este conceito foi utilizado no título do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, implementado para evidenciar a importância das ações no período em questão.



Muitos países têm estruturado programas de visitação domiciliar voltados para ampliar as competências familiares no cuidado desde a gestação até os primeiros três anos de vida (MACLEOD; NELSON, 2000; OLDS; SADLER; KITZMAN, 2007; KEMP; ANDERSON; TRAVAGLIA; HARRIS, 2005; KEMP et al., 2011).

Aos trabalhadores 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 em alternativas para o atendimento da criança, além de realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil e encaminhar crianças com problemas para a atenção apropriada (UNICEF, 2001; SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009; COWLEY, 2008).

O primeiro problema a ser transformado na prática dos profissionais da saúde é a superação de uma visão naturalizada 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. Outro aspecto que também se configura como uma limitação tecnológica na área da saúde é a tradição de avaliar somente os problemas e não reconhecer os potenciais de saúde.

Estruturar uma intervenção a partir do “patrimônio” da família e da coletividade, significa considerar as potencialidades e os nexos que se estabelecem na vida de pessoas e coletividades como realidades historicamente construídas (MOSER; GATEHOUSE; GARCIA, 1996; SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009).

Compreender o trabalho em saúde a partir do patrimônio implica 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 no processo de cuidado.

Um dos patrimônios mais importantes da família é sua rede social. A rede social da família 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 sustento emotivo, ajuda material, serviços e informações que tornam possível o desenvolvimento de relações sociais.

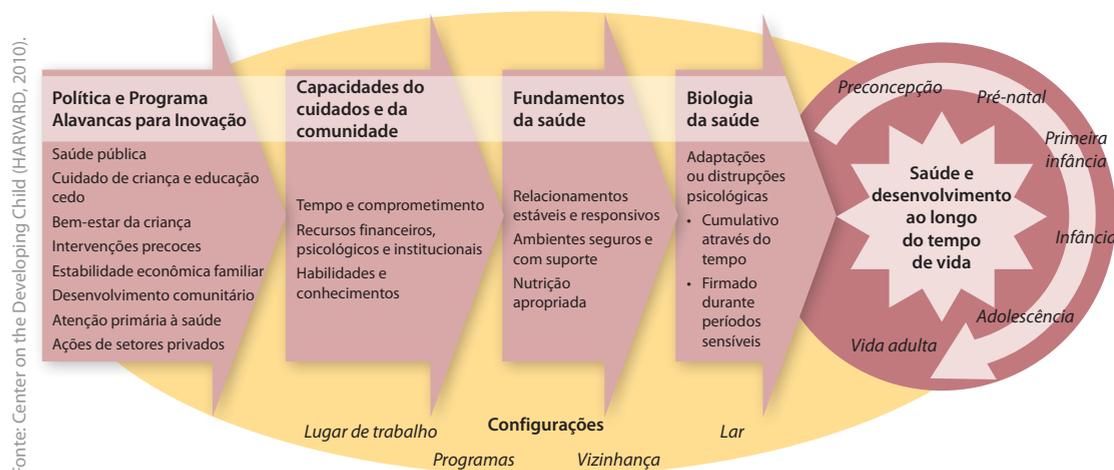
É, portanto, no âmbito das tecnologias para o cuidado integral e a partir das contribuições dos conceitos de resiliência e patrimônio que se apresenta este projeto de intervenção e pesquisa.

Em síntese, os pressupostos que embasam o Projeto Janelas são: aproveitar o contato da equipe com as crianças e famílias nos períodos sensíveis do desenvolvimento; fortalecer a adoção de práticas familiares que configuram o cuidado amoroso e responsivo; aproximar-se

da família resgatando seu patrimônio relacional na promoção da autonomia e resiliência; apoiar a família e os espaços públicos no território a construir ambientes fortalecedores da vida, na aproximação intersectorial (CHIESA, 2005).

Tais princípios coadunam-se com o esquema conceitual do CDC de Harvard, como podemos observar na Figura 1, a seguir.

■ **Figura 1** – Modelo para a reconceitualização de políticas e programas de Primeira Infância para o fortalecimento da saúde ao longo da vida



PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O referido projeto configurou-se como um piloto de intervenção para a incorporação da inovação tecnológica no campo da Educação e da promoção à saúde, mediante atuação das equipes da ESF. Para tanto, foram desenhados instrumentos (Ficha de Acompanhamento dos Cuidados Familiares para a promoção da saúde infantil; Manual da Equipe e Cartilha da Família *Toda Hora é Hora de Cuidar*) revistos e atualizados, em 2013. No processo de revisão e atualização, passaram a ser Caderno da Equipe e Caderno da Família *Toda Hora é Hora de Cuidar* (TODA, 2016).

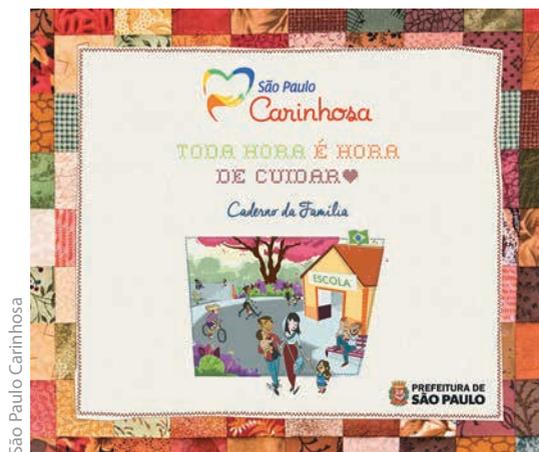
Em 2015, o material passou por uma nova atualização, tendo em vista a sua implementação na atenção básica em saúde, integrando a Política Municipal São Paulo Carinhosa, que propõe o fortalecimento do desenvolvimento integral por meio da articulação intersectorial nos territórios de maior vulnerabilidade na cidade (APRESENTAÇÃO, 2016).

Do ponto de vista metodológico, o processo de formação das equipes pressupõe a mudança de atitude do profissional para superar práticas de avaliação e prescrição, avançando para



Eduardo Ogata

- Capa do Caderno da Família “Toda Hora é Hora de Cuidar”



São Paulo Carinhosa

cuidado dialógico e emancipatório. Tal processo parte de um momento de sensibilização sobre a relevância da primeira infância, seguido de oficinas de formação para conhecimento e apropriação das tecnologias, com vista à sua implementação no processo de trabalho.

Portanto, não se trata de um programa de visitação separado das atividades oferecidas na rede pública, e sim um instrumental tecnológico e atitudinal, que ocupa o espaço das visitas domiciliares já previstas na ESF.

Estrutura e Finalidade do Caderno da Família e do Caderno da Equipe

O Projeto Janelas prevê que cada equipe de saúde da família entregue o Caderno *Toda Hora é Hora de Cuidar* a cada mulher de sua área de abrangência, no início da gestação. Para isso, a equipe de saúde e a do Nasf devem ser instrumentalizadas anteriormente – nesse contexto, o Caderno da Equipe representa o principal subsídio teórico, contando com roteiros de reflexão e com exercícios.

A principal contribuição do instrumental é apoiar os integrantes da equipe, que contam com um contato privilegiado com a gestante desde o início da descoberta da gestação, assumindo atitudes de escuta e diálogo, juntamente aos procedimentos protocolados do pré-natal.

O principal foco do Caderno da Família, no período da gestação, é ampliar a avaliação das necessidades das gestantes em relação às seguintes dimensões: *Aceitação e vínculo, Ambiente intrauterino adequado, Reconhecimento e uso da rede social de apoio.*

Outra oportunidade que a tecnologia do Projeto Janelas aproveita é a Visita Domiciliar da Enfermeira da equipe na primeira semana de vida do bebê. Nesta, além dos aspectos biológicos que devem ser observados, o Caderno aborda as seguintes dimensões: *Apoio da família e RSA no puerpério, Avaliação de depressão pós-parto e Reconhecimento dos sinais de perigo para a saúde da mãe e do bebê.*

O acompanhamento da saúde do bebê também será seguido pela mesma equipe na ESF, portanto o Projeto Janelas estruturou questões para serem trabalhadas de forma longitudinal com as famílias, abarcando as competências familiares a partir de seis dimensões: *Amor & Segurança, Brincadeira, Alimentação, Higiene, Saúde e Prevenção de acidentes.*

Essas competências são abordadas de forma a ampliar o diálogo com as famílias, valorizando as boas práticas presentes e orientando a incorporação de outras necessárias em função da idade da criança: *Construção da rotina, Brincadeira e estímulo, Alimentação, Higiene, Saúde e Prevenção de acidentes.*

POTENCIAIS DA TECNOLOGIA EM PAUTA

O processo de avaliação da implantação do piloto do Projeto Janelas apontou a pertinência de tais tecnologias para dar suporte às ações das equipes de saúde na promoção do desenvolvimento integral da criança, fortalecendo as competências familiares nesse processo (CHIESA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2009; CHIESA, 2005; SOUZA; CHIESA, 2007; ALMEIDA; FRACOLLI; CHIESA, 2008).

Em 2013, o projeto foi retomado e atualizado contando com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (edital Fapesp/FMVSV 2012), visando à instrumentalização de 31 equipes de saúde da família na Região Oeste do município de São Paulo.

O uso do material permite que a equipe amplie o diálogo com a família acerca da possibilidade de realização das práticas promotoras do desenvolvimento integral, segundo as seis dimensões e de acordo com as fases de crescimento da criança, ampliando o vínculo e fortalecendo a longitudinalidade do cuidado.

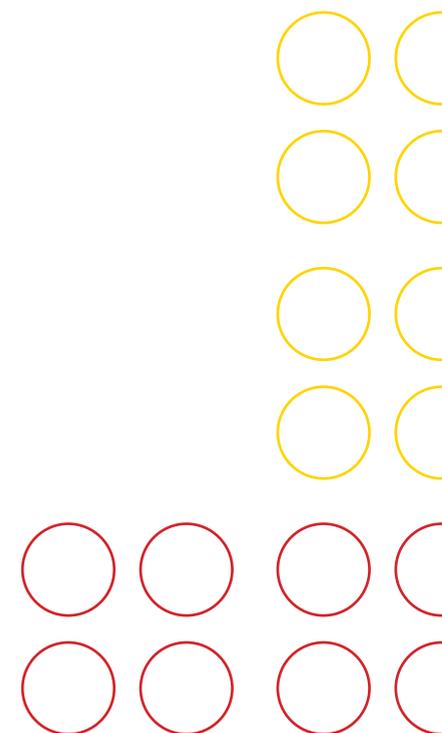
O registro ocorre durante as atividades de rotina (Visita Domiciliar – VD – dos Agentes Comunitários de Saúde, Consulta dos Enfermeiros, VD dos Enfermeiros e atividades grupais) e permite que a equipe registre a existência de boas práticas (elogiando a família), a ausência destas (orientando para sua incorporação) e a impossibilidade de incorporação (recomendando a atuação de equipe do Nasf ou de outro setor para intervenções mais adequadas para a necessidade da família).

Com isso, a equipe consegue fazer um *screening* para o monitoramento dessa fase crucial para o desenvolvimento integral, registrando tanto os aspectos positivos das famílias quanto avançando para a melhoria das práticas familiares.

Tendo em vista tal potência, o presente projeto de intervenção visa a ampliar a implementação das tecnologias *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, aprimorando os processos de supervisão das equipes, bem como o registro e monitoramento das práticas familiares nos diferentes domínios da intervenção.

A referida implementação recupera tanto a complexidade do processo de translação do conhecimento científico, no sentido de aprimorar as práticas (SHONKOFF; LEVITT, 2010), quanto a complexidade da formação e educação dos profissionais da Saúde visando a ampliar o compromisso dos profissionais com a efetividade dos serviços e sistemas de saúde (FRENK et al., 2010).

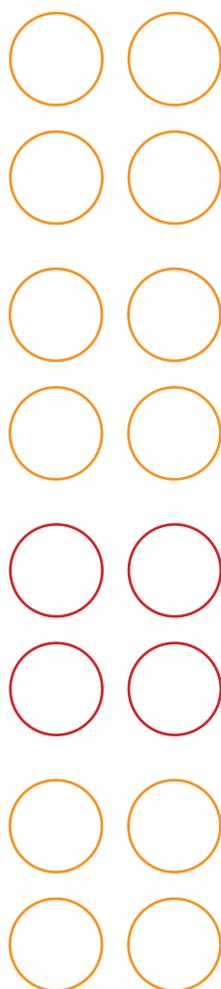
Na atenção básica em geral, sabe-se que grande parte das dificuldades apontadas pelos profissionais, que atuam de forma mais próxima da população, diz respeito à falta de tecnologias para operacionalizar as ações de promoção à saúde na perspectiva de ampliação do objeto, superando a visão limitada e dicotômica que contrapõe a saúde e a doença.



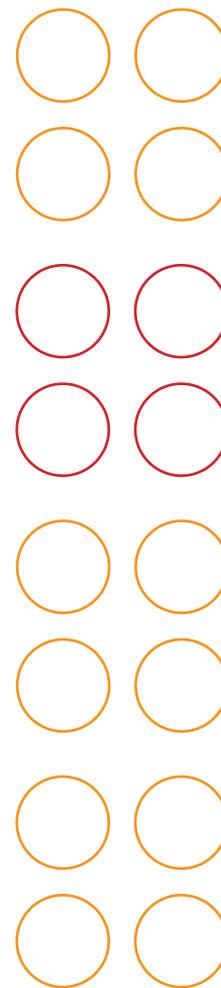
Eduardo Ogata

REFERÊNCIAS

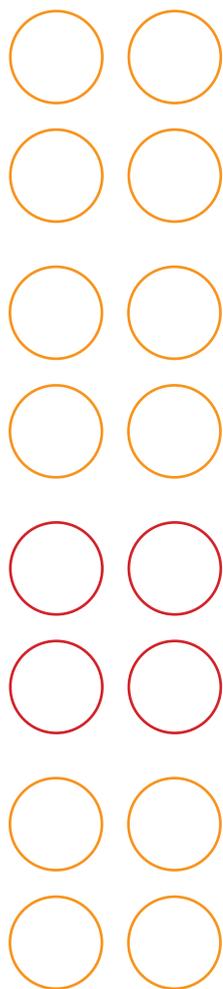
- ALMEIDA, E. Z.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Implantação do projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” na equipe saúde da família: relato de experiência. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 2, p. 121-127, 2008.
- ALVES SOBRINHO, E. J. A.; CHIESA, A. M.; SOUSA, M. F. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 37-44.
- BELSKY, J.; DE HAAN, M. Annual Research Review: Parenting and children’s brain development: the end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 52, p. 409-428, 2011.
- CHIESA, A. M. *Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde*. 2005. Tese (Livre-Docência em Enfermagem em Saúde Coletiva)—Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- _____; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P. (Org.) *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. São Paulo: MSPrado, 2009. v. 1.
- _____; _____; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.; ZOBOLI, E. L. P.; ÁVILA, L. K.; OLIVEIRA, A. A. P. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (On-line)*, v. 43, p. 1135-1374, 2009.
- COWLEY, S. Developing and measuring resilience for population health. *African Health Sciences*, v. 8, n. S, p. 41-43, 2008.
- FRENK, J. et al. Health Professionals for a New Century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- GUNNAR, M. R.; HERRERA, A.; HOSTINAR, C. E. Stress and early brain development. In: TREMBLAY, R. E.; BARR, R. G.; PETERS, R. D. e V.; BOIVIN, M. (Ed.). *Encyclopedia on Early Childhood Development* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009. p. 1-8.
- HACKMAN, D. A.; FARAH, M. J. Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 13, p. 65-73, 2009.
- HECKMAN, J. J. The economics, technology and neuroscience of human capability formation. *PNAS*, v. 104, n. 33, p. 13250-13255, Aug. 14, 2007.
- KEMP, L.; ANDERSON, T.; TRAVAGLIA, J.; HARRIS, E. Child and family outcomes of a long-term home visitation program: a randomized controlled trial. *Archives of Diseases in Childhood*, v. 96, p. 533-540, 2011.



- _____. et al. Sustained nurse home visiting in early childhood: exploring Australian nursing competencies. *Public Health Nursing*, v. 22, p. 254-259, 2005.
- KNUDSEN, E. I. Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience*, v. 16, n. 8, p. 1412-1425, 2004.
- MACLEOD, J.; NELSON, G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, v. 24, p. 1127-1149, 2000.
- MARMOT, M. *Fair society, healthy lives*. London: University College London, 2010. Disponível em: <<http://www.marmotreview.org>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- MOSER, C.; GATEHOUSE, M.; GARCIA, H. *Guía metodológica para la investigación de la pobreza urbana*. Módulo I: Encuesta de hogares de una comunidad urbana. Washington D.C.: Urban Management Programme, 1996.
- MUSTARD, J. F. Early child development and the brain – The base for health, learning, and behavior throughout life. In: *From Early Child Development to Human Development*. Washington, D.C.: The World Bank, 2002.
- _____. Investindo no desenvolvimento infantil: preenchendo a lacuna entre o que sabemos e o que fazemos. In: CYPEL, S.; KISIL, M.; LISBONA, P. W. (Org.) *Desenvolvimento infantil da concepção aos três anos de idade*: contribuição do I workshop da FMCSV. São Paulo, 2007. p. 12-21.
- OFICINA NOSSAS CRIANÇAS: Janelas de Oportunidades. Projeto de cooperação Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Programa Saúde da Família, Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef. Associação Comunitária Monte Azul (entidade executora). São Paulo, 26 abr. 2002. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/docs/projetos/projeto_janelas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- OLDS, D. J.; SADLER, L.; KITZMAN, H. Programs for parents of infant toddlers: recent evidence from trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 48, p. 355-391, 2007.
- SHONKOFF, J. P.; GARNER, A. S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, v. 129, p. 232-246, 2012.
- SHORE, R. *Repensando o cérebro*: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Trad. Iara Regina Brasil. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000.
- SHONKOFF, J. P.; LEVITT, P. Neuroscience and the future of early childhood policy: moving from why to what and how. *Neuron*, v. 67, p. 689-691, Sep. 2010.
- SOLYMOS, G. M. B.; MARICONDI, M. A.; SOARES, M. L. P. V. A criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P. (Org.). *Promoção da saúde da criança*: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. 1. ed. São Paulo: MSPrado, 2009. p. 43-60.

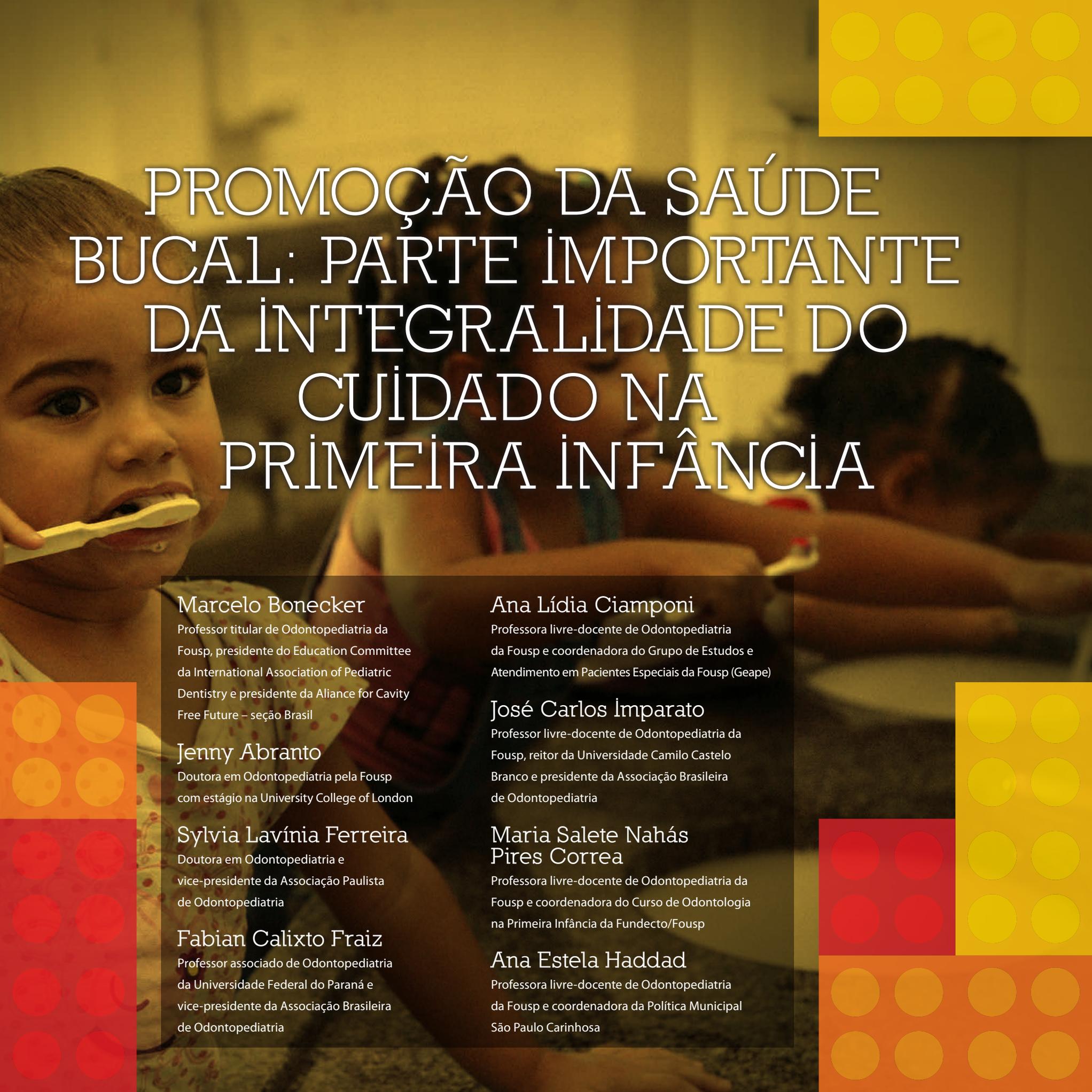


- SOUZA, A. L.; CHIESA, A. M. As tecnologias leve-duras na prática de enfermagem em saúde coletiva: possibilidades e limites. [on-line] In: X Mostra de Monografias de Estágio Curricular da Escola de Enfermagem da USP. *Resumo das monografias*. São Paulo: Comissão de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2007.
- UNICEF. *Situação da infância brasileira 2001*. Desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2001.
- YOUNG, M. E. Ingredientes-chave para um programa de desenvolvimento infantil eficaz: um relato de experiências envolvendo comunidade, governo e setor privado. In: CYPEL, S.; KISIL, M.; LISBONA, P. W. (Org.). *Desenvolvimento infantil da concepção aos três anos de idade*: contribuição do I workshop da FMCSV. São Paulo, 2007. p. 23-29.
- ZOBOLI, E. L. P.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (Org.). *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. 1. ed. Barueri: Manole, 2013. v. 1, p. 244-264.





Eduardo Ogata



PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL: PARTE IMPORTANTE DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Marcelo Bonecker

Professor titular de Odontopediatria da Fousp, presidente do Education Committee da International Association of Pediatric Dentistry e presidente da Alliance for Cavity Free Future – seção Brasil

Jenny Abranto

Doutora em Odontopediatria pela Fousp com estágio na University College of London

Sylvia Lavínia Ferreira

Doutora em Odontopediatria e vice-presidente da Associação Paulista de Odontopediatria

Fabian Calixto Fraiz

Professor associado de Odontopediatria da Universidade Federal do Paraná e vice-presidente da Associação Brasileira de Odontopediatria

Ana Lúcia Ciamponi

Professora livre-docente de Odontopediatria da Fousp e coordenadora do Grupo de Estudos e Atendimento em Pacientes Especiais da Fousp (Geape)

José Carlos Imparato

Professor livre-docente de Odontopediatria da Fousp, reitor da Universidade Camilo Castelo Branco e presidente da Associação Brasileira de Odontopediatria

Maria Salete Nahás Pires Correa

Professora livre-docente de Odontopediatria da Fousp e coordenadora do Curso de Odontologia na Primeira Infância da Fundectó/Fousp

Ana Estela Haddad

Professora livre-docente de Odontopediatria da Fousp e coordenadora da Política Municipal São Paulo Carinhosa

A saúde bucal é parte importante da saúde integral. Desde os primeiros momentos de vida, quando o bebê procura o seio materno, a boca é também o primeiro órgão por meio do qual ele começa a explorar e conhecer o mundo a sua volta.

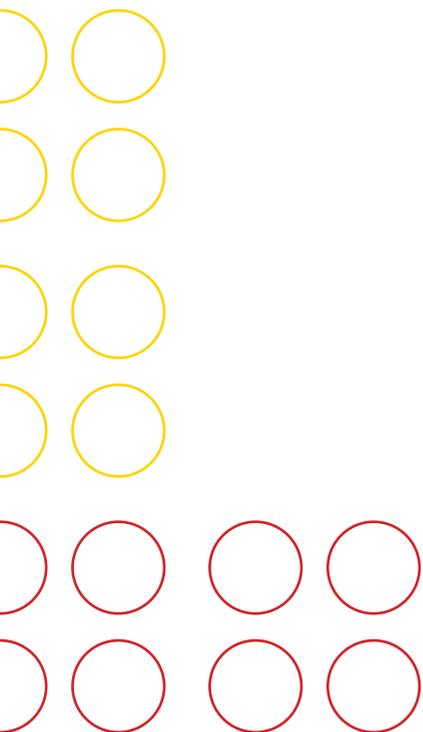
A especialidade da Odontopediatria engloba o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente; a educação para a saúde bucal; e a integração da saúde bucal com a saúde integral (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2005).

Os problemas de saúde bucal ainda são vistos muitas vezes como dissociados da saúde geral. Quando não prevenidos ou tratados precocemente, além da dor e desconforto, afetam a saúde geral, interferindo nas dimensões biopsicossociais e no crescimento e desenvolvimento físico (BONECKER; MODESTO; WALTER, 2010). As funções bucais de sucção (importantes para a amamentação), deglutição e mastigação (após a erupção dentária) terão influência sobre o crescimento e desenvolvimento da face e da oclusão dentária. O aleitamento materno também contribui para reforçar o padrão fisiológico da respiração nasal. O correto posicionamento dentário, por sua vez, é importante para a correta pronúncia de determinados fonemas durante a fala. Dietas ricas em açúcar estão relacionadas não só à cárie dentária, mas também às deficiências nutricionais e à obesidade.

Vale ressaltar que, diferentemente de outros sistemas de saúde públicos de cobertura universal, no Brasil optou-se pela inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando-se o modelo de atenção preconizado, a Odontologia se faz presente na Estratégia de Saúde da Família, na atenção secundária, por meio dos Centros de Especialidade Odontológica, e, de forma mais incipiente, na Odontologia Hospitalar e na inclusão da saúde bucal nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2005).

A atenção primária à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que abrange promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, com as quais a equipe de saúde da família estabelece vínculo e assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011). Os princípios e diretrizes da atenção primária à saúde aplicam-se também na abordagem integral preconizada na Odontopediatria.

A São Paulo Carinhosa, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e o apoio do Ministério da Saúde, está implementando as visitas domiciliares na Estratégia de Saúde da Família, diferenciadas para gestantes e famílias em situação de maior vulnerabilidade social, com ênfase no fortalecimento do vínculo afetivo e das competências familiares para o cuidado na primeira infância. Para isso, o curso de formação dos Agentes Comunitários de Saúde e demais membros das equipes de saúde incluiu o tema da promoção da saúde bucal, desde a gestação até os 5 anos de idade.



No presente capítulo encontram-se alguns dos principais temas relacionados à saúde bucal na primeira infância, abordados sob a perspectiva das evidências científicas mais recentes e analisados com base na experiência de pesquisadores e especialistas na área.

PROBLEMAS QUE AFETAM A SAÚDE BUCAL E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Os principais problemas de saúde que afetam a cavidade bucal de crianças menores de 5 anos de idade são a cárie, o traumatismo e a maloclusão dentária. Possuir saúde bucal nessa fase da vida permite às crianças começar a estabelecer importantes relações interpessoais e desenvolver autoestima (REBOK et al., 2001), além de propiciar funções muito importantes relacionadas à cavidade bucal como falar, amamentar, comer, beber e sorrir. Por outro lado, se a criança não possui boa saúde bucal poderá ter impacto nas atividades diárias, no bem-estar e na própria qualidade de vida e de seus familiares, ou seja, impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB).

■ Lesão de cárie inicial (mancha branca) na dentição decídua



Maria Salete Nahás Pires Correa

■ Lesão de cárie inicial (mancha branca) na dentição decídua



Maria Salete Nahás Pires Correa

Impacto da cárie dentária na qualidade de vida

A dor é um dos sintomas que mais afeta a qualidade de vida dos indivíduos, e as lesões de cárie não tratadas são o principal fator associado à dor em crianças (BOEIRA et al., 2012).

Um estudo em escolares mostrou que uma em cada 20 crianças reportou ter perdido dias de escola devido à dor de dente, além de também terem relatado pior QVRSB (KRISDA-PONG et al., 2013). Na zona oeste do município de São Paulo, fez-se um estudo epidemiológico com aproximadamente 500 crianças de 3 e 4 anos de idade, e observou-se que a prevalência de cárie dentária foi de 21,9% e a dor de dente relacionada à cárie foi de 34,7% (VÁSQUEZ et al.).

Outras consequências da cárie dentária na vida de crianças incluem risco de atraso no crescimento físico e no aumento de peso (SHEIHAM, 2006) e impacto negativo na QVRSB (ABANTO et al., 2011a; DO; SPENCER, 2007). Em relação ao risco de atraso do crescimento e aumento de peso, estudos longitudinais sugerem que há um aumento de peso depois da eliminação da dor de dente e infecções dentárias em crianças de baixo peso (ACS et al., 1999; THOMAS; PRIMOSCH, 2002).

Estudos em pré-escolares mostram que tanto a baixa quanto a alta experiência da cárie dentária afetam negativamente a QVRSB durante a infância, desde a percepção dos pais

(FERREIRA; GUEDES-PINTO; ALTAVISTA, 2008; PLANAS, 1997), até das próprias crianças (ABANTO et al., 2014b). O impacto negativo é reproduzido em diversos aspectos da vida da criança, como sintomas orais, limitações funcionais, autoimagem e interação social. Pré-escolares com cárie dentária apresentam maior frequência e severidade de impactos bucais em atividades como comer, beber, falar, dormir. Sentem-se mais irritados e evitam sorrir/rir e brincar em comparação a crianças livres de cárie.

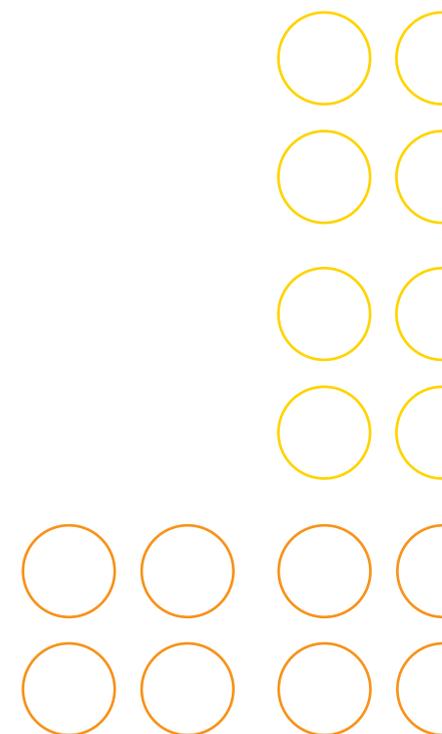
A experiência de cárie mais alta pode também interferir na qualidade de vida dos pais ou de outros membros da família (ABANTO et al., 2012b). Assim, foi demonstrada uma associação significativa entre a maior experiência de cárie em crianças e alguns sentimentos negativos e atividades restritas nos pais, como perda de dias de trabalho, menor tempo para os pais cuidarem deles mesmos, perda de sono, interrupção nas atividades familiares, sentimentos de culpa, preocupação com o futuro dos seus filhos e, inclusive, sentimentos de constrangimento em lugares públicos devido à cárie dentária em suas crianças (ABANTO et al., 2012b).

Há atualmente um consenso na literatura mundial em relação ao impacto negativo da doença cárie na QVRSB de crianças.

Impacto das lesões dentárias traumáticas na qualidade de vida

Alguns estudos têm avaliado o impacto das Lesões Dentárias Traumáticas (LDT) na QVRSB de pré-escolares (ABANTO et al., 2014b; ALDRIGUI et al., 2011; GOETTEMS, et al., 2011), sendo que as evidências encontradas na literatura são ainda contraditórias. Embora alguns estudos tenham relatado que a QVRSB de pré-escolares não foi influenciada pela presença de LDTs, outros trabalhos observaram um impacto negativo desta condição clínica, quando as crianças foram diagnosticadas por meio de exames clínicos (ABANTO et al., 2014b; VIEGAS et al., 2012; GOETTEMS et al., 2011).

Dois estudos (ALDRIGUI et al., 2011a; ABANTO et al., 2014a) confirmaram que pré-escolares com LDTs complicadas (com exposição do tecido pulpar e/ou luxação/perda do dente) são mais propensos a ter um impacto negativo significativo na sua QVRSB em comparação a crianças sem LDTs ou com LDTs não complicadas (fraturas de esmalte e/ou dentina sem exposição do tecido pulpar e sem deslocamento do dente). Esses estudos encontraram um impacto negativo das LTDs complicadas nos sintomas orais, na autoimagem e na interação social da vida da criança. O impacto negativo sobre o domínio de autoimagem e interação social da criança pode ser explicado pelo traumatismo dentário que pode produzir o descontentamento estético, ocasionado pela perda do dente ou mudanças na posição dentária.



■ Tratamento endodôntico dos incisivos centrais superiores decíduos, decorrente de traumatismo dentário



Maria Salete Nahás Pires Correa

■ Tratamento endodôntico dos incisivos centrais superiores decíduos, decorrente de traumatismo dentário



Maria Salete Nahás Pires Correa

■ Mordida cruzada posterior



Maria Salate Nahás Pires Correa

As LDTs presentes na criança, principalmente as complicadas, podem também apresentar um impacto negativo na qualidade de vida da família, possivelmente devido à urgência de lidar com o problema, o que gera perda de dias de trabalho dos pais (KRAMER et al., 2013), pouco tempo para cuidarem de si mesmos e para atividades em família, dificuldades para dormir e preocupação com menos oportunidades na vida dos seus filhos (ABANTO et al., 2012b).

Impacto das maloclusões na qualidade de vida

O impacto das maloclusões na QVRSB de pré-escolares é ainda um assunto controverso. Na literatura encontramos alguns estudos que avaliaram o impacto das maloclusões na QVRSB de pré-escolares (ABANTO et al., 2011a; ALDRIGUI et al., 2011; ABANTO et al., 2014a; KRAMER et al., 2013; GOETTEMS et al., 2011; CARVALHO et al., 2013). Quatro desses estudos não observaram impacto negativo (ABANTO et al., 2011a; ALDRIGUI et al., 2011; ABANTO et al., 2014a; KRAMER et al., 2013; GOETTEMS et al., 2011; CARVALHO et al., 2013), porém, outros dois estudos indicaram algum tipo de associação (KRAMER et al., 2013; GOETTEMS et al., 2011). Um encontrou impacto negativo da presença de maloclusões nessa idade (KRAMER et al., 2013), enquanto o outro estudo observou que somente a presença de mordida aberta anterior foi associada significativamente ao domínio funcional da criança, o qual compreende aspectos tais como dificuldade para beber, comer, pronunciar algumas palavras e faltar à creche ou escola devido à maloclusão (GOETTEMS et al., 2011).

Conclusões sobre saúde bucal e qualidade de vida

É importante que todas as informações acima descritas sejam consideradas para conscientizar o núcleo familiar e profissionais de saúde sobre a prevenção dos problemas bucais mencionados neste capítulo, dando principal destaque à prevenção e paralização da cárie dentária na idade pré-escolar, enfatizando que ela pode alterar o normal desenvolvimento das relações interpessoais e autoestima da criança. Além disso, o conhecimento sobre o impacto negativo que tais doenças bucais podem causar na QVRSB das crianças e de seus familiares auxilia na elaboração e/ou modificação de políticas de Saúde Pública, destinando os recursos humanos, técnicos e financeiros para problemas bucais de maior impacto negativo desde a percepção da própria população em questão, e não apenas do profissional de saúde bucal.

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO PARA A SAÚDE BUCAL

O leite materno é o único alimento completo, uma vez que é capaz de prover isoladamente todos os nutrientes de que uma criança necessita nos primeiros 6 meses de vida para crescer com saúde e expressar o seu potencial genético (TOMA, 2011).

Comprovadamente é o alimento mais adequado às necessidades e limitações dos lactentes, devendo ser oferecido de forma exclusiva até os 6 meses de vida. Depois deste período, tem início a introdução de novos alimentos na dieta do bebê. O aleitamento materno acompanha esta dieta e deve ser mantido até os 2 anos de idade (FISBERG et al., 2015).

O aleitamento materno também melhora o vínculo mãe-filho, diminuindo os distúrbios nutricionais, colabora para a diminuição da violência materna contra a criança e aumenta a segurança emocional na fase adulta (KENZLER, 2008).

Quando praticado de forma correta, aumenta as taxas de sobrevivência de bebês prematuros e com baixo peso ao nascer, reduz a mortalidade neonatal e o risco de anemia no lactente, fornece proteção para doenças típicas da infância e para obesidade nos anos futuros, além de promover estímulo neurológico para o desenvolvimento oral.

Com relação à saúde bucal, o aleitamento materno quando praticado de forma correta satisfaz dois instintos importantes do recém-nascido, o de alimentação e o de sucção, proporcionando adequado desenvolvimento das funções de mastigação, deglutição, fonação e respiração, além do correto posicionamento dos dentes nos arcos dentários, prevenindo as maloclusões e distúrbios da fala (FERREIRA; GUEDES-PINTO; ALTAVISTA, 2008).

Crescimento adequado do complexo craniofacial e treinamento da musculatura bucal

O aleitamento materno, que age de forma fisiológica durante o período mais importante da vida do bebê, oferece estímulos paratípicos imprescindíveis para o bom desenvolvimento do sistema estomatognático (PLANAS, 1997).

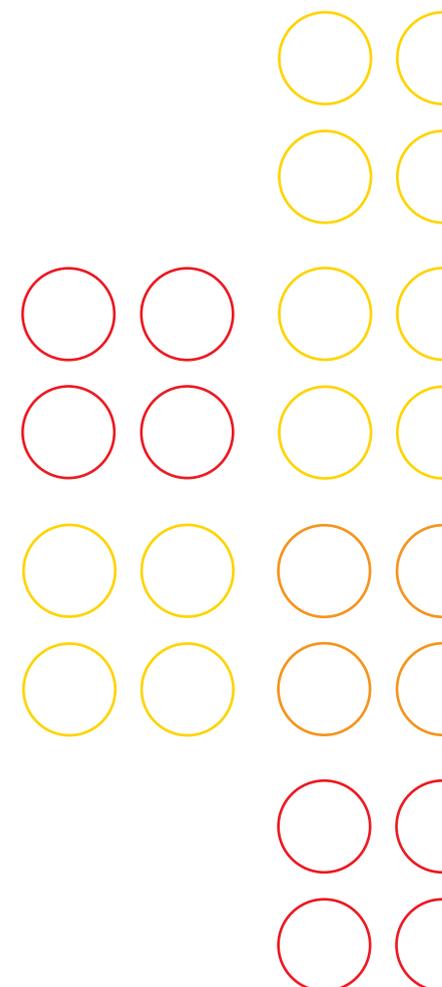
Durante a realização desse ato fisiológico por excelência, que exige enorme esforço muscular, ocorrem três fatos fundamentais, muito importantes para a saúde bucal do bebê.

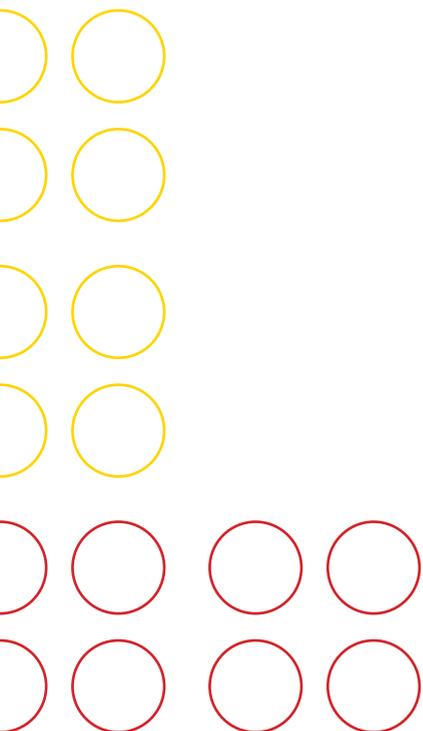
- a) A respiração nasal é mantida de forma fisiológica durante e após o aleitamento, permitindo o selamento labial que proporciona um adequado crescimento dos maxilares com espaço suficiente para a erupção da dentição decídua.

■ Aleitamento materno



Maria Salete Nahás Pires Correa





- b) A mandíbula avança e retrai durante a ordenha do leite no seio materno, exercitando todo o sistema muscular (masseteres, temporais e pterigóideos), que prepara a boca para a função mastigatória.
- c) Maior diferenciação nas articulações temporomandibular (ATM), pelas sucessivas trações durante os movimentos protrusivo e retrusivo da mandíbula, estimulando o crescimento pósterio-anterior dos ramos mandibulares e a modelação do ângulo mandibular, facilitando mais tarde o ato da mastigação.

Do ponto de vista da promoção de saúde, o aleitamento materno é considerado, por alguns odontopediatras e ortodontistas, como o primeiro aparelho ortodôntico ou ortopédico, uma vez que esses estímulos contribuem de forma direta ou indireta para o desenvolvimento da boca, evitando as maloclusões, além de contribuir para o equilíbrio postural da criança.

Redução nas chances de adquirir hábitos nocivos

O reflexo de sucção no recém-nascido deve ser satisfeito por meio do aleitamento materno, evitando que a criança tente realizá-lo com a sucção digital ou outro tipo de sucção sem fins nutritivos, como chupeta, ou de lábio inferior, que podem influenciar negativamente o desenvolvimento da oclusão.

A prevalência de hábitos de sucção não nutritiva, geralmente aumentada nos países industrializados, compromete a prática do aleitamento materno e também atua de maneira desfavorável no crescimento e desenvolvimento das estruturas orais e faciais.

De maneira geral, crianças aleitadas por período mais curto necessitam sugar chupeta três anos mais do que aquelas que foram aleitadas por período mais longo. Além deste fato, há forte associação de mordida aberta anterior com sucção de chupeta e dedo (PAUNIO; RAUTAVA; SILLAPAA, 1993).

Crianças com menor tempo de aleitamento materno também podem desenvolver hábitos bucais deletérios (sucção de dedo, chupeta, ato de morder objeto e onicofagia), que, se mantidos por longos períodos durante o desenvolvimento infantil, podem comprometer a oclusão na dentição decídua e prejudicar a saúde psicológica da criança.

■ Mordida aberta anterior



Maria Salete Nahás Pires Correa

Qualidade dos tecidos dentários e redução da prevalência dos defeitos de desenvolvimento do esmalte (DDE)

O leite materno tem um papel fundamental para o desenvolvimento adequado da criança, não só do ponto de vista da satisfação afetiva recíproca mãe-filho, mas principalmente por melhorar sua nutrição ou favorecer uma condição de nutrição normal (ANCONA; NÓBREGA, 1987).

Quanto aos minerais presentes no leite materno, a disponibilidade do cálcio é muito alta durante os primeiros meses de aleitamento, apresentando uma relação cálcio-fósforo (2:1) que facilita sua absorção pelo trato gastrointestinal (LAMOUNIER; VIEIRA; GOUVÊA, 2001; WATERLOW, 1996).

A má nutrição materna e neonatal (incluindo deficiência de proteínas e vitamina A em muitos países em desenvolvimento) tem sido correlacionada com hipoplasia severa de esmalte.

Os defeitos de esmalte, em geral, são mais prevalentes nas crianças que tiveram menor tempo de aleitamento materno, com introdução mais cedo de mamadeira (VIGNARAJAH; WILLIAMS, 1992). O aleitamento artificial prematuro pode desenvolver hipoplasia de esmalte, explicada pela hipocalcemia que é induzida por altos níveis de fósforo no leite (SPEIRS; BEELEY, 1992).

Pode-se concluir que o aleitamento materno praticado de forma correta tem um caráter preventivo na ocorrência dos defeitos de desenvolvimento do esmalte (SPEIRS; BEELEY, 1992; LY; NAVIA; BIAN, 1995; TARGINO et al., 2011).

Redução no risco de cárie

O aleitamento materno quando bem orientado retarda a introdução de sacarose na dieta da criança e evita o uso da mamadeira, o que diminui o risco de cárie nos bebês.

Deve haver bom senso no incentivo da prática de aleitamento por um período prolongado, em especial quando realizado durante os períodos noturnos e sem higiene bucal.

Ao longo do acompanhamento da criança, as mães devem receber orientações globais para a promoção da saúde de seus filhos, além das informações sobre higiene bucal, que deve ser iniciada logo após o aparecimento/erupção do primeiro dente na cavidade bucal do bebê (BÖNECKER; MODESTO; WALTER, 2014).



Benefícios do aleitamento materno para a saúde bucal:

1. Crescimento adequado do complexo craniofacial e treinamento da musculatura bucal.
2. Auxílio na realização adequada das funções de respiração e deglutição.
3. Redução nas chances de adquirir hábitos nocivos/sucção não nutritiva.
4. Melhora na qualidade dos tecidos dentários e redução da prevalência dos DDE.
5. Redução no risco de cárie, evitando a introdução precoce do açúcar na dieta da criança.

O ESTABELECIMENTO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS E A SAÚDE BUCAL

É coerente supor uma estreita relação entre alimentação e saúde bucal. A erupção dentária (BASTOS et al., 2007; GAUR; KUMAR, 2012), a formação do esmalte dental (CAUFIELD; LI; BROMAGE, 2012), a resposta tecidual às agressões e ao fluxo salivar (LINGSTRÖM; MOYNIHAN, 2003) parecem sofrer a influência da nutrição. Por outro lado, aspectos da saúde bucal, como ausência de dentes e dor de origem dentofacial, podem diminuir a capacidade mastigatória e a ingestão de alimentos, interferindo no padrão nutricional (KHANH et al., 2015).

O padrão nutricional pode comprometer a função das glândulas salivares e consequentemente aumentar a susceptibilidade à cárie dentária e às infecções orais (LINGSTRÖM; MOYNIHAN, 2003). Algumas alterações sistêmicas com repercussão no padrão nutricional apresentam associação com os defeitos de desenvolvimento do esmalte (CAUFIELD; LI; BROMAGE, 2012). Portadores de doença celíaca têm mais distúrbios na amelogênese (SÓÑORA et al., 2016) com maior prevalência de defeitos de desenvolvimento do esmalte, tanto em dentes decíduos como em permanentes (EL-HODHOD et al., 2012; TROTТА, 2016; ORTEGA et al. 2008). Além disso, esses pacientes também apresentam maior prevalência de úlceras aftosas recorrentes (CAMPISI et al., 2008).

Estudos indicam que crianças em insegurança alimentar apresentam maior prevalência de cárie (FRAZÃO et al., 2014), principalmente nos estratos econômicos menos favorecidos (SANTIN et al, 2016). Piores padrões nutricionais com baixos níveis de vitamina D (SCHROTH ET al., 2013) e anemia (TANG; HUANG; HUANG, 2013) foram encontrados com maior frequência em crianças com cárie severa da primeira infância quando comparadas com aquelas livres de cárie.

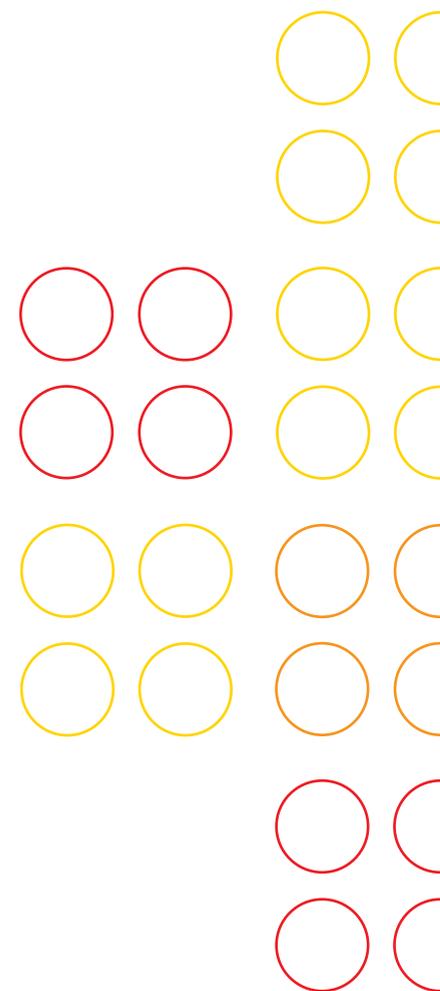
Esses exemplos evidenciam a íntima relação entre alimentação e saúde bucal e impõe às equipes de saúde bucal a necessidade de participar e contribuir para estimular as famílias na adoção de alimentação saudável.

Para tanto, os profissionais de saúde devem conhecer as práticas alimentares das comunidades onde atuam, identificando as possibilidades de intervenção positiva e antecipatória para a prevenção de doenças, incluindo as bucais, e para a promoção de saúde em todo o ciclo de vida.

Como já foi discutido, os primeiros anos de vida são fundamentais para o adequado desenvolvimento humano, e um dos aspectos mais importantes é o aleitamento materno. Além dos aspectos nutricionais e de defesa proporcionados pelo aleitamento materno, o contato físico e psicológico entre mãe e filho trazem repercussões positivas para todo o desenvolvimento emocional da criança, fortalecendo o vínculo mãe-filho. Um vínculo mãe-filho forte facilita as ações de educação em saúde fundamentais para a promoção e manutenção da saúde bucal. O aleitamento materno também favorece o adequado desenvolvimento dental, já que interfere positivamente e decisivamente nos níveis de saúde da criança e diminui a possibilidade de ingestão de alimentos contendo açúcar. Já no processo de desmame e na adoção progressiva da alimentação familiar, um cuidado especial deve ser dado à introdução e frequência de consumo de açúcar.

O alto consumo de açúcar nos primeiros anos de vida pode ser explicado por diversos aspectos, os quais ocorrem simultaneamente. Quando as expectativas dos pais em relação à quantidade e frequência alimentar de seus filhos estão em desacordo com as necessidades fisiológicas das crianças, existe a possibilidade de eles induzirem um aumento no consumo de alimentos por meio da oferta de doces. Deve-se, também, considerar que hábitos alimentares obedecem a um código simbólico (MACIEL, 2005), e a oferta de produtos cariogênicos pode ser uma resposta ao significado de afeto e amor atribuído ao doce em nossa sociedade.

Pelo lado biológico, a alimentação humana tem uma direção muito clara: a sobrevivência. A preferência inata pelo sabor doce viabiliza uma escolha alimentar que provê a energia fundamental para o desenvolvimento humano. No entanto, Contreras e Gracia (2011) alertam que na vida moderna os interesses socioeconômicos acabam por condicionar uma disponibilidade ilimitada de açúcar, e o que antes era uma vantagem biológica transforma-se em perigoso comportamento alimentar. Poulain (2004) considera que a “mundialização” dos mercados leva à recomposição das culturas alimentares por meio de três mecanismos: desaparecimento de alguns particularismos, emergência de novas formas alimentares e a difusão em escala transcultural de produtos e práticas alimentares. Esse movimento é condicionado pela aceitação de novos produtos alimentares, e neste aspecto os doces apresentam uma grande penetração. Se no passado o consumo de alimentos doces durante a infância estava associado àqueles produzidos no âmbito regional e mais marcadamente no seio familiar, os quais



eram carregados de significado cultural, hoje as crianças têm à disposição um universo de alimentos doces de fácil acesso, grande estímulo e apelo visual e nenhum significado cultural (FRAIZ, 2011).

Existem fortes evidências da importância da dieta no processo saúde-doença de pelo menos dois desfechos em saúde bucal: cárie dentária e erosão.

A cárie dentária deve ser compreendida como um desequilíbrio no processo saúde-doença, o qual apresenta evidente componente social e comportamental, e está fortemente associada às práticas alimentares. A ingestão de açúcar permanece como fator-chave para seu desenvolvimento (SHEIRAM, 2015). Práticas alimentares caracterizadas pela alta frequência de consumo de alimentos cariogênicos (KARJALAINEN et al., 2001), principalmente entre as refeições ou durante o sono (MEURMAN; PIENIHÄKKINEN, 2010), devem ser consideradas fatores de risco para a cárie dentária. Além disso, o alto consumo de alimentos com sacarose nos primeiros anos de vida é capaz de influir na prevalência de cárie futura (RUOTINEN et al., 20014).

Embora, nos primeiros anos de vida, a principal consequência de uma dieta com alta frequência de alimentos com açúcar livre para a saúde bucal seja a cárie dentária, deve-se também considerar que muitos alimentos associados à erosão dentária têm o sabor doce, como é o caso dos refrigerantes. Assim, é possível que um padrão de consumo que inclua alimentos doces favoreça tanto a ingestão de alimentos cariogênicos como aqueles com potencial erosivo. Ficou demonstrado que crianças com erosão dentária também têm uma experiência maior de cárie e um fluxo salivar reduzido (KISELY, 2015).

Como já foi dito, a nível biológico, o ser humano é preparado para preferir alimentos com sabor doce, mas os fatores ambientais participam de maneira importante na aceitação alimentar. Sabe-se que tanto a oferta precoce como a exposição repetida podem influir na aceitação de um alimento (BENTON, 2004; LIEM; DE GRAAF, 2004). Além disso, um ambiente positivo de oferta estimula o consumo, e as manifestações de rejeição alimentar promovidas pelos adultos tendem a ampliar a recusa alimentar infantil. Os pais também modulam o comportamento infantil pelo exemplo, sendo que o consumo de frutas e verduras pelos pais tem uma influência maior no aumento do consumo desses alimentos pelas crianças do que as medidas de restrição e/ou pressão (WARDLE; CARNELL; COOKE, 2005). Além de servir de exemplo, os pais escolhem, disponibilizam os alimentos e adotam as medidas educativas. Liem e Graaf (2004) afirmam que restrições severas a um alimento podem aumentar a preferência e ingestões forçadas podem diminuir a aceitação.

A literatura já demonstrou uma forte associação entre a alimentação do filho e da mãe (MACIEL, 2001). No entanto, um dos maiores erros no aconselhamento alimentar em odontologia é discuti-lo exclusivamente a partir do binômio mãe-filho. Imputar às mães toda a responsabilidade pelo sucesso ou insucesso da saúde de seus filhos é uma das grandes barreiras

na educação em saúde para crianças, já que isola a criança e a mãe de sua realidade política, cultural e social. Ao jogar toda a carga educacional para a mãe, perde-se a oportunidade de envolver todo o núcleo familiar.

As estratégias para a modificação das práticas alimentares inadequadas devem ser construídas com o núcleo familiar, respeitando suas especificidades socioculturais e econômicas. É um processo constante e dinâmico que busca o empoderamento das famílias, para que adquiram autonomia e consciência não só para adotar uma postura de vida saudável, mas também para lutar pelas condições estruturais necessárias para sua execução.

A equipe de saúde em odontologia deve conhecer, contribuir e participar das iniciativas que buscam esse objetivo. Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou de forma incisiva uma redução no consumo de açúcar e sugere que sejam investidos esforços na rotulagem dos alimentos, na conscientização dos consumidores, na regulamentação e comercialização dos alimentos e nas políticas fiscais. Nesse sentido, ações governamentais devem ser adotadas e tendem a apresentar um grande impacto, já que são capazes de normatizar o mercado e inibir os abusos. Um exemplo brasileiro é a *Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes* (BRASIL, 1992), que, desde o início da década de 1990, estabelece as condições para o comércio de leites, complementos alimentares, mamadeiras, bicos, chupetas e copos com bico. Outra importante iniciativa para a infância foi a publicação da Lei nº 11.947, de 16/6/2009, e da Resolução CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013, que restringiram o consumo de alimentos industrializados e de doces no âmbito escolar.

O processo de educação alimentar deve estar em consonância com os princípios nutricionais e incluir as orientações para a prevenção das doenças bucais e ser iniciado já na gestação mantendo-se durante todo o ciclo de vida do indivíduo (BRASIL, 1992). Por fim, salienta-se a modificação das práticas alimentares para a adoção de hábitos mais saudáveis que se desenvolvem a partir de ações transdisciplinares, que, provavelmente, são mais duradouras e efetivas, trazendo benefícios imediatos e alcançando as gerações futuras.

HIGIENE BUCAL E USO RACIONAL DO FLÚOR

O controle da placa bacteriana (biofilme dental) é fundamental na manutenção da saúde bucal, na prevenção da cárie e da doença periodontal, e deve inserir-se nos cuidados gerais de higiene, como tomar banho, lavar as mãos e cortar as unhas. A escovação regular deve iniciar-se assim que erupcionam os primeiros dentes na cavidade bucal. Após a erupção dos molares e fechamento dos espaços interdentais, é importante introduzir o uso do fio dental para promover a remoção do biofilme nos espaços interdentais e pontos de contato entre os dentes. É importante que a criança desenvolva a experiência de realizar por si própria a higiene, manusear a escova e o fio dental. Mas até que ela adquira habilidade motora e

consciência da sua importância, é fundamental que a higiene bucal seja realizada também pelos pais ou cuidadores, conforme técnica orientada pelo dentista.

A utilização de fluoretos por diversos meios tem sido responsável, comprovadamente, por significativo efeito anticárie (BRATTHAL; HANSEL-PETERSSON; SUNDBERG, 1996). Ao mesmo tempo, o uso sistêmico não controlado durante o processo de desenvolvimento dentário implica risco de fluorose dental. Vale salientar que os suplementos de flúor durante a gestação com o objetivo de prevenir a cárie estão contraindicados por falta de evidência científica quanto à sua eficácia.

As estratégias bem-sucedidas de controle da cárie pelo uso coletivo de água fluoretada e autouso de dentifrícios fluoretados de pelo menos 1.100 partes por milhão de flúor (ppm F) estão indicados de forma universal, independentemente da idade da criança. É fundamental que se assegure o benefício anticárie e ao mesmo tempo seja minimizado o risco de desenvolvimento de fluorose, controlando rigorosamente a quantidade de dentifrício utilizada, evitando sua deglutição e estimulando a criança a cuspir durante a escovação (CHEDID; TENUTA; CURY, 2013; IBGE, 2010; OREDUGBA; AKINDAYOMI, 2008; ABANTO et al., 2008; FERNANDEZ et al., 2016; ORTEGA et al., 2014; ABANTO et al., 2012; LIU et al., 2014).

DEFICIÊNCIA, PRIMEIRA INFÂNCIA E SAÚDE BUCAL

Os dados do Censo 2010 (IBGE) apontam que 23,9% da população brasileira se declara com algum tipo de deficiência. Quando falamos da cidade de São Paulo, mais especificamente de primeira infância, esses números giram em torno de 190 mil crianças de 0 a 6 anos que necessitam de cuidados odontológicos especiais. A prestação de serviços a essa comunidade demanda preparo técnico-científico especializado por parte dos profissionais dentistas. Atualmente, existe a especialidade de Odontologia de Pacientes com Necessidades Especiais, cuja função é prestar atendimento a essa população. Entretanto, o número de profissionais formados é pequeno em relação à demanda apresentada. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) têm como regra apresentar um especialista em pacientes com necessidades especiais por unidade de atendimento, mas muitas crianças ainda ficam à margem de receber o serviço. Desta forma, é importante trabalharmos para o aumento de profissionais especialistas qualificados.

Tais condições se refletem na prevalência de doenças e agravos bucais. Várias pesquisas apontam para uma maior prevalência, bem como falta de prestação de serviços a esse grupo populacional. Outros fatores que também contribuem para essa situação são currículo fragmentado durante o curso de graduação, inadequação de instalações odontológicas, importância secundária dada à saúde bucal pela família e equipe transdisciplinar, as próprias condições clínicas inerentes à doença de base e questões sociais.

Diante do exposto, é essencial a intervenção precoce com adoção de práticas de promoção de saúde bucal para esse grupo. Recomenda-se que o cirurgião dentista faça parte da equipe transdisciplinar que trabalhará com a criança desde o nascimento, ou que ao menos a avalie quando esta completar 1 ano de vida. Assim, será possível orientar a família quanto aos cuidados caseiros e profissionais necessários, de acordo com o risco e atividade das doenças e agravos bucais. Os cuidados odontológicos caseiros devem ser integrados às atividades diárias da criança e sob a responsabilidade de um cuidador treinado para esse fim. A família deve ser orientada quanto aos agravos bucais relacionados com a condição geral e específica da criança, para que, juntamente com o cirurgião dentista, possa estabelecer um plano de trabalho voltado para a prevenção das doenças bucais.

Trabalhar com educação em saúde bucal será o pilar da atenção odontológica, já que demandará menos recursos financeiros, bem como menor preparo técnico para tais atividades e tendo como retorno a saúde bucal. A família deve ser orientada quanto a questões relacionadas ao controle do biofilme bucal (orientação de higiene bucal), hábitos alimentares, hábitos parafuncionais (sucção de chupeta e dedo, bruxismo, deglutição atípica, respiração oronasal) e uso racional de fluoretos.

Os cuidados em saúde bucal se refletirão nas condições gerais de saúde da criança. Sabe-se que algumas doenças bucais podem interferir na evolução da doença de base e impactar na expectativa e qualidade de vida da criança.

Na Universidade de São Paulo existe o Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (Cape), voltado para a prestação de serviços odontológicos para a população deficiente. Dentre os serviços, trabalha-se com crianças tendo como eixo norteador a promoção de saúde bucal com atenção primária à criança na primeira infância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção odontológica desde a primeira infância cumpre um papel fundamental no estabelecimento de hábitos saudáveis e na promoção da saúde bucal, com reflexos ao longo de todo o processo de crescimento e desenvolvimento, bem como na vida adulta. A recomendação da American Academy of Pediatric Dentistry e da Associação Brasileira de Odontopediatria, referendadas pelo Grupo de Saúde Oral da Sociedade de Pediatria de São Paulo, é de que a primeira consulta odontológica seja realizada na época de erupção dos primeiros dentes. Essa primeira consulta e o estabelecimento de consultas em intervalos regulares a partir de então, além dos aspectos preventivos com relação à saúde bucal, contribuem para que a criança se ambiente, que o profissional possa estabelecer com ela e seu núcleo familiar uma relação de confiança, de forma que, em uma eventual necessidade de tratamento curativo, o condicionamento psicológico da criança para o atendimento seja bastante facilitado e

■ Motivação e ensino da técnica de escovação

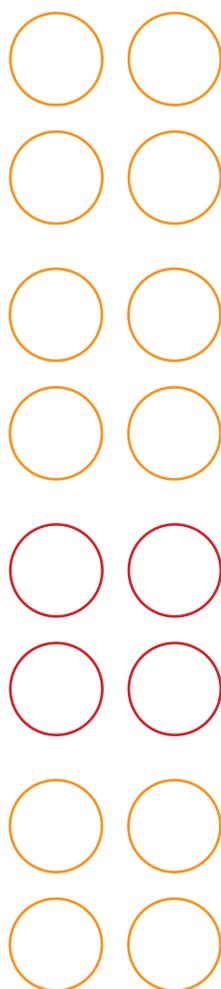


Maria Salete Nahás Pires Correa

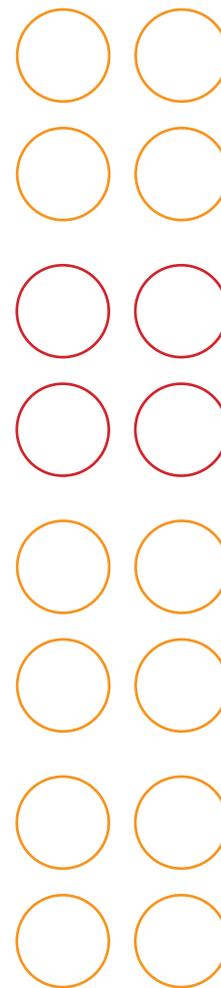
menos traumático. Além disso, quando a criança consegue ter uma boa primeira impressão em relação ao ambiente odontológico, essa memória positiva irá acompanhá-la ao longo da vida, e poderá inclusive favorecer sua motivação para o autocuidado com sua saúde bucal.

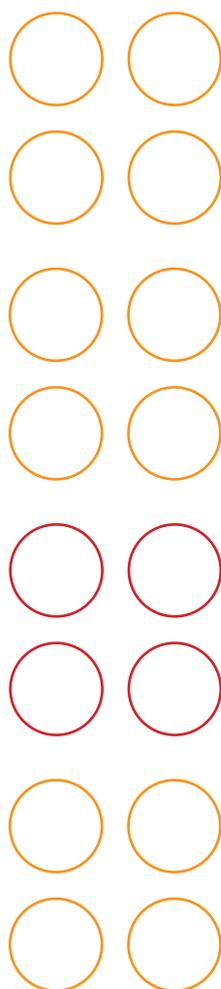
REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.; CARVALHO, T. S.; MENDES, F. M.; WANDERLEY, M. T.; BÖNECKER, M.; RAGGIO, D. P. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiol*, v. 39, n. 2, p. 105-114, 2011a.
- _____.; CIAMPONI, A. L.; FRANCISCHINI, E.; MURAKAMI, C.; DE REZENDE, N. P.; GALLOTTINI, M. Medical problems and oral care of patients with Down syndrome: a literature review. *Special Care Dentistry*, v. 31, n. 6, p. 197-203, Nov./Dec. 2011b.
- _____.; CARVALHO, T. S.; BÖNECKER, M.; ORTEGA, A. O.; CIAMPONI, A. L.; RAGGIO, D. P. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. *BMC Oral Health*, v. 12, n. 15, June 2012a.
- _____.; PAIVA, S. M.; RAGGIO, D. P.; CELIBERTI, P.; ALDRIGUI, J. M.; BÖNECKER, M. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 40, n. 4, p. 323-331, 2012b.
- _____.; TELLO, G.; BONINI, G. C.; OLIVEIRA, L. B.; MURAKAMI, C.; BÖNECKER, M. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. *International Journal of Paediatric*, Jan. 2014a.
- _____.; TSAKOS, G.; PAIVA, S. M.; CARVALHO, T. S.; RAGGIO, D. P.; BÖNECKER, M. Impact of dental caries and trauma on quality of life among 5- to 6-year-old children: perceptions of parents and children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 42, n. 5, p. 385-394, 2014b.
- ACS, G.; SHULMANN, R.; NG, M. W.; CHUSSID, S. The effect of dental rehabilitation of the body weight of children with early childhood caries. *Journal of Paediatric Dentistry*, v. 21, n. 2, p.109-113, 1999.
- ALDRIGUI, J. M.; ABANTO, J.; CARVALHO, T. S.; MENDES, F. M.; WANDERLEY, M. T.; BÖNECKER, M.; RAGGIO, D. P. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 24, n. 9, p. 78, 2011.
- ANCONA, L. F.; NÓBREGA, J. F. Crescimento e desenvolvimento da criança. In: NÓBREGA J. F. *Clínica pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. cap. 1, p. 1-6.
- BASTOS, J. L.; PERES, M. A.; PERES, K. G.; BARROS, A. J. Infant growth, development and tooth emergence patterns: a longitudinal study from birth to 6 years of age. *Archives Oral Biology*, v. 52, n. 6, p. 598-606, 2007.



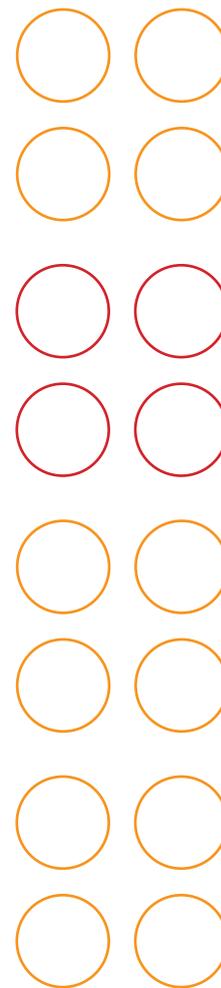
- BENTON, D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, v. 28, n. 7, p. 858-869, 2004.
- BOEIRA G. F.; CORREA, M. B.; PERES, K. G.; PERES, M. A.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS A. J.; DEMARCO F. F. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries Research*, v. 46, n. 5, p. 488-495, 2012.
- BÖNECKER, M. J. S.; MODESTO, A.; WALTER, L. R. F. Programas de atenção odontológica para bebês, crianças e adolescentes. In: MASSARA, M. L. A.; RÉDUA, P. C. B. *Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria*. São Paulo: Santos, 2010. p. 9-13.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 31/1992 do Conselho Nacional da Saúde: Norma Brasileira pra Comercialização de Alimentos para Lactentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 1993.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portal da Saúde. 2005. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=assistencia_hospitalar>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- BRATTHAL, D.; HANSEL-PETERSSON, G.; SUNDBERG, H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *European Journal Oral Sciences*, v. 104 n. 2 p. 416-22, 1996.
- BUCKSTEGGE, A. K.; ASSUNÇÃO, L. R. S; FERREIRA, F. M.; FRAIZ, F. C.; BOGUSZEWSKI, M. C. S. Weaning and associated factors in children from low-income communities. *Revista de Odontologia da Unesp*, n. 43, p. 172-179, 2014.
- CAMPISI, G., Di LIBERTO, C.; CARROCCIO, A.; COMPILATO, D.; IACONO, G.; PROCACCINI, M.; DI FEDE, G.; LO MUZIO, L.; CRAXI, A.; CATASSI, C.; SCULLY, C. Coeliac disease: oral ulcer prevalence, assessment of risk and association with gluten-free diet in children. *Digestive and Liver Disease Journal*, v. 40, n. 2, p. 104-107, 2008.
- CARVALHO, A. C.; PAIVA, S. M.; VIEGAS, C. M.; SCARPELLI, A. C.; FERREIRA F. M.; PORDEUS, I. A. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life among Brazilian preschool children: a population-based study. *Brazilian Dental Journal*, v. 24, n. 6, p. 655-661, 2013.
- CAUFIELD, P. W.; Li, Y.; BROMAGE, T. G. Hypoplasia-associated severe early childhood caries-a-proposed definition. *Journal of Dental Research*, v. 91, n. 6, p. 544-550, 2012.
- CHEDID, S.; TENUTA, L. M.; CURY, J. A. O uso de fluoretos em Odontopediatria fundamentado em evidências. In: COUTINHO, L; BONECKER, M. *Odontopediatria para a pediatria*. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 419-430.

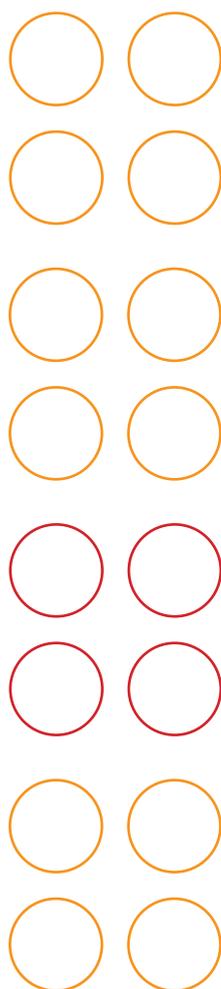




- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO 63/2005. Seção XII, Art.71. Disponível em: <<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- CONTRERAS J.; Gracia, M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 496 p.
- DO, L. G.; SPENCER, A. Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 67, n. 3, p. 132-139, 2007.
- EL-HODHOD, M. A.; EL-AGOUZA, I. A.; Abdel-Al, H.; KABIL, N. S.; BAYOMI, K. A. Screening for celiac disease in children with dental enamel defects. *ISRN Pediatrics*, 2012:2012, p. 763-783, 2012.
- FERNANDEZ, C.; DESCAMPS, I.; FABJANSKA, K.; KASCHKE, I.; MARKS, L. Treatment needs and predictive capacity of explanatory variables of oral disease in young athletes with an intellectual disability in Europe and Eurasia. *European Journal Paediatric Dentistry*, v. 17, n. 1, p. 9-16, Mar. 2016.
- FERREIRA, S. L. M.; GUEDES-PINTO, A. C.; ALTAVISTA, O. M. Saúde bucal e aleitamento materno: benefícios e cuidados primários. In: ISSLER, H. (Coord.). *O aleitamento materno no contexto atual – políticas, práticas e bases científicas*. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 243-250.
- FISBERG, M.; MAXIMINO, P.; MACHADO, R. H. V.; TOSATTI, A. Nutrição pós-aleitamento materno. In: TAKAOKA, L.; COUTINHO, L.; MORAIS, R. D.; WEILLER, R. M. E. (Coord.). *Odontopediatria – a transdisciplinaridade na saúde integral da criança*. São Paulo: Manole, 2015. p. 163-174.
- FRAIZ, F. C. Supervision de La salud bucal durante los primeros años de vida. Reflexiones sobre el rol del odontopediatra en la evaluación y asesoramiento dietético. In: PRIEGO, G. P. M. DE; CEVALLOS, J. L. C. *Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica*. Madrid: Ripano; 2011. p. 49-57.
- _____.; ASSUNÇÃO, C. M.; ASSUNÇÃO, L. R. S.; MENEZES, J. V. N. B.; FERREIRA, F. M. Lactancia materna, alimentación artificial y el primer contacto con azúcar. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, n. 3, p. 22-31, 2013.
- FRAZÃO, P.; BENICIO, M. H.; NARVAI, P. C.; CARDOSO, M. A. Food insecurity and dental caries in schoolchildren: a cross-sectional survey in the western Brazilian Amazon. *European Journal Oral Sciences*, v. 122, n. 3, p. 210-215, 2014.
- GARCIA, R. W. D. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 49-56.
- _____, S. M.; MARCENES, W.; WATT, R. G.; SHEIHAM, A. The relationship between sweetness preference and dental caries in mother/child pairs from Maringá-Pr, Brazil. *International Dental Journal*, v. 51, n. 2, p. 83-88, Apr. 2001.

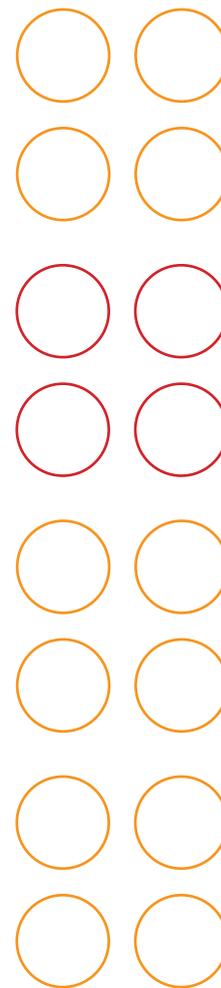
- GAUR, R.; KUMAR, P. Effect of undernutrition on deciduous tooth emergence among Rajput children of Shimla District of Himachal Pradesh, India. *American Journal of Physical Anthropology*, v. 148, n. 1, p. 54-61, 2012.
- GOETTEMS, M. L.; ARDENGHI, T. M.; ROMANO, A. R.; DEMARCO, F. F.; TORRIANI, D. D. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Quality of Life Research*, v. 20, n. 6, p. 951-959, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados do Censo IBGE 2010. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/ultimas-noticias/secretaria-disponibiliza-publicacoes-em-versao-acessivel-e-dados-do-censo-ibge-2010>>. Acesso em: 8 mar. 2016.
- KARJALAINEN, S.; SODERLING, E.; SEWON, L.; LAPINLEIMU, H.; SIMELL, O. A prospective study on sucrose consumption, visible plaque and caries in children from 3 to 6 years of age. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 29, n. 2, p. 136-142, 2001.
- KENZLER, W. Significado do aleitamento materno. In: ISSLER, H. (Coord.). *O aleitamento materno no contexto atual – políticas, práticas e bases científicas*. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 255-259.
- KHANH, L. N.; IVEY, S. L.; SOKAL-GUTIERREZ, K.; BARKAN, H.; NGO, K. M.; HOANG, H. T.; VUONG, I.; THAI, N. Early childhood caries, mouth pain, and nutritional threats in Vietnam. *American Journal Public Health*, v. 105, n. 12, p. 2510-2517, 2015.
- KISELY, S.; BAGHAIE, H.; LALLOO, R.; JOHNSON, N, W. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, v. 207, n. 4, p. 299-305, 2015.
- KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; FERREIRA, S. H.; BERVIAN, J.; RODRIGUES, P. H.; PERES, M. A. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 41, n. 4, p. 327-335, 2013.
- KRISDAPONG, S.; PRASERTSOM, P.; RATTANARANGSIMA, K; SHEIHAM, A. School absence due to toothache associated with sociodemographic factors, dental caries status, and oral health-related quality of life in 12- and 15-year-old Thai children. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 73, n. 4, p. 321-328, 2013.
- LAMOUNIER, J. A.; VIEIRA, G. O.; GOUVÊA, L. C. Composição do leite humano – fatores nutricionais. In: REGO, J. D. *Aleitamento materno*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. cap. 5, p. 47-58.
- LI, Y.; NAVIA, J. M.; BIAN, J. Y. Prevalence and distribution of development enamel defects in primary dentition of Chinese children 3-5 years old. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 23, n. 2, p. 72-79, 1995.



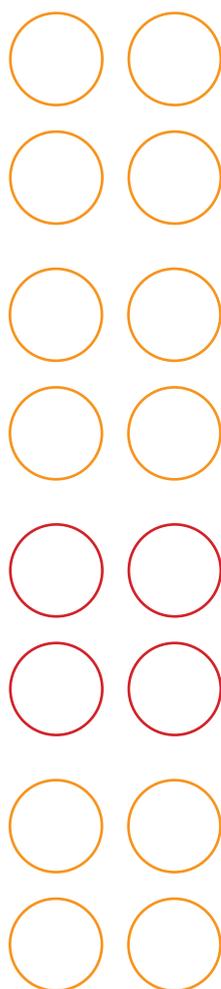


- LIEM, D. G.; DE GRAAF, C. Sweet and sour preferences in young children and adults: role of repeated exposure. *Physiology & Behavior*, v. 83, n. 3, p. 421-429, 2004.
- LINGSTRÖM, P.; MOYNIHAN, P. Nutrition, saliva, and oral health. *Nutrition*, v. 19, n. 6, p. 567-569, 2003.
- LIU, Z.; YU, D.; LUO, W.; YANG, J.; LU, J.; GAO, S.; LI, W.; ZHAO, W. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 11, n. 10, p. 11015-11027, Oct. 2014.
- MACIEL, M. E. Identidade cultural e alimentação. In: CANESQUI, A. M.
- MEURMAN, P. K.; PIENIHÄKKINEN, K. Factors associated with caries increment: a longitudinal study from 18 months to 5 years of age. *Caries Research*, v. 44, n. 6, p. 519-524, 2010.
- NÓBREGA, F. J.; CAMPOS, A. L. R. *Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p. 41-49.
- OREDUGBA, F. A.; AKINDAYOMI, Y. Oral health status and treatment needs of children and Young adults attending a day care centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health*, v. 8, n. 30, p. 5, 2008.
- ORTEGA, A. O.; RAGGIO, D. P.; BÖNECKER, M.; MENDES, F. M.; CIAMPONI, A. L. Impact of oral diseases and disorders on oral-health-related quality of life of children with cerebral palsy. *Special Care Dentistry*, v. 34, n. 2, p. 56-63, Mar. 2014.
- ORTEGA, P. E.; JUNCO, P.; BACA, G. P.; MALDONADO, L. J.; LLODRA, C. J. C. Prevalence of dental enamel defects in celiac patients with deciduous dentition: a pilot study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 106, n. 1, p. 74-78, July. 2008.
- PASSANHA, A.; BENICIO, B. H.; VENANCIO, S. I.; REIS, M. C. G. Implantação da rede amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 6, p. 1.141-1.148, 2013.
- PAUNIO, P.; RAUTAV, P.; SILLAPAA, M. The finish family competence study: he effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old Finish children and association between these habits and dental occlusion. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 51, n. 1, p. 23-29, 1993.
- PLANAS, P. *Reabilitação neurooclusal*. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. cap. 8, p. 105-115.
- POULAIN J. P. *Sociologias da alimentação*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004. 311 p.
- REBOK, G.; RILEY, A.; FORREST, C.; STARFILED, B.; GREEN, B.; ROBERTSON J.; TAMBOR, E. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of Life Research*, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2001.

- RUOTTINEN, S.; KARJALAINEN, S.; PIENIHÄKKINEN, K.; LAGSTRÖM, H.; NIINIKOSKI, H.; SALMINEN, M.; RÖNNEMAA, T.; SIMELL, O. Sucrose intake since infancy and dental health in 10-year-old children. *Caries Research*, v. 38, n. 2, p. 142-148, 2004.
- SANTIN, G. C.; PINTARELLI, T. P.; FRAIZ, F. C.; OLIVEIRA, A. C.; PAIVA, S. M.; FERREIRA, F. M. Association between untreated dental caries and household food insecurity in schoolchildren. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 573-584, 2016.
- SCHROTH, R. J.; LEVI, J. A.; SELLERS, E. A.; FRIEL, J.; KLIOWER, E.; MOFFATT, M. E. Vitamin D status of children with severe early childhood caries: a case-control study. *BMC Pediatrics*, v. 25, n. 13, p. 174, 2013.
- SHEIHAM, A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in preschool children. *British Dental Journal*, v. 201, n. 10, p. 625-626, 2006.
- _____.; JAMES, W. P. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars reemphasized. *Journal of Dental Research*, v. 94, n. 10, p. 1.341-1347, 2015.
- SÓÑORA, C.; ARBILDI, P.; RODRÍGUEZ-CAMEJO, C.; BEOVIDE, V.; MARCO, A.; HERNÁNDEZ, A. Enamel organ proteins as targets for antibodies in celiac disease: implications for oral health. *European Journal Oral Sciences*, v. 124, n. 1, p. 11-16, 2016.
- SPEIRS, R. L.; BEELEY, J. A. Food and oral health: 1. Dental Caries. *Dental Update*, v. 19, n. 3, p. 100-107, 1992.
- TANG, R. S.; HUANG, M. C.; HUANG, S. T. Relationship between dental caries status and anemia in children with severe early childhood caries. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, v. 29, n. 6, p. 330-306, 2013.
- TARGINO, A. G.; ROSENBLATT, A.; OLIVEIRA, A. F.; CHAVES, A. M.; SANTOS, V. E. The relationship of enamel defects and caries: a cohort study. *Oral Diseases*, v. 17, n. 4, p. 420-426, 2011.
- THOMAS, C. W.; PRIMOSCH, R. E. Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation. *Journal of Paediatric Dentistry*, v. 24, n. 2, p. 109-111, 2002.
- TOMA, T. S. Aleitamento materno e políticas públicas: implicações para a saúde na infância e na vida adulta. In: TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M. H. A. *Nutrição em saúde pública*. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 179-196.
- TROTTA, L.; BIAGI, F.; BIANCHI, P. I.; MARCHESE, A.; VATTIATO, C.; BALDUZZI, D.; COLLESANO, V.; CORAZZA, G. R. Dental enamel defects in adult coeliac disease: prevalence and correlation with symptoms and age at diagnosis. *European Journal Oral Sciences*, v. 124, n. 1, p. 11-16, 2016.
- VÁSQUEZ, I. E.; TELLO, G.; OLIVEIRA, L. B.; DAHER, A.; HADDAD, A. E.; BÖNECKER, M.; ABANTO, J. Dental pain and associated factors in Brazilian preschool children: a population based-study. Submitted *International Journal of Paediatric Dentistry*.



- VIEGAS, C. M.; SCARPELLI, A. C.; CARVALHO, A. C.; FERREIRA, F. de M.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Impact of traumatic dental injury on quality of life among Brazilian preschool children and their families. *Journal of Pediatric Dentistry*, v. 34, n. 4, p. 300-306, 2012.
- VIGNARAJAH, S.; WILLIAMS, G. A. Prevalence of dental caries and enamel defects in the primary dentition of Antiguan pré-school children aged 3-4 years including an assessment of their habits. *Community Dental Health*, v. 9, n. 4, p. 349-360, 1992.
- WARDLE, J.; CARNELL, S.; COOKE L. Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related? *Journal of the American Dietetic Association*, v. 105, n. 2, p. 227-232, 2005.
- WATERLOW, J. C. *Malnutrición proteico-energética*. Washington: OPAS, 1996. cap. 4, p. 49-65. [Publicación Científica, 555]
- WEI, S. H. Y.; ANDERSON, T. A. Nutrition and dental health. In: STEWART, R. E.; BARBER, T. K.; TROUTMAN, K. C.; WEI, S. H. Y. *Pediatric dentistry: scientific foundations and clinical practice*. London: Mosby, 1982. cap. 32, p. 561-75.





Eduardo Ogata



EDUCAÇÃO INFANTIL: HISTÓRIAS, AVANÇOS E DESAFIOS

Gabriel Chalita

Secretário de educação do município
de São Paulo

Emilia Cipriano

Secretária adjunta de educação
do município de São Paulo

Colaboradores:

Profa. ms. Daniela da Costa
Neves e profa. dra. Carmen
Lúcia Bueno Valle

Pensar historicamente vai além da cronologia. A educação é dinâmica e nos exige compreender cenários, contextos e atores envolvidos no processo. Portanto, falar das histórias da Educação Infantil no município de São Paulo está intimamente ligado às memórias daquilo que foi vivenciado na e pela nossa rede.

Kessel, ao apresentar as modificações do conceito de memória no tempo, faz um resgate do seu significado para os antigos gregos:

Para os antigos gregos, a memória era sobrenatural. Um dom a ser exercitado. A deusa Mnemosine, mãe das Musas, protetoras das artes e da história, possibilitava aos poetas lembrar o passado e transmiti-lo aos mortais. A memória e a imaginação têm a mesma origem: lembrar e inventar têm ligações profundas. O registro era visto como algo que contribuía para o enfraquecimento da memória, ao transferi-la para fora do corpo do sujeito. Os gregos desenvolveram muitas técnicas para preservar a lembrança sem lançar mão do registro escrito. Além disso, reservaram ao sujeito que lembra um papel social fundamental. O poeta resgata o que é importante do esquecimento. É uma espécie de memória viva do seu grupo (KESSEL, 2008, p. 1).

Essa visão dos gregos resgata a relação da memória com o corpo, como algo intrínseco do ser humano e de suas vivências cotidianas como sujeito histórico e social. Não é possível desvincular a vida da construção do conhecimento: a vida tem que estar pulsando a cada momento na escola, principalmente na Educação Infantil. Precisamos vivenciar, experimentar com as crianças. Para elas, a experiência concreta é decisiva. O que também se expressa na relação da memória com a imaginação, um conceito tão caro para a Educação Infantil, quando se propõe a aproximação e integração corpo e mente.

A busca da beleza e da alegria é uma dimensão primordial na história da humanidade. Enquanto aspiração encontrada em todos os povos e em todas as culturas contemporâneas ou do passado, a atenção estética – entendida e vivida como lente de interpretação do mundo – diz respeito ao encontro entre imaginação e razão e o acordo entre elas pode ser concebido como fundamento da integração entre corpo e mente, entre sensível e inteligível (BRASIL, 2009, p. 74).

Mas por que falar de memória? Porque escrever um texto sobre as histórias da Educação Infantil fará muito mais sentido se, para além das histórias que estudamos, pudermos contá-las também a partir das memórias dessa vida que pulsa em nossa rede. São registros da história que se entrelaçam na construção de uma memória coletiva, com a marca da irreversibilidade. Do tempo, do fazer educativo, da resignificação constante das relações humanas. São histórias tecidas em ritmos e tempos diversos. Registros que formam um *continuum* histórico de continuidades e velocidades singulares. Assim servem os registros à preservação da memória

do homem, pela qual lhe é dado o conhecer de si, e à perenização dos sonhos que, nas palavras de Paulo Freire (1992, p. 51), são os “motores da história”, uma vez que “o sonho é assim uma exigência ou uma condição que se vem fazendo permanente na história que fazemos e que nos faz e re-faz”.

DÉCADA DE 1930: O INÍCIO DA TRAJETÓRIA COM A CRIAÇÃO DOS PARQUES INFANTIS

O marco inicial da trajetória da Educação Infantil no município de São Paulo se dá em 1935, com a criação dos três primeiros parques infantis por Mario de Andrade, então diretor do Departamento de Cultura da Cidade, onde permaneceu até 1937.

Niemeyer recupera, em seu trabalho, os debates e propostas no campo do lazer, que ganhou importância com as conquistas do movimento operário no início do século vinte: a jornada de oito horas de trabalho, o descanso semanal, os limites impostos ao trabalho infantil. O tempo livre passou assim a se tornar realidade e nos aglomerados urbanos surge a necessidade de garantir o acesso a espaços coletivos como os parques públicos. Esse autor mostra como diversos movimentos na Europa e nos Estados Unidos defendiam a implantação de parques para a recreação da população trabalhadora, aos quais se atribuía ao mesmo tempo finalidades higienistas e de integração social (CAMPOS apud NIEMEYER, 2015).

Os parques infantis, criados por Mario de Andrade, atendiam crianças de 3 a 12 anos e tinham sua proposta pedagógica pautada pela arte, pela ludicidade e pela imaginação, marcada pelo caráter de liberdade que se materializava por meio dos jogos e brincadeiras, em uma relação constante com a garantia da qualidade de vida na infância.

ENTRE OS ANOS 1940 E 1970

Mais tarde, em 1947, houve a criação da Secretaria de Educação e Cultura do município e, após quatro anos, a criação dos recantos e recreios infantis em praças públicas do município. Tanto os parques como os recantos e recreios eram vistos como locais onde as famílias poderiam deixar as crianças enquanto trabalhavam, e a necessidade de ampliação do acesso muitas vezes reduzia a proposta pedagógica nesse sentido. A importância desses espaços no processo educativo das crianças só ganhou força com o tempo e se consolidou na perspectiva da garantia de direitos da criança com a promulgação da Constituição de 1988.



Eduardo Ogata

Visando à ampliação do acesso às crianças da classe trabalhadora, o ano de 1956 registrou a criação do Grupo Municipal de Primeiro Grau. Quase dez anos depois, temos o início da implantação das creches diretas no município de São Paulo e a criação de classes de Ensino Pré-Primário nas unidades do Departamento de Educação e Recreio, em 1970.

Em 1972, na perspectiva de iniciar um trabalho de preparação para o Ensino Fundamental, a Proposta Curricular dos Parques Infantis sofre alterações que mudam profundamente a essência trazida em sua concepção original, especialmente do trabalho com a arte e a ludicidade. Nessa proposta, a criança é vista com características bem definidas e rígidas, de acordo com sua idade cronológica, e a prontidão infantil é enfatizada em seus aspectos motores e neurológicos. Os componentes curriculares que passam a compor a nova proposta são Comunicação e Expressão, Iniciação às Ciências Matemáticas, Ciências Naturais e Integração Social.

Um fato relevante, nesse período, é a criação da Secretaria Municipal de Educação (SME), em 1975, desde então de forma autônoma e totalmente desvinculada de sua gênese no Departamento de Cultura e Recreação. Nessa fase, ocorre a alteração da denominação dos parques infantis para Escola Municipal de Educação Infantil (Emei).

DÉCADA DE 1980: CRIANÇA COMO SUJEITO DE DIREITOS

As primeiras creches diretas foram inauguradas em 1980 pela Secretaria Municipal da Assistência Social.

A década de 1980 inaugura um profícuo período de publicações que se estende até os dias de hoje, começando pela *Revista Escola Municipal*, em 1984, sequenciada pela edição comemorativa dos 50 anos da Educação Infantil paulistana, além das mais recentes orientações normativas, Manual de Brincadeiras e outras que objetivam alinhar diretrizes e formas de atuação condizentes com as novas exigências sociais e fazendo frente às atualizações da legislação.

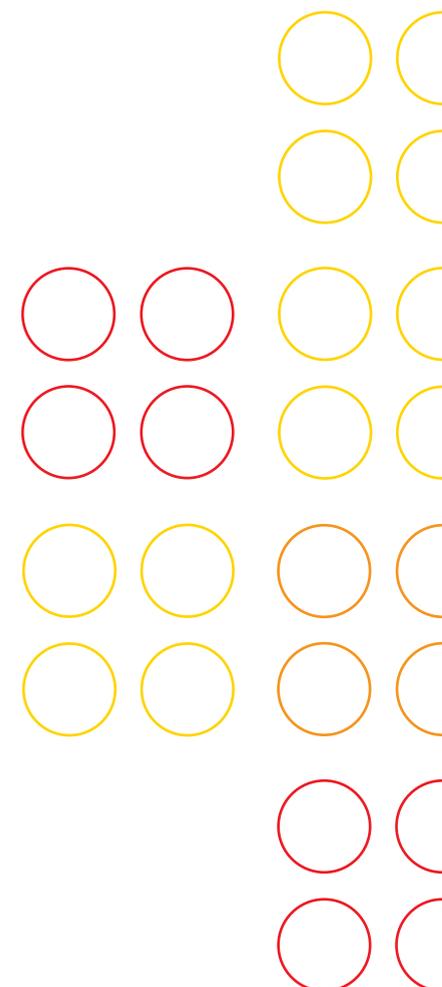
Importante marco legal dessa década é a Constituição de 1988 que garante o direito universal à educação para as crianças de 0 a 6 anos e entende a criança, desde seu nascimento, como sujeito social e de direitos.

A DÉCADA DA EDUCAÇÃO INFANTIL – DE 1990 A 2000

O Estatuto da Criança e do Adolescente é um grande marco desse período, no ano de 1990, assegurando o direito à educação, entre outros, a todas as crianças e adolescentes, marcando novamente a concepção da criança como sujeito de direitos.



Eduardo Ogata





Eduardo Ogata

Importantes avanços no Brasil que deram uma contribuição expressiva para a Rede Municipal de Ensino (RME) de São Paulo. Marcos legais, pesquisas acadêmicas e políticas públicas colocaram o Brasil em destaque. Como exemplos, podemos destacar a Lei de Diretrizes e Bases de 1996, que define a Educação Infantil como primeira etapa da Educação Básica, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (1998) que já apontam para a articulação necessária entre a Educação Infantil e o Ensino Fundamental, e a inclusão da educação de 0 a 3 anos no Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), em 2007.

Em 2002, ocorre a transição da estrutura administrativo-pedagógica das creches da Secretaria da Assistência Social (SAS) para a Secretaria Municipal de Educação (SME).

A passagem da Assistência Social para a Educação foi lenta e consistente, com debates, discussões, reuniões. Unir dois universos históricos com linguagens próprias foi um desafio e um movimento importante. O maior avanço foi não desconsiderarmos as conquistas de cada um desses grupos. Nada foi feito de forma aligeirada, sem considerar a história que as creches já tinham e que não poderia ser negada (SÃO PAULO, 2015a, p. 23).

No ano de 2004, são criados os Centros de Educação e Cultura Indígena (Cecis), nas aldeias Tekoa Pyau (Jaraguá), Krukutu e Tenondé Porã (Parelheiros), que expressam

[...] a importância de políticas públicas nas áreas ocupadas pelos povos indígenas como forma de reconhecimento às suas aspirações em assumir o controle de suas próprias formas de ser e de viver, mantendo e fortalecendo a identidade étnica no território onde habitam. A instalação dos CEClis nas aldeias desencadeou uma série de ações, entre elas a criação do Centro de Educação Infantil Indígena (CEII), no sentido de contribuir para a garantia dos direitos, para a melhoria do atendimento da criança guarani de zero a cinco anos e onze meses e a valorização do modo de vida desta população tradicional indígena. O trabalho educativo dos CEII/CEClis atende às crianças pertencentes ao povo Guarani Mbyá, respeitando as especificidades de uma educação escolar indígena diferenciada, específica, buscando favorecer o protagonismo e a autogestão destas comunidades (SÃO PAULO, 2015c, p. 15).

Um dos princípios que norteiam a educação infantil indígena é expresso neste depoimento do educador indígena Pedro Luis Macena:

Nesse caminho, buscamos e compartilhamos as experiências que fazem a gente aprender na nossa vida, e também aprendemos com as tradições e com os mais velhos sobre o que é ser Guarani Mbya. Por isso, cada

palavra que sai da minha boca quando eu estou com os mais novos deve vir primeiro do meu coração... se eu não sinto que vem do coração, eu não falo só por falar. O coração precisa estar limpo pra eles sentirem essa força que vem de Tupã, porque, senão, nada acontece... eles não vão se interessar! (SÃO PAULO, 2014, p. 21).

O MOMENTO ATUAL: A ALEGRIA DE CELEBRAR 80 ANOS

No ano de 2015, tivemos a alegria de comemorar os 80 anos da Educação Infantil paulistana.

A RME abrange 3.351 unidades educacionais das redes direta, indireta e conveniada. Somente na rede direta são mais de 84 mil profissionais e mais de 940 mil educandos. E quando falamos, especificamente, da Rede Municipal de Educação Infantil são 2.283 unidades educacionais que atendem, em 2016, mais de 470 mil educandos.¹

O trabalho desenvolvido nos últimos três anos tem um enfoque claro: a melhoria da qualidade social da Educação Infantil, por meio de importantes programas, documentos e ações que vêm sendo desenvolvidos, entre os quais:

- O *Programa São Paulo Carinhosa* que visa à promoção do desenvolvimento integral da criança e busca a articulação de 14 secretarias para proteção à primeira infância, em especial nos territórios de alta vulnerabilidade social. Como parte desse programa, uma proposta em implementação na Educação Infantil são os parques sonoros, que oportunizam vivências e experiências sonoras às crianças, incentivando-as a brincar, construir, desconstruir, ressignificar objetos sonoros (cotidiáfonos), de modo que possam realizar suas descobertas e composições e produzir as culturas infantis. Os espaços já foram construídos em 131 unidades educacionais, realizando a formação de professores com o objetivo de ressignificar e problematizar os conceitos das linguagens artísticas e musicais no seu trabalho, para que eles tenham condições de intervir nas propostas apresentadas às crianças, considerando o contexto em que estão inseridas.
- A publicação da *Orientação Normativa nº 01/2013* – “Avaliação na Educação Infantil: aprimorando os olhares” – que reflete sobre o processo de avaliação na Educação Infantil, a partir de concepções de criança/infância, currículo, projeto político-pedagógico e participação das famílias.
- Construção do documento *Indicadores de qualidade da Educação Infantil paulistana*. Trata-se de um instrumento de autoavaliação institucional participativa destinado a todas as

¹ Dados do sistema Escola On-Line (EOL) – data-base: fevereiro de 2016.



Eduardo Ogata



unidades diretas, indiretas e conveniadas da RME de São Paulo que tem como foco o contexto educativo, o que significa que ele visa a promover o debate sobre as condições necessárias para uma Educação Infantil de qualidade.

- Publicação dos Padrões básicos de qualidade da Educação Infantil paulistana, um material de referência que representa um marco na educação dos bebês e crianças em unidades educacionais na cidade. Esse documento dialoga com os indicadores da qualidade da Educação Infantil paulistana e ambos devem ser norteadores no que se refere à autoavaliação institucional participativa, à revisão e/ou elaboração do projeto político-pedagógico e ao planejamento em parceria com diferentes segmentos das unidades de Educação Infantil.
- *O uso da tecnologia e da linguagem midiática na Educação Infantil*, que visa a subsidiar as educadoras e os educadores nos momentos coletivos e formativos para o fortalecimento das práticas pedagógicas que utilizam os recursos tecnológicos e midiáticos em ambientes híbridos, democratizando o acesso e provocando discussões sobre a presença, o papel e a potencialidade destes nas unidades educacionais como suportes das manifestações expressivas dos bebês e das crianças em conjunto com diferentes formas de linguagem.
- O documento *Currículo integrador da infância paulistana: articulação da Educação Infantil com o Ensino Fundamental/ciclo de alfabetização* que, além de apresentar a política pública de articulação entre Educação Infantil e Ensino Fundamental/ciclo de alfabetização, tem o intuito de promover reflexões sobre as práticas pedagógicas com vistas a um processo de transição da Educação Infantil para o Ensino Fundamental que articule os trabalhos desenvolvidos nas duas etapas da Educação Básica.
- *Primeiro Plano Municipal de Educação de São Paulo 2015-2025*, em especial, nas metas que tratam das questões relacionadas diretamente à Educação Infantil: a Meta 2, que prevê assegurar uma relação educando por docente no sistema municipal de ensino que fortaleça a qualidade social da educação e as condições de trabalho dos profissionais da educação e já estabelece em que proporção; a Meta 3, que propõe o fomento à qualidade da Educação Básica em todas as etapas e modalidades, com melhoria do fluxo escolar e da aprendizagem; e a Meta 5, que trata universalizar, até 2016, a Educação Infantil para as crianças de 4 e 5 anos de idade e assegurar, durante a vigência do plano, o atendimento para 75% das crianças de 0 a 3 anos e 11 meses ou 100% da demanda registrada, o que for maior.

DESAFIOS

A garantia do acesso à Educação Infantil ainda é um dos nossos grandes desafios, com a premissa de assegurar a proteção social às crianças, considerando a diversidade social da cidade de São Paulo, no que se refere às condições de vulnerabilidade das famílias e das crianças.

Quando falamos da faixa etária de 0 a 3 anos, ainda nos deparamos com dados que clamam pelos nossos mais profundos esforços. É preciso garantir o acesso de

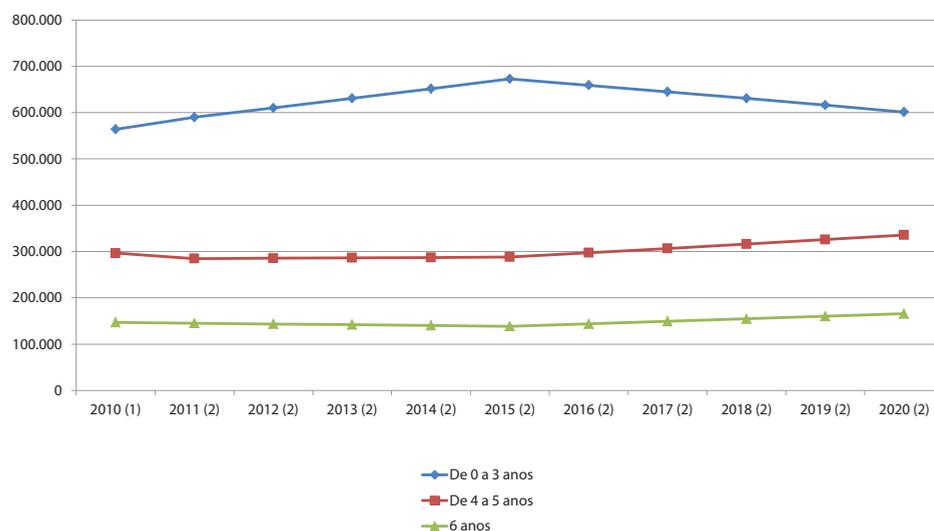
- quase 2,5 milhões de bebês/crianças no Brasil e²
- aproximadamente 88.400 bebês/crianças em São Paulo (município).³

Na faixa etária de 4 e 5 anos, para atender, ainda em 2016, à Meta 1 do Plano Nacional de Educação, que trata da universalização da Educação Infantil, precisamos garantir o atendimento de

- quase 700 mil crianças no Brasil e⁴
- aproximadamente 12.500 crianças em São Paulo.⁵

No mesmo sentido e em alinhamento ao Plano Nacional, está a Meta 5 do Plano Municipal de Educação de São Paulo. O Gráfico 1 mostra a estimativa de crescimento populacional. Na faixa etária de 0 a 3 anos, tivemos um pico, em 2015, de crescimento que tende a diminuir nos próximos anos. Já na faixa etária de 4 e 5 anos a tendência é aumentar.

■ **Gráfico 1** – Estimativa de crescimento populacional do município de São Paulo – faixa etária escolar



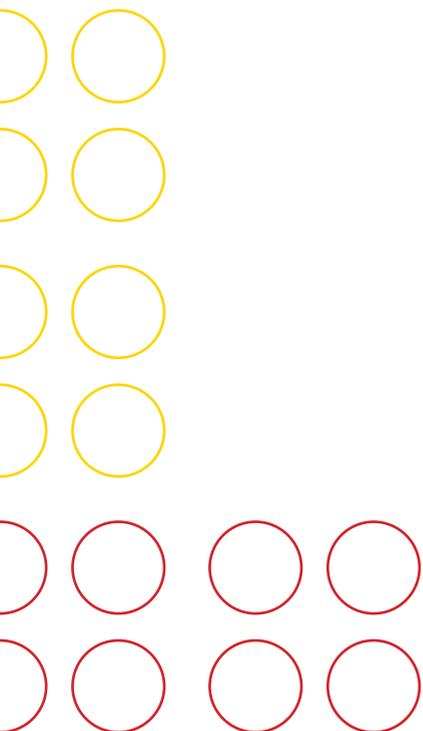
Fonte: SME, Centro de Informações Educacionais – CIEDU, 2015. Base de dados: (1) Censo Populacional, IBGE, 2010 e (2) Projeção Fundação SEADE, 2011 a 2020.

² Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2012.

³ Dados do sistema EOL – data-base: fevereiro de 2016.

⁴ Dados da Pnad de 2012.

⁵ Dados do sistema EOL – data-base: fevereiro de 2016.



A Tabela 1 mostra o crescimento das matrículas realizadas na Educação Infantil de nossa rede municipal, entre 1985 e 2015. Esse crescimento é indicado nas colunas “municipal” e “municipal conveniada”.

■ **Tabela 1** – Educação infantil – creche e pré-escola: matrícula inicial por rede de ensino – 1985, 1990 e de 1995 a 2014

Ano	Estadual ⁽¹⁾	Municipal	Municipal Conveniada	Privada	Federal	Total
1985	16.277	148.345	**	87.448	**	252.070
1990	10.578	188.088	31.308	86.997	**	316.971
1995	578	210.028	44.838	73.177	**	328.621
1996	488	228.211	47.070	63.945	**	339.714
1997	**	244.448	50.339	74.653	**	369.440
1998	**	254.570	55.410	80.912	**	390.892
1999	75	243.690	55.876	87.734	350	387.725
2000	61	234.032	55.789	96.542	350	386.774
2001	77	262.601	54.985	107.550	332	425.545
2002	9	275.508	59.367	111.452	316	446.652
2003	7	289.648	64.209	118.472	306	472.642
2004	32	320.671	68.476	123.224	316	512.719
2005	6.003	321.183	73.970	132.469	313	533.938
2006	5.528	312.969	79.510	127.149	320	525.476
2007	24	304.186	95.068	88.463	269	488.010
2008	305	314.917	114.862	99.113	171	529.368
2009	312	312.583	114.431	103.381	177	530.884
2010	298	287.426	123.552	106.106	247	517.629
2011	313	238.915	138.572	122.142	252	500.194
2012	359	242.870	146.330	131.891	253	521.703
2013	371	251.207	157.134	138.786	239	547.737
2014	409	253.909	169.928	144.507	255	569.008
2015	321	253.002	188.395	143.968	256	585.942

(1) - A partir de 1999 os dados referem-se a Centros de Convivência Infantil para atendimento de filhos de funcionários de órgãos públicos

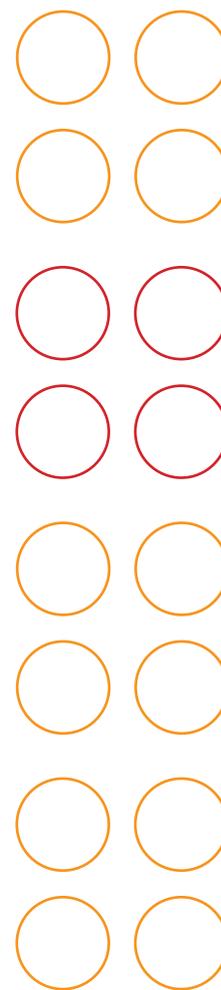
(continua)



■ **Tabela 1** – Educação infantil – creche e pré-escola: matrícula inicial por rede de ensino – 1985, 1990 e de 1995 a 2014 (Continuação)

Taxa de Participação						
Ano	Estadual ⁽¹⁾	Municipal	Municipal Conveniada	Privada	Federal	Total
1996	0,1%	67,2%	13,9%	18,8%	**	100,0%
1997	**	66,2%	13,6%	20,2%	**	100,0%
1998	**	65,1%	14,2%	20,7%	**	100,0%
1999	0,0%	62,9%	14,4%	22,6%	0,1%	100,0%
2000	0,0%	60,5%	14,4%	25,0%	0,1%	100,0%
2001	0,0%	61,7%	12,9%	25,3%	0,1%	100,0%
2002	0,0%	61,7%	13,3%	25,0%	0,1%	100,0%
2003	0,0%	61,3%	13,6%	25,1%	0,1%	100,0%
2004	0,0%	62,5%	13,4%	24,0%	0,1%	100,0%
2005	1,1%	60,2%	13,9%	24,8%	0,1%	100,0%
2006	1,1%	59,6%	15,1%	24,2%	0,1%	100,0%
2007	0,0%	62,3%	19,5%	18,1%	0,1%	100,0%
2008	0,1%	59,5%	21,7%	18,7%	0,0%	100,0%
2009	0,1%	58,9%	21,6%	19,5%	0,0%	100,0%
2010	0,1%	55,5%	23,9%	20,5%	0,0%	100,0%
2011	0,1%	47,8%	27,7%	24,4%	0,1%	100,0%
2012	0,1%	46,6%	28,0%	25,3%	0,0%	100,0%
2013	0,1%	45,9%	28,7%	25,3%	0,0%	100,0%
2014	0,1%	44,6%	29,9%	25,4%	0,0%	100,0%
2015	0,1%	43,2%	32,2%	24,6%	0,0%	100,0%

Taxa de Crescimento Anual						
Ano	Estadual ⁽¹⁾	Municipal	Municipal Conveniada	Privada	Federal	Total
1996	-15,6%	8,7%	5,0%	-12,6%	**	3,4%
1997	**	7,1%	6,9%	16,7%	**	8,8%
1998	**	4,1%	10,1%	8,4%	**	5,8%
1999	**	-4,3%	0,8%	8,4%	**	-0,8%
2000	-18,7%	-4,0%	-0,2%	10,0%	0,0%	-0,2%
2001	26,2%	12,2%	-1,4%	11,4%	-5,1%	10,0%

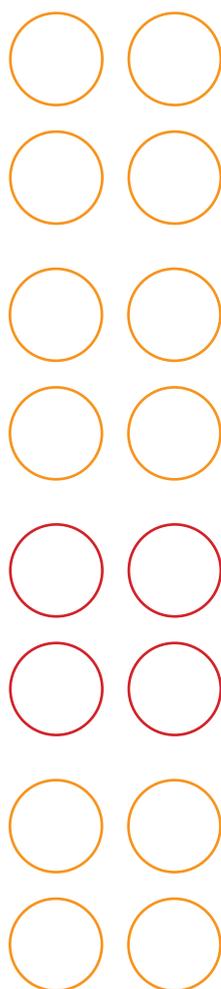


■ Parque Sonoro no CEU Paz



Lilian Borges

(continua)



■ **Tabela 1** – Educação infantil – creche e pré-escola: matrícula inicial por rede de ensino – 1985, 1990 e de 1995 a 2014 (Continuação)

Ano	Taxa de Crescimento Anual					Total
	Estadual ⁽¹⁾	Municipal	Municipal Conveniada	Privada	Federal	
2002	-88,3%	4,9%	8,0%	3,6%	-4,8%	5,0%
2003	-22,2%	5,1%	8,2%	6,3%	-3,2%	5,8%
2004	357,1%	10,7%	6,6%	4,0%	3,3%	8,5%
2005	18659,4%	0,2%	8,0%	7,5%	-0,9%	4,1%
2006	-7,9%	-2,6%	7,5%	-4,0%	2,2%	-1,6%
2007	-99,6%	-2,8%	19,6%	-30,4%	-15,9%	-7,1%
2008	1170,8%	3,5%	20,8%	12,0%	-36,4%	8,5%
2009	2,3%	-0,7%	-0,4%	4,3%	3,5%	0,3%
2010	-4,5%	-8,0%	8,0%	2,6%	39,5%	-2,5%
2011	5,0%	-16,9%	12,2%	15,1%	2,0%	-3,4%
2012	14,7%	1,7%	5,6%	8,0%	0,4%	4,3%
2013	3,3%	3,4%	7,4%	5,2%	-5,5%	5,0%
2014	10,2%	1,1%	8,1%	4,1%	6,7%	3,9%
2015	-21,5%	-0,4%	10,9%	-0,4%	0,4%	3,0%

Fonte: SME, CIEDU, 2015.¹

Além de desafio, é princípio nosso o compromisso com a constante melhoria da qualidade social da educação. Nesse sentido, todo o trabalho de formação de educadores e de construção de documentos vem sendo feito com esse objetivo.

No entanto, como já apontado por Jens Qvortrup ainda convivemos com paradoxos relacionados à infância que marcam a ambivalência da sociedade moderna:

[...] os adultos desejam e gostam de crianças, apesar de produzirem cada vez menos crianças e cada vez disporem de menos tempo e espaço para elas; os adultos acreditam que é bom para as crianças e os pais estarem

¹ Nota Técnica sobre creches municipais diretas ou conveniadas:

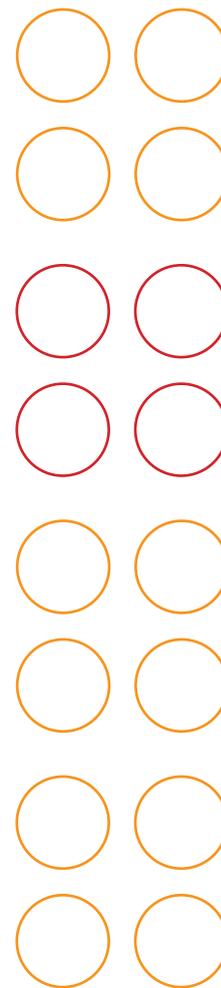
- Os dados das creches passaram a ser coletados para o Censo Escola MEC, a partir de 1999, pela SAS, e, em 2003, pela SME.
- Os dados de 1990 a 1998 foram fornecidos pela SAS.
- A partir de 2002, turmas de 4 a 6 anos em período parcial passaram a ser contabilizadas como Pré-Escola.
- A partir de 2006 todas as turmas de 4 a 6 anos passaram a ser contabilizadas como Pré-Escola.
- A partir de 2011, houve a readequação da Educação Infantil (crianças que completaram 4 anos permanecem no segmento “creche”).

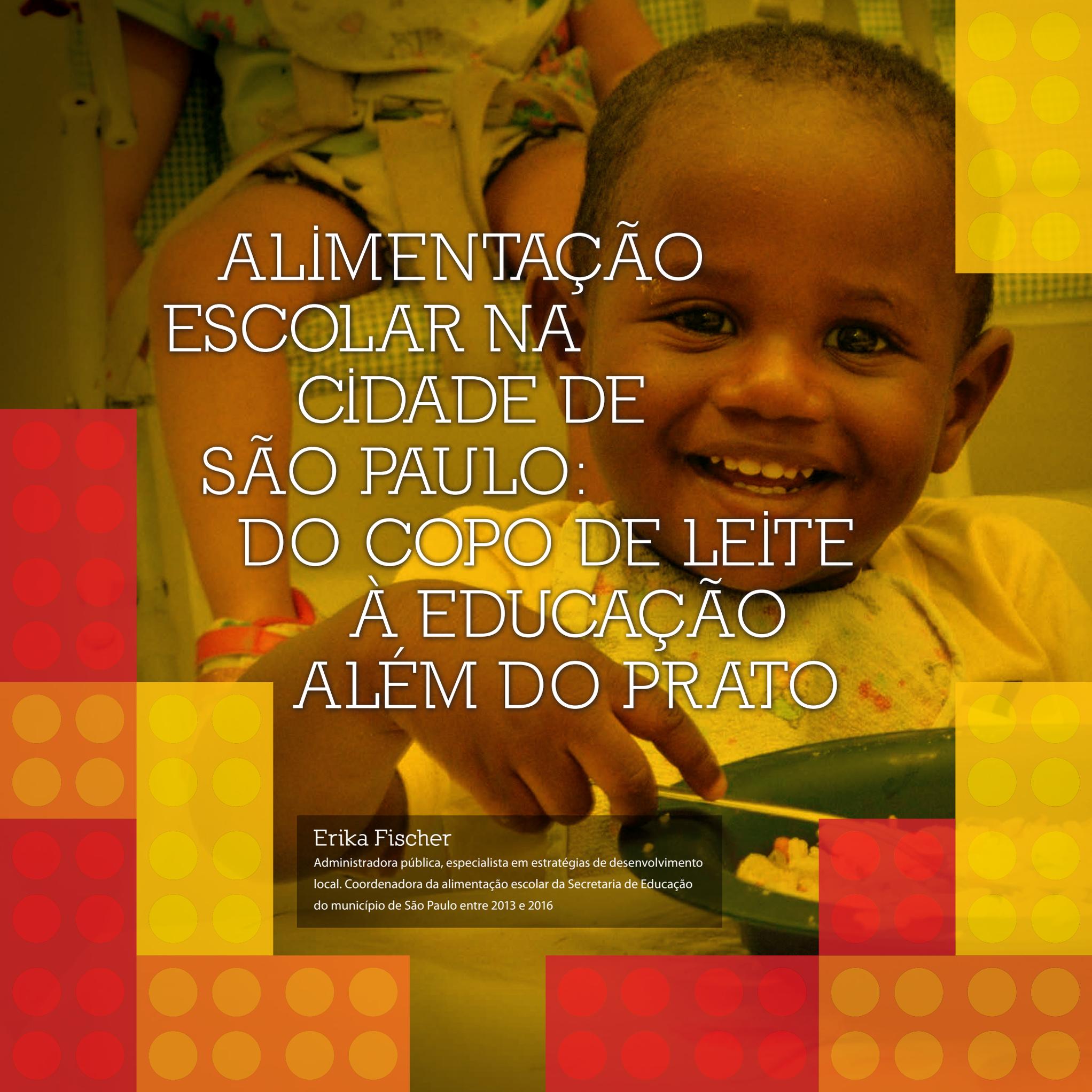
juntos, mas cada vez mais vivem o seu cotidiano separados uns dos outros; os adultos valorizam a espontaneidade das crianças, mas as vidas das crianças são cada vez mais submetidas a regras das instituições; os adultos postulam que deve ser dada prioridade às crianças, cada vez mais as decisões políticas e econômicas com efeito na vida das crianças são tomadas sem as ter em conta [...] (SANCHES apud QVORTRUP, 2003, p. 200).

Pensar e trabalhar pela Educação Infantil na cidade de São Paulo é lutar para que esses paradoxos sejam cada vez mais vistos, debatidos e superados, entendendo-se o educador como um construtor de identidades humanas, um formador de mundos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. *Práticas cotidianas na educação infantil* – bases para a reflexão sobre as orientações curriculares. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Básica; Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
- CAMPOS, M. M. Histórias entrelaçadas: a criação dos Parques Infantis Paulistanos e a trajetória da educação brasileira. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Educação. *Magistério: 80 anos da Educação Infantil*. São Paulo: SME: Diretoria de Orientação Técnica, 2015.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- KESSEL, Z. Memória e memória coletiva. 2008. Disponível em: <http://www.museuda-pessoa.net/public/editor/mem%C3%B3ria_e_mem%C3%B3ria_coletiva.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- QVORTRUP, J. Childhood in Europe: a new field in social research. In: CHISHOLM, L. et al. *Growing up in Europe: contemporary horizons in childhood and youth studies*. New York: W. de Gruyter, 1995.
- SANCHES, E. C. *Creche: realidade e ambiguidades*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Educação. *Magistério 1: aonde anda a aula?* São Paulo: SME, Diretoria de Orientação Técnica, 2014.
- _____. Secretaria Municipal de Educação. *Magistério: 80 anos da educação infantil*. São Paulo: SME, Diretoria de Orientação Técnica, 2015a.
- _____. Secretaria Municipal de Educação. *História da educação infantil paulistana*. São Paulo: SME, Diretoria de Orientação Técnica. 2015b. Disponível em: <<http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/24988.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- _____. Secretaria Municipal de Educação. *Diálogos com a rede*. São Paulo: SME, 2015c.





ALIMENTAÇÃO ESCOLAR NA CIDADE DE SÃO PAULO: DO COPO DE LEITE À EDUCAÇÃO ALÉM DO PRATO

Erika Fischer

Administradora pública, especialista em estratégias de desenvolvimento local. Coordenadora da alimentação escolar da Secretaria de Educação do município de São Paulo entre 2013 e 2016

UM POUCO DE HISTÓRIA



Quando se veem arranjos produtivos locais articulando-se para viabilizar a produção, venda e distribuição de toneladas de alimentos orgânicos de agricultores familiares para o abastecimento de quase 3 mil escolas da maior cidade do Brasil, fica difícil imaginar que a Coordenadoria de Alimentação Escolar do município de São Paulo, esse imenso “restaurante”, tenha iniciado suas operações oferecendo um simplório copo de leite, nos idos dos anos 1920.

Naquela época, a questão da alimentação nas escolas começava a frequentar a agenda pública, e apenas despontavam os primeiros ensaios de políticas públicas relacionados à alimentação.¹

Com o florescimento dos parques infantis na cidade de São Paulo, e diante de marcadores inequívocos de desnutrição entre as crianças, especialistas em higiene alimentar, vinculando a “fome” ao baixo rendimento escolar, começaram a construir o conceito de merenda escolar, que, em suma, constaria de um cardápio simplificado, elaborado pelas famílias para consumo do aluno na escola.²

Naquela mesma época, o município de São Paulo inaugurava esparsos programas de complementação alimentar destinados ao reforço alimentar nas escolas, que consistiam, especialmente, na distribuição de leite *in natura* e em pó.

Ao longo das oito décadas que nos separam dos primórdios do programa, a oferta de merenda escolar de São Paulo foi passando por diferentes fases, evoluindo do assistencialismo a uma sólida política de segurança alimentar, amparada constitucionalmente por uma norma que traduz o benefício como direito social³.

Hoje, pode-se dizer que o Programa de Alimentação Escolar da cidade de São Paulo dialoga com a proposta emancipadora do currículo, porque, de forma paulatina e sustentável, amplia o repertório alimentar das crianças, valoriza os alimentos naturais, promove estratégias de conscientização dos aspectos nocivos da alimentação ultraprocessada e calórica, garante a adequação dos padrões das refeições (horários, tempos e ambientes) e estimula o debate em torno da alimentação saudável.

¹ Em outubro de 1923, reuniu-se no Rio de Janeiro, o I Congresso Brasileiro de Higiene. Nele, quatro dos 20 temas em debate referiam-se à alimentação: fiscalização sanitária dos gêneros alimentícios; abastecimento do leite; alimentação escolar e pré-escolar; e alimentação dos soldados brasileiros (RODRIGUES, J., 2007).

² O médico nutrólogo especialista em alimentação oferecida às crianças em idade escolar, Dante Costa, formula, em 1939, o primeiro conceito de merenda escolar: “A merenda é a pequena refeição, de digestão fácil e valor nutritivo bastante, realizada no intervalo da atividade escolar. Ela constitui um dos muitos traços de união entre a casa e a escola: preparada em casa, pelo cuidado solícito das pessoas disso encarregadas, vai ser utilizada na escola”.

³ A menção expressa do direito à alimentação, entre os direitos sociais individuais e coletivos, só recentemente foi incluída na Constituição Federal do Brasil: passou a figurar como direito social em seu Artigo 6º, após a Emenda Constitucional 064/2010.

AS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS ESCOLAS DE SÃO PAULO

Atualmente, a Prefeitura de São Paulo, por meio da Coordenadoria de Alimentação Escolar da Secretaria Municipal de Educação, serve cerca de 2 milhões de refeições todos os dias a quase 1 milhão de alunos. As toneladas de gêneros alimentícios envolvidas no abastecimento das unidades escolares da rede municipal de educação posicionam a capital do estado entre as maiores entidades executoras do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) e, por consequência, do mundo todo.

Embora lidando com volumes gigantescos de alimentos, ou exatamente por conta dessa particularidade, a Coordenadoria vem assumindo uma missão que não se restringe somente à alimentação do universo de alunos no período escolar com vistas à aprendizagem e melhoria do rendimento escolar. Vai muito além disso: por meio de cardápios cuidadosamente elaborados com alimentos variados e seguros, a alimentação escolar garante os nutrientes para o crescimento e desenvolvimento biopsicossocial das crianças e adolescentes e ainda favorece a implementação de ações integradas de educação alimentar para estimular a formação de hábitos alimentares saudáveis e duradouros.

Já faz alguns anos, a cidade de São Paulo vem convivendo com realidades aparentemente contraditórias: o flagelo da desnutrição coexiste com o da obesidade. Comum a ambos, persiste a fome, embora de forma velada no segundo caso. São alarmantes as estatísticas de doenças crônicas relacionadas a maus hábitos alimentares na população em geral e em crianças cada vez mais jovens.

Em parte, isso se explica pelo cenário de afastamento das famílias em relação à cultura culinária, o desconhecimento da origem dos alimentos e a supervalorização dos produtos alimentícios industrializados em detrimento da alimentação artesanal.

Sob essa motivação, a atual gestão municipal da alimentação escolar está empenhada em continuamente promover a melhoria da qualidade nutricional dos alimentos ofertados em sinergia com a ampliação da aquisição de produtos da agricultura familiar e orgânica, procurando motivar a reflexão da comunidade educacional em torno das questões relevantes que envolvem o alimento e seus impactos, sejam eles na saúde, no meio ambiente ou na sociedade.

QUALIDADE NUTRICIONAL DA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Para grande parte dos alunos, a alimentação escolar ainda é a principal fonte de nutrientes disponível no dia. É, portanto, fundamental que seja atraente e bem-aceita.

■ Crianças senegalesas durante a refeição



Arroz na caçarola, feijão na panela de pressão, carnes, peixes, ovos, verduras, legumes e frutas frescas são a base das refeições escolares, tudo *in natura*, preparado como se fosse em casa, mas com todo o cuidado higiênico-sanitário exigido nas cozinhas industriais.

Servir diariamente esse tipo de refeição a quase 1 milhão de alunos exige uma equipe robusta e preparada profissionalmente: a Coordenadoria de Alimentação Escolar conta com diversos setores técnicos e mais de 200 profissionais especializados, entre nutricionistas, engenheiros agrônomos, médicos veterinários, advogados, contadores, administradores e pessoal de apoio. O desafio logístico e a garantia de qualidade pautam o trabalho dessa equipe. Isso compreende, entre outros, seja para a rede direta ou mista e/ou para as empresas contratadas pela prefeitura, elaborar os cardápios, homologar e definir os produtos a serem adquiridos, gerenciar a logística de distribuição, supervisionar a fiel execução do cumprimento dos cardápios e, finalmente, analisar a aceitabilidade e avaliação qualitativa de todos os alimentos. Tudo isso fundamentado nas diretrizes da Lei nº 11.947/2009 (BRASIL, 2009) e da Resolução CD/FNDE nº 26/2013 (BRASIL, 2013) definidas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae).

São servidos diariamente um lanche e uma refeição principal (almoço ou jantar) nas quase 1.100 escolas municipais de Educação Infantil, Ensinos Fundamental e Médio e Educação Bilíngue para surdos funcionando em turnos de até seis horas. As crianças de 0 a 3 anos dos mais de 1.700 centros de Educação Infantil de período integral recebem cinco refeições diárias!

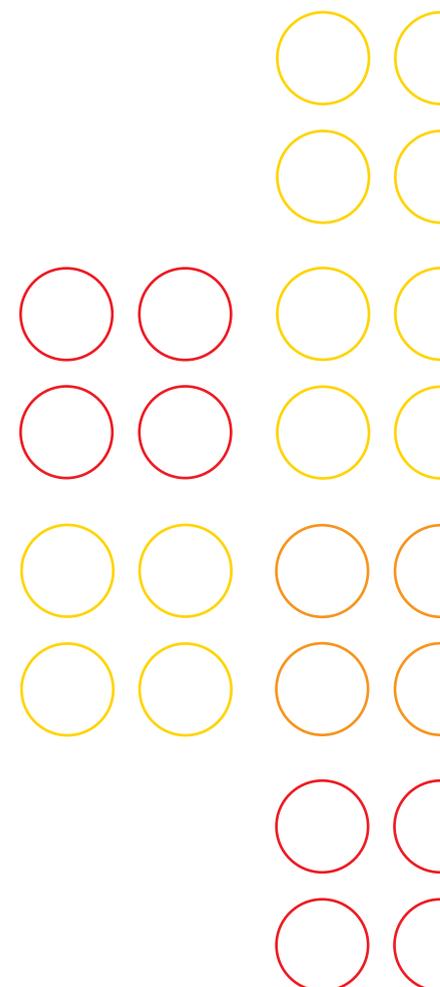
Embora adotando uma frequência diária de verduras e frutas frescas na alimentação, a Prefeitura de São Paulo busca melhorar continuamente a qualidade nutricional dos cardápios, em consonância com as diretrizes do Pnae e do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Uma das ações implementadas recentemente é a redução em 50% da frequência com que alimentos ultraprocessados são servidos nas escolas. Produtos alimentícios como o bolo, que antes era oferecido semanalmente, e a salsicha, presente a cada quinzena, passaram a fazer parte do cardápio, respectivamente, quinzenal e mensalmente, esta última com perspectiva de desaparecer do menu ainda em 2016.

Também fazem parte das ações de melhoria da alimentação a inclusão de fibras em barras de cereais, pães, bolos e biscoitos; a limitação de sódio nos pães, biscoitos, requeijão e margarina; a redução do teor de açúcar da massa do bolo; o aumento do cacau no composto lácteo; a restrição aos alimentos ricos em gorduras totais, saturadas e *trans* em todas as refeições; a exclusão dos biscoitos e bolos recheados; a limitação da frequência da sobremesa doce a uma vez por semana; a oferta semanal de pescado; a introdução de sucos integrais e sem açúcar (suco de laranja e suco de uva), e ainda a oferta diária de suco natural de frutas variadas aos alunos dos Centros de Educação Infantil.

■ Refeição em escola pública senegalesa



Mariana Rocha



AGRICULTURA FAMILIAR E AGROECOLÓGICA

A agricultura familiar é uma forma de organização dirigida e operada essencialmente por núcleos familiares de agricultores com pequena e média dimensões, entre os quais se destacam camponeses, pescadores, ribeirinhos, remanescentes de comunidades quilombolas e indígenas.

Responsáveis por cerca de 70% dos alimentos que compõem a mesa do cidadão brasileiro, os grupos produtivos, que sustentam a agricultura de base familiar, têm sido historicamente negligenciados pelas políticas públicas de alimentação. A criação do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), em 2003, representa um marco nas políticas de comercialização da agricultura familiar, assegurando espaço de inserção deste segmento no mercado institucional, até então dificilmente acessado por esses grupos.

Mais tarde, com a Lei Federal nº 11.947/2009 (BRASIL, 2009), o alcance das medidas foi ampliado sob outra perspectiva: a da oferta constante de gêneros de qualidade na alimentação escolar dos estados e municípios, por meio de aquisições com recursos repassados pelo Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação (FNDE). Ao mesmo tempo, o desenvolvimento local é estimulado pela criação de demanda, garantindo assim uma prática sustentável a todo o processo produtivo.

Dentre as novidades inseridas, destaca-se a obrigatoriedade da aquisição de gêneros oriundos da Agricultura Familiar com ao menos 30% da quantia referente ao repasse do FNDE. Assim, cria-se um novo nicho para a inserção da produção da Agricultura Familiar, que é precisamente o imenso mercado da alimentação para a rede escolar pública.

Esse novo regramento tem impulsionado um rompimento de paradigma na compra de gêneros alimentícios para alimentação escolar, uma vez que a escolha dos grupos vencedores ocorre por meio de *chamadas públicas*, dirigidas exclusivamente a associações e cooperativas de agricultores familiares e norteadas por critérios de sustentabilidade: proximidade com a região produtora do alimento; categoria social dos grupos produtivos (com preferência aos assentados da reforma agrária, quilombolas e indígenas) e valorização do modo de produção orgânico ou agroecológico.

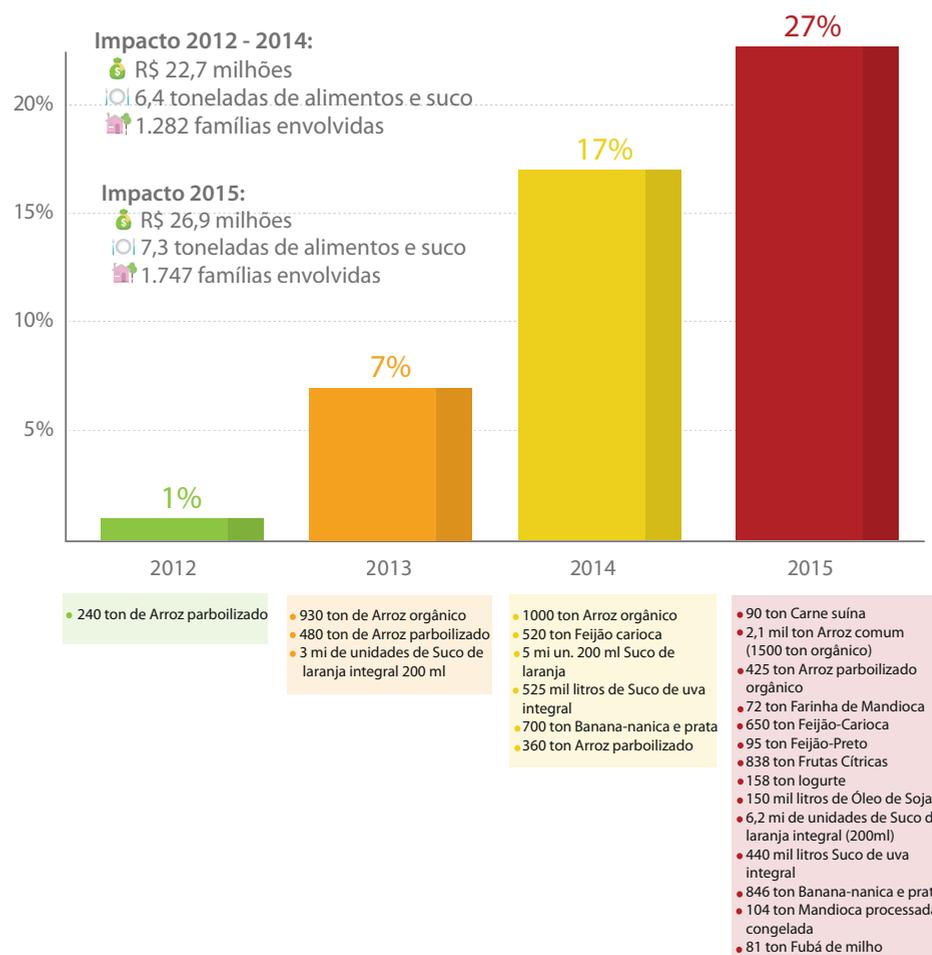
A relação e compromisso da Prefeitura de São Paulo com o desenvolvimento da Agricultura Familiar tem se consolidado e expandido à medida que o tema passou a constituir um eixo estratégico norteador das diretrizes da Coordenadoria. A primeira providência foi a constituição de um grupo de trabalho para a execução interna da política de compras deste segmento.

Embora a lei tenha sido promulgada em 2009, ainda persistem muitas dificuldades para o seu atendimento integral, que vão da interpretação das regras diante da tradicional lei de licitações, a distância do município de São Paulo em relação aos produtores familiares, os imensos volumes de gêneros alimentícios necessários e o rigor das exigências editalícias praticadas pela

Prefeitura. Esses limitadores incentivaram a Coordenadoria a adotar uma conduta de aproximação permanente com grupos produtivos, com o objetivo de identificar aqueles potencialmente aptos e maduros para o fornecimento e efetivar com sucesso as *chamadas públicas*.

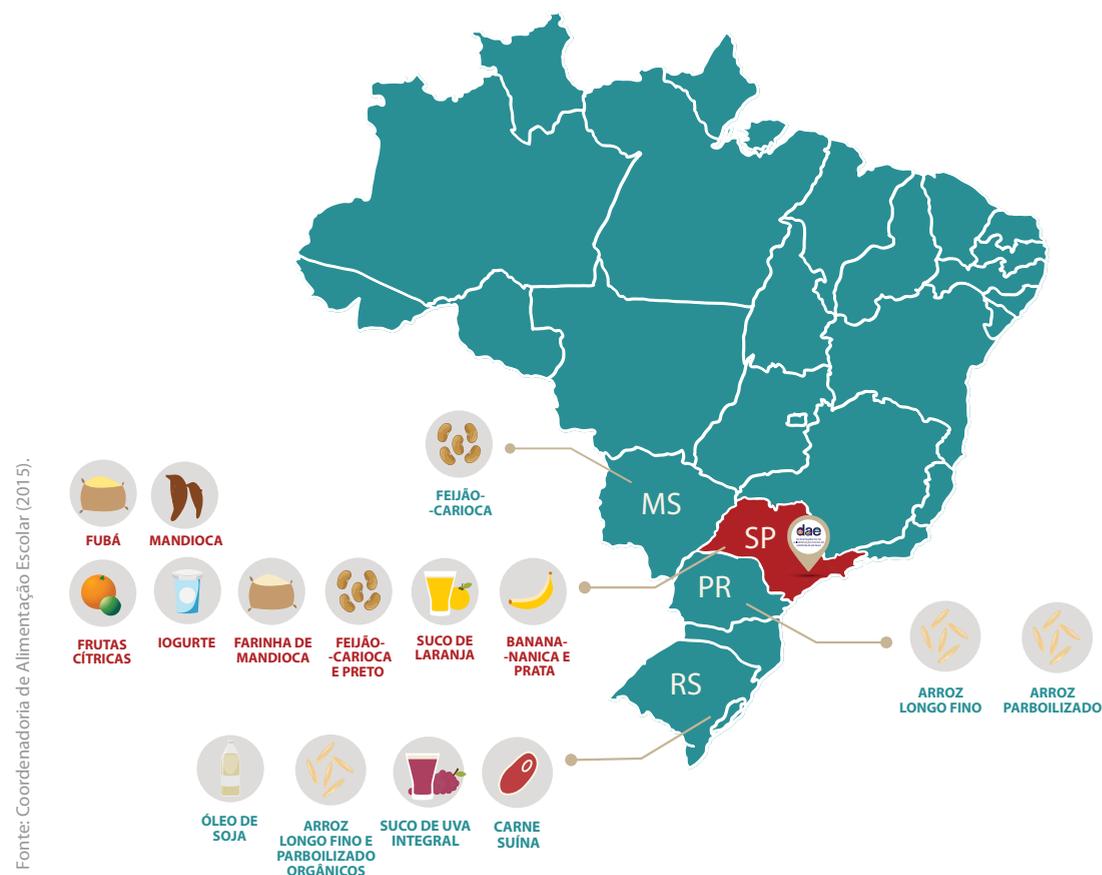
Hoje, após três anos de dedicação à questão, além da clássica dupla *feijão com arroz*, as cozinhas escolares já contam com uma cesta variada de alimentos de famílias trabalhadoras do campo: carne suína, farinha de mandioca, óleo de soja, fubá, suco de laranja integral, mandioca, suco de uva integral, banana (nanica e prata), frutas cítricas (limão, laranja e tangerina), feijão (carioca e preto) e arroz parboilizado. Traduzido em volume, apenas em 2015, mais de 6 milhões de toneladas de alimentos da Agricultura Familiar foram distribuídos às cozinhas escolares, representando cerca de 27% dos valores repassados pelo Pnae naquele ano. Entre as 32 cooperativas contratadas, 26 são provenientes do estado de São Paulo, o que demonstra fidelidade ao primeiro dos critérios, a valorização da produção local e regional. Os quadros 1 e 2 ilustram esses fatos.

■ **Quadro 1** – Crescimento anual das aquisições da Agricultura Familiar no município de São Paulo



Fonte: Coordenadoria de Alimentação Escolar (2015).

■ **Quadro 2** – Distribuição regional das aquisições da Agricultura Familiar no município de São Paulo



Além de dinamizar os arranjos produtivos locais, as chamadas públicas da agricultura familiar permitiram inovar na composição do cardápio das escolas. Por meio delas foi possível a introdução de alimentos típicos da culinária brasileira, como a farinha de mandioca, a carne suína, o fubá e mesmo a inserção de alimentos orgânicos. E essa experiência ocorreu exatamente com o arroz, item fundamental na alimentação escolar. Somente no período 2013/2015 foram adquiridas 4 mil toneladas de produção orgânica certificada dos tipos parboilizado e branco de arroz.

O alimento orgânico, isento de agrotóxicos, é benéfico à saúde e funciona como indutor de novos comportamentos, porque dissemina valores vinculados ao consumo consciente, biodiversidade regional e alimentação sustentável.

Com o objetivo de consolidar definitivamente a estratégia de inserção de alimentos orgânicos nos cardápios escolares, elevando um projeto de governo a uma política de Estado, o prefeito de São Paulo sancionou a Lei Municipal nº 16.140/2015 (SÃO PAULO, 2015), que obriga a inclusão de alimentos orgânicos ou de base agroecológica na alimentação escolar.

O plano de ação para implementação da lei da alimentação orgânica na rede municipal de ensino, a ser realizada gradativamente, foi construído de forma compartilhada, envolvendo técnicos da Coordenadoria de Alimentação Escolar, representantes da câmara dos vereadores e de organizações da sociedade civil e ampla consulta pública por meio da plataforma *Cidade Aberta*.

Esse plano de ação inova em várias frentes: estabelece metas progressivas para a aquisição dos alimentos orgânicos ou de base agroecológica; define estratégias para adequar o sistema de compras da agricultura familiar e dos pequenos e médios produtores; estimula a produção de orgânicos em âmbito municipal por meio de arranjos locais junto a agricultores familiares do município; desenvolve programas educativos de implantação de hortas escolares orgânicas e de base agroecológica em consonância com a Política Municipal de Educação Ambiental, e promove capacitações diversas para as equipes da Secretaria Municipal de Educação, para os prestadores de serviços terceirizados de alimentação e para os conselhos municipais de Alimentação Escolar (CAE) e de Segurança Alimentar e Nutricional (Comusan).

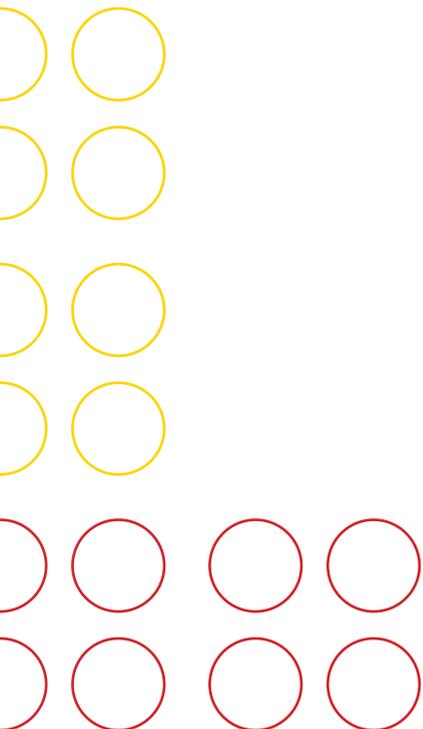
GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

Uma das novidades introduzidas na atual gestão da alimentação escolar refere-se à opção por uma forma dialógica de construção estratégica. Isso ocorreu em nível interno, com a formação de grupos de trabalho para enfrentamento das questões mais desafiadoras, a exemplo da ampliação das compras de alimentos dos agricultores familiares, e em âmbito externo, com a abertura de canais de conversa com organizações da sociedade civil e comunidade acadêmica relacionadas, de alguma maneira, à temática da alimentação.

Essa estratégia permitiu que as ações da Coordenadoria fossem incrementadas e legitimadas por vozes alheias ao órgão gestor, gerando parcerias decisivas na construção da atual política de alimentação escolar. Uma delas resultou no Termo de Cooperação firmado com a Universidade de São Paulo com propósitos diversos, entre os quais a implantação do programa de estágio curricular de graduandos de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, e em fase de solicitação de recursos, a avaliação do estado nutricional das crianças e adolescentes da rede municipal de educação.

Além disso, a Coordenadoria passou a ter a necessária representação institucional no Conselho de Alimentação Escolar, que fiscaliza o uso dos recursos advindos do FNDE e a qualidade da alimentação oferecida aos alunos, e no Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, instância de deliberação e controle social da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional. Também construiu parcerias com o Tribunal de Contas do Município (TCM) para a formação de merendeiras de creches conveniadas.





Para ampliar e consolidar o diálogo com a comunidade educacional, entre maio e setembro de 2015, as unidades da rede municipal de educação foram convidadas a responder à pesquisa avaliativa sobre o Programa de Alimentação Escolar. O propósito da avaliação foi exatamente orientar a gestão quanto à continuidade, necessidade de correções ou suspensão de uma determinada ação. Por meio dessa pesquisa foi possível perceber, com mais nitidez, os pontos de sucesso da política desenvolvida na Rede Municipal e aqueles que ainda podem ser melhorados.

Do ponto de vista “externo” à Secretaria Municipal de Educação, as ações mais emblemáticas do Programa de Alimentação Escolar do município estão sendo visibilizadas em uma gama extensa e variada de encontros, fóruns, seminários e congressos nacionais e internacionais⁴.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Diante dos alarmantes indicadores de saúde que demonstram que mais de 30% das crianças brasileiras estão com sobrepeso, e ciente de que no município de São Paulo essa realidade não é diferente, a Coordenadoria de Alimentação Escolar da prefeitura estabeleceu como linha de ação prioritária o incremento às atividades de educação alimentar e nutricional e o uso de tecnologias sociais inovadoras para tratar essa grave questão.

Assim, a atual gestão promoveu o aporte de mais de 60 nutricionistas contratados com o objetivo de fortalecer o trabalho junto às unidades da rede municipal de educação. Entre outras atividades, esses profissionais têm sido responsáveis pela elaboração de cardápios com significativa redução de alimentos ultraprocessados, com excesso de sódio, gorduras e açúcares, além da proposição de pratos contendo legumes, verduras e frutas, visando a desenvolver o paladar das crianças para tais alimentos.

Outra importante linha de ação da equipe de nutricionistas é o desenvolvimento de projetos de educação alimentar e nutricional, articulados com os gestores da escola, e com base em atividades lúdicas envolvendo o conteúdo de alimentação e nutrição, de forma a contribuir

■ Erika Fischer durante Seminário sobre Alimentação Escolar para o Oeste da África



Mariana Rocha

⁴ VI Congreso Latinoamericano y del Caribe de Nutricionistas y Dietistas, Ilhas Canárias (out./2014); Seminário Internacional “Políticas Públicas contra o Sobrepeso e a Obesidade Infantil” – México (nov./2014); V Seminário Integração Serviço-Pesquisa – IEA/USP, São Paulo/SP (nov./2014); IV Encontro de Gestores do Programa de Alimentação Escolar, Viamão/RS (abr./2015); Conferência Internacional e Workshop “Compras Públicas da Agricultura Familiar”, Argentina (maio/2015); Encontro da Rede Francófona de Alimentação Escolar – Senegal (jun./2015); Fórum Regional de Alimentação Escolar – Águas de Lindóia/SP (ago./2015); Apresentação para a Delegação do Camboja sobre o Programa de Alimentação Escolar – Brasília (ago./2015); VI Congreso Iberoamericano de Nutrición – Uruguai (set./2015); I Encontro de Produtores Orgânicos para o abastecimento da Alimentação Escolar e VI Festival de Gastronomia Orgânica de São Paulo (out./2015); Encontro Internacional de Políticas Urbanas de Alimentação – Montpellier/França (nov./2015); Encontro Nacional das Cidades Educadoras, Santo André/SP (nov./2015).

para a prática da alimentação saudável e segura. Dentre esses, sem dúvida, um evento que merece destaque pela sua abrangência na Rede e repercussão social é o *Prêmio Educação Além do Prato*, cuja experiência é descrita a seguir.

O PRÊMIO EDUCAÇÃO ALÉM DO PRATO

O *Prêmio Educação Além do Prato* foi formulado em 2014, inicialmente como um concurso de receitas para valorizar a atuação dos mais de 8 mil merendeiras e merendeiros responsáveis pela alimentação escolar e dar visibilidade ao seu trabalho. O objetivo era resgatar o valor afetivo, o vínculo com os profissionais da cozinha e dar a esses profissionais uma ampliação das possibilidades técnicas para que fossem, de fato, reconhecidos como protagonistas do Programa de Alimentação Escolar. À medida que o projeto foi se aprimorando com debates junto a possíveis apoiadores institucionais⁵, e especialmente com a parceria do Programa São Paulo Carinhosa, ficou evidente que restringir a ação às merendeiras não permitiria sua valorização como educadores na escola e afetaria o resultado esperado. O projeto foi então redesenhado a partir do pressuposto de que a escola é um local propício para que alunos, pais e educadores aprendam a se alimentar bem, a reconhecer e valorizar hábitos culturais relacionados à alimentação, a perceber as influências sobre *o que e como* comem e a compreender o processo por que passam os alimentos desde sua origem até seu descarte.

Dessa forma, o objetivo da ação passou a incorporar ao concurso de receitas uma dimensão de reflexão sobre a alimentação, não apenas restrita à cozinha e ao refeitório, mas incluindo outros espaços na escola e fora dela. Usar a alimentação na escola para discutir a origem dos alimentos, o aspecto cultural da alimentação, os hábitos alimentares dos alunos e familiares, sua relação com a saúde, a importância de uma comida feita com carinho, o desperdício de alimentos, as opções alimentares no território... enfim, explorar transversalmente o tema em todos os seus aspectos e nas mais diversas formas.

Na prática, o *Prêmio Educação Além do Prato* pode ser descrito como uma política pública para fomentar estratégias integradas de incentivo ao consumo de alimentos *in natura* em conjunto com a valorização das cozinheiras nas escolas, objetivando ampliar os espaços para reflexão sobre alimentação na comunidade educacional, com a participação efetiva dos alunos.

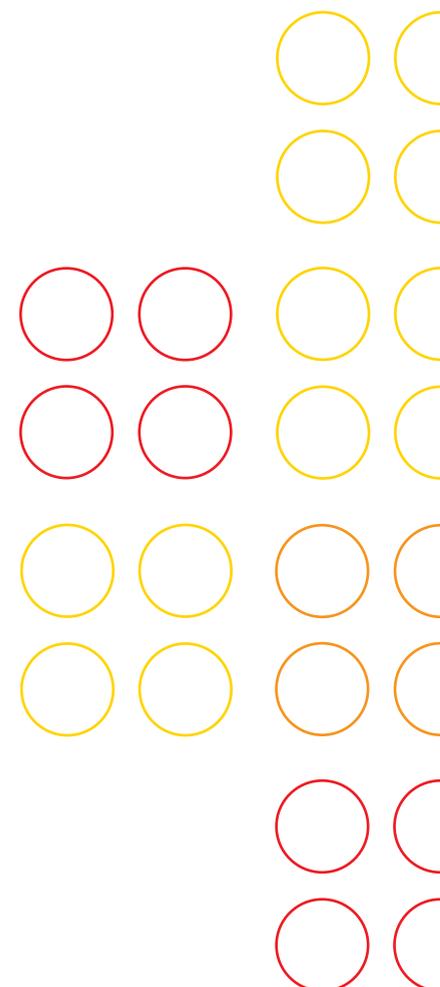
A iniciativa foi aberta a todas as escolas municipais da rede direta e conveniada. Quase 300 unidades inscreveram seu projeto relatando as ações de mobilização em torno do tema da

⁵ FNDE – apoio institucional; Centro de Excelência contra a Fome (ONU) – premiação; Instituto Alana (ONG) – comunicação e registro; Senac e Faculdade de Saúde Pública/USP – formação técnica; Coletivo de arquitetos e designers (CBD) e Gustavo Calazans (arquitetura de projetos nos espaços escolares), Mara Salles (chef de cozinha) – premiação, Instituto Camargo Correa (ICC) – premiação. A relação de apoiadores espontâneos (ONGs e profissionais liberais) cresceu no decorrer do desenvolvimento do projeto.

■ Crianças senegalesas visitadas pela delegação brasileira durante o Seminário sobre Alimentação Escolar para o Oeste da África



Mariana Rocha



alimentação e o processo de busca e seleção de uma preparação culinária com frutas, legumes e verduras, passível de compor, eventualmente ou em caráter permanente, os cardápios e os esquemas alimentares formulados pela Coordenadoria.

Apostou-se na capacidade de mobilização, capilaridade da ação, construção de um canal de comunicação permanente com a rede e aproximação definitiva com setores responsáveis pelo currículo pedagógico da Secretaria Municipal de Educação. Como diferenciais destacam-se a premiação por etapas, contemplando quase todas as escolas participantes, o caráter imaterial e de qualificação dos prêmios e a relevância equiparada da(o) merendeira(o) ao mobilizador das escolas.

É importante observar que a Coordenadoria de Alimentação Escolar tem compartilhado a motivação e a concepção dessa iniciativa por meio de encontros científicos no Brasil e no exterior, a exemplo do Fórum Internacional de Políticas contra Obesidade, no México, e no III Congresso Mundial de Saúde Pública e Nutrição, realizado nas Ilhas Canárias, ambos em 2014. Em 2016, a experiência do *Prêmio Educação Além do Prato* deverá ser apresentada no Congresso Internacional de Cidades Educadoras, a ser realizado em Rosário, na Argentina.

Um dos momentos mais inspiradores e, cumprindo mais uma etapa do prêmio, o município de São Paulo conseguiu reunir duas merendeiras e duas educadoras para um seminário especial de alimentação escolar para o oeste da África, ocorrido na semana de 8 a 12 de junho de 2015. O objetivo foi recompensar as duplas ganhadoras com uma missão junto ao Programa Mundial de Alimentos que lhes desse a oportunidade de inspirar países africanos por meio do compartilhamento de sua história particular de sucesso.

■ Delegação brasileira durante o Seminário sobre Alimentação Escolar para o Oeste da África no Senegal



Mariana Rocha

O registro de todo esse engajamento será compilado em uma publicação ilustrando a mobilização das escolas e da comunidade educativa ao lado das receitas com suas histórias e significados. Será um livro recheado de ideias, depoimentos e relatos para inspirar o mundo todo, editado em português, inglês e espanhol.

O PROGRAMA NA MESMA MESA

O Programa *Na Mesma Mesa* consiste na execução de projetos pedagógicos que tenham como foco o compartilhamento entre educadores e educandos do momento das refeições principais da escola (almoço ou jantar), utilizando o mesmo espaço, sistema de distribuição (prato pronto ou autosserviço) e utensílios.

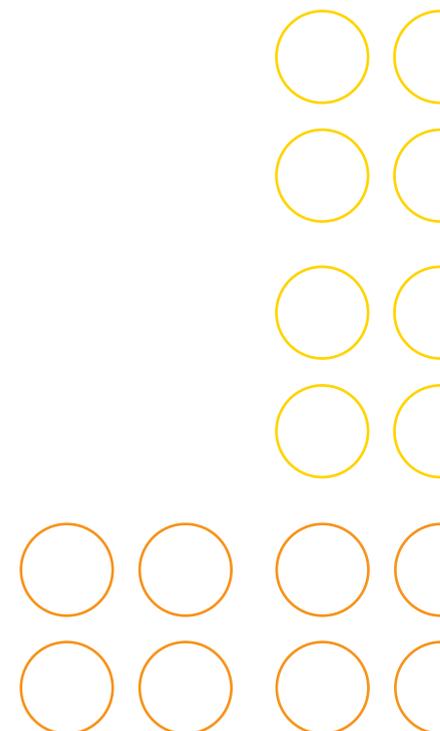
Praticamente uma decorrência natural do *Prêmio Educação Além do Prato*, o *Na Mesma Mesa* foi concebido para propiciar a construção de práticas alimentares saudáveis, considerando o momento da refeição escolar como oportunidade de convívio, fortalecimento de vínculos e compartilhamento de saberes, já que o educador tem fundamental destaque na formação do comportamento alimentar das crianças e adolescentes.

São diversas as possibilidades para realização do trabalho formativo: conhecimento crítico para desenvolver hábitos alimentares saudáveis; valorização dos aspectos culturais, sociais, históricos e geográficos de produção de alimentos; maior proximidade entre educandos e educadores no espaço das refeições, fortalecendo as relações da convivência escolar; desenvolvimento de conteúdos que envolvam transversalmente a questão do alimento e da refeição em todo o currículo da Educação Infantil e do Ensino Fundamental; vinculação da alimentação ao desenvolvimento sustentável, com discussão de questões abordando temas como cadeia produtiva, origem dos alimentos, consumo, desperdício de alimentos, meio ambiente, agroecologia, uso do solo e hortas pedagógicas; e estímulo ao hábito alimentar compartilhado também com as famílias.

O Programa, após piloto iniciado em 2015, ganhará escala a partir deste ano, com a inclusão dos Centros de Educação Infantil ao conjunto de unidades escolares atendidas.

OS DESAFIOS FUTUROS

Pode-se afirmar que todo esse ambiente de verdadeira redefinição de papéis e responsabilidades na alimentação escolar das nossas crianças e jovens estimula e encoraja a atual e futuras gestões a prosseguir buscando estratégias de apoio a bons hábitos alimentares com base na escola e em seus educadores.

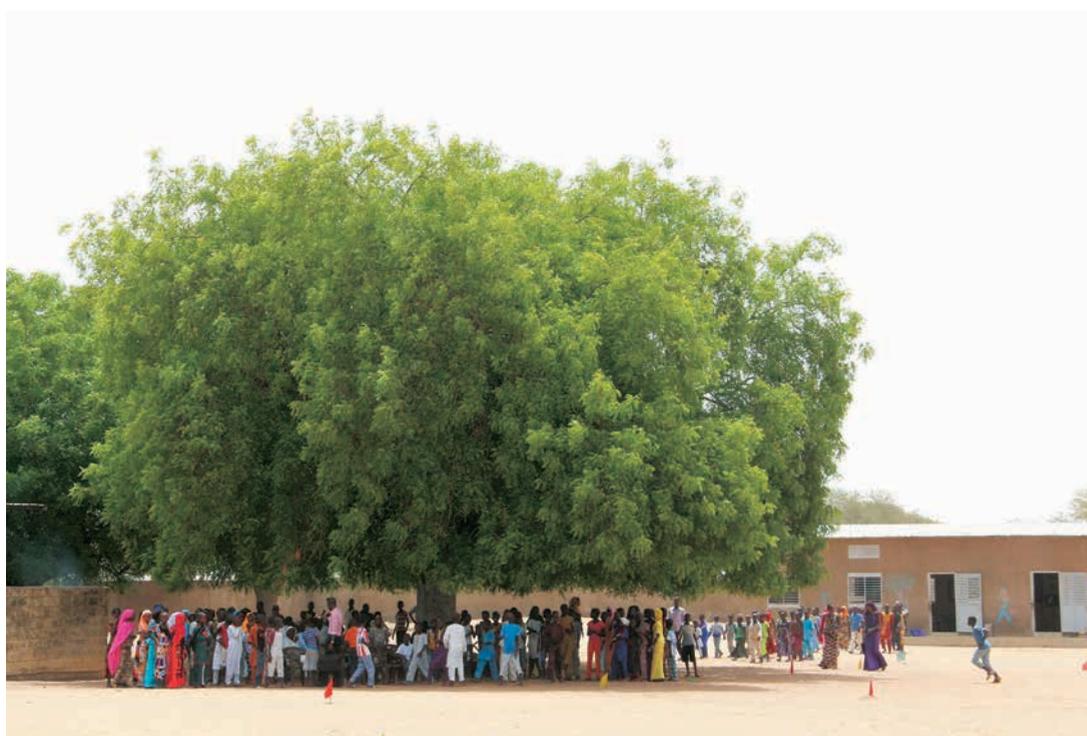


■ Crianças senegalesas durante visita da delegação brasileira

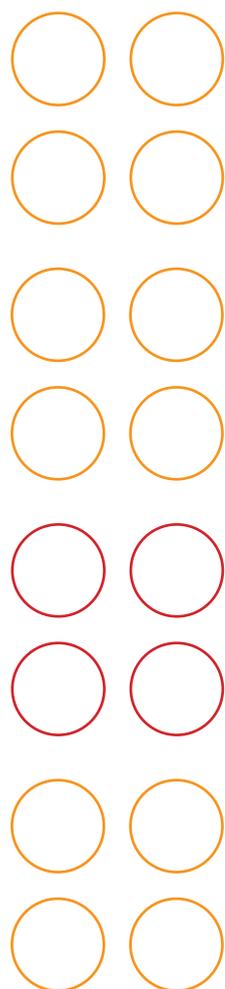


Mariana Rocha

■ Participantes do Seminário sobre Alimentação Escolar para o Oeste da África



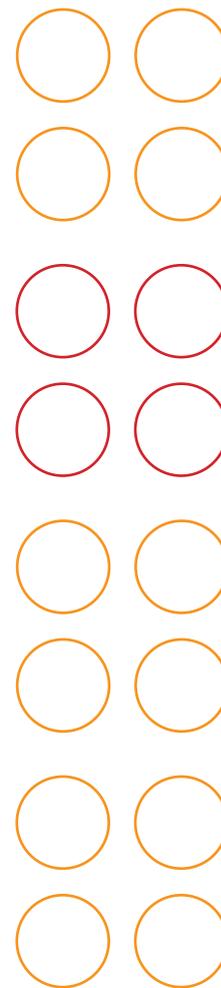
Mariana Rocha



Esta ousada linha de ação carrega, para os profissionais da Coordenadoria de Alimentação Escolar da Prefeitura de São Paulo, inúmeros e novos desafios. Dentre esses, destacam-se: a alavancagem significativa e sustentável da compra de alimentos orgânicos, por força da recente Lei Municipal nº 16.140/2015 (SÃO PAULO, 2015); a contínua elevação do volume de alimentos adquiridos da Agricultura Familiar, além do estabelecimento de uma modelagem especial para a gestão dessas contratações; a garantia de que as diretrizes do *Guia Alimentar da População Brasileira*, em consonância com as do Pnae, orientem, definitivamente, a agenda estratégica da alimentação escolar de São Paulo; e, finalmente, que toda esta conversa saia da cozinha, entre na sala de aula e avance para além dos muros da escola, até chegar, de maneira irreversível, ao cotidiano dos alunos e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da Educação Básica; altera as Leis nº 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 jun. 2009. Seção 1, p. 2.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.: il.
- _____. Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – Pnae. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jun. 2013. Seção 1.
- RODRIGUES, J. Alimentação popular em São Paulo (1920 a 1950): políticas públicas, discursos técnicos e práticas profissionais. Anais do Museu Paulista – história e cultura material. *Revista da USP*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 221-255, jul./dez. 2007.
- SÃO PAULO (Cidade). Lei nº 16.140, de 17 de março de 2015. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo, 18 mar. 2015.



A photograph of two young children, a boy on the left and a girl on the right, peering over a rustic wooden fence. The background is dark and textured. The title is overlaid in white text.

A PRIMEIRA INFÂNCIA SOB A ÓTICA DOS DIREITOS HUMANOS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Eduardo Matarazzo Suplicy

Secretário de Direitos Humanos e Cidadania do município de São Paulo

Larissa Beltramim

Advogada e gestora Pública Federal, mestre em Direito Administrativo pela PUC/SP e ex-secretária adjunta da Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania do município de São Paulo (2013-2015). Integra a Assessoria Especial do gabinete do prefeito

Flariston Francisco da Silva

Educador e gestor social, coordenador de Políticas para Crianças e Adolescentes da Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania do município de São Paulo – CPCA/SMDHC (2014-2016)



Plano de Governo Fernando Haddad 2012, no capítulo “Dignidade, Cidadania e Direitos Humanos” traçou compromissos para uma Agenda de Direitos Humanos ousada e inovadora – fruto da luta histórica da sociedade civil organizada, partidos políticos e dos movimentos sociais –, que visa à promoção e defesa dos direitos humanos e a ocupação do espaço público pela cidadania, fundamental na redução das desigualdades, discriminações e exclusões de todas as naturezas, em busca de uma cidade com mais convivência, mais humana e solidária.

No momento em que a cidade vive profunda transformação e debate abertamente o desenvolvimento urbano para melhorar a cidade para as pessoas – com a aprovação do novo Plano Diretor Estratégico (SÃO PAULO, 2014), e tendo como diretriz política “que a nossa gestão seja marcada durante toda a sua duração por uma obstinação de busca da justiça social no nosso Município e da defesa dos direitos humanos para todos os paulistanos e os moradores da cidade de São Paulo” (HADDAD, 2013), traçamos, nesse contexto, o caminho para a concretização de um novo tempo para os direitos humanos e para a cidadania em São Paulo.

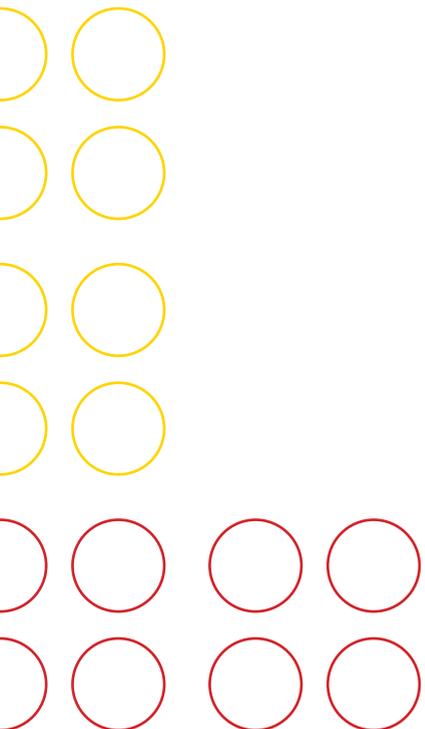
A CRIAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

No início da gestão Haddad, atendendo ao anseio da sociedade, foi criada a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), que tem como missão desenvolver a articulação, a coordenação e a gestão transversal da política de direitos humanos – afirmando esses direitos, com o objetivo de desconstruir a cultura de violência e violações –, e tendo a participação social como método de gestão – com a utilização de mecanismos tradicionais, como conferências e audiências públicas, e formas inovadoras, como diálogos sociais e as novas mídias.

O Decreto Municipal nº 53.685, de 1º de janeiro de 2013, primeiro ato normativo da gestão – que trata da organização administrativa –, marca a criação da SMDHC, espaço institucional inédito no país em âmbito municipal. A Lei Municipal nº. 15.764, de 27 de maio de 2013, garantiu a estrutura para seu funcionamento e estabeleceu suas competências, ampliando as atribuições e seu alcance em relação à histórica Comissão Municipal de Direitos Humanos (CMDH) e da Secretaria Municipal de Participação e Parcerias (SMPP), em consonância com o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3).

Art. 238. Compete à Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, órgão da Administração Municipal Direta:

I – assessorar o prefeito nas ações governamentais voltadas à formulação de políticas públicas para a promoção e defesa dos direitos humanos



e de cidadania, na política municipal de participação social, mediante atuação articulada com órgãos públicos municipais, estaduais e federal;

II – coordenar a política municipal de direitos humanos e de participação social, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e em consonância com a Constituição Federal e Pactos Internacionais;

III – articular iniciativas e apoiar projetos voltados para a promoção e defesa dos direitos humanos e da participação social no âmbito municipal, tanto por organismos governamentais, incluindo os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, quanto por organizações da sociedade civil;

IV – elaborar projetos e programas que promovam a construção de uma sociedade mais justa, apresentando propostas que assegurem a igualdade de condições, a justiça social e a valorização da diversidade;

V – estabelecer parcerias com entidades públicas e privadas, nacionais e internacionais, com vistas a promover projetos voltados à efetivação de direitos humanos, cidadania e participação social, nas áreas afetas às suas atribuições;

VI – exercer outras atribuições correlatas e complementares na sua área de atuação.

■ Projeto Redes e Ruas



Acervo SMDHC

Pensar a cidade em suas “diversidades” em relação à população e as suas necessidades emancipatórias nos levou à construção da Agenda de Direitos Humanos e à estruturação da SMDHC, tendo como princípios e diretrizes para sua atuação no âmbito governamental:

- a) promoção e defesa dos direitos humanos;
- b) diálogo e participação social como método de gestão;
- c) desconstrução da cultura de violência e violações;
- d) promoção da ocupação do espaço público pela cidadania;
- e) articulação e gestão transversal da agenda de direitos humanos;
- f) desenvolvimento de políticas públicas inovadoras.

A pluralidade e diversidade de públicos e temas caracterizam o seu escopo de ação na formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas transversais para: a) criança e adolescente; b) juventude; c) pessoa idosa; d) população LGBT; e) migrantes; f) população em situação de rua; g) educação em Direitos Humanos; h) direito à memória e à verdade; i) trabalho decente; j) políticas sobre drogas (Programa de Braços Abertos); k) participação social; e l) direito à cidade.

Um dos importantes avanços foi a criação da Coordenação de Políticas para Crianças e Adolescentes (CPCA), tendo como atribuições:

1. Coordenar e acompanhar as ações de promoção, defesa e proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes desenvolvidas no município de São Paulo, atuando junto às instâncias que formulam e executam políticas públicas voltadas a essa população, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente e as linhas decorrentes da Política Nacional de Direitos Humanos e da Política Nacional dos Direitos de Crianças e Adolescentes; e
2. Garantir os meios necessários ao pleno e regular funcionamento do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), zelando pelo cumprimento de suas deliberações, dos Conselhos Tutelares e do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fumcad)¹.

¹ Entre as suas competências, vale destacar: I – Assistir o secretário Municipal e a secretária adjunta nas questões relativas à criança e ao adolescente; II – Coordenar, orientar, acompanhar e integrar as ações intersectoriais para a promoção, a garantia e a defesa dos direitos da criança e do adolescente; III – Desenvolver articulações com órgãos governamentais e não governamentais, visando à implementação da política de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente; IV – Sistematizar e disponibilizar informações relativas aos resultados alcançados pelos programas de ação em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes,

Além disso, a SMDHC coordena a execução e manutenção dos serviços: a) Balcão de Atendimento (atendimento psicossocial, orientação jurídica e acesso à informação sobre garantia de direitos); b) Incubadora de Direitos Humanos e Economia Solidária (Cambuci); c) Polo Cultural do Idoso (Cambuci); d) Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes (Crai/SMDHC e SMADS); e) Centro de Cidadania LGBT (Largo do Arouche) e Unidades Móveis de Atendimento; f) Quatro Centros de Educação em Direitos Humanos em funcionamento nos CEUs; g) Sítios de Memória e Verdade (Cemitério do Araça e Monumento do Ibirapuera); Gestão dos Conselhos Tutelares (SMDHC e SMCS). E ainda é responsável pela gestão do Fundo Municipal para os Direitos da Criança e do Adolescente (SMDHC/CMDCA/SF) e do Fundo Municipal do Idoso, em regulamentação.

A ampla conexão de públicos e temas revela sua natureza para o papel de articulação, coordenação e gestão de políticas públicas transversais no âmbito da Administração Pública Municipal, assim como para o diálogo e para as diversas formas de participação e mobilização social, com o desenvolvimento de ações nos territórios e espaços simbólicos para a luta dos direitos humanos na cidade.

Direitos Humanos e o Direito à Cidade

Tendo a ocupação do espaço público pela cidadania como fruto da relação intrínseca entre os Direitos Humanos e o Direito à Cidade – ou por que não “o direito humano à cidade” –, a SMDHC desde o seu nascimento participou da construção das agendas estratégicas do

difundindo conhecimentos, mediante estudos e pesquisas específicos; V – Apresentar propostas de políticas governamentais e parcerias entre a sociedade civil, órgãos públicos e entidades; VI – Participar da elaboração da proposta do orçamento criança municipal, considerando sempre os apontamentos das prioridades estabelecidas pelo CMDCA; VII – Coordenar a produção, a sistematização e a difusão das informações relativas à criança e ao adolescente, pelo princípio da transparência; VIII – Garantir os meios necessários ao pleno e regular funcionamento do CMDCA, exercendo as funções de Secretaria Executiva, bem como assistir o secretário nos assuntos afetos ao Conselho, zelando pelo cumprimento de suas deliberações; IX – Coordenar o setor de conveniamento, analisar as propostas de convênios, acordos, ajustes e congêneres firmados pela secretaria na área da criança e do adolescente; X – Acompanhar, analisar e fiscalizar a execução física dos convênios, acordos, ajustes e congêneres firmados pela secretaria na área da criança e do adolescente; XI – Monitorar e avaliar em conjunto com as secretarias responsáveis pelas atividades finalísticas a execução dos programas municipais relativos à proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, assim como gerenciar os sistemas de informações sob sua responsabilidade; XII – Emitir parecer sobre projetos de lei, afetos a esta área, que estejam em tramitação na Câmara de Vereadores, visando a subsidiar manifestação da secretaria sobre a matéria; XIII – Fomentar e contribuir para a formação, a especialização e o aperfeiçoamento de recursos humanos necessários à execução da política de atendimento e garantia dos direitos da criança e do adolescente; XIV – Exercer suas atribuições em articulação com as demais unidades da SMDHC; XV – Zelar pela execução da Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, formulada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; XVI – Garantir meios necessários ao pleno e regular funcionamento do Conselho Tutelar.

governo, estruturantes para o fortalecimento da política de direitos humanos no âmbito da gestão pública e na perspectiva do desenvolvimento local, tendo como horizonte uma São Paulo como cidade dos Direitos Humanos.

Direitos Humanos no Programa de Metas da Cidade de São Paulo

Além da criação e estruturação da SMDHC, um dos desafios colocados no primeiro trimestre da gestão foi a elaboração do Programa de Metas da Cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2013). Com base nas propostas do Plano de Governo Fernando Haddad 2012 – notadamente no capítulo “Dignidade, Cidadania e Direitos Humanos” –, a partir das propostas elaboradas no âmbito do governo, foram realizadas 35 audiências públicas no mês de abril de 2013 para que a sociedade civil, organizada ou não, contribuísse para a construção do Programa. Ao final do processo participativo o Programa de Metas da Cidade, lançado em outubro de 2013, passou a ter 123 metas, treze delas sob a responsabilidade da SMDHC (PORTAL GEOSAMPA, 2016):

1. Meta 12 – Promover ações para a inclusão social e econômica da população em situação de rua (63,3%);
2. Meta 43 – Implementar as ações do Programa Juventude Viva como estratégia de prevenção à violência, ao racismo e à exclusão da juventude negra e de periferia (71%);
3. Meta 61 – Desenvolver ações permanentes de combate à homofobia e respeito à diversidade sexual (65,5%);
4. Meta 62 – Implantar a Ouvidoria Municipal de Direitos Humanos (47,5%);
5. Meta 63 – Implementar a Educação em Direitos Humanos na rede municipal de ensino (100%);
6. Meta 64 – Criar a Comissão da Verdade, da Memória e da Justiça no âmbito do Executivo municipal (100%);
7. Meta 65 – Criar e implantar a Política Municipal para Migrantes e de Combate à Xenofobia (100%);
8. Meta 66 – Fortalecer os Conselhos Tutelares, dotando-os de infraestrutura adequada e oferecendo política permanente de formação (60%);
9. Meta 69 – Desenvolver campanha de conscientização sobre a violência contra a pessoa idosa (100%);

■ Ocupação do espaço público na Praça do Patriarca



■ Ocupação do espaço público



Acervo SMDHC

10. Meta 71 – Criar a Universidade Aberta da Pessoa Idosa do município (100%);
11. Meta 113 – Criar o Conselho da Cidade, o Conselho Municipal de Transportes e mais 6 novos Conselhos Temáticos (89,5%);
12. Meta 115 – Realizar 44 Conferências Municipais Temáticas (90,9%);
13. Meta 117 – Fortalecer os Órgãos Colegiados Municipais, dotando-os de infraestrutura e gestão adequadas para a realização das atribuições previstas em lei (100%).

Essa tradução dos compromissos políticos da campanha eleitoral em uma concreta Agenda de Direitos Humanos prevista entre as metas prioritárias no Programa de Metas da Cidade (10,5% das metas, além de outras ações transversais²) tornou possível explicitar a Agenda de Direitos Humanos nos principais instrumentos da gestão pública municipal, consubstanciados nos quadros programático e orçamentário previstos no Plano Plurianual do Município (PPA 2014-2017) e nas leis orçamentárias anuais (LOA 2014, 2015 e 2016)³.

Esse processo está em consonância com as diretrizes preconizadas pelo Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3): Eixo Orientador I – Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil. Diretriz 2: Fortalecimento dos Direitos Humanos como instrumento transversal das políticas públicas e de interação democrática. Objetivo estratégico I: Promoção dos Direitos Humanos como princípios orientadores das políticas públicas e das relações internacionais. Ações programáticas: a) Considerar as diretrizes e objetivos estratégicos do PNDH-3 nos instrumentos de planejamento do Estado, em especial no Plano Plurianual (PPA), na Lei

² Além das metas sob a responsabilidade da SMDHC, também foram pactuadas um conjunto de metas transversais da agenda de direitos humanos, com outras Secretarias Municipais: a) a promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, que passou a contar com a Meta 67 *Implantar oito novas Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI)*, sob a responsabilidade da SMS, e com as Metas 68 *Implantar 15 Centros Dia destinados à população idosa*, e 70, *Implantar cinco unidades de instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPI)*, sob a responsabilidade da SMADS; b) as metas relacionadas à mediação de conflitos e formação da Guarda Civil Metropolitana (respectivamente, Metas 39 e 42), no âmbito da agenda de Educação em Direitos Humanos; c) a política para a população em situação de rua: Meta 4 *Implantar sete Creas*, Meta 8 *Implantar cinco Centros POP*, Meta 9 *Implantar dois restaurantes comunitários*, Meta 10 *Implantar 22 serviços de acolhimento institucional*, Meta 11 *Implantar 12 novos consultórios na rua*, sob responsabilidade da SMADS. Além dessas, a Meta 5, que prevê a abertura de 100 mil vagas no Pronatec, reserva parte dessa totalidade para a população em situação de rua, assim como vem demandando a mobilização de públicos como imigrantes, juventude, travestis e transexuais; e d) ações relacionadas ao Plano Juventude Viva - compromisso de enfrentamento ao extermínio da juventude negra, a Meta 43 sob responsabilidade da SMDHC, depende da realização das Metas 1, 2 e 44 da Smads; 5 da SDTE; 7 e 15 da SME; 29, 30, 33 e 34 da SMC; 39 e 42 da SMSU; 47 e 49 da SEME; 60 da SMPM; 72 da SMDU; 73 e 74 da SMS e 76 da SMCS.

³ Vale anotar que foi nos três primeiros meses da gestão, em 2013, que se deu o processo de estruturação das novas Secretarias Municipais, entre elas a SMDHC, ao mesmo tempo em que se deu a elaboração do Programa de Metas da Cidade, sendo possível a sintonia entre os desenhos da estrutura da Agenda de Direitos Humanos, da organização administrativa da SMDHC e do modelo de gestão político gerencial para monitoramento das metas.

de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) (PROGRAMA, 2010, p. 31).

Trata-se de importante avanço na institucionalização das ações, programas e projetos voltados à promoção e à defesa dos direitos humanos na gestão municipal, com incidência no ciclo de gestão de políticas públicas e reflexo direto no cotidiano da ação governamental, e denota o necessário diálogo entre a política e a gestão pública para a efetivação de políticas públicas e a realização do interesse público.

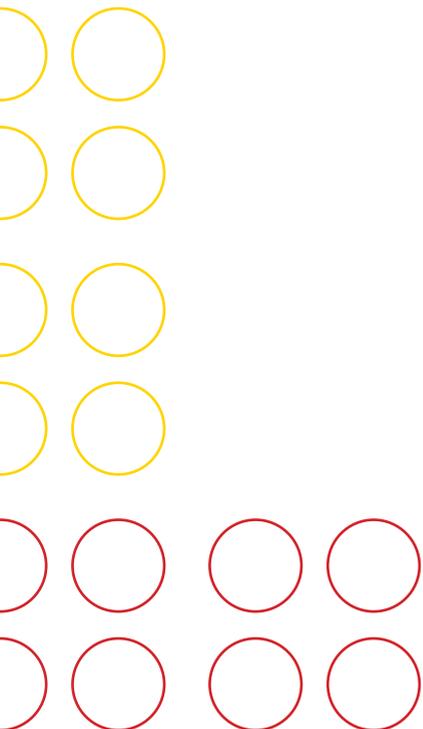
Direitos humanos e a participação social no Plano Diretor Estratégico – PDE

A SMDHC colaborou com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano (SMDU) na elaboração da estratégia de mobilização e participação social para o Plano Diretor Estratégico (PDE) de São Paulo. Após 114 audiências públicas, tendo a participação de mais de 25 mil pessoas e 10 mil contribuições, o novo Plano Diretor foi sancionado, Lei nº 16.050, de 31 de julho de 2014, de forma transparente e democrática. O mais importante marco regulatório da cidade tem como princípios orientadores: 1) a função social da cidade; 2) a função social das propriedades urbanas; 3) a gestão democrática, equidade social e territorial; e 4) o direito à cidade.

Nesse contexto de ampla discussão sobre os rumos da cidade para uma São Paulo mais moderna e mais humana, um dos desafios colocados em torno da Agenda de Direitos Humanos foi a disseminação do debate sobre a educação e a cultura dos Direitos Humanos no cotidiano da cidade. Lançado em 2014, o Plano de Ocupação do Espaço Público pela Cidadania foi construído em diálogo com os coletivos da cidade estabelecendo a conexão em torno da mobilização nos territórios simbólicos para a luta dos direitos humanos. A partir disso, desenvolveram-se diversas ações intersectoriais dentre as quais merecem destaque:

1. O Circuito de Intervenções Urbanas: experiências de intervenção urbana em territórios simbólicos e de referência para os direitos humanos, a fim de promover a ressignificação do espaço público e estimular o convívio para o exercício da cidadania em locais como praças, parques e ruas:
 - a) Centros de Educação em Direitos Humanos: CEUs Pêra Marmelo, São Rafael, Casablanca e Jardim Paulistano.
 - b) Mobilização da Rede Juventude Viva: atividades juvenis nas linguagens do hip-hop, funk e skate com 11 territórios prioritários⁴.

⁴ Na zona sul, Campo Limpo, Capão Redondo, São Luís e Jardim Ângela; na zona norte, Brasilândia; na zona oeste, Perus e Pirituba; e, na zona leste, Itaim Paulista, Itaquera, Jardim Helena e São Mateus.



- c) Quatro Memoriais para o direito à memória e à verdade: Ibirapuera, Vila Formosa, Araçá e Perus.
- d) Promoção de atividades de combate à homofobia em espaços públicos: Largo do Arouche e Praça da República.
- e) Regularização de feiras culturais e valorização de festividades migrantes: Praça da Kantuta e Rua Coimbra.
- f) Marco em respeito à população em situação de rua: Praça da Sé.
- g) Praças WiFi Livre SP nos territórios Juventude Viva e São Paulo Carinhosa: 11 territórios prioritários.
- h) Território CEU: CEU Parque Novo Mundo.

- 2. Projeto Redes e Ruas: Inclusão, Cidadania e Cultura Digital (Edital SMDHC, SMC e SES): fomento a projetos de intervenção urbana realizada por atores sociais organizados ou não organizados, para potencializar e dar visibilidade às iniciativas de ocupação do espaço público.

■ Bonecos feitos por moradores em situação de rua



AÇÕES DA SMDHC NA SÃO PAULO CARINHOSA

Desde o processo de formulação, a SMDHC integrou o esforço do conjunto do governo para a construção da agenda prioritária de fortalecimento das ações para o desenvolvimento integral da primeira infância. É uma das catorze secretarias que compõe o Comitê Gestor da São Paulo Carinhosa – Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância (0 a 6 anos de idade), dada a interface com:

1. O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, criado para propor, deliberar e acompanhar as políticas públicas em prol das crianças e dos adolescentes no município, atendendo às diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
2. A Coordenação de Políticas para Crianças e Adolescentes, órgão responsável pela articulação da política para crianças e adolescentes na Administração Municipal⁵; e
3. As Coordenações e Assessorias Especiais da SMDHC que desenvolvem as políticas setoriais de Direitos Humanos e de Participação Social, em diálogo com a temática da primeira infância.

Em observância aos princípios da universalidade, da indivisibilidade, e da interdependência dos Direitos Humanos, e, dada a natureza da SMDHC na gestão da transversalidade da política de Direitos Humanos na gestão municipal, procuramos desenvolver a sua aplicabilidade no âmbito da São Paulo Carinhosa. Com isso, formulamos ações e estratégias específicas para garantir o olhar dos Direitos Humanos na São Paulo Carinhosa, com a finalidade de inspirar o avanço da agenda da primeira infância sob a ótica dos Direitos Humanos.

O desenvolvimento da Agenda de Direitos Humanos na gestão municipal se dá por meio da coordenação e articulação de ações conjuntas entre as Secretarias Municipais, em diálogo com a sociedade civil, e em parceria com entes federados, entidades da sociedade civil organizada, universidades, e organismos internacionais. Além da coordenação de agendas transversais, como o Programa Transcidadania e o Plano Juventude Viva, a SMDHC é responsável pela execução de ações intersetoriais no Programa De Braços Abertos (SMS), nos Territórios CEUs (SMDU), na São Paulo Mais Inclusiva (SMPED), e na São Paulo Carinhosa (GAB).

⁵ A PCCA atuou diretamente no apoio à coordenação da São Paulo Carinhosa, em prol da Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância. No período de 2013 a 2016 também desenvolveu as seguintes ações: 1. Fortalecimento do Conselho de Direitos e dos Conselhos Tutelares (Meta 66); 2. Processo de elaboração da Política Municipal Integrada de Crianças e Adolescentes; 3. Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes; 4. Atenção especial às crianças e adolescentes em situação de rua e na rua; 5. Elaboração do Plano Municipal de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto; e 6. Projeto de Modernização do Fumcad: garantia de transparência, melhoria dos fluxos administrativos, mecanismos de controle e acompanhamento de projetos.

Projeto Mais Escola: construção de 27 novos Centros de Educação Infantil (CEIs) com investimento do Fumcad

Resultado do esforço conjunto de milhares de pessoas e comunidades empenhadas na defesa e na promoção das crianças e dos adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) completou 25 anos, sendo reconhecido como qualificada legislação para a proteção integral das crianças e dos adolescentes⁶. Em São Paulo um dos principais desafios para sua efetivação, em consonância com a Constituição Federal, é a garantia do direito à creche.

Diante da forte demanda social, do *deficit* de recursos nessa área estratégica e tendo em vista o plano de obras da Prefeitura para a expansão da rede de Educação Infantil na cidade de São Paulo⁷, a Secretaria Municipal de Educação (SME) apresentou o Projeto Mais Escola para construção de 27 novas creches, aprovado pelo CMDCA, por meio do financiamento do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, todas elas nos territórios prioritários da São Paulo Carinhosa e do Plano Juventude Viva, diante dos indicadores de vulnerabilidade social. Aprovado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Edital Fumcad 2014 autorizou, de forma inédita, a possibilidade de utilização de recursos para a construção de creches na cidade, para complementar aos recursos do Ministério da Educação, do Estado e do Município.

Com investimento de R\$ 67 milhões, cada uma dessas 27 unidades prevê a capacidade de atendimento de 205 crianças, totalizando 5.535 novas vagas, contribuindo para a garantia do acesso à Educação Infantil de milhares de crianças, em territórios vulneráveis, assim como para o fortalecimento da autonomia econômica das mulheres – que ao deixarem seus filhos na creche, podem trabalhar com maior tranquilidade –, e maior proteção às famílias beneficiadas⁸.

⁶ Inspirado em documentos como: Declaração de Genebra (1924); Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas (Paris-1945); Convenção Americana sobre os Direitos Humanos – Pacto de São José (1969), Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude – regras de Beijing (1985); Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil – Diretrizes de Riad (1990), Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade (1990) e principalmente da Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1989) e ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro (1990); o ECA explicita o objetivo de forçar a sociedade brasileira a reconhecer a proteção integral aos cidadãos em condição peculiar de desenvolvimento.

⁷ Veja o Programa de Metas da Cidade, Objetivo 3, Meta 10.

⁸ De acordo com a SME, entre 2013 e 2016, a Educação Infantil na cidade de São Paulo aumentou em 88.288 o número de matrículas garantidas. Destas, 68.395 são destinadas ao atendimento em creche, e 19.893 ao atendimento em pré-escola. Desde 2013 foram implantadas 363 novas creches. Essa é a maior expansão já registrada na cidade de São Paulo. A Rede Municipal de Ensino garante matrículas para 270.417 crianças em creche. As Escolas Municipais de Educação Infantil (Emeis – pré-escolas) garantem matrículas para outras 219.196 crianças em pré-escola. Assim, o atendimento na Educação Infantil garante matrícula para 489.613 crianças (dados do EOL, de 29 de fevereiro de 2016).

Prioridade no acolhimento de famílias com crianças no Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes

Com a inauguração do Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes em 2014, modelo inédito no país, os imigrantes passaram a receber atendimento especializado em diversos idiomas (inglês, francês, espanhol, crioulo, árabe e português); agendamento para atendimento na Polícia Federal; intermediação para trabalho e informações sobre regularização migratória; documentação; cursos de qualificação; e acesso aos serviços públicos municipais. Em parceria com a São Paulo Carinhosa, a Coordenação de Políticas para Imigrantes (CPM/SMDHC) passou a atuar também na realização de mutirões para acolhimento de famílias imigrantes, prioritariamente as famílias que chegam a São Paulo com crianças.

Direito ao brincar no projeto Redes e Ruas: Inclusão, Cidadania e Cultura digital

A parceria intersecretarial em torno da inclusão, cidadania e cultura digital desenvolvida pelas Secretarias Municipais de Cultura (SMC); Serviços (SES); e Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) propiciou o fomento a quatro projetos abordando o Direito ao Brincar, com a inclusão do tema da infância e o direito à cidade⁹:

1. Projeto Brincadeiras Antigas e Novas Tecnologias – Rua de Fazer Digital: o Coletivo levou suas práticas para as Praças WiFi Livre SP e uniu brincadeiras com tecnologia. Surgiu o projeto Ruas de Fazer Digital. Foram três intervenções em praças de Guaianases e Cidade Tiradentes, mobilizando lideranças comunitárias, movimentos artísticos do bairro e os moradores, com participação das crianças em encontro intergeracional.
2. A Praça é o Picadeiro! Circuitas na Praça – Circo Teatro Palombar: as Praças WiFi Livres SP do bairro da Cidade Tiradentes receberam uma trupe cheia de ideias e pronta para integrar o circo à sua paisagem. O Circo Teatro Palombar realizou cinco curtas-metragens, além de oficinas de circo e apresentações. O Circuitas na Praça utilizou a linguagem audiovisual na ação de ocupação do espaço público.
3. O Que Você Quer Ser Quando Crescer? – Nossa Festa é na Rua – Clubinho da Cultura: o coletivo Clubinho da Cultura adquiriu 20 tablets, dividiu a garotada em grupos de três

⁹ Edital nº 01/2014/SMC/SMDHC/SES. Ação prevista no Plano de Ocupação do Espaço Público pela Cidadania. Vale anotar que com a implantação do Programa WiFi Livre SP, pela Secretaria de Serviços, foram priorizados os territórios Juventude Viva e São Paulo Carinhosa – além de outros territórios simbólicos para a luta dos direitos humanos na cidade –, dada a necessidade de inclusão social nas áreas mais vulneráveis da cidade, sendo essas praças referências para a seleção dos projetos do referido edital.

■ Monumento em homenagem aos mortos da ditadura



Fernando Pereira

(repórter, câmera e a pessoa entrevistada) e, à medida que registravam as falas sobre os seus sonhos, refletiam sobre o bairro e sobre o que gostariam de melhorar no lugar. Ao término do projeto, as crianças ganharam os CDs com as entrevistas e foram feitas sessões de cinema para exibição do material produzido.

4. A Cidade é para Brincar! – Comigo Não Morreu – Brincantes Urbanos: em uma praça WiFi Livre SP, recuperada após anos de descaso, o projeto pensa em ocupar o espaço público desvinculado do consumir. Propõe fazer a conexão com a criança que está soterrada dentro de nós, despertar a memória e provocar o brincar junto. Não se dispõe a fazer somente a recreação, mas criar um vínculo permanente e uma prática cotidiana do fazer brincar.

Inclusão do combate à publicidade infantil enganosa ou abusiva no Procon Paulistano

De acordo com o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos – (PNEDH) para fundamentar a ação dos meios de comunicação na perspectiva da educação em direitos humanos, devem ser considerados como princípios (BRASIL, 2007):

- a) a liberdade de exercício de expressão e opinião;
- b) o compromisso com a divulgação de conteúdos que valorizem a cidadania, reconheçam as diferenças e promovam a diversidade cultural, base para a construção de uma cultura de paz;
- c) a responsabilidade social das empresas de mídia pode se expressar, entre outras formas, na promoção e divulgação da educação em direitos humanos;
- d) a apropriação e incorporação crescentes de temas de educação em direitos humanos pelas novas tecnologias utilizadas na área da comunicação e informação;
- e) a importância da adoção, pelos meios de comunicação, de linguagens e posturas que reforcem os valores da não violência e do respeito aos direitos humanos, em uma perspectiva emancipatória.

Seguindo as diretrizes do PNEDH, a Coordenação de Educação em Direitos Humanos (CEDH/SMDHC) elaborou a proposta – a partir da demanda da São Paulo Carinhosa e em diálogo com as entidades militantes nesta área –, para inserção do combate à publicidade infantil enganosa ou abusiva na regulamentação do novo Procon Paulistano, resultando nos seguintes dispositivos legais (SÃO PAULO, 2016):

Art. 5º O Departamento de Defesa do Consumidor – Procon Paulistano tem as seguintes atribuições:

XVIII – participar da elaboração e acompanhamento de políticas públicas de desestímulo à publicidade enganosa e abusiva, inclusive a voltada para a criança e o adolescente.

Art. 17. Os recursos do Fundo Municipal de Defesa do Consumidor – FMDC serão aplicados com a finalidade de desenvolver ações e serviços de proteção e defesa dos direitos dos consumidores, bem como prevenir e reparar os danos causados à coletividade de consumidores no âmbito do Município de São Paulo.

Parágrafo único. Os recursos do FMDC serão aplicados:

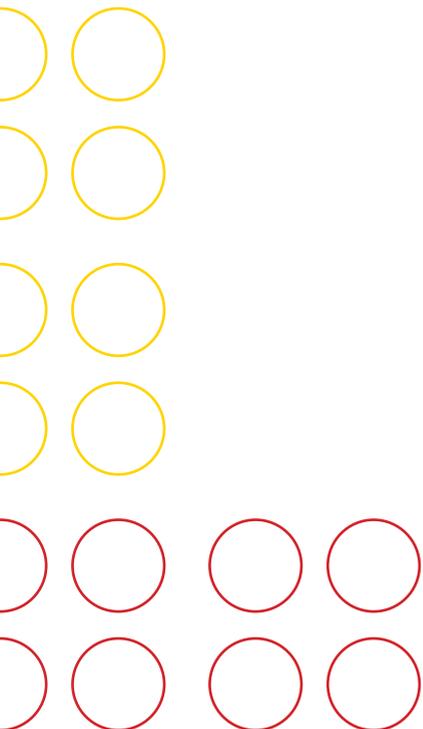
II – na promoção de atividades e eventos educativos, culturais e científicos e na edição de material informativo relacionado à educação, proteção e defesa do consumidor, inclusive em campanhas de prevenção à publicidade enganosa e abusiva voltada para crianças e adolescentes.

Diálogo “Ser Mãe em São Paulo”

A construção coletiva das ações governamentais para a primeira infância, em caráter de prioridade, com a São Paulo Carinhosa, tornou possível desde o início a constituição de um ambiente de reflexão, de escuta e de mobilização de diversos atores estratégicos em torno do tema da primeira infância em nossa cidade.

Foi assim que nasceu o Diálogo “Ser Mãe em São Paulo”¹⁰, por ocasião da celebração do dia das mães em 12 de maio de 2013, encampando o desafio de tratar da maternidade em sua diversidade – mãe empresária, cineasta, jornalista, professora, servidora pública, mãe em situação de rua – e do circuito das mães e sua rotina de trabalho na cidade. Com a presença de mães, pais, filhos, filhas e avós em uma roda de conversa, junto com as crianças, no

¹⁰ O Diálogo “Ser Mãe em São Paulo”, realizado em 12 de maio de 2013, no Vale do Anhangabaú, São Paulo, foi organizado pelas Secretarias de Direitos Humanos e Cidadania, Cultura, Políticas para Mulheres, Igualdade Racial, Pessoas com Deficiência, Comunicação, Subprefeitura da Sé, e pelo gabinete do prefeito. Participaram como mães convidadas: Estela Renner (cineasta), Doné Kika de Bessem (religiosa da matriz africana, feminista, aposentada), Alana Pedro Teixeira (representando as mães em situação de rua), Eleonora Menicuci (ministra-chefe da Secretaria para Mulheres da Presidência da República), Fernanda Estima (jornalista e militante LGBT), Maria Amélia Vampré Xavier (87 anos, representando as mães de filhos com deficiência), Simone Paulino (escritora), Larissa Mies Bombardi (professora de Geografia da USP), Regina Carla Inocêncio Andrade de Souza (inspetora da GCM), Carolina Ignarra (consultora na área de inclusão socioeconômica de profissionais com deficiência no mercado de trabalho), Cecília Lumbreras (migrante peruana, costureira), Patrícia Molino (psicóloga e advogada), Dirce Carrion (fotógrafa), e Tata Amaral (cineasta).



centro de São Paulo, foi possível parar, ouvir as diferentes histórias de vida, trocar impressões, firmar posições, compartilhar opiniões e refletir coletivamente sobre o ser mãe na diversidade, olhando para o dia a dia e apontando as mudanças necessárias em nossa cidade.

Por meio dessa escuta, que abriu o caminho para outros encontros, surgiram propostas e novas ideias para iniciativas da prefeitura com olhar sensível da diversidade para a melhoria da qualidade de vida em nossa cidade, revelando a importância do diálogo e da participação social como método de gestão e a seriedade da escuta comprometida e colaborativa como elemento fundamental para o avanço das políticas públicas.

É possível observar que as questões apresentadas no “Ser Mãe em São Paulo” foram incorporadas nos trabalhos no âmbito da gestão, com resultados importantes e transformadores no dia a dia das pessoas em nossa cidade. Ao abordarmos o tema da maternidade “na diversidade e na adversidade”, tivemos múltiplos olhares, como o de Estela Renner e Fernanda Estima, que trouxeram a importância da alimentação e da atenção ao consumo dirigido às crianças:

Sobre a criança inserida numa sociedade de consumo, vejo que mães e pais das diversas classes sociais têm dificuldade em tratar desse assunto. Hoje em dia o ‘ter’ parece que ficou mais importante do que o ‘ser’ [...]. Isso é muito ruim, muito triste [...]. A lição que eu aprendi e que eu gostaria de dividir com todo mundo é que a gente continua sendo um dos exemplos mais importantes para os nossos filhos, os pais ainda são, então a gente pode dizer não, a gente tem que ser forte e dizer não, e colocar limites.

A publicidade deve ser dirigida aos pais da criança, aos responsáveis pela compra, e não às crianças, que são vítimas [...]. Todo mundo pode contribuir para fazer mudanças (Estela Renner, cineasta).

Fugir do consumo é uma luta diária, do machismo e da lesbofobia. [...] É possível ser mãe e ser lésbica na cidade de São Paulo [...]. A gente quer ser feliz, que a cidade, o governo, os Secretários e as pessoas entendam que a felicidade é algo que vem antes de qualquer coisa, a gente tem que estar preparado para construir a cidade para abraçar as pessoas e oferecer felicidade (Fernanda Estima, jornalista).

■ Cinema no Programa de Braços Abertos



Acervo SMDHC

Sobre esse tema, tivemos o importante avanço com a inclusão da publicidade infantil no novo Procon Paulistano, regulamentado pelo Decreto nº 56.871, de 15 de março de 2016, abrindo mais um caminho para políticas públicas no âmbito da Administração Municipal de desestímulo à publicidade enganosa e abusiva, assim como de fomento a campanhas de educação e prevenção à publicidade enganosa e abusiva voltada para crianças e adolescentes com utilização de recursos do Fundo Municipal de Defesa do Consumidor (FMDC).

Ao falarem da necessidade de políticas públicas de inclusão social e da redução das desigualdades, Doné Kika de Bessem, Cecília Lumbreras, Regina de Souza e Simone Paulino apontaram as dificuldades das mulheres negras e de periferia e a importância da educação:

As mulheres na cidade de São Paulo fazem o dia a dia da cidade. Lutar como mãe, como mulher negra é lutar por políticas públicas, a escuta é muito importante. Lutamos pelas cotas e pela implementação da Lei nº 10.639. Como mãe, avó e bisavó de uma geração de jovens negros e negras, pedimos a diminuição da violência contra a juventude negra na cidade de São Paulo (Doné Kika de Bessem, religiosa da matriz africana, feminista, aposentada).

Tenho que dizer todos os dias que eles, meus filhos, são a razão da minha vida. Gostaria de pedir ao prefeito mais escolas com jornada integral (Cecília Lumbreras, migrante peruana, costureira).

Se tivessem investido nas crianças quando eu entrei (na GCM), em 1986, talvez hoje nós não teríamos tantos problemas como temos hoje [...]. Não deixem de investir nas crianças (Regina Carla Inocência Andrade de Souza, inspetora da GCM).

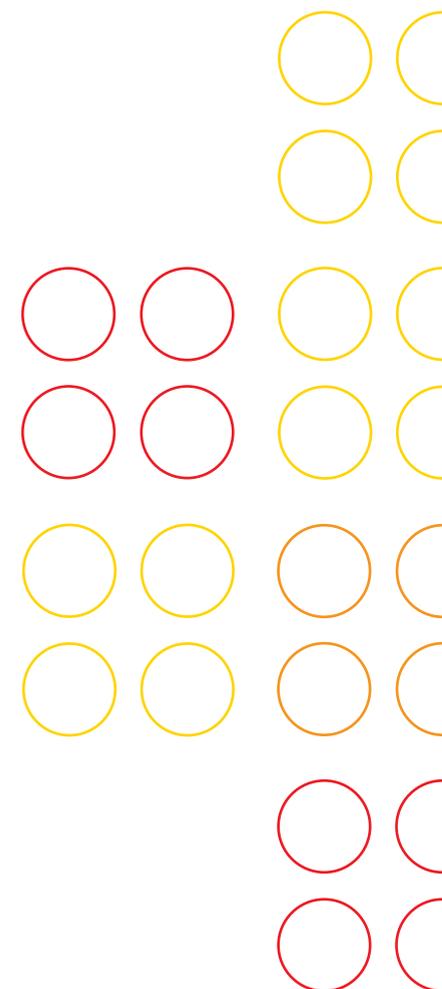
Se milhares de Alices como a minha mãe tivessem aprendido a ler, a escrever, nós teríamos hoje no Brasil muito mais Clarices, Cecílias, Adélias, Nildas, Pagus, Nélicas e Lígias, seríamos mais que um País das Maravilhas, um país com mais justiça e mais autonomia, na medida em que essas Alices pudessem escrever suas e outras histórias, assinando seu próprio nome e afirmando a sua identidade (Simone Paulino, escritora).

Tendo em vista os imensos desafios nessa área, é importante apontar alguns dos avanços que já denotam a transformação em nossa cidade. Em setembro de 2015 foi lançado o Plano Municipal de Educação (PME), que estabelece metas e diretrizes para o planejamento da Educação na capital paulista pelos próximos dez anos. Um dos destaques do plano é a fixação de que 1/3 do orçamento da cidade será destinado para essa área. Vale destacar que São Paulo vive a maior expansão da rede de creches na cidade, conforme citado anteriormente, incluindo a prioridade para os territórios mais vulneráveis, como os da São Paulo Carinhosa, com a construção de 27 novos CEIs de investimento do Fumcad. Ainda, em dezembro de 2015 teve início o Programa São Paulo Integral¹¹, que prevê 421 unidades de ensino atendendo educandos em tempo integral¹².

No enfrentamento à violência vale citar o Plano Juventude Viva, que articula ações que visam a reduzir a vulnerabilidade da juventude negra e periférica, criando estratégias de ampliação

¹¹ Portaria nº 7.464/2015 SME. Considerando todas as ações de expansão curricular na rede para o ano de 2016, somam-se 421 unidades educacionais atendendo educandos em educação integral em tempo integral. Em 384 escolas municipais de Ensino Fundamental (Emef's), 365 aderiram ao Programa Mais Educação MEC. Das 71 que aderiram ao Programa São Paulo Integral, 53 optaram pelos dois programas, e 18 exclusivamente ao Programa São Paulo Integral. Destas, 10 Emef's terão turmas em turno de oito horas, sendo duas unidades com todas as turmas em educação integral. E, ainda, 37 escolas municipais de Educação Infantil, atendendo em turno de oito horas.

¹² Mais informações sobre as entregas na área de educação estão disponíveis no Portal Planeja Sampa.



de direitos, enfrentamento ao racismo e desconstrução da cultura de violência¹³, e a ampliação da rede de proteção às mulheres vítimas da violência, que agora conta com quatro Centros de Referência da Mulher: CRM 25 de Março (centro), CRM Casa Brasilândia (zona norte), CRM Casa Eliane de Grammont (zona sul), CRM Onóris Ferreira Dias (zona leste).

Destacando a importância da administração do tempo no cotidiano da cidade de São Paulo e sua interface para a autonomia das mulheres, a ministra Eleonora Menicuci, a Patrícia Molino e a Tata Amaral destacaram:

O foco que tem que ser dado para ser mãe numa cidade como São Paulo, o olhar tem que ser transversal, para melhoria do transporte, da educação, das condições de vida, do trânsito dessa cidade [...] (Eleonora Menicuci, ministra-chefe da Secretaria para Mulheres da Presidência da República).

Se a gente pudesse na verdade saber que a cidade é um lugar seguro para os nossos filhos, quando andam pela rua não estão correndo perigo, os nossos adolescentes quando saem à noite não estão expostos a índices de assassinatos tão altos; se a gente soubesse, por exemplo, que as pessoas que nos ajudam, que trabalham com a gente, vão ter uma creche para deixar seus filhos e chegar para trabalhar; se a gente soubesse que o transporte público ou que o trânsito não vai tomar tanto desse tempo que a gente precisa para ficar com as nossas crianças, eu acho que a vida seria bastante melhor. Ser mãe em São Paulo é isso, é enfrentar esses desafios (Patrícia Molino, psicóloga e advogada).

O que é decidir ser mãe e ser artista sem abrir mão de nenhuma das coisas? Como seria importante para uma mãe contar com escola integral, com transporte público, [...] o transporte na madrugada, pensando nos jovens [...]. As pessoas precisam sair, precisam se divertir, quem sabe uma campanha municipal para reduzir os acidentes de trânsito. [...] Essa cidade que eu amo, ela me contamina, me torna criativa apesar dessas contradições todas [...]. Quero continuar falando das mulheres que vivem aqui. Tudo que eu faço é dedicado às pessoas que estão aqui, nesta cidade que eu tanto amo (Tata Amaral, cineasta).

Aqui vale citar alguns avanços significativos nas políticas de transporte, de ampliação de serviços e de mobilidade urbana que transformam a cidade e que impactam a qualidade de vida das mulheres.

¹³ Coordenado pela SMDHC, o Comitê Gestor é composto por 14 Secretarias Municipais comprometidas com as ações do Juventude Viva, que acontecem em 11 territórios dentre os atingidos pelos mais altos índices de mortalidade: na zona sul, Campo Limpo, Capão Redondo, São Luís e Jardim Ângela; na zona norte, Brasilândia; na zona oeste, Perus e Pirituba; e, na zona leste, Itaim Paulista, Itaquera, Jardim Helena e São Mateus.

Em relação às melhorias no trânsito, a cidade de São Paulo caiu 51 posições no TomTom Traffic Index, o mais importante ranking mundial de medição de congestionamentos, feito em 295 metrópoles com mais de 800 mil habitantes, em 38 países. Posicionada em 7º lugar entre as mais congestionadas do mundo em 2013, a capital paulista figura agora na 58ª posição na medição fechada em 2015. A perda de posições retrata espetacular melhoria na fluência do trânsito paulistano. Isso se explica por medidas adotadas pela administração municipal no período analisado, como a realização de obras viárias, a ampliação dos corredores exclusivos para ônibus, o aumento da fiscalização, as mudanças de mão em vias estratégicas e, especialmente, a redução nos limites de velocidade de trânsito.

Estudo produzido pela Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) apontou queda de 20,6% no número de mortes no trânsito na cidade de São Paulo em 2015. O levantamento mostra que 257 vidas foram salvas na comparação entre janeiro e dezembro de 2014 com o mesmo período do ano passado¹⁴. Além disso, respeitando a dinâmica da cidade, as pessoas passaram a ser atendidas pela rede de ônibus da madrugada, o Noturno, serviço que funciona da meia-noite às quatro horas, com 151 linhas em toda a cidade.

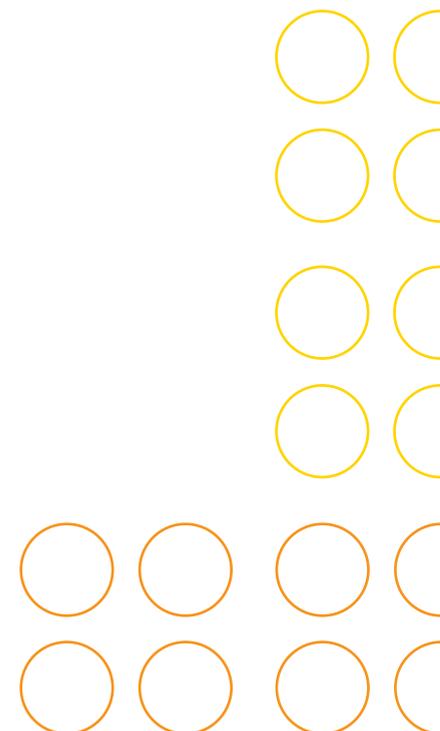
Outra questão essencial foi apresentada pela Larissa Mies Bombardi, ao tratar das mães, os cuidados com as crianças e a rotina de trabalho em São Paulo:

A gente tem que lutar para poder dar à luz da maneira como deseja, lutar para poder amamentar, muito se a gente quiser [...]; a gente tem que quebrar o preconceito de amamentar em público e amamentar prolongadamente. Significa também que a gente tem que se preocupar com a alimentação dos nossos filhos [...], isso é assunto de mãe. [...], o Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos, é um desafio pensar na alimentação dos filhos nesse mundo carregado de veneno, que é esse mundo que a gente vive (Larissa Mies Bombardi, professora de Geografia da USP).

Na área do parto humanizado também tivemos muitos avanços, como: a) Sanção da lei que protege a amamentação em espaços públicos (Lei Municipal nº 16.161/2015); b) Realização da Semana Municipal de Aleitamento Materno; c) Criação da carreira de obstetriz (Lei Municipal nº 16.122/2015); d) Fortalecimento das ações para o parto humanizado; e) Ampliação das Casas de Parto (Jardim Ângela e Sapopemba) e do número de leitos para parto humanizado nos hospitais.

Da mesma forma, avançamos na qualidade da alimentação para as crianças na rede municipal: a) 27% dos recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) são investidos

¹⁴ Enquanto nos 12 meses de 2014 foram registrados 1.249 óbitos, no mesmo período de 2015 ocorreram 992 casos. Considerando apenas o mês de dezembro dos dois anos, as mortes diminuíram 11,1% com 88 casos em 2015, ante 99 em 2014. Esse quadro mostra que as ações implantadas pela Prefeitura de São Paulo, por meio do Programa de Proteção à Vida (PPV), colaboram para que a cidade se aproxime da meta da capital para a Década de Segurança Viária da ONU, de 6 mortes a 100 mil habitantes até 2020. Em dezembro do ano passado, esse índice foi de 8,26 por 100 mil habitantes, uma queda na série histórica. Em dezembro de 2014, o índice era de 10,47.



em produtos da agricultura familiar na educação municipal – até 2012, esse investimento era de apenas 1%; b) Redução de açúcar, gordura trans, conservantes e sódio; c) Priorização de alimentos *in natura* e 5% da alimentação escolar com produtos orgânicos; d) Regulamentação da alimentação escolar com produtos orgânicos (Lei nº 16.140/2015 e Decreto nº 56.913, de 5 de abril 2016); e) Prêmio Educação Além do Prato: sensibilização e mobilização de pais, mães, alunos, professores para educação alimentar de qualidade; e f) Programa “Na Mesma Mesa”: professores e alunos alimentando-se na escola.

O Diálogo “Ser Mãe em São Paulo” como uma das ferramentas de escuta da São Paulo Carinhosa nos mostra mais uma vez que essa interação entre o Estado e a sociedade civil desenhada por debates de ideias, manifestação de opiniões, apresentação de críticas, propostas e demandas sociais, de forma livre e com diversidade, é imprescindível para o fortalecimento das políticas públicas e para o olhar para o desenvolvimento de uma cidade cada vez mais democrática, gerando o sentimento de pertencimento entre as pessoas e a cidade.

Muitas vezes, quando a gente está com profundas dificuldades na vida, seja na maternidade, seja quando nossos valores estão colocados em cheque, a gente se sente sozinha. Hoje, aqui, eu acho que eu estou vivendo um desses momentos, que a gente descobriu a beleza, porque eu me senti muito acompanhada, eu não me senti sozinha, porque eu me vi, me encontrei, e me senti muito acompanhada em todos os depoimentos, e eu tenho certeza que vocês também se sentiram assim (Ana Estela Haddad, professora livre-docente, coordenadora da Política Municipal São Paulo Carinhosa e primeira-dama da Prefeitura de São Paulo).

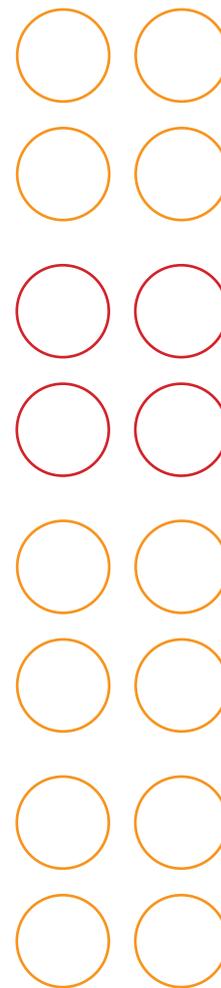
■ Roda de conversa “Ser Mãe em São Paulo”



Eduardo Ogata

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Plano nacional de educação em direitos humanos/Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Unesco, 2007. p. 53.
- _____. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 dez. 2009. Seção 1, p. 17.
- _____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 2379.
- HADDAD, F. Discurso de posse do Secretário Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, Rogério Sottili, em 11 de janeiro de 2013.
- PORTAL GEOSAMPA. Disponível em: <www.geosampa.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. *Programa de Metas 2013-2016: um convite ao planejamento urbano participativo*. Um instrumento inserido na Lei Orgânica do Município de São Paulo de 2008, que prevê que toda nova gestão apresente as metas prioritárias para seu governo de forma regionalizada e com indicadores de execução. 2013. Disponível em: <www.planejasampa.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- PROGRAMA Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República: SEDH/PR, 2010.
- SÃO PAULO (SP). Lei nº 16.050, de 31 de julho de 2014.
- _____. Decreto nº 56.871, de 15 de março de 2016. *Diário Oficial Cidade de São Paulo*, São Paulo, SP, 16 mar. 2016. p. 1.



A photograph of a woman with long brown hair, seen from behind, holding the hand of a young boy in a red tank top. They are standing in a crowded, outdoor urban environment, likely a favela, with buildings and people in the background. The scene is bathed in a warm, golden light. The text is overlaid in white on the right side of the image.

ROMPER COM OS CICLOS DE MISÉRIA E ABANDONO: A MELHOR FORMA DE CUIDAR DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Luciana Temer

Secretária de Assistência e Desenvolvimento Social do município
de São Paulo e profa. dra. em Direito Constitucional na Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Há muito se sabe que os primeiros anos da infância são cruciais para as etapas posteriores de desenvolvimento. Nas últimas décadas, porém, a ciência acumulou evidências inequívocas de que o afeto e a qualidade da interação da criança com seus cuidadores são tão importantes para o seu desenvolvimento quanto uma alimentação adequada.

O carinho, o calor familiar, a escuta, o diálogo e a brincadeira na infância são estímulos fundamentais para o desenvolvimento não só psicológico como também físico, motor, cognitivo e da capacidade de socialização.

Esse conhecimento vem influenciando as políticas públicas para a infância, direcionando-as para uma ação intersetorial. Só a articulação de diversas políticas dará conta da complexidade dos problemas que precisam ser equacionados para que as famílias em situação de vulnerabilidade social possam cuidar adequadamente de suas crianças. Essa é a essência do Programa São Paulo Carinhosa, que articula diversas secretarias em ações em prol da primeira infância.

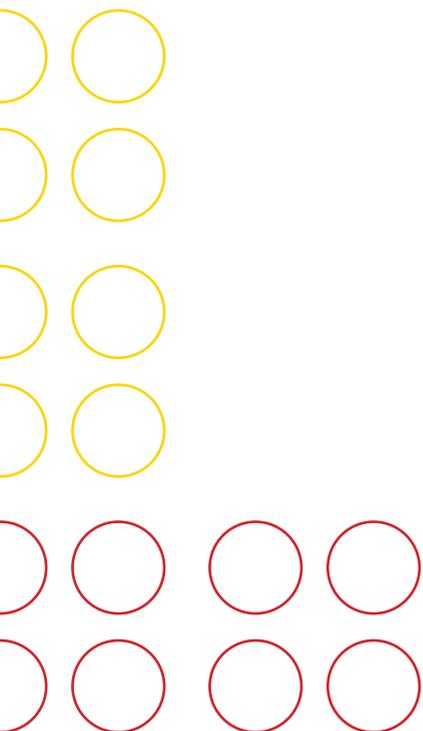
Nesse trabalho em rede, coube à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (Smads) uma primeira tarefa de mapear e traçar o perfil das famílias mais vulneráveis. Essa tarefa é naturalmente da Assistência Social na medida em que é a pasta responsável pela inclusão das famílias no programa de transferência de renda Bolsa Família, por meio da inserção no Cadastro Único.

Entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015, a prefeitura inseriu 450.025 famílias com renda *per capita* de até meio salário mínimo do CadÚnico, e incluiu 228.740 famílias no benefício do Bolsa Família. A partir desse trabalho, as demandas de uma parcela expressiva da população passaram a ser conhecidas.

Com base no cruzamento e na análise de dados da renda familiar (Censo), no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social¹, no CadÚnico², no Censo da População de Rua, na localização dos atuais equipamentos da assistência social e nos registros das demandas, o Observatório Social da Smads elaborou o *Mapa dos Vazios Assistenciais*. Trata-se de uma ferramenta que identifica as carências dos territórios da cidade e fornece detalhes sobre o perfil das famílias mais vulneráveis: renda, composição familiar, escolaridade, se há trabalho infantil, se mora em área de risco, se já é atendido por algum programa social etc. Como não podia deixar de ser, essa passou a ser a bússola do planejamento da assistência.

¹ O índice é produzido pela Fundação Seade a partir de oito indicadores do Censo do IBGE relacionados à renda familiar, escolaridade e idade dos responsáveis pela família e proporção de crianças com menos de 5 anos. Analisando esses indicadores em cada pequena porção do território municipal, o indicador aponta quais são as áreas socialmente mais vulneráveis.

² O Cadastro Único dos Programas Sociais do Ministério do Desenvolvimento Social relaciona os beneficiários do Bolsa Família e de outros 37 programas sociais.



Foi em decorrência desse mapeamento que descobrimos, por exemplo, que na capital paulista, 46% das 564 mil crianças de 0 a 3 anos estão matriculadas em creches, mas o percentual cai para 22% quando é considerada apenas a camada mais pobre da população. Ao cruzarmos a lista das famílias beneficiárias do Bolsa Família na linha da extrema pobreza com a lista de crianças inscritas ou a espera de vaga em creche, constatamos, tristemente, que a maioria das crianças não frequentava e sequer estava inscrita para obter a vaga.

Com base na ação coordenada pelo São Paulo Carinhosa, articulamos com a Secretaria de Educação uma Portaria para inserir com mais agilidade as crianças nessas condições, uma vez que há um consenso de que são as que mais precisam.

Da mesma forma, com o olhar voltado à criança e ao fortalecimento da família, criamos duas novas modalidades de acolhimento para pessoas em situação de rua: o *Família em Foco* e o *Autonomia em Foco*.

Os dois modelos acolhem a família em quarto próprio, de forma a garantir sua privacidade, e oferecem uma série de atendimentos psicossociais. A diferença entre os dois é o grau de vulnerabilidade dos atendidos.

O *Família em Foco* atende, exclusivamente, famílias que estão em situação de rua há bastante tempo, portanto, muito fragilizadas e demandando atenção integral. Além do atendimento das necessidades básicas, como acolhimento, alimentação e itens de higiene pessoal, eles participam de grupos de discussão sobre temas como violência doméstica; resolução de conflitos de casal; cuidados com as crianças; direitos e deveres de cada um; além da participação em dinâmicas que visam a resgatar sua história coletiva e individual, por meio de registros ilustrados (com fotos reais ou de revistas), em um trabalho que estimula a reflexão e estreita os vínculos familiares. A inserção das crianças na creche e no sistema de educação, além da capacitação dos pais para o trabalho, também é providenciada.

Já o *Autonomia em Foco* atende tanto famílias quanto indivíduos que, embora vivam nas ruas, estão mais estruturados física e psicologicamente. Normalmente contam com alguma fonte de renda, capaz de lhes assegurar o básico, como alimentação, roupa e produtos de limpeza. Aqui, a cozinha é coletiva e cada um prepara sua própria alimentação. A equipe de assistência social presente no serviço tem o papel de ajudar no resgate da autoestima, no estreitamento dos vínculos familiares e no incremento de renda, o que pode implicar requalificação das pessoas para o mercado de trabalho, ou mesmo ajuda para conseguir um auxílio aluguel.

Nas duas situações, o que se busca é o fortalecimento das famílias e indivíduos por meio de um *Plano Individual de Atendimento (PIA)*, com ações, cronogramas e metas, para que cada família atinja seus objetivos levando em conta o contexto próprio.

Desde sua criação, há quase três anos, mais de 30 famílias conseguiram reestruturar suas vidas.



Wagner Origenes Nunes

E por que essa proposta de reestruturação da família é tão importante? O que tem a ver com a questão da primeira infância? Para responder a essa questão, vamos contar a história de Elizete, uma de nossas acolhidas.

Aos 3 anos, Elizete foi deixada em um abrigo pela mãe, usuária de drogas, que nunca mais foi vista. Aos 13, o pai veio buscá-la e a menina foi estuprada por um traficante a quem ele devia dinheiro. Ela engravidou, rejeitou o bebê, que ficou com uma tia, e foi morar na rua, onde engravidou novamente, três anos depois. Na passagem por um abrigo conheceu Aldo, seu atual companheiro.

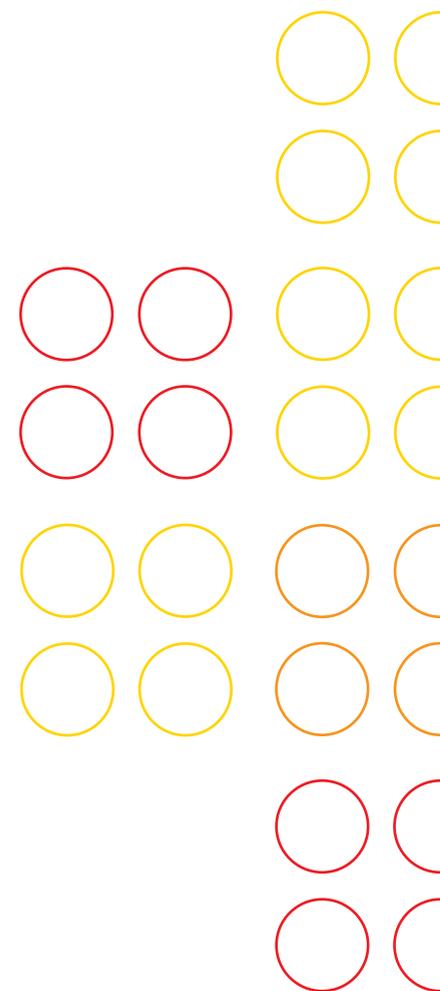
O casal, juntamente com a primeira filha, foi convidado a ir para um dos serviços de acolhimento *Autonomia em Foco*, onde recebeu orientação sobre como acessar serviços públicos e programas sociais. A filha passou a frequentar a creche e encontraram um espaço para conversar sobre seus traumas e traçar planos para o futuro. Foi nessa condição que Elizete teve sua segunda filha.

Aldo, que nunca deixou de trabalhar nos 11 anos em que viveu na rua e em albergues, no *Autonomia em Foco* pôde se estruturar melhor e arranjou um emprego mais estável. Ao longo de um ano conseguiu comprar o básico para equipar a casa para a qual se mudaram, com apoio de auxílio aluguel, no final de 2015. O apoio da equipe, segundo ele, foi fundamental nesse processo, e também para que conseguisse retomar os laços com a família, rompidos há mais de uma década.

Em seu testemunho sobre o acolhimento, Elizete diz:

O Autonomia te levanta... estimula, oferece cursos, nos ajuda a ter um projeto de vida e dão apoio para a gente realizar [...] Foi bom falar da minha história, antes eu achava que as pessoas ficariam com nojo de mim. Além disso, o Autonomia mudou minha relação com minhas filhas. Aprendi a brincar e conversar mais com elas. Antes, quando acabava de cozinhar, lavar e limpar, ficava na frente da TV, mas as psicólogas do Autonomia iam me chamar no quarto para participar das atividades que faziam com as crianças e falavam bastante da importância disso e da conversa para o desenvolvimento delas. Uma vez puseram um bombom para cada criança na mesa e saíram dizendo que dariam outro bombom para quem não comesse o primeiro até elas voltarem. Depois, explicaram para a gente que isso desenvolvia o autocontrole... Agora, sempre arrumo tempo para levá-las à pracinha para brincar com outras crianças.

Um dos grandes ganhos desse trabalho, sem dúvida alguma, está na declaração destacada acima. Elizete conta como aprendeu a brincar e conversar com as filhas. Enfim, como aprendeu a ser uma mãe afetiva e participativa.



Acreditamos que Elizete terá a possibilidade de romper com um ciclo perverso de repetição de histórias. Ela, que teve sua vida construída com base no abandono, está tendo a possibilidade de proporcionar às filhas a chance de uma história diferente da sua. O apoio que está tendo para se transformar é decisivo para estabelecer com as filhas uma relação de amor. O que, por si só, é transformador.

Falar sobre a história de vida da Elizete nos leva a refletir sobre o processo tão frequente de institucionalização de crianças e adolescentes. A Prefeitura de São Paulo acolhe hoje cerca de 2.700 crianças e adolescentes em situação de risco.

Ao longo das últimas décadas, muitas crianças foram parar em abrigos da assistência social – retiradas por decisão judicial ou a pedido da própria família – basicamente porque a miséria as impedia de dar condições dignas aos filhos, que acabam sendo vítimas de desnutrição, falta de higiene, violência doméstica, abuso, trabalho infantil, entre outros.

Amparar essas famílias para reverter esse quadro e evitar o acolhimento das crianças tornou-se prioridade absoluta. O eixo do trabalho da Smads passou a promover o fortalecimento, a emancipação e a inclusão social das famílias por meio do acesso aos serviços públicos e às ações comunitárias, de forma a criar uma rede de proteção social contra as violações de direitos a que estão expostas. Combater as causas que levam ao acolhimento para não privar as crianças e adolescentes do convívio familiar vem sendo a diretriz básica do trabalho da assistência social nessa área.

Para isso, a Smads hoje busca dar resposta não só às demandas estritas por assistência social, ou seja, às situações de violação de direitos que lhe chegam, como também ampliar suas ações preventivas com o mapeamento das áreas e lares mais vulneráveis.

As análises estatísticas são apenas o ponto de partida para o diagnóstico que vem orientando as ações da assistência social. A escuta e a participação dos usuários nas decisões são outros elementos-chave desse trabalho, que baseia o resgate de direitos não só nos serviços sociais, mas no fortalecimento dos vínculos familiares e sociais para a construção de uma rede de proteção. Alguns exemplos concretos ilustram bem isso, como o narrado a seguir.

Uma escola denunciou algumas famílias por negligência e exploração de trabalho infantil. Diante disso, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) do território organizou uma reunião com elas na escola. O encontro evidenciou que a amplitude dos direitos violados era muito maior, e desdobrou-se em outros. O grupo cresceu, consolidou-se e foi identificando problemas e demandas comuns. As mães puderam conhecer e ter acesso a vários serviços sociais que minoraram alguns problemas e se organizaram coletivamente para resolver outros. Também a equipe da escola, inicialmente tão crítica com aquelas famílias, tornou-se mais solidária e se mobilizou para ajudar. Um professor até passou a buscar um aluno diariamente em casa, na favela.

A situação das crianças melhorou bastante, mas as mães se queixavam de não ter mais controle sobre os filhos adolescentes, que já tinham anseios de consumo que elas não podiam satisfazer. Montou-se, então, um grupo com os adolescentes. A partir daquela escuta, vários desses meninos deixaram o trabalho infantil e até o tráfico para se incorporar a cursos profissionalizantes, estágios regulares ou trabalhos como aprendizes.

Foi o resultado de um trabalho paciente que combinou serviços sociais com o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Não fosse esse esforço, aquelas crianças que viviam em situação tão precária talvez tivessem sido separadas de suas famílias e encaminhadas para abrigos.

No entanto, apesar de todos os esforços para manter as crianças e adolescentes no seio de suas famílias (nuclear ou expandida), em muitos casos o afastamento é decidido pela Justiça, por entender ser imprescindível para garantir a integridade física ou psicológica.

O Conselho Municipal de Assistência Social (Comas) juntamente ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) aprovou a Resolução Conjunta nº 2 de 2015, que propõe algumas diretrizes para os acolhimentos. Esta gestão participou das discussões e apoiou mudanças que, acreditamos, poder melhorar o atendimento dessas crianças e jovens. As diretrizes propostas são as seguintes:

- 1) *O afastamento familiar será excepcional e provisório.* Graves situações de abandono, negligência, violência ou abuso seriam os únicos motivos aceitáveis para o acolhimento e, mesmo assim, apenas no caso em que não haja alternativa segura para que esse acolhimento se dê no âmbito da família estendida. A decisão, tanto sobre o afastamento da família quanto sobre o retorno, é da Justiça, mas o serviço de acolhimento e as equipes técnicas da Smads que o supervisionam mantêm estreita comunicação com os técnicos do Judiciário. Essas equipes devem trabalhar junto à criança e à sua família (inclusive com visitas domiciliares) para que os vínculos sejam mantidos e fortalecidos e para que os motivos que levaram ao acolhimento sejam superados no menor prazo possível. O prazo máximo de acolhimento não pode exceder dois anos, quando a criança/adolescente deve voltar para sua família ou, na impossibilidade disso, ser encaminhada para família substituta, por meio de guarda, tutela ou adoção.
- 2) *Individualizar o atendimento.* No prazo máximo de um mês após o acolhimento deve ser elaborado um Plano Individual de Atendimento (PIA) para a criança/adolescente e sua família. Os objetivos do plano são reduzir os danos causados pelas circunstâncias traumáticas que levaram ao acolhimento e apoiar a família para a superação dessas circunstâncias. Sua elaboração deve partir das situações identificadas no diagnóstico que embasou a decisão judicial e deve contar com a participação da equipe do serviço de acolhimento, dos técnicos da Smads que o supervisionam, do Conselho Tutelar e, sempre que possível,



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

da equipe interprofissional da Justiça da Infância e Juventude. O trabalho inclui ainda uma escuta qualificada das crianças, dos adolescentes e de suas famílias, além de pessoas significativas em seu convívio, para que se compreenda a dinâmica familiar.

- 3) *Viabilizar o retorno à família.* A Smads e os serviços de acolhimento devem prever ações voltadas à prevenção do rompimento de vínculos familiares e cabe à Smads articular a integração de políticas públicas e ações comunitárias voltadas ao fortalecimento, à emancipação e à inclusão social das famílias, propiciando a promoção do acesso à rede de serviços para que a família possa cumprir suas funções parentais de oferecer um ambiente seguro, cuidado, com proteção e socialização às suas crianças.
- 4) *Trabalhar em rede.* A equipe da Smads e o serviço de acolhimento devem articular todas as instâncias envolvidas no atendimento das crianças e adolescentes abrigados para que operem em rede, trocando informações regularmente, avaliando a evolução de cada caso e explorando as sinergias e complementaridades de suas ações. Atualmente, cada regional realiza reuniões mensais com a participação de todos os profissionais envolvidos no atendimento de crianças e adolescentes abrigados, incluindo: equipes da saúde (de Unidades Básicas de Saúde a de Centros de Atenção Psicossocial), da educação (escolas, creches, Emeis), das organizações sociais conveniadas responsáveis pelos serviços de acolhimento e os técnicos da Smads que os supervisionam, além dos técnicos da Vara da Infância e Juventude. Nessas reuniões são compartilhadas experiências, avaliadas as evoluções dos casos e traçados alguns pactos para a atuação conjunta. Para os casos que requerem atenção especial costumam ser marcadas reuniões específicas com os envolvidos.
- 5) *Garantir o não desmembramento de grupos de irmãos.* Os irmãos devem ser acolhidos juntos.
- 6) *Preservar e fortalecer os vínculos familiares e comunitários.* Sempre que seja possível e não redunde em risco iminente para a criança, seu acolhimento deve mantê-la em seu território de origem, frequentando a mesma comunidade e escola e mantendo contato supervisionado com a família.
- 7) *Acolher com respeito à diversidade.* Respeito à origem, raça, cor, gênero, religião, orientação sexual ou qualquer outra característica passível de discriminação.
- 8) *Respeitar e incentivar o desenvolvimento da autonomia.*
- 9) *Owir as crianças e adolescentes e respeitar seus interesses.* Os acolhidos participarão dos processos definidores de seus projetos de vida.
- 10) *Reconhecer a incompletude institucional e buscar integrar a criança à comunidade.* Deve-se propiciar atividades de convívio social fora do ambiente da instituição e não oferecer internamente serviços e atividades que possam ser encontrados fora. Para isso, os serviços de acolhi-

mento devem propiciar, além da frequência regular a escolas e creches, a participação dos abrigados em cursos e atividades lúdicas, de lazer e esportivas realizadas na comunidade, nos Centros para Crianças e Adolescentes (CCAs), nos Centros para a Juventude (CJs) e nos Centros de Desenvolvimento Social e Produtivo para Adolescentes, Jovens e Adultos (Cedesps). Esses três últimos, aliás, são serviços da Smads que foram reestruturados para se tornarem Serviços de Convívio e Fortalecimento de Vínculos, por meio de atividades esportivas, lúdicas e artísticas. Mesmo a formação profissional, ofertada nos Cedesps, agora engloba o público de 15 a 59 anos com o objetivo de favorecer a convivência intergeracional.

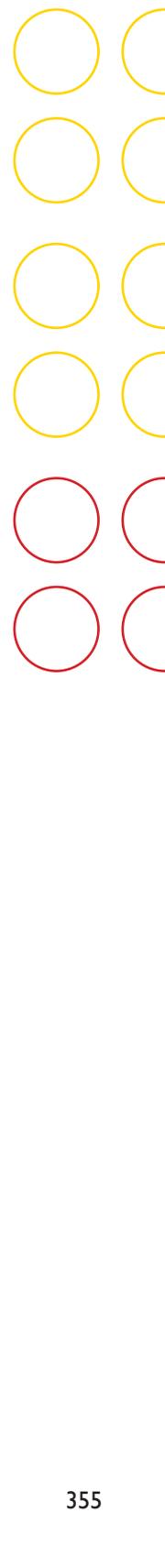
- 11) *Assegurar o direito das famílias a visitar as crianças e adolescentes e acompanhar suas atividades cotidianas.* Em caso de pai ou mãe cumprindo medida de privação de liberdade, a entidade responsável pelo acolhimento garantirá a ida das crianças ou adolescentes para visitas, independentemente de autorização judicial.
- 12) *Ajudar a criança a lidar com sua história, elevar sua autoestima e construir sua identidade.* O cuidador fará acompanhamento nos serviços de saúde, escola e todos os outros, e se encarregará de garantir fotos e registros sobre o desenvolvimento de cada criança para preservar sua história de vida.
- 13) *Acompanhar por seis meses a criança ou adolescente em caso de retorno à família.*

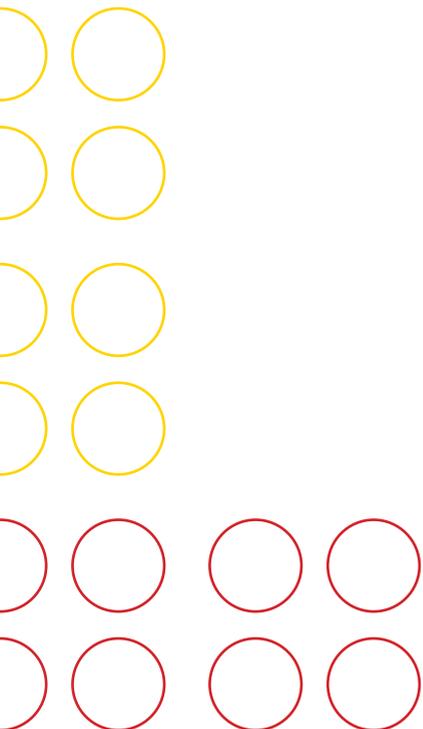
Para viabilizar o respeito a essas diretrizes, que têm como filosofia básica a união dos irmãos e a criação de ambientes capazes de substituir um ambiente familiar acolhedor, a Smads está reestruturando sua atual rede de acolhimento.

Entendemos que seria necessário diversificar o tipo de acolhimento para atender com mais propriedade às situações diversas. Na cidade de São Paulo, os convênios da Assistência Social para acolhimento eram apenas na modalidade *Saicas* (Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes), mas nos próximos meses entrarão em funcionamento duas novas modalidades de acolhimento: a *Casa Lar* e a *Família Acolhedora*.

Os *Saicas* são casas para até 20 crianças e adolescentes. A fim de atender à diretriz da Resolução, apresentamos um plano para que, em um prazo de quatro anos, o número de acolhidos passe de 20 para 15, atendendo prioritariamente às situações cuja possibilidade de retorno familiar existe. Nesse contexto, o trabalho de reconstrução de vínculos com a família deve ser mais intenso.

Com isso, buscaremos atender melhor às situações como o caso das irmãs Carla e Mara, de 10 e 8 anos, que foram parar em um abrigo depois de denúncias de que a mais velha estaria sendo abusada sexualmente pelo padrasto.





O acolhimento durou quase dois anos. Carla, que no início tinha crises nervosas e se autolava, foi atendida por um serviço psicológico especializado em vítimas de violência. As irmãs também passaram a participar de várias atividades socioeducativas e lúdicas no contraturno escolar.

No atendimento à família, verificou-se que a mãe era séria e dedicada ao trabalho, mas acreditava que a filha mais velha insinuava-se ao padrasto. Essas questões foram muito trabalhadas, sobretudo depois da prisão e morte do padrasto. Aos poucos foram promovidos encontros das filhas com a mãe, no início acompanhadas pela psicóloga, depois pelo educador do serviço, até que a relação evoluiu e as irmãs puderam voltar para casa.

O esforço pela reintegração familiar é a nossa primeira opção sempre, mesmo porque crianças que crescem privadas do convívio familiar podem apresentar problemas muito sérios e difíceis de serem superados. Mas nem sempre é possível. Daí a necessidade de outras construções visando ao bem-estar dessas crianças e adolescentes.

O acolhimento não poderia exceder dois anos. Depois disso, a criança ou o adolescente deveria voltar para a família ou, na impossibilidade disso, ser encaminhado à família substituta, por meio de guarda, tutela ou adoção. Mas esta não é a realidade, e há crianças que entram pequenas e só saem ao completar 18 anos.

A *Casa Lar* é uma modalidade de acolhimento para até dez pessoas e visa a atender, prioritariamente, crianças e adolescentes destituídos do poder familiar e com chances remotas de voltar às famílias de origem. Também atende crianças que estão abrigadas há muitos anos, e grupos numerosos de irmãos, que costumam ter mais dificuldade para serem adotados. O objetivo é criar um ambiente mais próximo ao familiar.

Uma análise da nossa rede socioassistencial identificou que temos 333 crianças e adolescentes nessas condições, sendo 275 já destituídos das famílias e 58 acolhidos há mais de cinco anos. Para estes, é preciso mostrar que é possível criar vínculos diferentes dos parentais e se fortalecer, crescer e ser feliz fora do contexto familiar tradicional.

O *Família Acolhedora* é um modelo voltado a abrigar bebês que vão para adoção, bem como crianças e adolescentes com perspectiva de voltar rapidamente à sua família de origem. São situações como filhos de mães condenadas a alguns meses de detenção ou que estão em tratamento por dependência de drogas.

As famílias que acolhem essas crianças serão rigorosamente selecionadas e capacitadas para a função. Receberão uma ajuda de custo e serão supervisionadas pela Smads. É um modelo que já funciona de forma exitosa em algumas cidades do Brasil e em outros países.



Eduardo Ogata

A verdade é que o acolhimento vem sempre precedido de experiências de abandono, negligência ou violência, e é um desafio enorme cuidar dessas crianças para que consigam superar as vivências ruins e vislumbrar um futuro melhor.

A implementação cuidadosa dessas novas diretrizes de acolhimento tem permitido reverter danos e reconstruir vínculos familiares mesmo em alguns casos em que a violação de direitos foi muito violenta e o afastamento da família acabou sendo radical.

Foi o caso dos filhos de Marinalva. Ela e o companheiro, cadeirante, viviam em situação de rua e abuso de drogas quando a caçula dos três filhos, uma bebê de poucos meses, foi acolhida. Algum tempo depois, seus dois irmãos mais velhos, de 3 e 5 anos, acabaram em outro abrigo, após serem abandonados em uma vizinha quando os pais fugiram de um traficante que os ameaçava. As crianças chegaram traumatizadas, choravam muito e contavam histórias de fome e até de comer ratos. Proibida pela Justiça de visitar os filhos mais velhos, Marinalva manteve, porém, suas visitas à caçula até desaparecer.

Um ano depois, a assistência social localizou a mãe: grávida, em situação de rua e ainda usuária de drogas. Dessa vez, porém, Marinalva aceitou a oferta de tratamento e se internou na Fazenda Esperança, onde deu à luz o novo bebê. Desintoxicada e empregada na própria clínica, Marinalva decidiu tentar recuperar os filhos. A equipe do abrigo onde vivia a menor visitou a fazenda para ver de perto a situação da mãe, constatou que ela cuidava muito bem do novo bebê e deu parecer favorável.

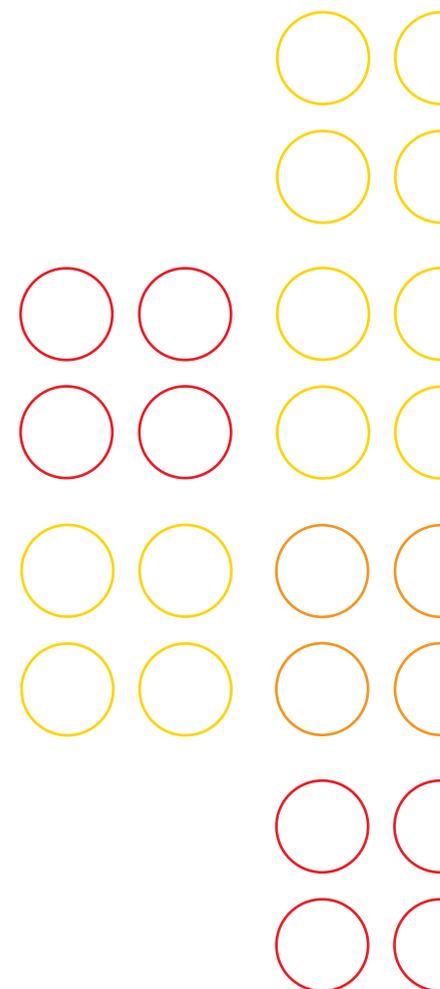
Depois foi a vez das equipes do Judiciário e do abrigo onde moravam os dois mais velhos. Embora a mãe parecesse bem, os técnicos foram reticentes quanto à conveniência de as crianças morarem em uma fazenda que era uma clínica de desintoxicação, sobretudo porque eles não queriam voltar a morar com a mãe. A Justiça, então, autorizou que Marinalva visitasse o abrigo. O reencontro foi muito bom e os dois meninos acabaram indo passar as férias com a mãe. As últimas resistências foram vencidas quando ela conseguiu uma casa separada da clínica. Marinalva diz que ela mesma nunca teve cuidados maternos e que aprendeu a ser mãe com outras mães internadas na clínica.

O esforço pela reintegração familiar e social e o cuidado ao fazê-la é bem justificado. Crianças que crescem privadas do convívio familiar podem apresentar problemas muito sérios e difíceis de ser superados, principalmente porque o acolhimento vem sempre precedido de experiências de abandono, negligência ou violência. Felizmente, as novas diretrizes para o trabalho de acolhimento, que apostam fortemente na construção de vínculos familiares e comunitários e em um trabalho que articula os vários serviços públicos, vêm trazendo bons resultados, inclusive para reverter quadros complicados de crianças que passaram a vida em abrigos.

Um bom exemplo é Grazielle, caçula de seis irmãos que viveu dos 5 aos 18 anos em abrigos. Órfãos de mãe, todos foram retirados do pai por negligência. Os mais velhos fugiram, dois



Wagner Origenes Nunes



irmãos foram adotados por um casal italiano e Grazielle quase foi adotada por um casal de amigos deles, que desistiu durante o mês de convivência experimental no Brasil. É que Grazielle, que há cinco anos vivia em diferentes abrigos, ao conhecer o casal começou a apresentar violentos surtos autodestrutivos. Os cinco anos seguintes foram de sucessivas e longas internações psiquiátricas até Grazielle ser transferida, já com 15 anos, a um abrigo próximo ao Hospital das Clínicas, onde estava internada há meses.

Foi uma longa e lenta adaptação: no início apenas algumas horas de permanência no abrigo, depois um pouco mais, surtos de pânico nas primeiras noites, automutilações que se tornaram frequentes por muito tempo. A equipe do abrigo vivia aterrorizada pelo que Grazielle poderia fazer consigo mesma e a ideia de tentar transferi-la era uma tentação permanente. Mas ela não suportaria mais uma rejeição e a equipe persistiu. Tiveram de aprender a imobilizá-la sem feri-la e foram inúmeras as idas ao hospital psiquiátrico.

Entre uma crise e outra, a tentativa de vinculá-la à vida. Conversando, descobriram que gostava de arte e lhe propuseram um curso de pintura antes do supletivo, que foi escolhido com sua participação. No início ia acompanhada a todos os lugares. A equipe do abrigo foi ampliada com psicóloga especialista em acompanhamento terapêutico e, em alguns meses, seu atendimento psiquiátrico passou a ser ambulatorial. Duas vezes por semana ela ia ao Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do bairro para participar de diversas atividades lúdico-terapêuticas. E, enquanto estava ocupada, seu acompanhante era orientado pelos psicólogos e psiquiatras do Caps sobre como identificar os sinais da iminência das crises, como lidar com elas. A equipe teve de aprender ainda a lidar com o impacto que as crises de Grazielle causavam nas outras crianças e adolescentes do abrigo.

Mas aos poucos as crises foram se espaçando, Grazielle começou a sair para o cinema, para festas, primeiro acompanhada, depois sozinha. Os sete medicamentos psiquiátricos que tomava quando chegou foram reduzidos para três e, aos 17 anos, às vésperas da maioridade e do momento de desligamento, Grazielle quis ler seu prontuário, questionou seus diagnósticos e decidiu procurar sua família pelo Facebook. Localizou o irmão e obteve autorização judicial para visitar ele e o pai. Refez os vínculos, mas não quis morar com eles. Meses depois de arrumar um emprego na empresa de uma das voluntárias do abrigo, ela alugou uma quitinete e conquistou sua independência. Além do trabalho, Grazielle construiu uma boa rede de relações sociais, retomando os vínculos que estabeleceu com voluntárias e funcionárias dos abrigos por onde passou, amigos com quem sai e viaja. Mas quando não está bem, é para o pessoal do último abrigo onde viveu que ela liga para conversar.

O desafio de cuidar da infância é imenso, mas aprendemos que uma forma de cuidar da primeira infância é cuidar dos atuais e futuros pais e mães. Se cuidarmos bem deles, provavelmente não repetirão as histórias tristes que tiveram, e darão aos seus filhos e filhas a oportunidade de escrever histórias mais felizes.



SÃO PAULO MAIS INCLUSIVA E SÃO PAULO CARINHOSA

Marianne Pinotti

Secretária da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida do município de São Paulo (SMPED) e doutora em Medicina Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

Ana Nicolaça Monteiro

Consultora em Educação Inclusiva e mestre em Educação pela Faculdade de Educação da USP

Fabio Ramos Martins de Siqueira

Coordenador de Comunicação (SMPED) e jornalista pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Silvana Lucena dos Santos Drago

Coordenadora de Projetos de Inclusão (SMPED) e pedagoga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

PLANO MUNICIPAL DE AÇÕES ARTICULADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – SÃO PAULO MAIS INCLUSIVA

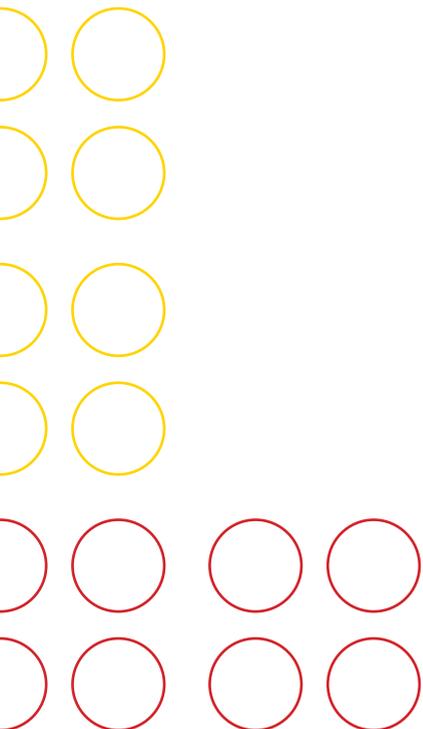
 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) divulgou os dados do levantamento relacionado às pessoas com deficiência, apontando no país um total de 45.606.048 milhões de pessoas (23,9%) que declararam possuir ao menos uma deficiência, sendo que no Município de São Paulo esse número foi de 2.759.004 milhões, ou seja, 24,5% da população da cidade de São Paulo declarou possuir algum tipo de deficiência. Dentre esses, 810 mil afirmaram que têm grande dificuldade ou não conseguem realizar atividades do cotidiano como as demais pessoas que não possuem deficiência, como andar, enxergar, escutar etc. Ao considerarmos apenas esse público, que possui deficiências mais graves, são aproximadamente 340 mil pessoas que não enxergam ou que possuem grande dificuldade para enxergar. Da mesma forma, há cerca de 120 mil indivíduos com deficiência auditiva mais severa e 216 mil pessoas com deficiência motora grave. Além disso, 127 mil possuem deficiência mental/intelectual que afetam significativamente sua vida cotidiana.

Os números evidenciam a dimensão quantitativa da deficiência no Brasil e no município de São Paulo, embora esses não representem a complexidade e sua total magnitude, seus aspectos e suas consequências sociais, psicológicas e econômicas que extrapolam esses números.

A assunção pelo Governo Brasileiro da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência como matéria constitucional, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), foi mais um exemplo da força política do setor organizado das pessoas com deficiência em nosso país, uma vez que a referida Convenção foi aprovada com quórum qualificado no Congresso Nacional. Evidencia-se, portanto, que o parlamento considerou a importância da garantia de direitos dos cidadãos com deficiência pelo Estado brasileiro.

Nesse sentido, o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, também se configura como instrumento que articula as várias áreas para atender as especificidades das pessoas com deficiência, com o objetivo de concretizar a equiparação de oportunidades, eliminar toda a forma de discriminação e garantir o acesso de toda a população com deficiência aos bens e serviços disponíveis.

A Prefeitura de São Paulo, em consonância com o Decreto citado acima, assinou, no dia 19 de abril de 2013, o Termo de Adesão ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. De acordo com a competência da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida (SMPED), qual seja, “[...] conduzir, executar e articular as ações governamentais entre os órgãos e entidades da Prefeitura do Município de São Paulo e os diversos setores da sociedade, visando à implementação da política municipal para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida [...]”, foi elaborado, em articulação



com 20 secretarias, o Plano Municipal de Ações Articuladas para Pessoas com Deficiência – São Paulo Mais Inclusiva. Seu lançamento ocorreu em 3 de dezembro de 2013, estabelecido pelo Decreto nº 54.655, de 3 de dezembro de 2013 (SÃO PAULO, 2013).

Para efetivar essa proposta, foi instituído o Grupo Municipal de Articulação e Monitoramento (GMAM) por meio da Portaria nº 281, de 16 de setembro de 2013, e, posterior designação de seus membros pela Portaria nº 302, de 4 de outubro de 2013. Esse grupo envolveu as 20 secretarias municipais, sob a coordenação das Secretarias da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida, de Governo e de Gestão.

Foi estabelecido como objetivo central do Grupo Municipal de Articulação e Monitoramento (GMAM) a articulação entre as diversas Secretarias Municipais em relação ao planejamento, à execução e ao monitoramento das políticas públicas, de forma a garantir o acesso integral e integrado das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida em igualdade de condições com as demais pessoas aos bens e serviços da cidade. Essa diretriz norteadora possibilitou a construção conjunta de estratégias para que os aspectos específicos da vivência da deficiência fossem contemplados na efetivação das ações voltadas aos municípios em geral.

O Plano São Paulo Mais Inclusiva estabeleceu 70 ações, divididas em cinco eixos estruturantes: 1. Acessibilidade; 2. Atenção à Saúde; 3. Acesso à Educação, Cultura e Esporte; 4. Trabalho; e 5. Inclusão Social e Cidadania.

Após seu lançamento, no período entre abril e setembro de 2014, seguindo a diretriz de participação social na gestão municipal, as 70 ações que compuseram o Plano São Paulo Mais Inclusiva estiveram em processo de Consulta Pública, ação essa que visou ampliar a participação das pessoas com deficiência na formulação de propostas voltadas às suas demandas, uma vez que, em 2013, a SMPED iniciou o Projeto Diálogos em Ação com o objetivo de aproximar os profissionais que atuavam na execução das políticas públicas com a população do processo de planejamento intersecretarial e intersecretorial.¹

Sua metodologia foi baseada na realização de encontros temáticos de educação, acessibilidade e saúde que, a partir de uma exposição conceitual inicial, gerava o debate entre profissionais de diferentes áreas na identificação dos elementos que dificultavam o acesso das pessoas com deficiência aos direitos e serviços, bem como na proposição de soluções conjuntas para o enfrentamento e a diminuição dessas barreiras.

No caso da Minuta Participativa do Plano São Paulo Mais Inclusiva, o resultado desse processo foi um expressivo número de contribuições, inclusive em comparação com outros dispositivos de participação social lançados no âmbito da Prefeitura Municipal de São Paulo.



Eduardo Ogata

¹ Relatório de Articulação e Monitoramento do Plano Municipal de Ações Articuladas São Paulo Mais Inclusiva 2013/2014.

Somou-se a isso o fato de que o formato acessível da Minuta Participativa permitiu, de fato, a participação de pessoas com todos os tipos de deficiência, inclusive a intelectual.

O Plano São Paulo Mais Inclusiva está alinhado ao Programa São Paulo Carinhosa (SÃO PAULO, 2013), que tem como objetivo coordenar, divulgar, articular e ampliar as ações que ocorrem no Município de São Paulo para a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância nos âmbitos da saúde, da educação e da assistência social. Essa parceria se deu porque a Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância – São Paulo Carinhosa apresentava a atuação intersetorial como principal diretriz e pelo reconhecimento da importância da articulação com outras políticas públicas das demais esferas de governo, sem perder a perspectiva de que todas as crianças, com ou sem deficiência, são cidadãos sujeitos de pleno direito.

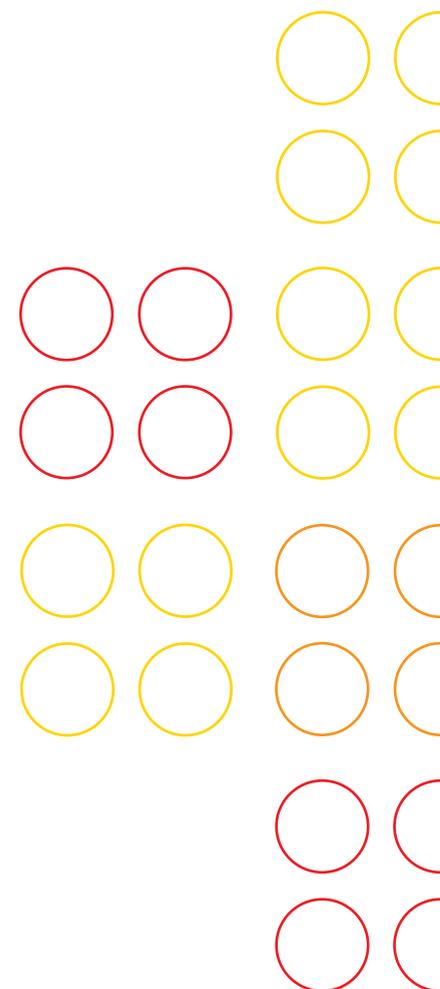
ACÇÕES ARTICULADAS: PROGRAMA DE METAS, PLANO SÃO PAULO MAIS INCLUSIVA E PROGRAMA SÃO PAULO CARINHOSA

A transversalidade foi a característica fundamental que sustentou tanto o Plano Municipal São Paulo Mais Inclusiva quanto o Programa São Paulo Carinhosa. A articulação organizada entre diversas áreas evitou a sobreposição de tarefas e fortaleceu as ações para que os objetivos fossem alcançados visando ao desenvolvimento integral da criança com deficiência.

Diversas metas que integraram o São Paulo Mais Inclusiva relacionaram-se diretamente aos objetivos do São Paulo Carinhosa, e ambos interagiram com o Programa de Metas do município.

O Plano São Paulo Mais Inclusiva foi lançado juntamente à inauguração do primeiro Centro Especializado de Reabilitação (CER IV), em M'Boi Mirim, o que ampliou e qualificou o acompanhamento integral em saúde e reabilitação das crianças com deficiência. Desde então, a Secretaria Municipal de Saúde entregou dois novos CERs IV – São Miguel Paulista e Ipiranga, e readequou 13 Núcleos Integrados de Reabilitação/Núcleos Integrados de Saúde Auditiva (NIR/NISA), transformados em CER (08 CER II, 05 CER III e 02 CER IV).

Outro destaque foi a efetivação da Central de Interpretação de Libras (CIL), gerenciada pela SMPED e que atendeu a uma demanda histórica da comunidade surda, surdo-cega e de pessoas com deficiência auditiva que vivem em São Paulo. Desde setembro de 2015, a CIL vem realizando a mediação na comunicação do seu público-alvo, incluindo crianças e seus pais, com os serviços públicos instalados na cidade, como unidades de saúde, defensoria pública, centros de assistência social, entre outros. Há casos, por exemplo, como o acompanhamento do pré-natal,



parto e pós-natal de uma mãe surda em gravidez de risco, que, até então, tinha grande dificuldade para compreender em detalhes as instruções passadas pela equipe médica. Essas são iniciativas como a reorganização do protocolo para gestante de alto risco e ampliação da triagem neonatal, incluindo efetivação da fase IV do teste do pezinho (seis patologias) nas maternidades municipais e um curso, a ser realizado em 2016, também em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, para formação de dois mil servidores para a identificação precoce e encaminhamento para intervenção em casos de atraso no desenvolvimento.

A SMPED também articulou com outras Secretarias diversas ações voltadas à criança com deficiência nas áreas de Saúde, Educação, Cultura e Esporte. Acrescido a isso, a SMPED compõe o Grupo Gestor Intersecretarial do Benefício de Prestação Continuada do Programa BPC na Escola, do Programa BPC Trabalho e demais programas que vierem a ser implementados relativos ao BPC. Esse trabalho resultará em uma publicação para a publicização das ações efetivadas.

Com a Secretaria Municipal de Cultura, a articulação entre o São Paulo Mais Inclusiva e o São Paulo Carinhosa garantiu a participação da criança com deficiência na programação infantil do Circuito São Paulo de Cultura, em 2014, e nas Viradinhas Culturais de 2014 e 2015, que apresentaram diversas atrações com recursos de acessibilidade, como interpretação para Libras (Linguagem Brasileira de Sinais) e audiodescrição para crianças com deficiência visual e cegas.

Sobre o brincar inclusivo, a SMPED desenvolveu 111 oficinas visando a incluir crianças com e sem deficiência em brincadeiras, contemplando multilinguagens e também o projeto de parques acessíveis para a instalação de brinquedos acessíveis em unidades educacionais, conforme já mencionado. Em complemento a essa ação, o prefeito Fernando Haddad sancionou, em 3 de fevereiro de 2016, a Lei Municipal nº 16.387 (SÃO PAULO, 2016), que disponibiliza brinquedos ao uso de crianças com deficiência em parques e áreas de lazer infantil, públicos e privados.

AÇÕES DA SÃO PAULO CARINHOSA NA SMPED

Em algum lugar, alguém está dizendo a um menino que ele não pode brincar porque não consegue andar; a uma menina que ela não pode aprender porque não consegue enxergar. Esse menino merece uma oportunidade para brincar. E todos nós ganhamos quando essa menina, e todas as crianças, conseguem ler, aprender e contribuir. O caminho a percorrer será desafiador. Mas crianças não aceitam limites desnecessários. Nós também não deveríamos aceitar (LAKE, 2013, p. iii).

Os dados do Censo IBGE (2010) não são estratificados pela faixa de 0 a 6 anos de idade, mas de 0 a 4 anos e de 5 a 9 anos de idade. Fazendo o cruzamento de dados de algumas tabelas, estima-se que cerca de 193 mil crianças de 0 a 6 anos de idade, na cidade de São Paulo, possuem algum tipo de deficiência.

O documento da Unesco 2013, que trata da situação mundial da infância, aponta que crianças com deficiência são frequentemente consideradas inferiores, o que as expõe a maior vulnerabilidade, resultando na sua exclusão social.

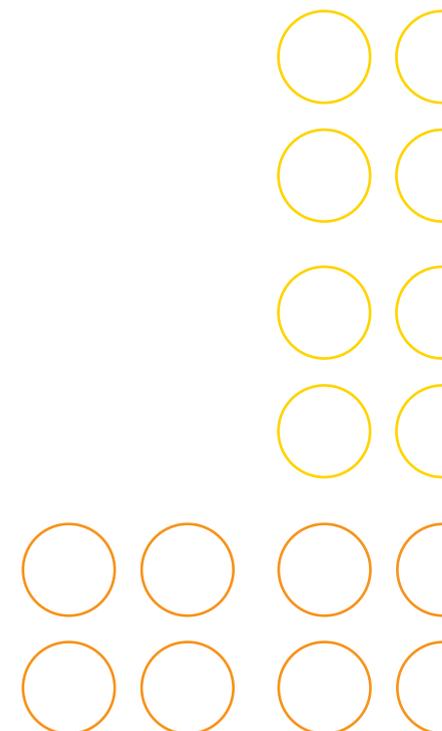
Marks (2006) observou que essa exclusão pode ter início na pré-escola, ao verificar que crianças com deficiência são ignoradas como amigas porque seus colegas acreditam que elas não estão interessadas ou não são capazes de brincar e interagir. Não surpreende, portanto, que crianças com deficiência estejam entre as mais vulneráveis à baixa autoestima e ao isolamento educacional e social.

Ao comprometer-se com a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), o governo brasileiro toma para si a responsabilidade de garantir que todas as crianças, com ou sem deficiência, desfrutem de seus direitos sem qualquer tipo de discriminação. Esses documentos reafirmam o princípio da igualdade entre todos os seres humanos, independentemente de suas condições e limitações, e vincula as questões da deficiência ao âmbito dos Direitos Humanos.

Para garantir, de fato, a inclusão de crianças com deficiência na vida em comunidade, é preciso, no dia a dia, assegurar o direito de se desenvolverem e brincarem, desde o seu nascimento até os 6 anos de idade, considerada a primeira infância. Assim, podemos sugerir que é possível identificar um descompasso entre as potencialidades e possibilidades das crianças com deficiência e as oportunidades postas à sua disposição.

Diferentes iniciativas que reúnem crianças com e sem deficiência em atividades educacionais, culturais e sociais favorecem a construção de relações pacíficas e produtivas, reduzindo, por meio da interação, atitudes de discriminação e preconceito a essas crianças. À medida que as crianças convivem com adultos e/ou outras crianças em momentos de brincadeiras, também passam a conhecer as culturas sociais e as ações construídas coletivamente, minimizando ações discriminatórias. O ato de brincar reúne todas as condições necessárias para que o desenvolvimento infantil se processe de maneira harmoniosa e possibilite a promoção da inclusão tanto educacional quanto social.

A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida organizou propostas em consonância com o Programa São Paulo Carinhosa na perspectiva de promover ações inclusivas direcionadas à primeira infância, tendo como foco o brincar, a interação social e o convívio familiar de todos aqueles que convivem com a criança na comunidade.



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

Kishimoto (2013) em seu texto intitulado “Brinquedos e brincadeiras na creche e na pré-escola” destaca que a brincadeira é muito importante no processo de construção da identidade da criança e pode contemplar as diferenças individuais, interesses e necessidades, aspectos sociais, culturais, econômicos e familiares relacionados às brincadeiras e aos brinquedos.

Outro fator primordial à operacionalização das propostas é a relação da família com a criança, principalmente no que se refere à construção de sua identidade, já que a primeira infância abre o mundo em relação ao ser e ao sentir. Nesse universo, é possível apontar a relevância da família como elementos na construção da identidade da criança.

A família também desenvolve um papel importante nas formas de representação do mundo exterior, pois é através dela que se dá a inserção do sujeito neste mundo e onde começa a apreensão do conjunto de determinações – processo este que lhe possibilita viver o universal de forma particular e, neste movimento, construir-se (SOUSA, 2008, p. 2).

As crianças com deficiência, no entanto, muitas vezes são privadas de brincar. Essas privações são embasadas em crenças equivocadas de que o bebê e a criança com deficiência não conseguem brincar. No entanto, toda criança é capaz e deve brincar, não importando se tem deficiência ou não. O ato lúdico e o brincar são fundamentais para o desenvolvimento integral dos bebês e das crianças com deficiência e, também, contribuem para que as famílias e os profissionais entendam que, antes de olhar, perceber e se relacionar com a deficiência, o mais importante é que se relacionem e percebam os bebês e as crianças com suas inúmeras características, habilidades e potencialidades, aspectos propostos nas Oficinas sobre o Brincar Inclusivo (2015).

Oficinas sobre o Brincar Inclusivo

O brincar é um direito de TODAS as crianças, conforme Artigo 31º da Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança (1989). Para possibilitar que todas as crianças, com e sem deficiência, tenham direitos garantidos – em situações lúdicas –, o Artigo 9º da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência exige a promoção da acessibilidade, com o intuito de garantir independência e participação em todos os aspectos da vida, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

A proposta em realizar Oficinas sobre o Brincar Inclusivo destaca que a garantia de todos esses direitos, no caso de crianças pequenas, passa, necessariamente, pelo exercício da ludicidade, pois é promotora de vivências, descobertas e resolução de situações desafiadoras.

A SMPED ofereceu, durante o período de novembro de 2015 a janeiro de 2016, as Oficinas sobre o Brincar Inclusivo para famílias com crianças de 0 a 6 anos de idade, comunidade e

profissionais que apresentassem interesse pelo tema. A proposta dessas oficinas foi elaborada em consonância com o Programa São Paulo Carinhosa e visou propiciar condições para que crianças, adolescentes e adultos (com e sem deficiência) vivenciassem experiências lúdicas significativas para refletir sobre a importância do brincar no processo de desenvolvimento infantil.

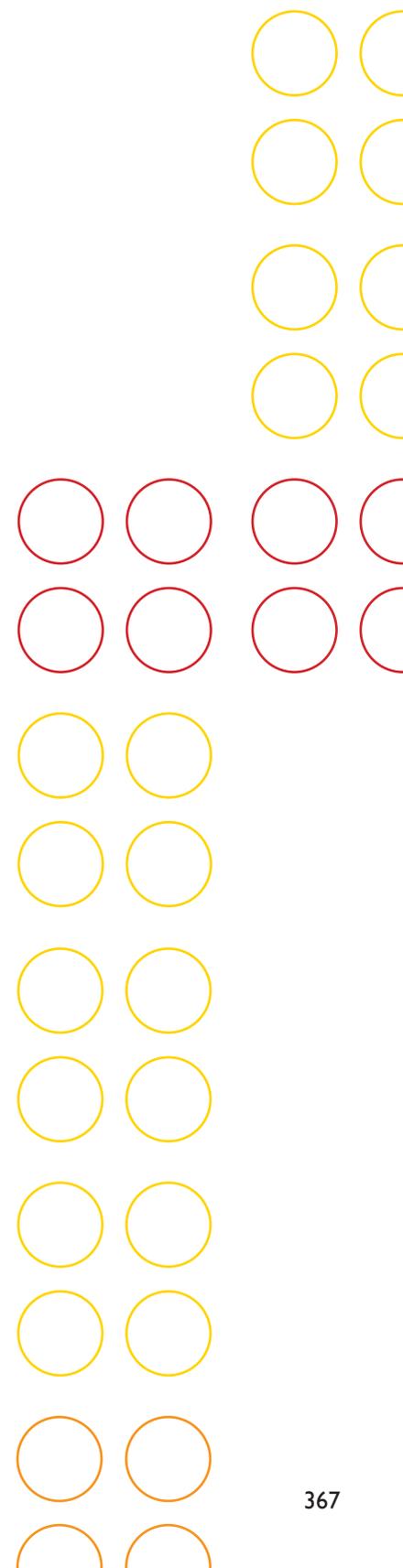
Outros objetivos também embasaram a proposta, tais como: reconhecer as diversas formas do brincar como expressão da criança, considerando as necessidades e características próprias de cada uma; desenvolver reflexão sobre a convivência com a diferença, a experiência pessoal e os direitos humanos, de forma a contribuir com o respeito à dignidade e aos direitos da pessoa com deficiência e mobilidade reduzida; apresentar algumas considerações sobre o brincar inclusivo, atentando à participação da família; contribuir para o desenvolvimento de atividades lúdicas inclusivas que possam ampliar as discussões e ações sobre a importância do brincar para todas as crianças; fortalecer propostas que ampliem a equiparação de oportunidades, possibilitando o repensar sobre as práticas lúdicas e propor ações colaborativas que resultem em brincadeiras para crianças com e sem deficiência.

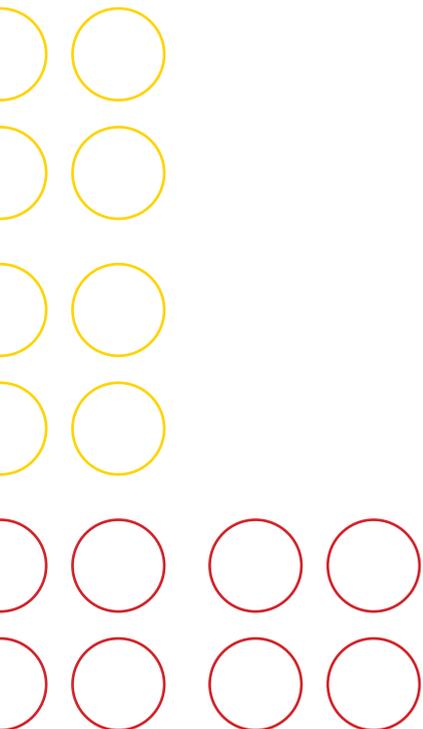
No período de novembro de 2015 a janeiro de 2016, foram realizadas 111 oficinas sobre o Brincar Inclusivo desenvolvidas em todas as regiões/territórios da cidade, sendo que 10 dessas oficinas contaram com profissionais especializados para garantir a acessibilidade de todos os participantes envolvidos.

Na realização das oficinas foram desenvolvidas dez diferentes temáticas, quais sejam: 1. A expressão musical e a criança; 2. Contação de história: o faz de conta em questão; 3. Música para bebês: o envolvimento da criança com o universo sonoro; 4. Brincadeiras para bebês: explorando situações desafiadoras; 5. Brincadeiras de movimento: o corpo como recurso; 6. Artes plásticas: expressões múltiplas; 7. Jogos teatrais para crianças; 8. Arte com materiais naturais; 9. Brincadeiras dançantes; e 10. O Brincar na brinquedoteca.

Essas oficinas atingiram mais de 2 mil participantes envolvendo bebês, crianças, jovens e adultos com diferentes deficiências; crianças e adolescentes sem deficiência; famílias com filhos com e sem deficiência por livre adesão e de grupos organizados, além de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, como pedagogos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, professores de teatro e estudantes de graduação de diferentes cursos.

As oficinas propiciaram condições para que crianças, adolescentes e adultos, com e sem deficiência, vivenciassem experiências lúdicas significativas, possibilitando a reflexão sobre a importância do brincar no processo de desenvolvimento, sobre a convivência com a diferença, de modo a contribuir com o respeito à dignidade e aos direitos da pessoa com deficiência na equiparação de oportunidades, visando a inclusão social de todos.





Projeto Parques Acessíveis

O Projeto Parques Acessíveis visou nortear a instalação de brinquedos que promovessem o brincar para todos. Esse projeto possibilita às crianças com mobilidade reduzida e/ou alterações sensoriais e intelectuais a oportunidade de brincar ampliando experiências motoras, sensoriais e cognitivas, além de promover a acessibilidade social. De acordo com a Rede Nacional pela Primeira Infância (2010, p. 26), uma sociedade inclusiva “abraça todos e cada um dos indivíduos”, reconhecendo suas expressões próprias, identificando os grupos étnico-raciais, sociais e culturais; manifestando cuidado pela igualdade e especificidade diante da diversidade de gênero.

Cabe evidenciar que a sociedade brasileira só será inclusiva quando todas as crianças em diferentes condições participarem, desde a primeira infância, como sujeitos de pleno direito de tudo o que é oferecido pelo meio sociocultural.

Kishimoto (2013) destaca que a brincadeira é muito importante no processo de construção da identidade da criança e contempla as diferenças individuais, os interesses e necessidades particulares, aspectos sociais, culturais, econômicos e familiares relacionados às brincadeiras e brinquedos.

O brincar pode ser caracterizado por temas diversos, mas nada será significativo se não ocorrer organização de espaços, tempos, recursos, entre outros elementos que surgem no decorrer das interações sociais. Se esses elementos forem adotados, pode-se dizer que a qualidade do brincar será preservada.

Para tanto, esta proposta embasa-se em algumas referências consolidadas em discussões sobre a temática “Brincar”, tais como apontadas por Kishimoto (2013), Siaulys (2005), e Favero; Ramalho (2012).

O brincar em diversos espaços, bem como a discussão da legitimidade do brincar enquanto processo educativo e de participação dos pais nesse contexto, também são bem pertinentes quando se discute a importância sobre o Brincar Inclusivo, identificando o valor fundamental dessa ação no desenvolvimento da criança.

O Projeto Parques Acessíveis envolveu, inicialmente, a visita a 39 unidades educacionais após a indicação feita pela Secretaria Municipal de Educação (SME). A seleção das referidas unidades foi realizada em reuniões a partir de indicações com representantes das 13 Diretorias Regionais de Educação (DREs) e dos Centros de Formação e Acompanhamento à Inclusão (Cefais). O primeiro indicador observado referiu-se à quantidade de alunos com deficiência matriculados nessas unidades a partir de um instrumento para levantamento de dados previamente organizado. Após os registros descritivos e fotográficos, foi realizada a sistematização



Eduardo Ogata

dos dados e o início da discussão sobre a elaboração de indicadores de qualidade para a instalação de parques acessíveis. A continuidade do referido Projeto prevê o estabelecimento de parcerias para a instalação desses parques acessíveis.

Considerações em movimento

Adentrar os espaços e tempos diversos, identificar, sentir, interagir de formas múltiplas, perceber o outro e se fazer perceptível... caminhos vividos e por trilhar. Buscas pela participação de todos com oportunidades que atentem às diferenças e ao que de instigante há nessas trocas. Afinal, aprendemos em situações nem sempre planejadas, mas imprevisíveis, inusitadas e desafiadoras... Assim é a vida, felizmente.

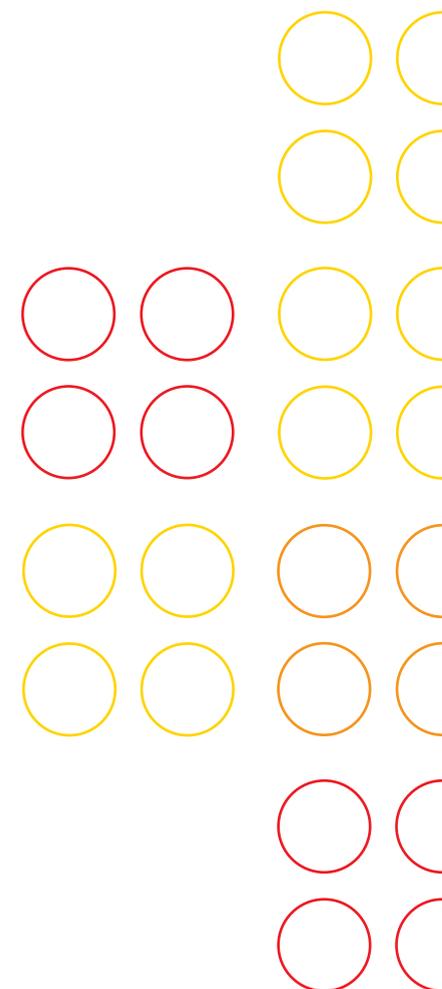
Garantir a atuação intersetorial iniciou-se como um propósito, mas mostrou ser mais que isso: foi o caminho para a construção de práticas efetivamente democráticas. O brincar, o cuidar, o acessibilizar, o elaborar e reelaborar diante de desafios e possibilidades foram ações identificadas como primordiais em todas as etapas realizadas e como referências às que estão por vir.

O direito de ser cuidado, de ter acesso aos direitos humanos básicos, é algo que deve ser garantido a todas as crianças, antes mesmo de elas chegarem ao mundo. Uma cidade inclusiva é aquela que garante pré-natal acessível, que considera as necessidades específicas de mães e bebês, buscando tornar o início da vida um mundo de possibilidades, e não de limitações.

O brincar compartilhado em um universo de faz de conta, uma música ao longe, de fundo, em uma sequência de atividades propostas como o primeiro passo de um mundo que se abre a cada movimento do corpo, dos olhos, do pensar, do sentir de diversas maneiras, ou simplesmente, poder existir, poder ser, poder estar...

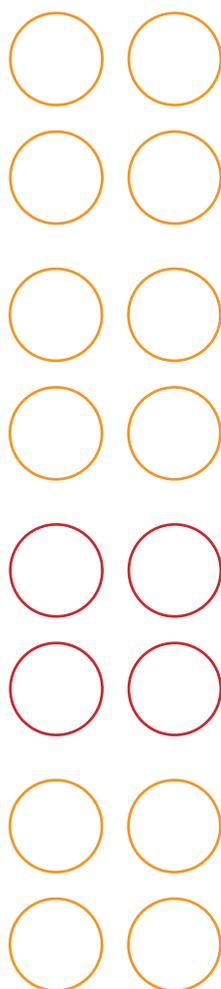
A era contemporânea não permitirá mais a adoção de estratégias para determinados grupos, mas nos impulsionará para o planejar/experimentar/repensar considerando a todos os que vivem nesse universo de possibilidades não fixadas, moldadas ou acabadas. Brinquedos e brincadeiras para todos em parques acessíveis e outros tantos espaços que ganharem corpo no trilhar coletivo. O brincar caracterizado em temas, sons, cores, texturas, aromas e tudo o que se pode criar pela infinita sensibilidade humana, assim como deve ser o movimento da própria cidade, da própria vida... elementos que surgem em interações sociais.

Ser múltiplo face à multiplicidade de possibilidades em uma São Paulo Carinhosa e Mais Inclusiva.

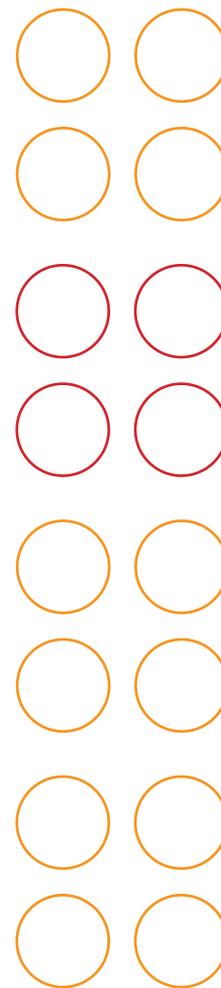


REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaopessoacomdeficiencia.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- _____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Seção 1, p. 3.
- _____. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência– Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Seção 1, p. 12. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- BRONDANI, C. M.; BEUTER, M. A. vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 206-213, jun. 2009.
- COORDENAÇÃO da Coordenadoria de Projetos de Inclusão – SMPED em janeiro de 2015.
- FAVERO, I.; RAMALHO, P. *Guia do Brincar Inclusivo*. Projeto Incluir Brincando. Sesame Workshop: Unicef, 2012.
- INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados do Censo IBGE 2010*. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/ultimas-noticias/secretaria-disponibiliza-publicacoes-em-versao-acessivel-e-dados-do-censo-ibge-2010>>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- KISHIMOTO, T. M. Brinquedos e brincadeiras na creche e na pré-escola. *Salto para o Futuro*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 9-26, jun. 2013.
- LAKE, A. *Situação mundial da infância: Crianças com deficiência*. Nova York: Unicef, 2013.
- MARKS, S. B. Reducing Prejudice Against Children with Disabilities in Inclusive Settings. *International Journal of Disability, Development and Education*, v. 44, n. 2, jul. 2006.
- MARTINS, A. P. B. et al. Cash Transfer in Brazil and Nutritional Outcomes. *Revista de Saúde Pública da USP*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1159-1171, 2013.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral das Nações Unidas. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. Brasil, 20 nov. 1989. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm>. Acesso em: 28 jan. 2016.



- _____. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência]. United Nations, 2006. Disponível em: <<http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- REDE NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA. Plano Nacional pela Primeira Infância. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- SÃO PAULO (Cidade). Decreto Municipal nº 54.278, de 28 de agosto de 2013. Institui a Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância na Cidade de São Paulo – São Paulo Carinhosa e cria seu Comitê Gestor. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 30 ago. 2013. Ano 58, n. 164. Disponível em: <www.saopaulocarinhosa.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2014.
- _____. Decreto Municipal nº 54.655, de 3 de dezembro de 2013. Institui o Plano Municipal de Ações Articuladas para as Pessoas com Deficiência – Plano São Paulo Mais Inclusiva. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 4 dez. 2013. p. 1. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=04122013D%20546550000>. Acesso em: 15 out. 2014.
- _____. Lei nº 16.387, de 3 de fevereiro de 2016. Determina a disponibilização de brinquedos adaptados ao uso de crianças com deficiência em parques e áreas de lazer infantil, públicos e privados, e dá outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 4 fev. 2016. Seção 2, p. 1.
- _____. Portaria Municipal nº 281, de 16 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=17092013P%20002812013PREF%20%20%20%20%20%20%20%20%20&seccr=14&depto=0&descr_tipo=PORTARIA>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- _____. Portaria Municipal nº 302, de 4 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=05102013P%20003022013PREF%20%20%20%20%20%20%20%20%20&seccr=14&depto=0&descr_tipo=PORTARIA>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- _____. Programa de Metas da Prefeitura do Município de São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br/metas/>>. Acesso em: 15 out. 2014.
- SIAULYS, M. O. C. *Brincar para todos*. Brasília: MEC: SEESP, 2005.
- SOUSA FILHO. A importância da parceria entre família e escola no desenvolvimento educacional. *Revista Iberoamericana de Educación*. ISSN 1681-5653, v. 7, n. 44, 10 jan. 2008.





A POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E O TERRITÓRIO CEU

Fernando de Mello Franco
Secretário de Desenvolvimento Urbano do município
de São Paulo (SMDU)

Tereza Herling
Secretária adjunta de Secretaria de Desenvolvimento
Urbano do município de São Paulo (SMDU)

A POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO URBANO DA CIDADE DE SÃO PAULO

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano da Cidade de São Paulo (SMDU) teve como missão principal, durante a gestão 2013-2016, a revisão do marco regulatório que rege a política municipal de desenvolvimento urbano. Essa revisão englobou a elaboração do Plano Diretor Estratégico e a Lei de Uso e Ocupação do Solo (Zoneamento).

O Plano Diretor Estratégico tem como objetivo orientar o processo de transformação da cidade nos próximos 16 anos, com diretrizes para a implementação de políticas públicas e atuação dos diversos setores da produção privada do espaço urbano. “Representa, assim, um pacto da sociedade em direção à justiça social, ao uso mais racional dos recursos ambientais, à melhoria da qualidade de vida e à intensa participação social nas decisões sobre o futuro de São Paulo.” (SÃO PAULO, 2014, p. 9). O conteúdo de todo o Plano Diretor Estratégico está disponível no site do Gestão Urbana (2016), um site implementado pela SMDU e, atualmente, compartilhado com outras secretarias municipais, que congrega todos os documentos dos projetos urbanos e da revisão do marco regulatório da cidade e, em especial, as plataformas para recebimento de contribuições da sociedade civil aos projetos e às leis propostos.

O PDE apresenta propostas estruturantes e estratégicas, como a densificação da ocupação residencial ao longo das principais linhas de transporte público, que terão impactos perceptíveis apenas em médio e longo prazo. E também apresenta propostas estratégicas, como o desenvolvimento da rede integrada de equipamentos sociais, que podem ter impacto direto na vida cotidiana de seus moradores.

Uma das linhas mestras da *política de desenvolvimento urbano*, expressa pelo PDE e demais ações da Prefeitura de São Paulo, é a de ativar a ocupação de espaços públicos, devolvendo, ao uso e fruição de seus moradores, importante patrimônio social, ambiental e histórico.

A abertura da Avenida Paulista aos domingos, bem como de outras avenidas em todas as subprefeituras, para crianças, jovens e adultos, com programação cultural cada vez mais intensa e a democratização do uso do sistema viário, diminuindo a prevalência do modo motorizado individual em favor de modos de transportes públicos e não motorizados (ciclistas e pedestres), são exemplos claros das estratégias adotadas para garantir a função social da cidade para todos os seus moradores.

Para organizar essas intervenções e articular as intervenções públicas no território local, o PDE propõe a implementação da rede de estruturação urbana local.

A Rede de Estruturação Urbana Local

A política de implantação da rede de estruturação urbana local está apresentada no PDE em seu Título II – Da Ordenação Territorial, Capítulo I – Da Estruturação e Ordenação Territorial, Seção III – Da Rede de Estruturação da Transformação Urbana, Subseção III – Da Rede de Estruturação Local. O Artigo 26º do PDE aponta que:

[...] a rede de estruturação local compreende porções do território destinadas ao desenvolvimento urbano local, mediante integração de políticas e investimentos públicos em habitação, saneamento, drenagem, áreas verdes, mobilidade e equipamentos urbanos e sociais, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade social e ambiental (SÃO PAULO, 2014, p. 54).

A Rede de Estruturação Local tem o desafio de desempenhar dupla função: potencializar o alcance e a eficácia das políticas públicas setoriais por meio de sua articulação no território e, quase que em decorrência da ação anterior, constituir-se como referência espacial, sobretudo em regiões menos estruturadas, por meio da criação ou qualificação das centralidades locais.

Além de integrar ações habitacionais e saneamento ambiental, a Rede pressupõe a integração entre equipamentos sociais, de forma a constituir, de fato, uma rede de atendimento integral às demandas dos cidadãos em suas diferentes necessidades, etapas de vida e configurações familiares. A rede integrada de equipamentos sociais também é parte integrante do PDE, expressão do forte desejo de integrar políticas públicas tendo como foco a requalificação do território.

Essa integração tem como objetivo não só otimizar a ocupação de espaços e equipamentos públicos ociosos, como também otimizar o tempo de deslocamento do cidadão para o atendimento de suas necessidades básicas, especialmente as cotidianas. A ocupação de um mesmo terreno público para a implantação de dois ou mais equipamentos sociais é a diretriz básica para a implantação da Rede de Equipamentos, conforme Título III – Da Política e dos Sistemas Urbanos e Ambientais, Capítulo VIII – Do Desenvolvimento Social e do Sistema de Equipamentos Urbanos e Sociais, Seção II – Das Ações no Sistema de Equipamentos Urbanos e Sociais, que apresenta os Planos de Articulação e Integração da Rede de Equipamentos, de Gestão de Áreas Públicas e Setoriais de Educação, Saúde, Esportes, Assistência Social e Cultura. Como se vê, o PDE propõe articular o atendimento às necessidades básicas do cidadão com a ocupação integrada das áreas públicas.

Parte integrante da Rede de Equipamentos será composta pelos Centros Educacionais Unificados, CEUs, que, implantados pela primeira vez em 2002, consolidaram-se como exemplo de articulação de políticas setoriais, conformando uma rede que conta hoje com 45 CEUs.

■ Parque Sonoro no CEU Paz



A proposta de implantação dos 20 novos CEUs a serem construídos nesta gestão e outros 2 a serem projetados, para além da Meta 16, pretende expandir o raio de influência desses equipamentos por meio de sua integração aos demais equipamentos públicos de seu entorno. Denominado *Território CEU*, este programa, que demanda forte empenho na articulação das ações das diversas pastas, é coordenado pela SMDU, especialmente no que tange às ações de projeto urbano e do edifício.

O TERRITÓRIO CEU

Produto do desenvolvimento de uma das principais linhas de reflexão sobre educação no Brasil, desde as Escolas Parque de Anísio Teixeira, os CEUs de São Paulo foram pensados como espaços de integração e de formação ampla, tornados efetivos por meio de um programa que reúne equipamentos públicos dedicados a três conjuntos de atividades: educação, cultura e esportes.

O projeto dos novos CEUs amplia as possibilidades de integração entre políticas públicas, somando-se a seu programa inicial serviços sociais como os de saúde e os assistenciais.

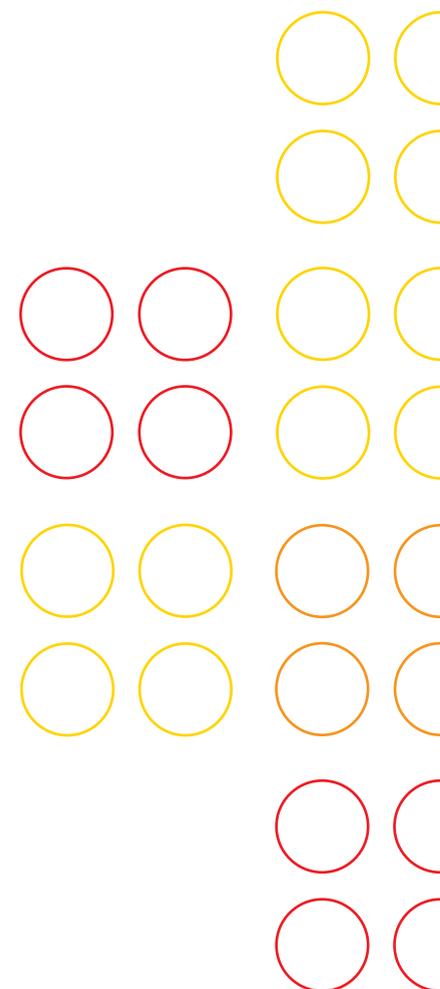
No campo pedagógico, a adesão das escolas municipais ao Programa Mais Educação do Governo Federal expandiu as possibilidades de uso desses equipamentos para as atividades necessárias à viabilização da proposta de educação em tempo integral. Dessa forma, de acordo com as demandas específicas de cada local, os novos CEUs poderão abrigar serviços de assistência social, oficinas culturais de apoio ao desenvolvimento dos coletivos de cultura do bairro, polos da Universidade Aberta do Brasil, entre outras atividades de interesse da comunidade.

Essa nova programação reflete-se tanto na seleção de áreas para sua implantação quanto no programa e projeto arquitetônico do edifício.

As áreas selecionadas para implantação da nova rede de Territórios CEU

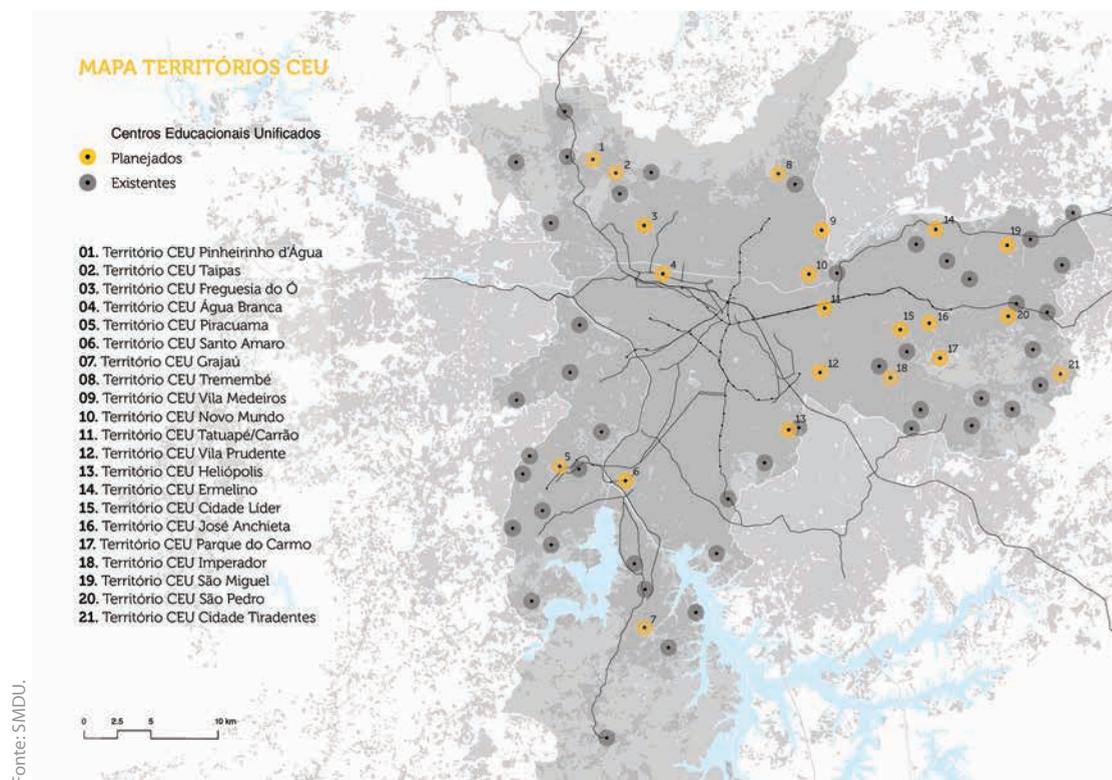
Para definir os locais de implantação dos 21 novos CEUs (além do CEU Heliópolis), foram analisados mais de 400 terrenos, dos quais cerca de 120 passaram por vistoria. Foram selecionados apenas terrenos e equipamentos públicos ociosos, como forma de recuperar as instalações existentes e evitar custos desnecessários com desapropriações, conforme as diretrizes do PDE já mencionadas.

A seleção das áreas seguiu critérios técnicos de análise da demanda por todos os tipos de equipamentos sociais, com identificação dos vazios assistenciais mais significativos e sua relação



com a densidade e vulnerabilidade social da população. A definição das áreas foi feita pelo grupo gestor do programa, formado por técnicos de todas as secretarias envolvidas, com a coordenação da Secretaria Municipal de Governo. Na Figura 1, o mapa aponta a localização dos vinte Territórios CEUs.

■ **Figura 1** – Mapa de localização dos 20 Territórios CEU



Das 20 áreas públicas selecionadas, 12 são centros esportivos ou centros desportivos municipais, cedidos pela Secretaria Municipal de Esportes para a implantação dos futuros CEUs. A ocupação desses centros esportivos é exemplar da recuperação de áreas públicas subutilizadas, que devem receber reformas em suas instalações para a nova edificação do CEU. Com isso, a cidade ganha não só um novo equipamento, mas também recupera o existente e agrega funções criando sinergia para a ocupação mais intensiva de seus equipamentos sociais.

A inspiração das Escolas Parque norteou a elaboração dos projetos, que valorizam a integração entre o novo edifício e as estruturas preexistentes. A fotomontagem da Figura 2 representa essa inspiração; as fotos dos primeiros parques infantis criados por Mário de Andrade, a professora dando aula para as crianças sob uma árvore, ainda nos anos 1930, evoca-nos a possibilidade de as crianças da Cemei do futuro CEU Carrão/Tatuapé recuperarem as possibilidades abertas pelo projeto pedagógico de Anísio Teixeira.

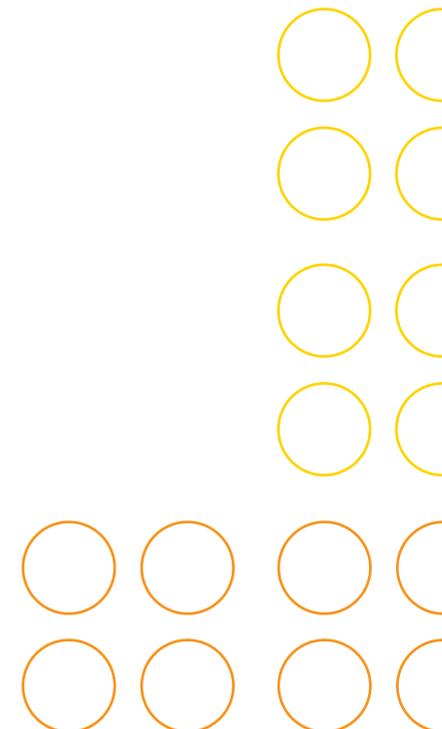
■ **Figura 2** – Fotomontagem Escola Parque e CEU Tatuapé/Carrão



Fonte: SMDU.

Vale notar que alguns desses centros esportivos foram originalmente implantados em grandes áreas públicas arborizadas, com estrutura ampla de funcionamento, com quadras cobertas e abertas, piscinas, campo de futebol, entre outras instalações, e se localizam perto de eixos de transporte de média e alta capacidade, a exemplo dos centros esportivos situados no Carrão/Tatuapé e em Vila Prudente. Essa localização amplia a oportunidade de a população, especialmente os jovens, frequentar cursos de formação universitária no período noturno, compatíveis com suas jornadas diárias de trabalho, ou mesmo propiciar o uso dos equipamentos culturais à noite.

As mudanças no programa de usos do novo edifício e a necessidade de adaptação às configurações físicas dos centros esportivos existentes demandaram um projeto flexível, possibilitando uma diversidade ampla de arranjos arquitetônicos. A nova geração de CEUs busca recuperar os preceitos arquitetônicos e urbanísticos do projeto original, lançado durante a gestão 2001-2004, adaptando-os ao novo contexto programático atual.



O projeto do edifício

O programa proposto pelas secretarias municipais de Educação, Cultura, Esportes e Assistência Social é composto de cinco blocos, articuláveis entre si de diferentes maneiras, cada um com uma função, como descrito a seguir:

O *Bloco de Educação* é composto pelos ambientes da Cemei (Centro Municipal de Educação Infantil Integrada), que engloba creche e Educação Infantil na mesma escola, possibilitando a *educação integrada da criança em toda a primeira infância*, de 0 a 5 anos e 11 meses.

O *Bloco de Cultura* é composto pelos ambientes de biblioteca, cineteatro com 286 lugares, salas de artes, sala de música, estúdios de gravação, oficina de cultura digital e seus ambientes de apoio.

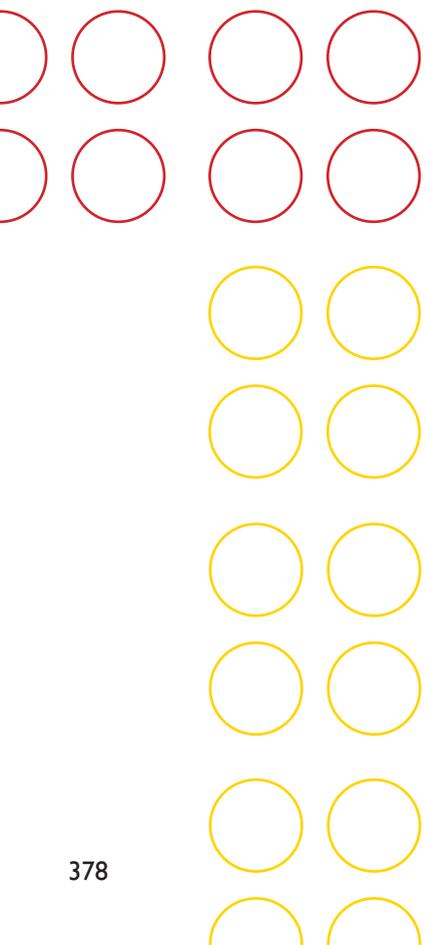
O *Bloco de Esportes* é composto de ambientes para quadra poliesportiva coberta, piscina coberta aquecida e ambiente para ginástica e exercícios físicos afins.

O *Bloco de Uso Múltiplo* é composto por ambientes de uso múltiplo, que devem atender uma programação variada, como:

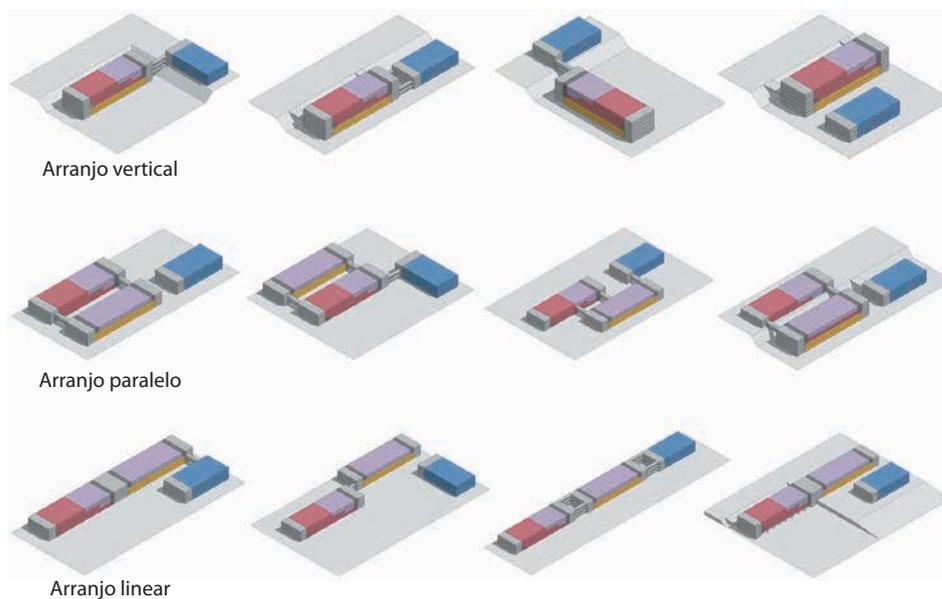
- a) atividades complementares educacionais e culturais, como aulas de música, laboratórios, leitura, artes, entre outros, para formação do turno integral, de acordo com o Programa Mais Educação – SP, Escola de Jovens e Adultos (EJA), Universidade Aberta do Brasil (UAB), ou aulas do Pronatec (Programa Nacional de Formação Técnica de Mão de Obra);
- b) salas para Centros de Referência de Assistência Social (Cras);
- c) módulos de administração do CEU.

Todos esses blocos são articulados e complementados com ambientes de apoio e elementos de conexões verticais e horizontais – o primeiro grupo é composto por ambientes de apoio (sanitários, copas, depósitos etc.). O segundo, é composto por variantes de soluções de circulação vertical (elevadores e escadas) e horizontal (passarelas).

O sistema proposto incorpora a ideia de um programa flexível, sugerindo diferentes possibilidades de composição dos módulos dos edifícios, de acordo com as especificidades programáticas e urbanísticas de cada local.



■ **Figura 3** – Arranjos do projeto



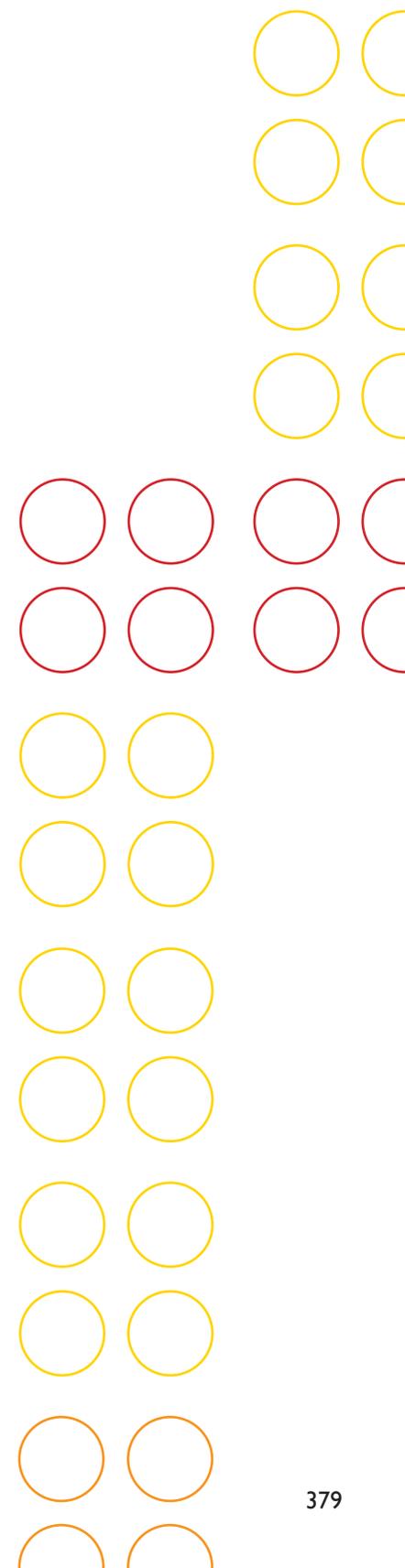
Fonte: SMDU.

A implantação desses arranjos em cada um dos 20 terrenos definiu a conformação da chamada Praça da Cultura no bloco cultural (Figura 4), com o cineteatro, a biblioteca e os espaços de uso múltiplo, como salas de gravação digital da rua, com acesso independente, para permitir seu uso pela comunidade em diferentes momentos do dia e da semana.

■ **Figura 4** – Praça da Cultura – Território CEU Parque do Carmo



Fonte: SMDU.

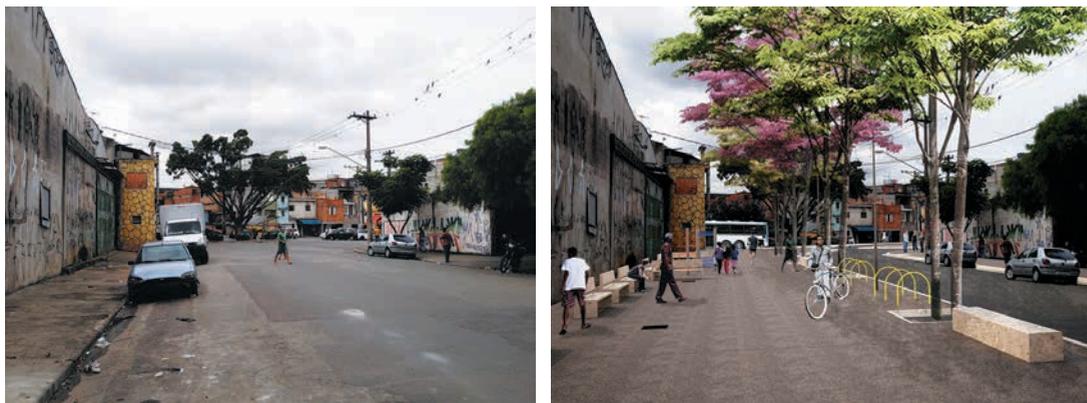


A configuração do Território CEU

Os *Territórios CEU* pretendem constituir-se como um espaço ampliado de educação e referência, além dos muros escolares, trazendo qualidade urbanística aos espaços públicos do entorno – a rua, o banco, a árvore, os percursos, a praça –, que fazem parte daquilo que é essencial para a fruição da vida urbana e para o resgate do sentimento de pertencimento e cidadania. Assim como o projeto arquitetônico, a inserção urbana do Território CEU visa a integrar o novo equipamento aos equipamentos existentes em seu entorno, por meio de caminhos seguros e de usos e programação integrados. As soluções urbanísticas para essa integração incluem mobiliário, iluminação, sinalização, pavimentação, arborização, estrutura cicloviária e melhoria das calçadas – ações que serão realizadas pelas subprefeituras por meio dos programas de requalificação do espaço público e melhoria de bairro.

As melhorias visam não só a garantir essa fruição dos espaços públicos, como também a garantir a segurança de crianças e jovens, com a implantação de redutores de velocidade, alargamentos de calçadas e travessias seguras no Território CEU.

■ Intervenções no território antes e depois



Acervo SMDU

Para a definição das interligações entre equipamentos e espaços públicos que irão conformar o Território CEU, foram realizadas ações de reconhecimento do território com a comunidade e de articulação institucional com os membros do governo local. Esses são atores presentes no território, responsáveis pela implementação das políticas públicas de educação, saúde, cultura, assistência social, esportes e serviços, geralmente articulados pela subprefeitura por meio de ações e reuniões periódicas do governo local (Figura 6). Todo o processo de debate com governos locais e comunidades está registrado em mural de atividades e mapas colaborativos, disponíveis no site da Gestão Urbana SP (TERRITÓRIOS, 2016).

■ Oficinas com o governo local



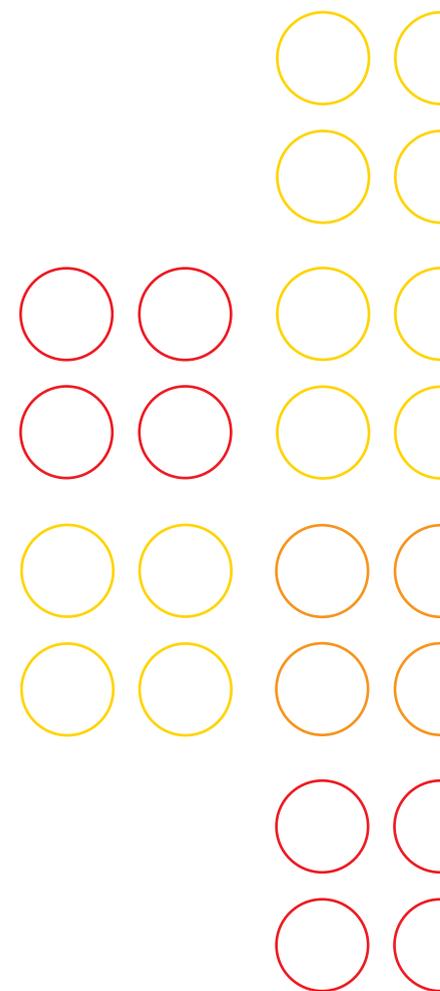
Além das oficinas com membros do governo local, foi necessário identificar, na vida cotidiana local, o que de fato é legitimado pela população como espaço público de fruição coletiva e individual. Para além de simplesmente estabelecer conexões viárias adequadas aos diferentes modos de mobilidade – pedestres e ciclistas em especial –, é imprescindível saber ler no território quais são os pontos notáveis de encontro e de socialização espontânea entre populações de diferentes faixas etárias e interesses.

As primeiras investigações nesse sentido foram realizadas nos Territórios de São Miguel e Pinheirinho d'Água pela simples leitura coletiva de fotos aéreas e maquetes com a comunidade, especialmente a comunidade escolar.

Porém, em dezembro de 2014, a equipe do Programa Território CEU realizou a primeira imersão no Território do Parque Novo Mundo, com o intuito de registrar, com a comunidade, esse mapa afetivo dos territórios de encontros e os modos de fruição dos espaços públicos.

Para tanto, foi realizado o Laboratório Território CEU Novo Mundo, com a participação de todas as equipes de governo local – cultura, educação, assistência social, esportes – articuladas pela SMDU.

A realização do laboratório foi feita pelo LabMóvel, um grupo artístico que trabalha com mídias digitais e diálogos colaborativos, utilizando-se de uma Kombi equipada com recursos tecnológicos para a realização de atividades em espaços públicos (Figuras 7 e 8). Sob a sombra de uma árvore, na rua ou em uma praça, as oficinas contaram com a participação de público abrangido pela divulgação do Laboratório CEU e também com a participação de público espontâneo, que foi surpreendido pela presença do LabMóvel em sua vizinhança. As oficinas (Figura 8) foram conduzidas por arte-educadores que, com atividades



pedagógicas e lúdicas, levantaram os anseios e as expectativas dos participantes com relação ao Território CEU a ser implantado. Com a utilização de mapas e da maquete produzida em parceria com o grupo Garagem FabLab (e pelo FabLab – um laboratório de impressão 3D), os arte-educadores promoveram o mapeamento colaborativo do visível (equipamentos sociais, praças, sistema de transporte etc.) e do invisível (possibilidades pedagógicas, espaços de referência e equipamentos que não pertencem tradicionalmente ao universo da educação).

As oficinas foram organizadas por faixa etária: crianças, adolescentes, jovens, adultos, mulheres e idosos. Todo o registro da programação dessa semana de imersão no território está acessível na plataforma Gestão Urbana.

O material coletado serviu de base para a definição dos principais pontos do projeto e das rotas de circulação que devem receber a intervenção de melhorias urbanas. Após a elaboração dos projetos, uma nova rodada de diálogos deve ser feita com a comunidade. A implantação das obras do Território deve acontecer simultaneamente à implantação das obras do novo CEU Novo Mundo.

■ Oficinas do LabMóvel



Território CEU Novo Mundo



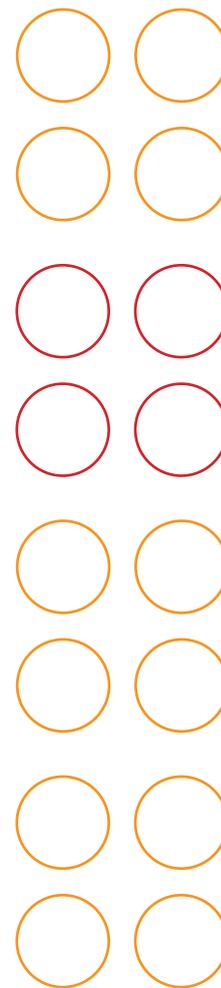
Essas oficinas se replicarão ainda nos Territórios CEU Pinheirinho d'Água e José de Anchieta, como uma etapa inicial a ser seguida para os demais Territórios.

O processo de projeção do Território CEU enriquece-se pelo processo de apropriação do Território pelas crianças, jovens e adultos moradores do bairro, em um movimento que ultrapassa os limites do espaço da escola para alcançar o espaço da Cidade Educadora.

■ Parque sonoro no CEU Paz



Lilian Borges



REFERÊNCIAS

- SÃO PAULO (Cidade). Lei nº 16.050/14, de 31 de julho de 2014. Aprova a Política de Desenvolvimento Urbano e o Plano Diretor Estratégico do Município de São Paulo e revoga a Lei nº 13.430/2002. *Imprensa Oficial*, São Paulo, 1 ago. 2014, n. 40, ano 59.
- _____. *Gestão Urbana*. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br>>. Acesso em: 4 maio 2016.
- TERRITÓRIOS CEU. *Gestão Urbana SP*, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/home-territorio-ceu/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.

CULTURA:
UMA SÃO PAULO
PARA BRINCAR

COM O OLHAR
PARA A CRIANÇA,
UMA CIDADE QUE
PODE SER MELHOR
PARA TODOS

Nabil Bonduki

Secretário de Cultura do município de São Paulo, relator do Plano Diretor da cidade e professor da FAU (USP)

Fabio Maleronka Ferron

Assessor especial, mestrando em Estudos Culturais/USP e responsável por elaborar o Circuito Municipal de Cultura

Terciane Alves

Ex-coordenadora de comunicação da São Paulo Carinhosa e uma das curadoras do Circuito Municipal de Cultura

Agradecimento especial a Gabriela Fontana, diretora do Circuito Municipal de Circuito Municipal

*Colaboração e levantamento de dados
Isabela Palhares, estudante de jornalismo

A pesar de morar num prédio com recursos, *playground*, espaços para correr, gostamos de trazer nossos filhos para atividades como essa (*Ruas Abertas, Programas*) porque representa o nosso jeito de viver a vida. Temos carro, mas gostamos de andar pela cidade de transporte público, caminhar, visitar lugares, ver coisas novas. Fomos criados assim. É importante, como mãe e pai, ver as crianças aprendendo a gostar da cidade também, assim como crescemos. Dá um pouco de trabalho né? – trazer a bicicleta do prédio, carregar até aqui, mas é importante para nossos filhos andarem na rua num dia que ela é fechada só para eles, correndo, brincando com a sua bicicleta sem medo (Suzana Pimentel, dentista, mãe de dois filhos, moradora da Aclimação, em março de 2016).¹

Quando a cidade tem ciclovias pintadas, organizadas para adultos e crianças, de fato, há uma grande revolução no modelo de mobilidade urbana que prevalece priorizando o automóvel ao pedestre. Mas há ainda outro aspecto, tão importante quanto este, para a infância. A bicicleta é também um brinquedo, lazer que requer interação entre a criança e seus cuidadores para o aprendizado. E é essa dimensão, a de brincar na cidade, de aproveitar os espaços como pontos de vivências lúdicas e afetivas, de interação, que São Paulo vinha perdendo e está sendo resgatada. O texto abaixo, do coletivo “Vá de bike”, chama a atenção para estes pontos:

Uma ciclovia vista pela perspectiva de uma criança é muito diferente do debate tradicional de mobilidade urbana. Uma ciclovia é um grande, ou melhor, um longo brinquedo. Um brinquedo de quilômetros. Uma ciclovia vista por uma criança muitas vezes pode significar um dia, ou melhor, o melhor dos dias, fim de semana onde ela pode pedalar com os pais [...] Uma ciclovia pintada de vermelho significa, na verdade, uma devolução, de décadas. A devolução da cidade para as crianças (VÁ DE BIKE, COLETIVO).

O depoimento de Suzana e o texto do coletivo “Vá de Bike” representam vozes sobre a reivindicação de uma cidade para conviver, desafio que a gestão municipal de 2013–2016 abraçou no Programa de Metas da Cidade de São Paulo: devolver a cidade às pessoas para que usufruam de outra forma e não apenas pelo caráter utilitário. Muito do que se faz para humanizar uma cidade ganha dimensão e simbolismo na vida de uma criança, muito difícil de conceber no universo adulto. É chegado o tempo de se contrapor ao modelo trazido pelo ciclo de cidade de “*marketing* urbano”, perpetuando o ideal de São Paulo como coração financeiro do país, “lugar onde nunca se descansa”. A bicicleta que ganha prioridade é um exemplo. Há muitos outros que, ainda bem, podem interferir no desenvolvimento cognitivo saudável da criança.

¹ Este testemunho foi extraído de uma videorreportagem produzida pela São Paulo Carinhosa. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=KCvxkd54vmw>>.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO E A SÃO PAULO CARINHOSA

Reduzir as barreiras sociais com medidas que implicam abrir mais espaços para brincar e estimular o emprego mais perto da moradia são propósitos assegurados por um grande projeto de cidade, aliás, de humanizar uma megalópole como São Paulo. O Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2013-2016 tem três eixos temáticos (Compromisso com os Direitos Sociais e Cívicos, Desenvolvimento econômico sustentável com redução das desigualdades e Gestão Descentralizada, Participativa e Transparente), que se desdobram em 123 metas que podem ser acompanhadas por meio de uma ferramenta on-line (Planeja Sampa). Construído com a sociedade, esse plano foi o que venceu a eleição em 2012, demonstrando que a sociedade paulistana concorda com essas mudanças.

Em um cenário proposto pela gestão de fortalecimento, democratização do acesso à cultura e descentralização das atividades culturais, esperava-se que a ampla discussão do direito à cidade, no sentido amplo de poder transformá-la (HARVEY, 2015, p. 93), incluísse as crianças e suas famílias com mais protagonismo.

O Plano Diretor de São Paulo (Lei nº 16.050/14), nesse sentido, é poderoso instrumento para mitigar a desigualdade por meio do planejamento urbano. Ele se fundamenta em sete princípios: Função Social da Cidade, Função Social da Propriedade Urbana, Função Social da Propriedade Rural, Equidade e Inclusão Social e Territorial, Direito à Cidade, Direito ao Meio Ambiente Ecologicamente Equilibrado e Gestão Democrática.

O Plano é um instrumento para combater o *apartheid* social em São Paulo, uma cidade com dimensões e população de megalópole. Segundo o último Censo oficial, realizado no ano de 2010, a cidade de São Paulo possuía 11.253.503 de habitantes, dos quais 1.821.260 eram crianças (consideradas assim as pessoas de 0 a 11 anos e 11 meses de idade).

Todos os eixos do Plano Diretor (PD) têm as famílias e crianças na sua centralidade ao propor a redução de desigualdades – como a localização do emprego, a qualidade do espaço urbano, o tempo utilizado nos deslocamentos casa-trabalho, a proteção jurídica e o acesso aos serviços públicos – incluindo todas as regiões. Hoje, a cidade está dividida. Há a cidade rica e a cidade pobre. Há muitas áreas incluídas, muitas áreas excluídas e áreas intermediárias. É um cenário que se define claramente quando olhamos o desenho das macroáreas que marcam estas três situações, que se separam em regiões de urbanização consolidada, urbanização em consolidação e as vulneráveis. E, no meio disso, há também uma população vulnerável e invisível.

A proposta de estimular famílias e crianças a se apropriarem do território da cidade, estimulando o direito de brincar, que o Programa de Metas e o Plano Diretor da cidade seguem foi inspirada no Programa Brasil Carinhoso do Fundo Nacional de Desenvolvimento e Educação (FNDE) e está dentro do escopo dos principais compromissos do Programa Municipal para

■ Apresentação da Academia de Palhaços durante aniversário de São Paulo



Sylvia Masini

o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância (São Paulo Carinhosa), que também inclui o direito à saúde e à educação.

A São Paulo Carinhosa estabeleceu-se como um programa de articulação política intersectorial, focado no cuidado integral com a criança. Nasceu em agosto de 2013, por meio do Decreto nº 54.278. O período de sua implementação veio ao encontro da implementação e lançamento de um importante programa da Secretaria Municipal de Cultura, o Circuito Municipal de Cultura, que se tornou o grande parceiro, de carácter e dimensão inéditos, para as crianças e suas famílias, com a descentralização dessas atividades. As atrações passaram a ocupar não só equipamentos públicos mas também ruas da periferia, locais com cortiços e pensões, nas regiões centrais, além de endereços que são cartões-postais da cidade, como a Avenida Paulista, ressignificando os espaços e dando à criança a oportunidade de ter uma memória afetiva com o lugar onde cresce.

De mãos dadas com o Circuito Municipal de Cultura (CMC)

Importante resgatar a história: era o último trimestre de 2013. Um comitê intersecretarial foi criado para ampliar e descentralizar a comemoração do aniversário da cidade (25 de janeiro de 2014). A coordenação do Programa São Paulo Carinhosa foi convidada a participar e, naquele momento, houve um grande avanço no marco conceitual de integração de um trabalho interdisciplinar com a Secretaria Municipal da Cultura. Presentes nas reuniões, profissionais responsáveis pela coordenação de importantes programas e políticas da secretaria não só acolheram a pauta da São Paulo Carinhosa como ampliaram a discussão com integrantes do corpo técnico de outras secretarias.

Vale lembrar que naquele dezembro de 2013 já estava em construção uma iniciativa inédita na história da Secretaria Municipal de Cultura (SMC), o Circuito Municipal de Cultura. Essa política tem o objetivo de organizar e consolidar um plano integrado de atividades de difusão artística na cidade.

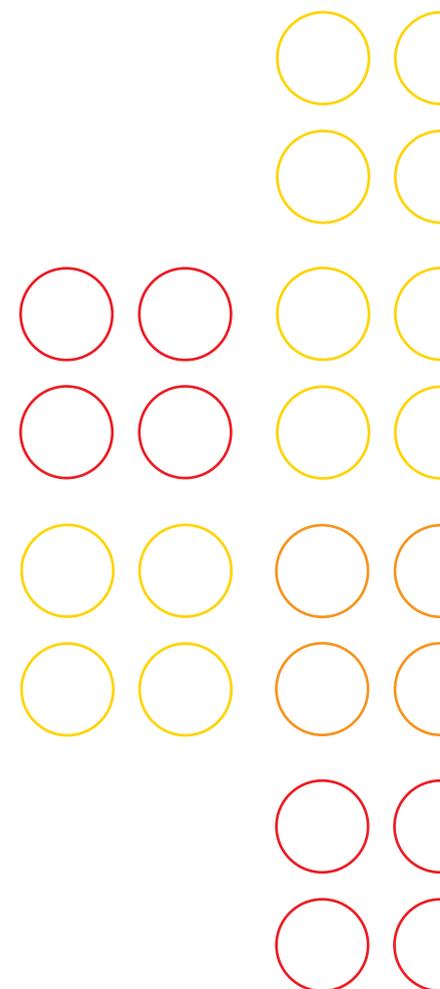
O Circuito Municipal parte de algumas premissas, como o estímulo à circulação dos espetáculos pelas diferentes regiões da capital (do centro à periferia), valorização da diversidade das manifestações artísticas da cidade, mapeamento de vocações e públicos potenciais no entorno dos equipamentos culturais, atenção à produção artística local, padronização de cachês artísticos e integração das equipes de gestores e programadores da secretaria em torno de uma política pública comum. Como pano de fundo das ações, o programa busca democratizar o acesso à cultura.

A identificação com um princípio do Circuito e com o esforço geral de sua implementação com o plano de metas da São Paulo Carinhosa, de avançar territórios juntos, estimulou uma

■ Apresentação de palhaços no aniversário de São Paulo



Sylvia Masini



pesquisa de perfis de equipamentos e características regionais da cidade que se revelou com indicadores sociais que implicam vulnerabilidade social para a criança. Lembrando que o Circuito surgiu para superar a fragmentação, permitindo um planejamento articulado das atividades e a avaliação do conjunto do que é oferecido pela SMC, a partir de olhares transversais, incluindo recortes por linguagem, territórios, locais, faixas etárias e assim por diante; no caso da criança, buscou ir para os territórios onde o cuidado à criança se revela mais premente. Essa proposta transversal dialoga com o proposto pela São Paulo Carinhosa.

Ainda que cada equipamento desfrute de relativa autonomia de gestão, o que favorece a adequação das atividades aos espaços e demandas de cada local, a fragmentação excessiva tem consequências tanto na elaboração de uma política integrada de programação quanto nos processos de contratação artística. Mas esse desafio poderia se tornar oportunidade.

Em essência, em 2015, quando se comemorou 80 anos da Educação Infantil em São Paulo, houve o resgate original do trabalho de Mário de Andrade, que, já nos anos 1930, quando trabalhou no Departamento de Expansão Cultural do município (origem da Secretaria de Cultura), criou o conceito de parques infantis, unindo atividades culturais e de lazer. Há uma volta do olhar integral para a criança. Nas últimas décadas, as atrações culturais estavam muito focadas na juventude. Partiu-se de um investimento em atrações culturais para a infância muito baixo, menos 30% do que é investido na programação cultural do Circuito. Mas isso está mudando e o investimento tem crescido.

CULTURA PARA TODA A CIDADE

O Circuito Municipal de Cultura parte de algumas premissas, como o estímulo à circulação dos espetáculos pelas diferentes regiões da capital (do centro à periferia), valorização da diversidade das manifestações artísticas da cidade, mapeamento de vocações e públicos potenciais no entorno dos equipamentos culturais, atenção à produção artística local, padronização de cachês artísticos e integração das equipes de gestores e programadores da Secretaria em torno de uma política pública comum. Como pano de fundo das ações, o Circuito Municipal de Cultura busca democratizar o acesso à cultura.

A oferta de programação constitui uma frente de ação das políticas culturais e seu objetivo é garantir o acesso da população à arte e à cultura. Se há um aspecto que pode ser evidenciado em relação à programação cultural de São Paulo é a sua diversidade. Grandes eventos e festivais das mais variadas linguagens convivem com projetos experimentais, dirigidos a públicos específicos, e com atividades desenvolvidas localmente com a participação das comunidades.

Diversas áreas e equipamentos da Secretaria Municipal da Cultura promovem atividades de programação artística. Centros culturais, teatros, bibliotecas, CEUs, casas de cultura, pontos

de leitura, entre outros espaços, compõem uma extensa rede de atendimento de acesso à população. Essa oferta é complementada pelos eventos que fazem parte do calendário oficial da cidade, como o aniversário de São Paulo e a Virada Cultural.

Como diretriz geral de trabalho, o Circuito Municipal de Cultura segue o tripé *programação, formação e território*, sendo que, destes, ainda é preciso desenvolver o programa na área de formação.

No terceiro ano de vigência do CMC, a programação infantil ganhou bastante relevância. Desenvolvida em parceria com o programa São Paulo Carinhosa, da Prefeitura de São Paulo, as atividades para as crianças atendem uma das principais demandas da cidade, criando algo inédito em termos de política pública para a primeira infância. Vale ressaltar que a Secretaria Municipal de Cultura de São Paulo até então não possuía uma programação cultural estruturada para as crianças, além das que os diferentes equipamentos eventualmente promovessem de forma independente. A partir da criação do Circuito Municipal de Cultura, vem sendo destinado aproximadamente 25% do seu orçamento para a programação cultural infantil.

O CONCEITO DAS VIRADINHAS

O conceito das Viradinhas, hoje uma programação para a infância reconhecida e que toma as ruas das cidades, apesar de ter o nome associado à Virada Cultural, nasceu dentro da nova política do Circuito Municipal de Cultura, sob a visão de encontrar atrações adequadas às faixas etárias e à interação entre crianças e famílias. Replicado na Virada Cultural, esse modelo ganhou bastante exposição, mas não recebia esse nome. Pela simpatia que ganhou do público na Virada de 2015, multiplicou-se em tamanhos variados.

As crianças chegavam à Praça Roosevelt tanto pela rua da Consolação ou Augusta, naquela manhã de um sábado de maio de 2014, e de longe se encantavam com os bonecos. Inflados de ar, eles cresciam, viravam personagens gigantes, protagonistas do espetáculo Bichos do Brasil, do grupo PiA FraUs.

Sem palco montado ou outros aparatos, a contação de história, grande ingrediente do espetáculo de rua, prendia a atenção de centenas de crianças e adultos sentados no chão. Essas imagens estão retratadas em vídeos e fotos (MÊS DA CRIANÇA, 2014) que documentaram o primeiro evento São Paulo Carinhosa com Cultura, realizado pela Secretaria Municipal de Cultura, em parceria com o Programa Municipal para o Desenvolvimento Integral da Criança na cidade de São Paulo (São Paulo Carinhosa), no mês da Criança, em um modelo que amadureceu em conceito e passou a ser chamado de Viradinha, em 2015.

■ Palco da Viradinha Cultural 2014



■ Milton Hatoum em roda de conversa sobre alguns de seus contos com crianças e adolescentes no Centro Cultural Tiradentes



Eduardo Ogata

A Roosevelt se transformou naquele dia em um conjunto de pequenas praças ou, por assim dizer, minicidades de brincar, com programação cultural ao longo do dia para crianças de 0 a 12 anos – e com atrações pensadas para os bebês se integrarem também. Um fraldário e um estacionamento de carrinhos ficaram disponíveis em um quiosque da praça, à sombra.

Mais adiante, na mesma praça, caixas de papelão viraram casas, desenhos com a mão se transformaram em fábulas narradas por crianças, as canções clássicas de infância eram cantadas em coro. Sentadas ao chão, mães amamentavam seus bebês sem constrangimento. Em outro canto, sobre um palco mínimo, uma caixa de som, pequenos pedaços de retalhos viravam personagens, objetos e elementos da natureza, como o vento e a chuva na narrativa de Kiara Terra.

Os ombros dos pais, familiares e cuidadores se tornaram a poltrona mais confortável para cantar, ouvir a contação de histórias e dançar. Em outro estande dava para pintar telas com a mão, usando tinta atóxica, e ainda fazer massinhas no chão, participar da oficina de musicalização, quando pequenas sucatas viraram instrumentos musicais na mão dos bebês, como colheres e vasilhas. As crianças corriam atrás das palhaças e palhaços, dos brincadores com skate, até fazê-los perder o fôlego. Nascia ali e já se consolidava um modelo de programação cultural infantil com identidade e que foi adotado pela cidade: a Viradinha.

Morador de um serviço de acolhimento conveniado à prefeitura (para onde vão crianças em situação de violência ou abandono), o garoto Marcos², de 4 anos, fez o seu primeiro passeio cultural organizado. A Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) cedeu os ônibus para essas crianças e também para famílias de refugiados sírios que chegam ao Brasil para que pudessem participar do dia de atrações. As crianças sírias não falam português, algumas poucas o inglês, na maioria, só árabe. Mas, aos poucos brincam juntas. No final do dia, mais de cinco mil pessoas passaram pela Roosevelt.

Esse evento aqui hoje, especialmente para mim, é muito legal. Eu 'tô trazendo meu filho de 3 anos em uma praça que eu vinha brincar quando era criança. Minha mãe e meu pai moravam aqui atrás e traziam a gente para brincar na praça Roosevelt, eu tinha 4, 5 anos. Então, voltar para cá e trazer meu filho para a praça, desse jeito, ocupada, cheia de atividades e com uma característica particular do centro, que é reunir pessoas de todas as classes sociais e todos os tipos, eu acho maravilhoso, fantástico, um deleite mesmo (Max Eluarte, pai entrevistado pela equipe da São Paulo Carinhosa, durante a Viradinha Cultural, na praça Roosevelt, 2014).³

² Nome fictício.

³ Este testemunho foi extraído de uma videoreportagem produzida pela São Paulo Carinhosa. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=KCvxkd54vmw>>.

O ponto de partida para o início do trabalho foi alinhar a concepção de infância e de cuidados e estabelecer metas: considera-se a primeira infância do momento da gestação ao parto e a idade que compreende de 0 a 6 anos, com prioridade aos cuidados até os 3. O programa promove o combater às iniquidades nos territórios com índices de maior vulnerabilidade social, envolvendo famílias com crianças.

A importância do “brincar” para a criança dialoga com a devolução da cidade à população. Por sua vez, foi trabalhada pela SMC nas ações decorrentes das metas de democratização dos usos dos espaços públicos e descentralização da oferta de atividades culturais.

Não há urbanismo sem utopia

A criança está na discussão central do projeto político que se quer para a cidade. É sabido que meninas e meninos que crescem se conhecendo e interagindo com a cidade tendem a ser adultos que gostam mais dela.

No município de São Paulo, a infância tem integrado parte importante da política cultural interdisciplinar e ganhou destaque em toda a sua nova programação.

Esse cenário abre perspectivas para o acesso a vários bens e cuidados por meio da abordagem interdisciplinar, para o qual trouxemos parcerias com outras secretarias de governo e atores da sociedade civil. A dimensão dessas crianças tomando ruas, parques e bibliotecas para ter uma vivência lúdica pode ser ainda mais fortalecida para transformar São Paulo em uma cidade educadora.

Mas há muito por fazer. Ainda é preciso contrapor a descrença de que é possível ter uma cidade mais humana, imposta pelo modelo de uma cidade construída e destinada ao lucro, ao trabalho, que há décadas buscou soluções individuais para responder às ambições sociais e culturais, como o desejo de brincar, ter segurança, descanso e tranquilidade.

Muitos cidadãos enfrentaram essas buscas com segregação e confinamento. A criação de guetos protegidos por classes econômicas com mais recursos que, por muito tempo, parecia ser a única saída para superar um ambiente urbano pouco acolhedor e agressivo, não é mais suficiente às pessoas que aspiram por uma dimensão afetiva e simbólica com a cidade.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E POLÍTICA CULTURAL

Em 2015, uma publicação científica britânica destacou que a redução da mortalidade infantil no Brasil havia sido 20% maior que a média mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015).



Na medida em que a mortalidade cai de forma global, os gestores públicos são desafiados a avançar na integralidade dos cuidados à infância.

As crescentes evidências científicas vão além de exigir uma política pública com ações voltadas focadas somente na sobrevivência e no crescimento infantil. Elas requerem também promoção do pleno desenvolvimento na primeira infância (BONILHA, 2014).

PROGRAMAS EM REDES E INTERDISCIPLINARES

Grande parte da programação cultural infantil criada na cidade com a diretriz da São Paulo Carinhosa foi conduzida principalmente pelo Circuito Municipal de Cultura, lançado em maio de 2014, mas que vinha já sendo experimentado em atrações antes do lançamento, como observado anteriormente. Mas não só isso. Outras grandes atividades culturais do calendário de São Paulo incluíram a programação infantil, como o Mês da Cultura Independente e o Carnaval, e passaram a fazer parte do Circuito.

A São Paulo Carinhosa se pautou também, além de reconhecer a dimensão afetiva que a relação com a cidade representa ser importante, pelos estudos recentes da neurociência. Na perspectiva de direitos humanos e sociais, os primeiros anos da vida de uma criança são muito importantes e de responsabilidade do Estado, sociedade, famílias. O fato é que a neurociência mostrou também as consequências do sofrimento psíquico na infância.

Uma experiência de estresse, o corpo e o cérebro ficam em alerta e sobrecarregados, com o aumento da adrenalina e dos batimentos cardíacos, por exemplo. Neste momento, é importante ter um adulto que acolha e acalme a criança, para que o corpo volte rapidamente ao normal. Quando a criança aciona com frequência seu sistema de reação ao estresse, sem contar com um adulto acolhedor, pode sofrer uma série de problemas emocionais no futuro (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2016).

O estresse tóxico persistente muda até a arquitetura do cérebro e diminui o número de conexões dos neurônios, afeta também o sistema imunológico, o metabolismo e a função cardiovascular. Como regra geral, adversidades na primeira infância geram consequências mais profundas e mais duradouras do que adversidades sofridas depois. Por isso, é tão importante proteger a primeira infância (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2016).

■ Cinema CEU Meninos



São Paulo quer-se bonita e higiênica para que o viajante não venha mais encontrar nela, apenas sapo, gripe e solidão. Os grotões transformaram-se em jardins cortados a meio pelas avenidas e pela sombra dos viadutos. Não há mais sapo. Nos jardins encontrarei recintos fechados com instrutoras, dentistas, educadoras sanitárias dentro. São os Parques Infantis onde as crianças proletárias se socializam aprendendo nos brinquedos o cooperativismo e a consciência social (ANDRADE, 1935).

Viradinhas, minicidades para crianças

Hoje, as Viradinhas circulam por toda a cidade. Em 2015, foram 18. Para o ano de 2016, foram anunciadas dezesseis para o primeiro semestre. O centro, local de grande vulnerabilidade à criança, foi a área piloto. Depois das quase 20 mil pessoas que estiveram na 2ª Viradinha Cultural, ao redor da Biblioteca Monteiro Lobato, em 2015, a gestão constatou o que defende como princípio político: as pessoas requerem o espaço de volta para suas famílias.

Em uma rua do bairro de Guainases, na Viradinha do mês das crianças, um menino brincava de pular corda: não há praças no bairro onde mora. Nas ruas do Baixo Glicério, local de grande concentração de pensões, sem espaços para as crianças brincarem, a comunidade aderiu ao projeto e saiu em romaria com as crianças pelas ruas até chegar na rua fechada com espaços de brincar. Há pistinha de dança, oficina de DJs, escorregador inflável, música, contação de história, mágica e palhaços.

Hoje, 54% da população global mora em áreas urbanas, proporção que deverá crescer para 66%, ou duas em cada três pessoas, até 2050. E grande parte deste crescimento se dará nas cidades e megalópoles com mais de 10 milhões de habitantes (DOIS TERÇOS, 2014).

Formulação e resultados

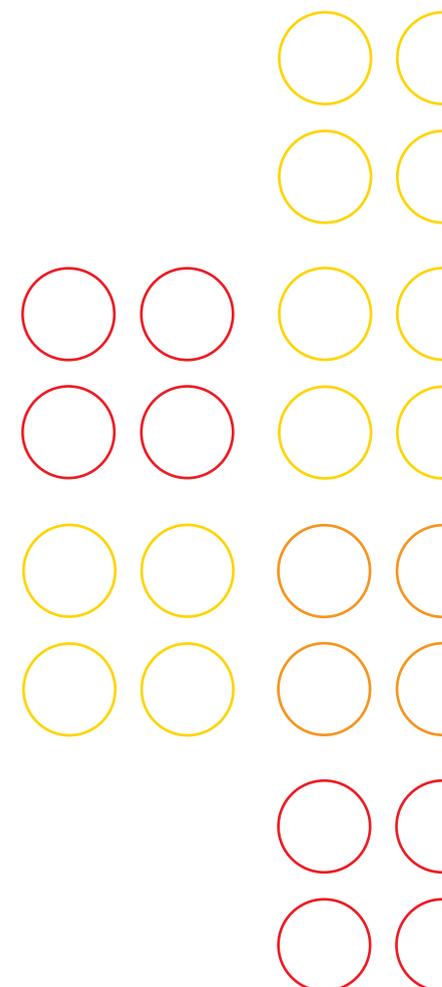
Nas reuniões com a interface de cultura do comitê gestor da São Paulo Carinhosa, ainda em maio de 2013, avaliamos que a necessidade de humanização dos espaços públicos para as crianças era a meta que dialogava bem com planos amplos do eixo cultural da cidade. Várias ações em curso foram se abrindo para o enfoque da infância.

Mas não era possível dimensionar o rápido amadurecimento deste trabalho (boa parte graças a interlocutores sensíveis) e o resultado de contingente gigantesco de famílias ávidas pela agenda cultural da infância, reivindicando uma São Paulo acolhedora que exigiu constante monitoramento e melhorias dos projetos e programas conjuntos.

■ Circuito SP de Cultura Infantil



Sylvia Masini



Importante destacar que a primeira Viradinha, na praça Roosevelt, ocorreu um mês antes da aprovação do Plano Diretor de São Paulo, que é humanizado e tem o propósito de encurtar distâncias.

Estamos vivendo um processo de dimensões histórica e contemporânea, no qual São Paulo inicia uma volta à utopia de uma cidade aberta, um lugar de ponto de encontro, no qual periferia e centro estão mais perto, aproximados pelo trânsito dos artistas, reaproximados por uma nova concepção de mobilidade urbana e uso do território.

A coordenação de programação cultural identificou muita carência de programação para crianças de 0 a 6 anos, em especial de 0 a 3. As atrações culturais voltadas para elas foram pensadas junto com coletivos de cultura que nos ajudam a construir oficinas de sensibilização e táteis, com musicalização para bebês. “No mercado privado, é uma programação muito cara”, informa Gabriela Fontana, diretora de programação do CMC.

Outro aspecto muito importante é que ao pensar uma programação com atrações por faixas etárias, reside aí também uma proposta de dar acesso a formas de bens culturais que a criança e a sua família consigam reproduzir sem a presença da curadoria de cultura. Ainda segundo Gabriela Fontana, mesmo no caso das crianças na faixa dos 4 a 7 anos, “procuramos recuperar as brincadeiras de rua, com o resgate desse brincar no espaço urbano, como pular corda, amarelinha”.

O QUE JUNTOS SABEMOS SOBRE A INFÂNCIA

Teria sido difícil, com prazos exíguos e desafios territoriais tão grandes, construir e realizar a programação do Circuito se as equipes não tivessem encontrado sinergia e abertura para a troca de informação. De forma intuitiva, com reuniões sistemáticas, mas com suas pautas abertas, as duas equipes trocaram o que sabiam sobre desenvolvimento integral da infância, linhas de programação cultural, compreensão teórica de cultura, planejamento executivo, calendário e até mesmo perspectivas orçamentárias de realização.

A São Paulo Carinhosa apresentou aos curadores e diretoria do CMC as evidências científicas sobre o desenvolvimento da primeira infância, indicou sua abordagem de cuidados e apresentou a lista dos territórios identificados para atuação preferencial com base no seu aspecto de maior vulnerabilidade social para a criança, ao passo que recebeu, com antecedência bastante singular, se comparado dentro do processo de gestão, mapas e agendas culturais que permitiram à equipe da primeira infância uma reflexão e articulação sobre a inclusão da criança nessas agendas.

Por ser a São Paulo Carinhosa uma ratificação do compromisso com os direitos sociais e civis das crianças, com clara visão da criança como sujeito de direitos, ficou nítido aos progra-

madores, aos poucos, que não se tratava de ações pontuais assistencialistas, o que parece ter despertado ressonância nos programadores.

DESAFIOS E ESCOLHAS

À medida que outros programas entre secretarias de governo também evoluíram em suas pautas, as evidências apresentadas e a troca de dados se constituíram em fatores estimulantes e desafiadores. Assim se realizou a Semana de Amamentação na cidade de São Paulo, com a união da Cultura e da Secretaria da Saúde, por meio da Escola Municipal de Saúde e da Coordenação de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Não existe brinquedo de criança

O ato de brincar tem sido interpretado pela filosofia, pela educação, pela psicanálise e pela neurociência. Para Winnicott (1975, p. 26), “se brincar é essencial, é porque é brincando que o paciente se mostra criativo”. Freud (1973) viu neste um princípio de liberdade quando disse que toda criança que brinca se comporta como um poeta, pelo fato de criar um mundo só seu.

Walter Benjamin nos instiga a refletir se existe ou não o brinquedo de criança e se, afinal, tudo o que vê é um brinquedo.

Hoje talvez se possa esperar uma superação efetiva daquele equívoco básico que acreditava ser a brincadeira da criança determinada pelo conteúdo imaginário do brinquedo, quando, na verdade, dá-se o contrário. A criança quer puxar alguma coisa e torna-se cavalo, quer brincar com areia e torna-se padeiro, quer esconder-se e torna-se bandido ou guarda. Conhecemos muito bem alguns instrumentos de brincar arcaicos, que desprezam toda máscara imaginária (possivelmente vinculados na época a rituais): bola, arco, roda de penas, pipas – autênticos brinquedos, tantos mais autênticos se parecem quanto menos se parecem ao adulto (BENJAMIN, 2014).

Com a palavra, os artistas

“São raras as oportunidades de fazer show para a cidade. Show aberto assim é muito gostoso, a gente fica aguardando.” (Paulo Tatit, integrante do Palavra Cantada, durante show do mês da criança, Ibirapuera, outubro de 2014).



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

“Fazer show gratuito, ainda mais aqui no parque (Ibirapuera), com gramado, é muito legal porque também no Ibirapuera, no domingo, é onde as famílias vêm se divertir então nada melhor do que esse dia ser coroado com um show.” (Sandra Peres, integrante do Palavra Cantada).

ANEXOS

Bici Bike Magrela⁴

(Pequeno Cidadão)

Cada dia que passa
Você está mais bonita
É o vento na cara
Nova faixa na avenida

Cada dia que passa
Você está mais divertida
Agora vou na banguela
Estou numa descida

São Paulo está diferente
Pedala olhando pra frente
São Paulo está mais contente
Pedala olhando pra frente

Bici Bike Magrela
Bici Bike Camelo
Você vai no seu carro
Aposto que eu chego primeiro

Bici Bike Magrela
Bici Bike Camelo
Você vai no seu carro
Aposto que eu chego primeiro

⁴ Disponível em <<https://www.vagalume.com.br/pequeno-cidadao/bici-bike-magrela.html>>. Acesso em 15 abr. 2016.

São Paulo está diferente
Pedala olhando pra frente
São Paulo está mais contente
Pedala olhando pra frente

Pindorama⁵

(Palavra Cantada)

Pindorama, Pindorama
É o Brasil antes de Cabral
Pindorama, Pindorama
É tão longe de Portugal

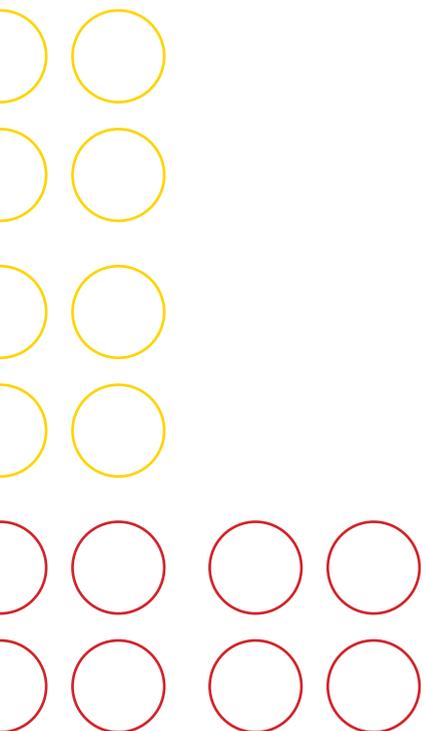
Fica além, muito além
Do encontro do mar com o céu
Fica além, muito além
Dos domínios de Dom Manuel

Vera Cruz, Vera Cruz
Quem achou foi Portugal
Vera Cruz, Vera Cruz
Atrás do Monte Pascoal

Bem ali, Cabral viu
Dia 22 de abril
Não só viu, descobriu
Toda a terra do Brasil

Pindorama, Pindorama
Mas os índios já estavam aqui
Pindorama, Pindorama
Já falavam tudo em tupi

⁵ Disponível em <<http://www.vagalume.com.br/palavra-cantada/pindorama.html>>. Acesso em 15 abr. 2016.



Só depois vêm vocês
Que falavam tudo em português
Só depois, com vocês
Nossa vida mudou de uma vez

Pero Vaz, Pero Vaz
Disse numa carta ao rei
Que no altar, sob a cruz
Rezou missa o nosso frei

Mas depois, seu Cabral
Foi saindo devagar
Do país tropical
Para as Índias encontrar
Para as Índias, para as Índias
Mas as índias já estavam aqui
Avisamos, olha as índias!
Mas Cabral não entende tupi

Se mandou para o mar
Ver as índias em outro lugar
Deu chabu, deu azar
Muitas naus não puderam voltar

Mas enfim, desconfio
Não foi nada ocasional
Que Cabral, num desvio
Viu a terra e disse: Uau!
Não foi não, foi um plano imperial
Pra aportar seu navio num país monumental

A Álvares Cabral
A El-rei Dom Manuel
Ao índio do Brasil
E ainda a quem me ouviu



Eduardo Ogata

Vou dizer, descobri
O Brasil tá inteirinho na voz
Quem quiser vem ouvir
Pindorama tá dentro de nós

A Álvares Cabral
A El-rei Dom Manuel
Ao índio do Brasil
E ainda a quem ouviu

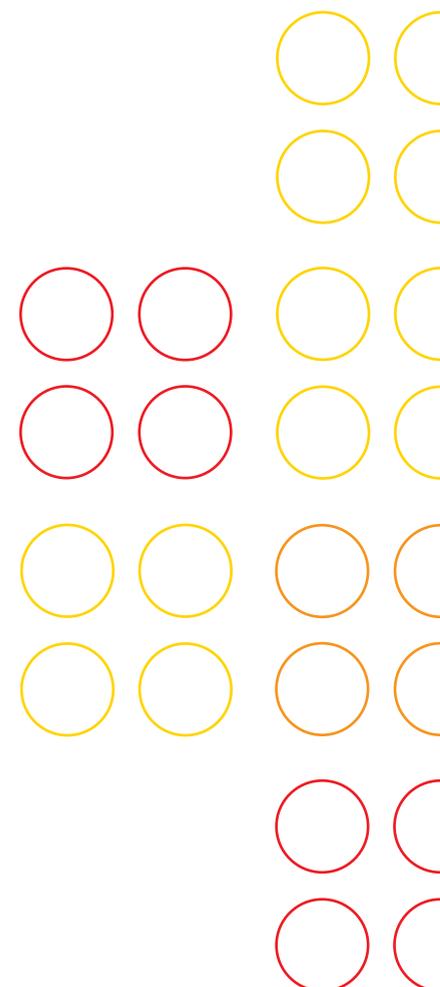
Vou dizer, vem ouvir
É um país muito sutil
Quem quiser descobrir
Só depois do ano 2000!

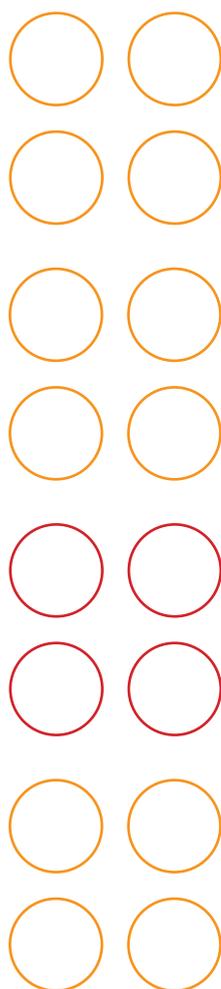
A criança é essencialmente um ser sensível à procura de expressão. Não possui ainda a inteligência abstraída completamente formada. A inteligência dela não prevalece e muito menos não alumbra a totalidade da vida sensível. Por isso ela é muito mais expressivamente total que o adulto. Diante duma dor: chora – o que é muito mais expressivo do que abstrair “estou sofrendo”. A criança utiliza-se indiferentemente de todos os meios de expressão artística. Emprega a palavra, as batidas do ritmo, cantarola, desenha. Dirão que as tendências dela ainda não afirmaram. Sei. Mas é essa mesma vagueza de tendências que permite pra ela ser mais total (ANDRADE, 1996, p. 129-130).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. *Contos Novos*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- ATÉ 2050, dois terços da população mundial viverão em cidades, afirma ONU. *O Globo*, 10 jul 2014. Sociedade. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/ate-2050-dois-tercos-da-populacao-mundial-viverao-em-cidades-afirma-onu-13208935>>. Acesso em: 24 abr. 2016.
- BENJAMIN, W. *Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação*. Coleção Espírito Crítico. São Paulo: Duas Cidades: Editora 34, 2014.
- BERNARD VAN LEER FOUNDATION. *Um buen inicio: avances en el desarrollo de la primera infancia*. Disponível em: <<https://bernardvanleer.org/publications-reports/un-buen-inicio-avances-en-el-desarrollo-de-la-primera-infancia/>>. Acesso em 15 abr. 2016.

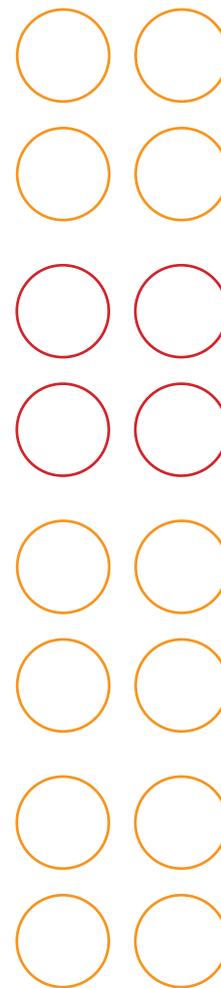
■ Viradinha Cultural 2014





- COMO A NEUROCIÊNCIA CONTRIBUI PARA A CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Produção: II Simpósio Internacional sobre Desenvolvimento na Primeira Infância. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2012. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=_qB8s20bv4A>. Acesso em: 6 maio 2016.
- CRUZ, W. Ciclovias devolvendo as ruas para as crianças. *Vá de Bike*. São Paulo, 25 mar. 2015. Disponível em: <<http://vadebike.org/2014/08/criancas-nas-ciclovias-recuperando-a-infancia/>>. Acesso em 15 abr. 2016.
- FRASÃO, G. Brasil segue sendo referência mundial em aleitamento, afirma The Lancet. *Portal da Saúde*, Brasília, DF, 29 jan. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21939-brasil-segue-sendo-referencia-mundial-em-aleitamento-afirma-the-lancet>>. Acesso em: 6 maio 2016.
- FREUD, S. *La création littéraire et le rêve éveillé*. Paris: Gallimard, 1973.
- HADDAD, A. E. Uma cidade amigável às crianças. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 10 out. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2015/10/1692557-uma-cidade-amigavel-para-as-criancas.shtml>>. Acesso em 14 abr. 2016
- HARVEY, D. *A capital da modernidade*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- MÊS DA CRIANÇA | Praça Roosevelt, SP. São Paulo: São Paulo Carinhosa, 2014. 5 min. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=KCvxd54vmw>>. Acesso em: 24 abr. 2016.
- NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. *The Timing and Quality of Early Experience Combine to Shape Brain Architecture*. Working Paper 5, 2007. Disponível em: <www.developingchild.net>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- NELSON, C. A.; LESLIE, J. C. The Effects of Stress and Trauma on Brain and Memory: A View from Developmental Cognitive Neuroscience. *Development and psychopathology*, v. 10, n. 4, p. 793-809, 1998. Disponível em: <<https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/12997517/S0954579498001874a.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 6 maio 2016.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. *Lancet*, 2015.
- PLANO Municipal de Cultura. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.planomunicipaldecultura.prefeitura.sp.gov.br/>>. Acesso em: 6 maio 2016.
- SÃO PAULO (Cidade). Decreto Municipal nº 54.278, de 28 de agosto de 2013. Disponível em: <www.saopaulocarinhosa.prefeitura.sp.gov.br/>.
- _____. *Programa de Metas da Prefeitura de São Paulo*. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br/metas/>>. Acesso em: 24 abr. 2016.
- SHONKOFF, J. P. Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science*, v. 333, Aug. 2011. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B6HyjZktYfrSNTA5ODIzMWEtNzBkNi00ZjlkLWFiNDktMzIyMzM5MzQ3ODQ4/edit>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

- TONUCCI, F. *La città Dei Bambini: un muodo nuevo di pensare la città*. Gius. Laterza & Figli Spa: Roma-Bari, 2005. Disponível em: <<http://www.lacittadeibambini.org/publicazioni/Citta-bambini.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- UNICEF. A transição dos cuidados na primeira infância. Uma tabela classificativa dos serviços de educação e cuidados na primeira infância nos países economicamente desenvolvidos. Report Card, n. 8, abr. 2008. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_por.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- _____. Situação mundial da infância 2015: reimagine o futuro. Resumo Executivo, nov. 2014. Disponível em: <http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2015_Summary_Portuguese_Web.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- WINNICOTT. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard, 1975.





A IMPORTÂNCIA DE VIVENCIAR O LUTO NA INFÂNCIA

Lucia Salles França Pinto

Superintendente do Serviço Funerário do município de São Paulo

Fúlvio Giannella Junior

Chefe de gabinete do Serviço Funerário do município de São Paulo

A morte é um tema tabu em nossa sociedade, apesar de ser inerente ao ciclo da vida. É fácil perceber esse distanciamento quando se está à frente do Serviço Funerário Municipal de São Paulo (SFMSP), lidando cotidianamente com essa realidade. Afinal, todos os dias falecem na capital paulista cerca de 230 pessoas, totalizando 83 mil por ano, sendo que 74 mil são sepultadas no próprio município. São números grandiosos. Ainda mais quando nos damos conta que, anualmente, o número de falecimentos em São Paulo equivale ao de habitantes de uma cidade de médio porte, como São Roque. É estarrecedor, portanto, que ninguém deseje falar sobre isso. São poucos os que tratam o assunto com naturalidade.

Na verdade, a sociedade ocidental pós-moderna vem, cada vez mais, procurando afastar a morte, e tudo o que está relacionado a ela, da vida cotidiana, talvez inconformada por não deter o poder de modificar esse fato inexorável da condição humana, que mexe com a vida de tantas famílias. E, se a perda de um ente querido afeta diretamente uma criança, esse desconforto torna-se ainda maior. Nesses momentos, raramente os adultos conseguem abordar o acontecimento de modo adequado, adotando uma postura esclarecedora e sincera em relação às crianças.

É até compreensível que isso aconteça, uma vez que os próprios adultos sentem-se despreparados para enfrentar esse momento de perda, evitando a todo custo presenciá-lo ou vivenciar os rituais que o cercam. Hoje, ao contrário do que ocorria no passado, as pessoas raramente falecem em casa ou na companhia de seus familiares mais próximos. Quase sempre se despedem da vida sozinhas, conectadas a sofisticados aparelhos nos ambientes frios e impessoais das UTIs hospitalares, envolvidas por uma profusão de sondas e tubos, mas distanciadas do calor das mãos e dos braços de seus entes queridos.

Da mesma forma, hoje em dia, os rituais fúnebres, que são fundamentais para a vivência do luto – uma experiência necessária e natural decorrente de qualquer situação de ruptura e perda – são muitas vezes simplificados, com seu tempo de duração reduzido ao mínimo possível, ou até mesmo ignorados. O velório, rito tão importante para marcar essa passagem na vida das famílias, também já não é realizado nas próprias residências. E as crianças de hoje quase nunca participam dessa derradeira homenagem. O melhor – supõem geralmente os adultos – é mantê-las afastadas desses fatos, com a intenção de poupá-las do sofrimento. Busca-se negar a morte como se, com tal atitude, ela deixasse de existir.

COMPREENSÃO, ACEITAÇÃO E SUPERAÇÃO DA PERDA

Como mostra a literatura especializada, esse processo de negação é inútil e prejudicial ao amadurecimento da própria criança. Estudos e pesquisas acerca do luto infantil apontam que, quando alguém da família falece, a criança, mesmo que os adultos tentem omitir ou

■ Apresentação do Coral Paulistano sob regência do Maestro Martinho Lutero no cemitério da Consolação, em comemoração ao Dia das Mães



Eduardo Ogata

negar o fato, percebe de imediato essa perda pela própria mudança na atitude das pessoas que estão ao seu redor. Pior: ao ser excluída desse momento de dor familiar, que deveria ser compartilhado, ela pode se sentir ignorada e dominada por um sentimento de rejeição por parte daqueles em que deposita maior confiança, chegando a atribuir a si a culpa por aquela perda.

Daí porque é fundamental que os adultos estejam próximos e expliquem a ela, em uma linguagem adequada ao nível de compreensão e desenvolvimento cognitivo da criança, que ninguém tem poder sobre a morte. Isso fará com que a criança entenda que a morte não pode ser, por exemplo, uma decorrência de alguma ação condenável que ela porventura tenha praticado e que teria desagradado seu ente falecido.

Independentemente da gravidade da situação, que no limite pode envolver a perda de um dos pais ou de um irmão, o mais recomendável é permitir que a criança vivencie todas as fases do luto, compartilhando-o com os adultos. Não há por que esconder nem reprimir sentimentos como tristeza, raiva, medo, solidão e culpa, comuns nesse momento de separação.

Como revelam diversos estudos feitos com crianças enlutadas, é importante partilhar essas emoções, deixando-as livres para perguntar aquilo que quiserem sobre os fatos que envolvem a morte, respondendo a essas dúvidas com a máxima honestidade. Caso contrário, a própria criança procurará preencher a lacuna aberta pela perda de um ente querido com fantasias destrutivas ou inadequadas que poderão marcar sua personalidade para sempre.

As professoras e pesquisadoras Maria Helena Pereira Franco e Luciana Mazorra (2007), do Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto (LELu), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), concluíram, em seu estudo (2007) sobre o luto da criança diante da morte de um ou ambos genitores, que a construção de fantasias pelas crianças varia de acordo com os seguintes fatores:

- Momento de desenvolvimento da criança: psicosssexual, cognitivo e modo de funcionamento egoico;
- Condições circundantes ao evento da morte: tipo da morte; como ela aconteceu;
- Dinâmica familiar antes e após a morte;
- Modo como a família lidou com a morte: informação fornecida e possibilidade de fazer perguntas; possibilidade de participar do luto familiar, espaço na família para o luto poder ser vívido;
- Lugar determinado para a criança na família, antes e após a morte;
- Relacionamento da criança com o genitor falecido e demais membros da família.

Assim, é importante que, nessa hora de perda, a criança não se sinta excluída e sozinha. A compreensão e o auxílio de um adulto certamente ajudarão a criança a enfrentar esse evento triste, mas natural da vida, evitando que se transforme em um trauma que, no futuro, dificultará o processo de aceitação de qualquer outra perda sofrida. Mesmo porque o luto não está ligado apenas à morte de outra pessoa, mas é um estado também presente em outras situações de ruptura, como nos sentimentos que envolvem a morte de um animal de estimação, na separação dos pais ou, até mesmo, no pesar diante de uma reprovação escolar.

MEMÓRIA É VIDA

Diante de todas essas evidências e conclusões, calcadas em estudos e pesquisas de especialistas na questão da morte e do luto infantil, resta uma pergunta fundamental: como os adultos podem exercer esse papel tranquilizador e até “pedagógico” diante de uma criança enlutada, se eles mesmos são incapazes de enfrentar esse momento?

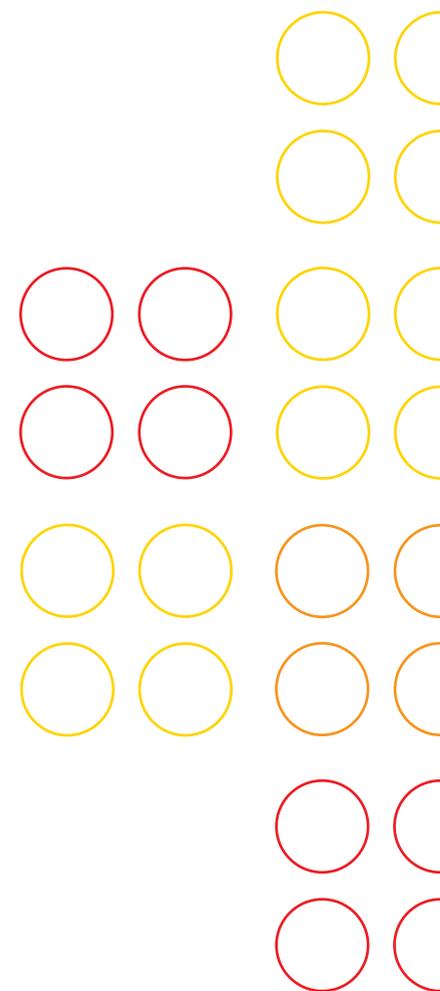
Para além de qualquer ajuda psicoterapêutica – tanto para adultos como para crianças –, que muitas vezes se faz necessária para superar medos e conceitos infundados, um passo importante seria retomar a importância que os ritos fúnebres e o luto ocupam no momento de perda de um ente querido e se reaproximar dos espaços e momentos socioculturais hoje reservados aos mortos.

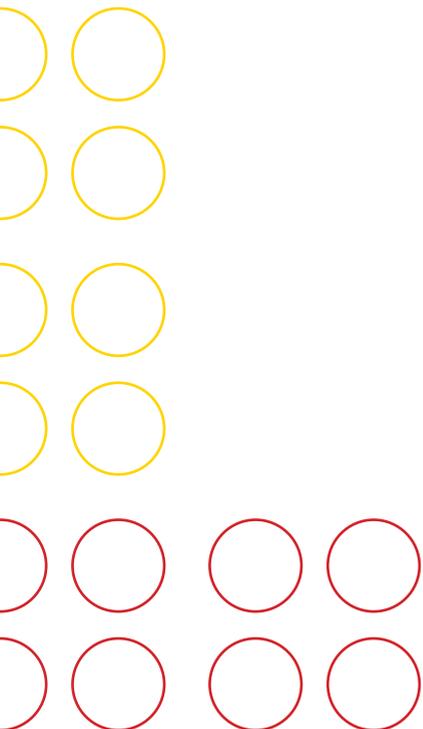
O medo e os mitos que envolvem a morte e a incapacidade de lidar com esse momento inegavelmente traumático só aprofundam os preconceitos, e dificultam a elaboração da dor da perda. É, portanto, necessário mudar essa chave que liga a morte e tudo o que a cerca a algo sinistro, lúgubre e, permanentemente triste, do qual se deve sempre manter distância.

Por isso, sem ignorar os sentimentos inerentes à morte, antes pelo contrário, a atual gestão do Serviço Funerário Municipal de São Paulo tem feito um enorme esforço para olhar essa realidade a partir de uma nova perspectiva.

Para além do luto, uma etapa natural e necessária de ser vivida, as pessoas precisam alimentar, ressaltar e manter sempre presente no convívio familiar as lembranças dos momentos felizes que compartilharam com as pessoas amadas que já partiram. Deixar um ente querido cair em completo esquecimento, eliminando suas referências, representa, mais do que a própria morte física, o seu real desaparecimento. Para que isso não aconteça, é necessário dar mais um passo: superar o luto e transformá-lo em memória.

É justamente esse um dos objetivos do Projeto Memória & Vida, inserido entre as prioridades da atual gestão do SFMSP, que visa, entre outras ações, apresentar uma nova percepção





acerca dos cemitérios públicos municipais e de seu papel enquanto locais de convívio social e polos culturais a serem descobertos e apropriados pela população, inclusive pelas crianças.

Há necrópoles na cidade – destacadamente Consolação, Araçá e São Paulo – que possuem uma característica fortemente histórica e cultural. Nelas estão sepultadas diversas personalidades da vida política, econômica e cultural da cidade e do país. Guardam também em muitos de seus jazigos obras de artistas famosos e uma significativa arte tumular que permanece desconhecida dos cidadãos. São espaços que concentram objetos de grande densidade de significados para a identidade cultural e para a história de famílias, grupos e grandes conjuntos da população.

Por outro lado, existem cemitérios em São Paulo que se assemelham a verdadeiros parques, com amplas áreas verdes – caso dos cemitérios de Vila Nova Cachoeirinha, São Luís, Vila Formosa e Dom Bosco –, e poderiam ser utilizadas pela comunidade como locais de convívio, reflexão e prática de vida saudável. Em alguns bairros da periferia da cidade, os cemitérios, por sua área ampla, com muitas árvores e pássaros, representam um “respiro” em meio a um entorno urbano bastante degradado.

Infelizmente, os 22 cemitérios públicos municipais constituem hoje enormes áreas que permanecem apartadas do tecido urbano e da vida sociocultural da comunidade. No entanto, guardam uma enorme riqueza histórica, cultural, paisagística e ambiental, que deveria ser melhor explorada pelo poder público e mais usufruída pelos munícipes.

Até mesmo a característica arquitetônica da maioria dos cemitérios, bastante semelhante à dos presídios, colabora para mantê-los apartados da comunidade. As necrópoles públicas são quase sempre cercadas por altos muros, com poucos pontos de acesso, impedindo a permeabilidade visual com a paisagem urbana e desestimulando seu acesso por parte dos munícipes. Fazer a substituição dos muros por grades contribuiria para promover a integração paisagística desses locais com seu entorno, e revelaria a beleza que guardam em seu interior. Essa medida diminuiria os preconceitos em relação a esses espaços e ajudaria na própria segurança, possibilitando maior vigilância do que ocorre em seu interior. É o que pode ser visto no Cemitério do Jardim São Luís, na zona sul de São Paulo, onde a substituição de parte do muro por grades permitiu à população acesso visual à surpreendente área verde existente em seu interior.

Para alterar essa visão sociocultural negativa e permitir uma ocupação cidadã desses espaços, outro caminho é incentivar uma nova percepção acerca das necrópoles municipais. Nessa direção são necessárias ações que deem novo significado a esses locais, reconhecendo sua vocação como parques de memória que representam, para as famílias, o depositário das lembranças mais doces e vivas dos entes falecidos e, para a sociedade, um registro significativo de sua história e de sua cultura.



Eduardo Ogata

Nessa perspectiva de ressignificação dos cemitérios municipais, um eixo importante de ação é a promoção de atividades educativas e culturais nas próprias necrópoles, atraindo para ela um novo público, inclusive o infantil, e inserindo esses locais na agenda cultural da cidade. Dentre as diversas intervenções já desenvolvidas pelo Projeto Memória & Vida, podemos destacar: a exibição de filmes e conversas com cineastas; a apresentação de peças teatrais; os saraus de poesia; a apresentação de grupos musicais e de corais, com destaque para o Coral Paulistano Mário de Andrade, da Fundação Theatro Municipal; e as rodas de conversa e contação de histórias, como a realizada com um grupo de crianças ao lado do túmulo de Monteiro Lobato, no Cemitério da Consolação. Estão sendo previstas também atividades circenses, no intuito de aproximar o público infantil desses locais.

Todas essas atividades têm como mote a vida e a produção artística de personalidades sepultadas em nossas necrópoles, merecendo destaque o programa de visitas guiadas ao Cemitério da Consolação, um verdadeiro “museu a céu aberto”, no qual foi incluído um dia específico – quartas-feiras – para a visita de escolas, mediante prévio agendamento.

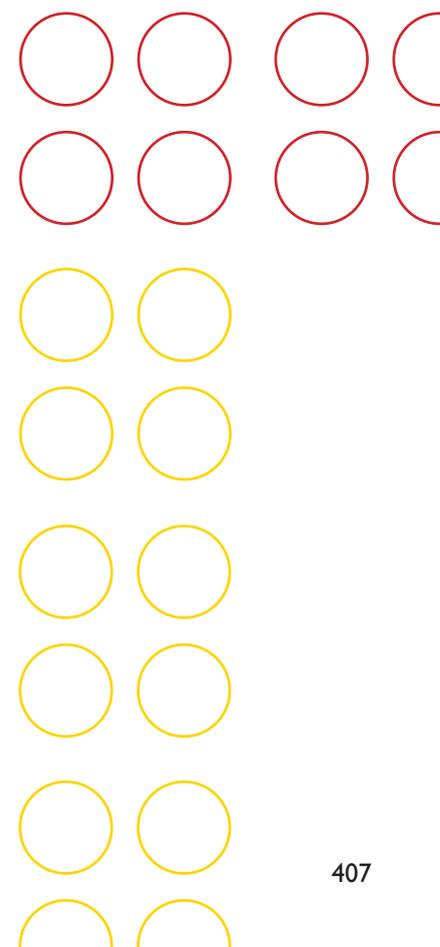
Ainda sob essa perspectiva da memória estão sendo criados, em alguns cemitérios, marcos e jardins em homenagem aos desaparecidos políticos e mortos pela ditadura militar, que presumidamente tiveram seus corpos ali sepultados. É o caso do *Jardim Cálice*, vizinho ao local onde foi descoberta, no início da década de 1990, uma vala clandestina no Cemitério Dom Bosco, e o *Jardim pra não dizer que não falei das flores*, no Cemitério de Vila Formosa. Também neste cemitério foi instalada uma *Trilha Ambiental* para que a população descubra as enormes áreas verdes existentes em nossos cemitérios-parques e passe a frequentá-las e usufruir desse ambiente de paz e tranquilidade despida de qualquer preconceito.

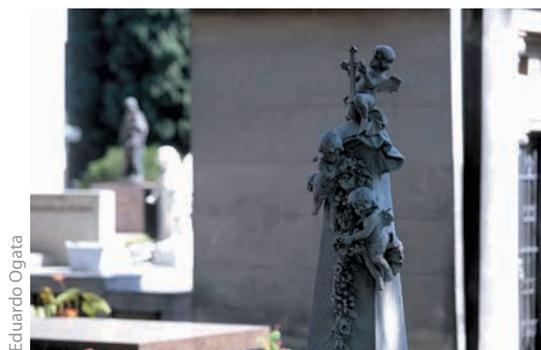
PREOCUPAÇÃO PEDAGÓGICA

Outra iniciativa importante para enfrentar esse tabu que cerca a morte e passar a encará-la como decorrência natural da existência humana é a ação conjunta com outros setores do poder público municipal, principalmente com os profissionais da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, das Secretarias Municipais de Saúde e Educação, articulada pelo tema do luto e da memória.

No intuito de sensibilizar esses agentes públicos, que trabalham diretamente com a população infantil, o SFMSP e a Rede São Paulo Carinhosa realizaram, em maio de 2015, o Seminário Luto Infantil e Parental, reunindo mais de 350 pessoas, para discutir o modo como as crianças percebem e vivenciam o luto. A atividade, que obteve reconhecido sucesso, acabou se desdobrando em dois seminários regionais sobre o mesmo tema, contemplando diferentes pontos da cidade. O primeiro, realizado na zona norte, para os profissionais da Saúde,

■ Seminário Luto Infantil e Parental





Eduardo Ogata

Assistência Social e Educação de Vila Nova Cachoeirinha; e o outro, na zona leste da Capital Paulista, em São Miguel, focando o mesmo público. Planeja-se, em conjunto com a Rede São Paulo Carinhosa, estender para todas as regiões da cidade esse trabalho de sensibilização para a temática da morte e do luto entre os servidores públicos, inclusive para que possam melhor atender aos munícipes enlutados.

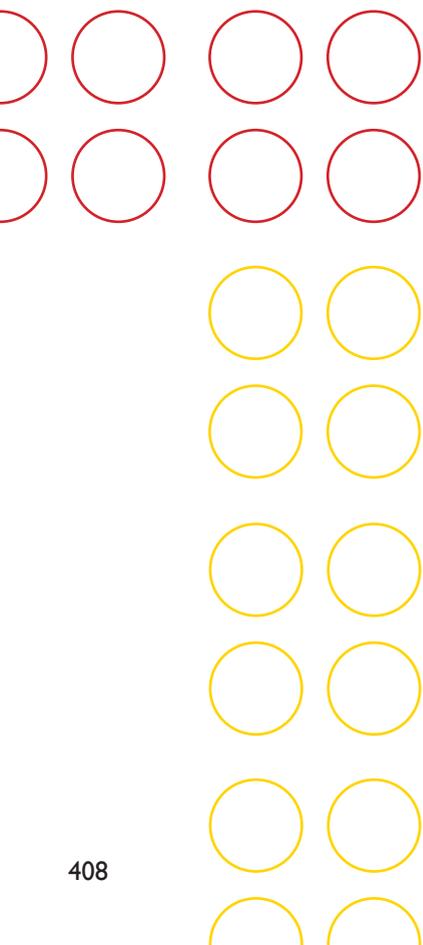
Sem dúvida, uma interface da maior importância para atingir o público infantil deve ser feita com a área da Educação. Afinal, o luto vivenciado por uma criança que perde um ente querido interfere em todas as dimensões de sua vida, inclusive na escolar. E, como qualquer adulto, os professores quase nunca estão preparados para trabalhar adequadamente com essa situação em sala de aula.

Um passo importante nesse sentido seria estimulá-los a descobrir nos cemitérios públicos um espaço privilegiado para desenvolver atividades pedagógicas, o que propiciaria um contato maior da criança com esses locais e uma progressiva aceitação e apropriação dessas áreas hoje apartadas do convívio público. Esse contato colocaria a morte no universo infantil dentro de uma perspectiva mais natural e menos traumática.

Pensando nisso, o SFMSP começou uma parceria com as Diretorias Regionais do Ipiranga, de São Miguel Paulista e de Itaquera, que já resultou em algumas atividades inovadoras com professores das escolas públicas municipais. Uma primeira ação intersetorial, reunindo a Secretaria Municipal da Educação e o SFMSP, foi a *Aula Expandida no Cemitério* da Consolação, realizada em março de 2015. Dentro de uma perspectiva interdisciplinar, os professores foram sensibilizados a utilizar a necrópole para aulas de Arte, História, Geopolítica, Biologia, Botânica e Meio Ambiente, diante do riquíssimo acervo histórico, arquitetônico, e até mesmo ambiental, existente ali. Um dos desdobramentos dessa iniciativa foi justamente a destinação de um dia específico de visitas guiadas ao cemitério para as escolas públicas.

Dentro dessa integração Educação e SFMSP, com vistas ao público infantil, também foi realizado, no segundo semestre de 2015, um trabalho de formação com professores pertencentes à Diretoria Regional de Educação (DRE) de São Miguel Paulista, e outras oficinas estão sendo organizadas com professores da rede municipal que trabalham na Educação Infantil (até os 5 anos de idade) e no Ciclo de Alfabetização (faixa etária de 6 a 9 anos).

Todas essas experiências na área educacional estão servindo para o SFMSP coordenar a elaboração de materiais pedagógicos que abordarão temas como Morte, Luto, Memória e Vida, destinados ao público em geral e também dirigidos a educadores que trabalham com crianças na primeira infância (até os 5 anos de idade). Ainda faz parte desse programa dotar os cemitérios de bibliotecas temáticas sobre esses assuntos, trazendo também títulos da literatura infantil.



UM OLHAR DE CUIDADO COM OS QUE TRABALHAM COM A MORTE

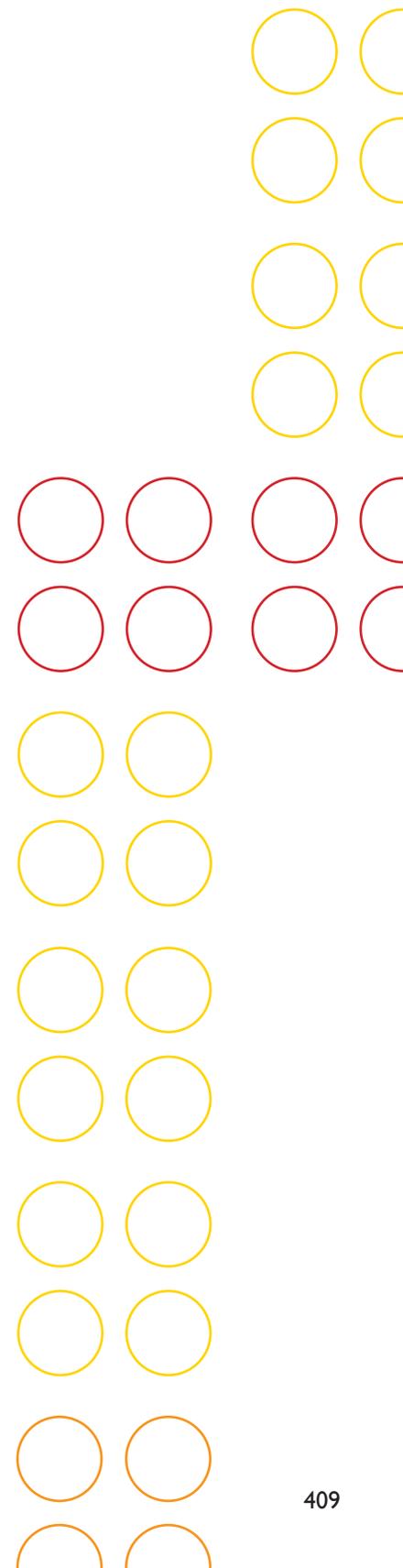
A situação do preconceito com a morte, presente na sociedade atual, resulta em dificuldades específicas em se trabalhar, adequadamente, a questão do luto e da memória, que afligem os próprios servidores do Serviço Funerário. Não é pelo fato de atuar direta e cotidianamente sobre essa realidade que esses profissionais mostram-se preparados emocional e psicologicamente para enfrentar a delicada situação de atendimento às cerca de 200 famílias que se dirigem todos os dias às unidades do SFMSP para escolher as homenagens destinadas aos seus parentes falecidos, velá-los e sepultá-los.

Essa situação torna-se ainda pior quando se observa a ausência, no próprio corpo funcional da autarquia, de profissionais com formação voltada para trabalhar com essas questões, como psicólogos e assistentes sociais. É uma carência que impede o cuidado de caráter emocional e psicológico que deveria ser dedicado a profissionais que têm o dever de atender munícipes extremamente fragilizados nesse momento de perda, para que possam prestar o acolhimento adequado, mantendo seu equilíbrio interior.

Para suprir essa carência e dar maior atenção às necessidades dos servidores do SFMSP, a atual gestão da autarquia firmou parceria com o LELu, da PUC de São Paulo, que vem realizando um trabalho de sensibilização entre os funcionários por meio de palestras, apresentação de filmes e rodas de conversa para que os temas da morte e do luto possam ser mais bem trabalhados tanto na esfera laboral quanto no âmbito pessoal dos servidores.

Uma das iniciativas voltadas à reflexão sobre a morte e o importante trabalho desenvolvido pelos profissionais envolvidos com essa atividade foi a exibição, em parceria com a Rede São Paulo Carinhosa, do filme *A partida*, do diretor japonês Yojiro Takita. A película, que trata com grande sensibilidade dos conflitos que um músico desempregado enfrenta por ser obrigado a trabalhar como funcionário funerário, foi assistida por dezenas de servidores do Serviço Funerário, que estavam acompanhados por suas famílias. A discussão que se seguiu ao filme ressaltou e valorizou a importância e a responsabilidade de profissionais que devem atuar justamente nos momentos mais difíceis da vida de muitas famílias.

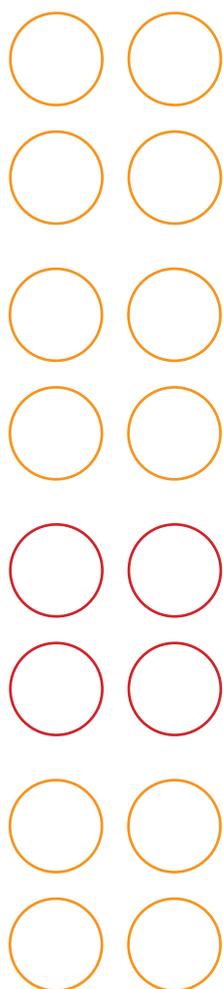
Da mesma forma, têm sido ministradas periodicamente pelo Laboratório de Estudos da Morte (LEM), da Universidade de São Paulo (USP), oficinas nas quais os funcionários que trabalham diretamente com as famílias enlutadas, como atendentes de agências funerárias, motoristas e sepultadores, podem discorrer sobre suas dificuldades e angústias ao lidar com a dor de terceiros. Todo esse esforço tem se refletido em um atendimento mais acolhedor às famílias que procuram o SFMSP, como comprovam os dados de pesquisas frequentes de satisfação realizadas com as famílias atendidas nas unidades da autarquia.



A morte de alguém próximo e o luto decorrente dessa perda são muitas vezes devastadores para adultos e crianças. O importante é estar preparado para lidar com esse fato inexorável na vida de todas as pessoas. E, por mais paradoxal que isso possa parecer, a melhor alternativa para superar esse momento de tristeza profunda é vivenciá-lo até o fim, cumprindo todos os seus ritos e dando às pessoas – e também às crianças – liberdade para manifestarem sua dor. Afinal, como ressaltam Maria Helena Franco e Luciana Mazorra, “[...] o luto é o processo de reconstrução, de reorganização, diante da morte, desafio emocional e cognitivo com o qual o sujeito tem que lidar”, independentemente da idade.

REFERÊNCIA

- FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L. *Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor*. In: *Estudos de Psicologia*, n. 4, v. 24. Campinas: 2007.





Eduardo Ogata



O PROCON MUNICIPAL E A PUBLICIDADE INFANTIL

Eduardo C. B. Bittar

Professor associado da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP) e coordenador de Educação em Direitos Humanos da Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania do município de São Paulo

A publicidade infantil é um tema que tem provocado enormes debates no cenário contemporâneo, opondo, de um lado, entidades defensoras dos direitos da criança e do adolescente e, de outro lado, a lógica do mercado de produtos e serviços, cuja expansão apenas reforça o caráter consumista da sociedade contemporânea. Não por outro motivo, o tema tornou-se objeto da dissertação do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) em 2014: “Publicidade infantil em questão no Brasil”. No entanto, para enxergar a questão de forma mais completa, é necessário fazer um giro ótico e compreendê-la em múltiplas perspectivas e, com isso, enriquecer os subsídios para o tratamento de seus desafios internos. Por isso, a insistência, a seguir, em analisá-la de forma pluridimensional.

A PERSPECTIVA CRÍTICO-FILOSÓFICA

Há várias formas de dominação, e uma delas é aquela que se revela no nível da consciência, operando por meio do mundo simbólico. Em relações de interação social mercadorizadas, fica claro que as consciências são costuradas à luz da dinâmica advinda do mundo das coisas e dos interesses econômicos envolvidos.

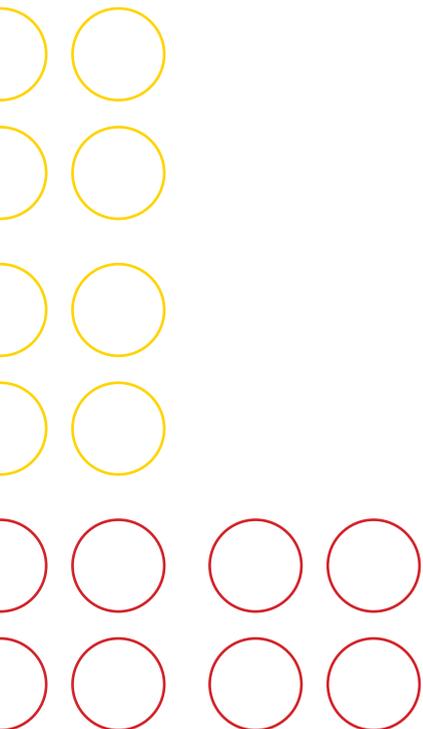
No lugar da afirmação de valores essenciais à vida e à troca social moral de elevado nível, barateia-se o convívio no jogo das relações fundadas em interesses materiais imediatos.

No lugar da garantia, da luta e da constância por construção dos laços de solidariedade, diálogo e afeto, por exemplo, as relações de interação social são mediadas por mercadorias, estreitando na dimensão do elo das coisas o lugar dos valores.

Assim, em uma sociedade em que se assume a centralidade das coisas, assume-se também, simultaneamente, a lateralidade das pessoas, agora vistas apenas como agentes que mobilizam a produção, ou como agentes que mobilizam a venda e o consumo, trazendo-se disso insumos e consequências que irão afirmar a fetichização das mercadorias e a conversão das pessoas em apêndices das coisas.

A perspectiva crítico-filosófica protesta contra esse estado de coisas e se manifesta, entre outras formas, pelas tentativas de recuperação da autonomia política dos sujeitos, da cidadania participativa na esfera pública, das formas de expressão da arte livre, da proteção ao meio ambiente e a todas as formas de vida, da educação comprometida com a humanização, dos limites e das aparas às formas hegemônicas de expansão do condicionamento econômico da existência individual e da coexistência social.

No âmbito dos estudos filosóficos da Escola de Frankfurt, a ideia de “mundo administrado”, em Adorno, de “mundo da vida colonizado”, em Habermas, e de “esquecimento do reconhecimento”, em Honneth, sinalizam as graves consequências da quintessenciação das coisas, da objetualização das relações e da ideologização das consciências, quais sejam:



- a reificação da natureza, com a conseqüente devastação ambiental que afeta necessidades humanas vitais;
- a reificação da intersubjetividade, com as conseqüentes formas de empobrecimento do convívio social e esgarçamento das violências;
- a reificação da autoconsciência, com a conseqüente perda da capacidade de perceber e diferenciar a dominação e a manipulação, enxergando-se liberdade onde se vive opressão.

Em seu extremo, o resultado não é outro senão a morte das pessoas, o empobrecimento das relações, o enfraquecimento dos elos sociais espontâneos e a paradoxal vivificação das coisas. E isso porque a fetichização das mercadorias constrói um mundo de bens desprovido de pessoas, e preenchido de coisas.

Todas as vezes que se percebe um novo atentado cotidiano à dignidade da pessoa humana – pela violação de um direito da criança e do adolescente, pela violência dirigida a um jovem nas periferias urbanas, ou pela violação de um direito da população em situação de rua, entre outros exemplos –, em verdade, estamos tropeçando no dia a dia com situações em que se revela aos nossos olhos o resultado dessa construção social que coloca o outro como ser decaído na amnésia social, e deslocado de lugar pela centralidade da mercadoria, alijado que foi dos espaços de socialização e de reconhecimento de sua dignidade.

O saldo desse tipo de experiência de modernização instrumental unilateral pela força do mercado é a produção de sociedades desumanizadas, patologicamente constituídas na realização das pessoas pelas coisas, em que os despossuídos são desconstituídos e os possuidores tornam-se administradores da cadaverização da existência.

Diante desse quadro, ambientes de interação social passam a exprimir por seus testemunhos cotidianos a consagração das formas de repressão de corpos e mentes, separados entre *losers* e *wINNERS*, assim divididos pela própria lógica de funcionamento do mercado.

Temos de estar atentos uns para os outros, e não para as coisas que produzimos! Nesse sentido, qualquer tentativa de aprofundar o estado de coisas em que nos encontramos, para fazer da realidade do convívio uma forma de consubstanciação da mercadoria nas pessoas, transformando o desnecessário em necessário, valorizando o ser no ter, alentando a invasividade do *marketing*, apenas aprofunda uma patologia social já de muito conhecida em uma sociedade individualista, consumista e reificada.

Esse tipo de reflexão abre importante trincheira na observação do quadro histórico-social contemporâneo, trazendo à agenda as preocupações centrais no sentido da mobilização de esforços para promover a emancipação das consciências e a humanização das relações de



Eduardo Ogata

interação, dois mantras que devem acompanhar aqueles que consideram a luta contemporânea uma comunhão de tarefas de cidadania.

Nesse sentido, poderíamos, é claro, substituir o consumismo pelo humanismo, sem prejuízo algum!

A PERSPECTIVA CRÍTICO-SOCIOLÓGICA

A sociedade contemporânea está marcada pela sensação de incerteza e de crise, a qual revela a insuficiência desse modelo de socialização, e o esgotamento do próprio projeto da modernidade instrumental, ao que se costuma chamar em ciências sociais de condição pós-moderna.

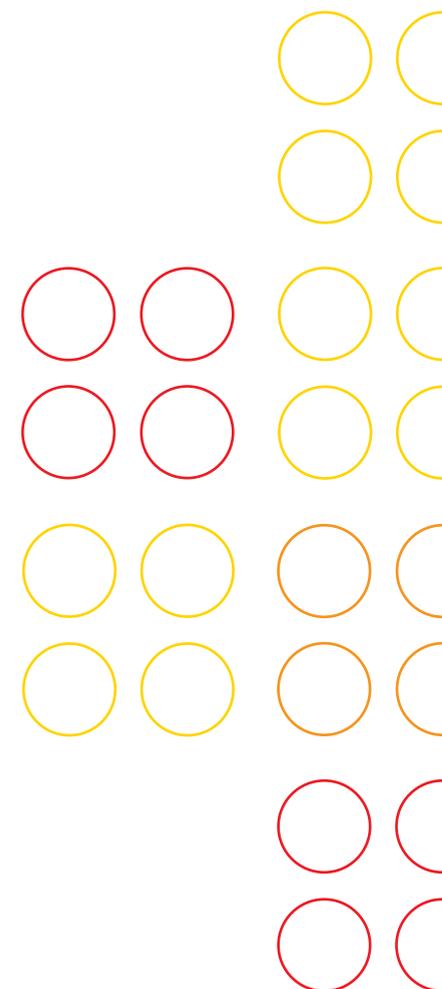
Nada mais se trata do que de um cenário de revisão dos abusos do processo de modernização, revelado nas indefinições que nos cercam (crise econômico-financeira, crise ambiental, crise da democracia representativa, crise de valores), estado em que nos encontramos que não nos permite enxergar muito além do nevoeiro – uma vez perdidos os horizontes das grandes metanarrativas da história –, mas saber que estamos atravessando um nevoeiro.

No atoleiro da existência contemporânea, nossos tempos são instáveis, sinistros, e as manifestações de recuo civilizatório, obscurantismo político, intolerâncias sociais, não diálogo e violências levam uma sociedade em crise, em desespero sistêmico, em demência pandêmica, ao abandono de seus valores precípuos, “cortando da carne” de seus mais precípuos valores, como a se revelar o que estava sob a leve camada do que costumamos chamar de “civilização”. Na opinião pública autoritária, está o fato de se revelar a destilação do ódio social, da precária consciência de direitos, do desprezo pela liberdade, da falta de assentimento à divergência e ao lugar da opinião do outro.

Nesse contexto, não por outra razão, os primeiros direitos a serem afetados são os direitos humanos, aí incluídos os direitos da criança e do adolescente, a exemplo da proposta de redução da maioridade penal.

Enfim, e lamentavelmente, parte de nossa sociedade quer trancafiar adolescentes, e não prover direitos sociais fundamentais! Parte de nossa sociedade clama pela ditadura, ainda mal afirmada à nossa democracia! Parte de nossa sociedade prefere a liberdade, mas não constrói na educação o caminho para atingi-la!

Uma sociedade que prima pelas crianças, em especial pela primeira infância, prima pelo brincar, pelo cuidado, pela formação integral, pela interação familiar, pela adoção, e não pela coisificação da publicidade infantil.



Assim, fazer da publicidade infantil uma nova forma de expansão do mercado para o fortalecimento do consumo é estratégia que se encontra na contramão das mais hodiernas necessidades sociais, especialmente se considerada a perspectiva da proteção integral à pessoa humana. Como pessoas em desenvolvimento, as crianças são sensíveis a todos os estímulos, e a voracidade do mercado pretende atingi-las com peças publicitárias precocemente, cobrindo novas fatias de potenciais consumidores.

A sensibilidade, a dependência, a inocência, a facilidade de retenção de estímulos externos, o aprendizado rápido pela força da imagem, a falta de criticidade, a falta de tempo para a dedicação dos familiares aos filhos em função das necessidades de trabalho, o extenso tempo de exposição aos estímulos televisivos, o farto franqueamento de acesso a produtos são elementos que estão em jogo, nesse cenário.

O maior risco, no entanto, é o de violar o processo de desenvolvimento e consolidação da integridade humana, em seus aspectos físicos, psíquicos, morais, intelectuais e sociais. Assim, torna-se indeclinável a tarefa de definição de limites de alcance à voracidade do mercado por novas fatias de consumidores, seus consumidores mirins.

A PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

Na área da Educação em Direitos Humanos, o debate sobre o papel dos meios de comunicação já vem de longa data, pois se registra, desde a primeira versão do Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (PNEDH, 2003), a preocupação com o “Eixo V: Educação e Mídia”, no qual se reconhece o potencial dos meios de comunicação, especialmente em função de sua capilaridade e alcance.

De fato, nos termos do PNEDH, os meios de comunicação, envolvendo revistas, jornais, cinema, vídeo, rádio, televisão, mídia *on-line*, entre outros, configuram “[...] um espaço político, com capacidade de construir a opinião pública, formar consciências, influir nos comportamentos, valores, crenças e atitudes”.

Isso, para reconhecer o papel de influência, determinação e também, o desperdício deste espaço, quando apenas transformado em meio de afirmação do lugar das mercadorias.

Quando se trata de “espaço político”, o PNEDH enxerga a potência positiva dos meios de comunicação para criar uma cultura de direitos na sociedade. De fato, em seu texto, pode-se ler:

A legislação que orienta a prestação desses serviços ressalta a necessidade de os instrumentos de comunicação afirmarem compromissos previstos na Constituição Federal, em tratados e convenções internacionais, como a cultura de paz, a proteção ao meio ambiente, a tolerância e o respeito às diferenças de etnia, raça, pessoas com deficiência, cultura, gênero, orientação sexual, política e religiosa, dentre outras. Assim, a mídia deve adotar uma postura favorável à não violência e ao respeito aos direitos humanos, não só por força de lei, mas também pelo seu engajamento na melhoria da qualidade de vida da população.

É essa a visão do PNEDH, e de seus articuladores.

Do ponto de vista mais pragmático, a Ação Programática 1 indica uma rota de trabalho importante:

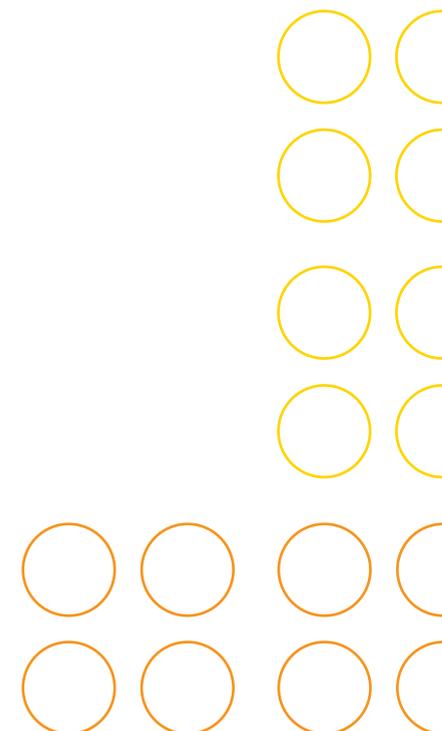
Criar mecanismos de incentivo às agências de publicidade para a produção de peças de propaganda adequadas a todos os meios de comunicação, que difundam valores e princípios relacionados aos direitos humanos e à construção de uma cultura transformadora nessa área.

Por sua vez, na Ação Programática 2, indica-se outra rota de trabalho:

Sensibilizar proprietários de agências de publicidade para a produção voluntária de peças de propaganda que visem à realização de campanhas de difusão dos valores e princípios relacionados aos direitos humanos.

Mais recentemente, o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos somente veio reforçar o legado do PNEDH, para afirmar, na Diretriz 22, Objetivo Estratégico I (“Promover o respeito aos Direitos Humanos nos meios de comunicação e o cumprimento de seu papel na promoção da cultura em Direitos Humanos”), na letra b, o que se segue:

Promover o diálogo com o Ministério Público para proposição de ações objetivando a suspensão de programação e publicidade atentatória aos Direitos Humanos” (sendo responsáveis, no âmbito federal, o Ministério da Justiça e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos). Já no Objetivo Estratégico II, lê-se: “Incentivar a produção de filmes, vídeos, áudios e similares, voltada para a Educação em Direitos Humanos [...]”.





A PERSPECTIVA JURÍDICA

O direito consagra valores, limita poderes, circunscreve o exercício de liberdades, e é essa sua tarefa regulatória em sociedade. Quando o tema é o dos direitos da criança e do adolescente, no plano do direito constitucional, deve-se de pronto invocar a generosa redação do artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que, ao mencionar a criança, o adolescente e o jovem, imediatamente associa-lhes os termos vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, entre outros.

É por esses termos que crianças, adolescentes e jovens devem estar ladeados, e não apenas por coisas!

Ao irmos em direção à ordem legal diretamente vinculada ao tema, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o artigo 3º traz que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Invoque-se, também, outro dispositivo importante do mesmo diploma legal, o artigo 71, em que se pode ler: “A criança e o adolescente têm direito a informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos e produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”.

Não bastasse isso, no âmbito da prevenção especial, o ECA tomou o cuidado de identificar, no artigo 76, o que se segue: “As emissoras de rádio e televisão somente exibirão, no horário recomendado para o público infantojuvenil, programas com finalidades educativas, artísticas, culturais e informativas”.

Um passo adiante, e quando averiguamos, em caráter complementar, o que a lei de consumo (Código de Defesa do Consumidor – CDC) dispõe a respeito do tema, então, a questão fica ainda mais clara, pois o CDC trata da dimensão do consumo consciente e da publicidade abusiva.

A questão do consumo consciente e da melhoria do mercado de consumo é de fundamental importância, para que se evitem problemas de inúmeras ordens, que vão desde o desentendimento entre fornecedores e consumidores, até questões ligadas ao desperdício e à produção excessiva de lixo, até a mais contemporânea questão do superendividamento, sabendo-se que estes são desafios que pertencem à tarefa do Código de Defesa do Consumidor fomentar, e isso desde seu nascimento.

Mas essa é só uma parte dos esforços, diante da relação entre consumo, consumismo e publicidade. O que mais nos concerne é o fato da lei especializada em consumo no país afirmar como direito básico do consumidor, em seu art. 6º, o que se segue:

São direitos básicos do consumidor:

[...] IV. a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços.

Não bastasse isso, o CDC proíbe a publicidade enganosa ou abusiva. Para que não reste nenhum tipo de dúvida, no que concerne especialmente ao sentido vago desta expressão “publicidade enganosa ou abusiva”, em função de sua indeterminação e vagueza, o legislador cuidou de descrever, em capítulo mais adiante do diploma legal, em seu artigo 37, parágrafo 2º, os sentidos legalmente coibidos:

É abusiva, dentre outras, a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança, desrespeite valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.

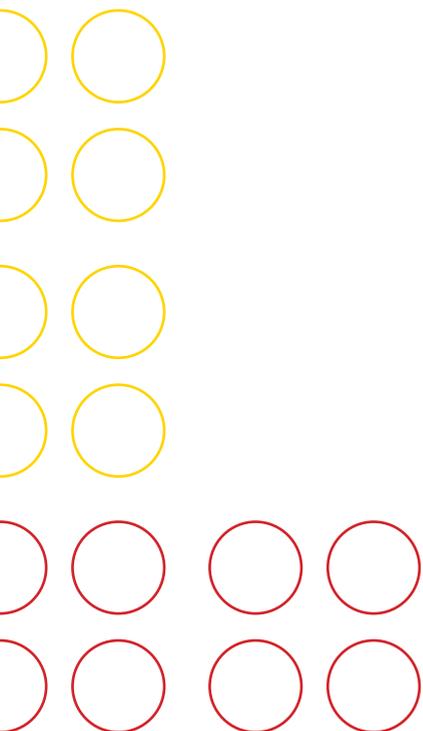
Daí decorre a consideração direta de que a publicidade dirigida ao público infantil, especialmente considerada a primeira infância, é abusiva, na medida em que os produtos passam a ter como escopo uma faixa etária do desenvolvimento humano, de um lado, propícia à vinculação dos gostos e desejos às marcas e aos produtos, e, portanto, à fidelização do futuro consumidor, e, de outro lado, a pessoa em idade que exige máxima atenção e cuidados, seja da família, seja da sociedade.

Por último, para sanar eventuais dúvidas que poderiam existir a respeito da questão, adveio a Resolução nº 163, de 13 de março de 2014 do Conanda (Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, ligado à Secretaria de Direitos Humanos, e criado pela Lei nº 8.242/91), que dispõe sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança e ao adolescente, cujo maior desafio atual parece ser o de ser implementada, em face dos poderes e interesses em jogo na relação de forças com o mercado.

Em especial, em seu artigo 2º, prevê-se:

Considera-se abusiva, em razão da política nacional de atendimento da criança e do adolescente, a prática do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança, com a intenção de persuadi-la para o consumo de qualquer produto ou serviço e utilizando-se, dentre outros, dos seguintes aspectos:





- I. linguagem infantil, efeitos especiais e excesso de cores;
- II. trilhas sonoras de músicas infantis ou cantadas por vozes de criança;
- III. representação de criança;
- IV. pessoas ou celebridades com apelo ao público infantil;
- V. personagens ou apresentadores infantis;
- VI. desenho animado ou de animação;
- VII. bonecos ou similares;
- VIII. promoção com distribuição de prêmios ou de brindes colecionáveis ou com apelos ao público infantil;
- IX. promoção com competições ou jogos com apelo ao público infantil.

Pelo que se pode perceber, o problema atual não está no nível da legislação, mas de sua eficácia concreta. Há fartos fundamentos normativos para exigir condutas, interpelar entidades, coibir práticas e estimular boas iniciativas. A questão não parece ser tão jurídica, quanto econômica, e, diante desse desafio, resta a tarefa de se utilizar do direito como mecanismo de limitação dos excessos promovidos pelo mercado.

A preocupação com o tema deve ocupar e direcionar a construção de agendas de luta, de organização e de mobilização dos atores relevantes, que atuam nesta pauta com larga experiência, acionar entidades de proteção ao consumidor, o Procon, promover campanhas, fazer valer direitos consagrados na legislação, acionar o Ministério Público, a Defensoria Pública e o Conselho Nacional de Autorregulação Publicitária (Conar), em casos específicos.

O PROCON PAULISTANO E A PUBLICIDADE INFANTIL

Assim, no nível da atuação concreta, a Prefeitura de São Paulo inova ao criar o Procon Paulistano, com a vocação de integrar o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor.

Entre suas inúmeras atribuições, cumprirá ao Procon Paulistano a de monitorar a violação de direitos do consumidor, que provenham de publicidade infantil abusiva, por inúmeras frentes de trabalho (fiscalização; participação na elaboração e no monitoramento de políticas públicas sobre consumo; encaminhamento de denúncias; e, sobretudo, na prevenção e na educação, na mediação de conflitos e no estímulo ao respeito à legislação vigente), sobretudo



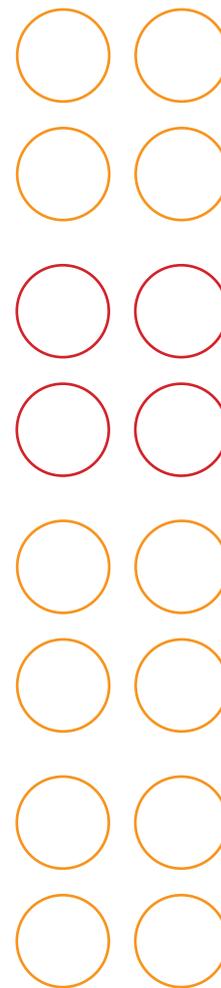
Eduardo Ogata

considerando o disposto no Decreto Municipal, em seus artigo 5º, inciso XVIII, e artigo 17, inciso II.

E isso porque São Paulo é uma megalópole que é referência para todo o Brasil, em diversas políticas públicas, e não deveria ser diferente no que tange às iniciativas de defesa dos direitos dos consumidores. É aqui que o Procon Paulistano poderá, nesse sentido, assumir um papel indutor importante no Brasil, e, em São Paulo, como megalópole que congrega milhares de empresas e iniciativas publicitárias, o de construir uma cultura de respeito em face da publicidade abusiva que atinge crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- BITTAR, C. A. *Direitos do consumidor: Código de Defesa do Consumidor*. 7. ed. rev., atual. e ampl., por Eduardo C. B. Bittar. Rio de Janeiro: Forense, 2011.
- BITTAR, E. C. B. A violência que se produz de modo simbólico e generalizado na sociedade de consumo atinge todas as classes sociais. *Criança e Consumo Entrevistas: violência*, São Paulo, v. 6, p. 27-41, 2010.
- _____. *Democracia, justiça e emancipação social: reflexões jusfilosóficas a partir do pensamento de Jürgen Habermas*. São Paulo: Quartier Latin, 2013.
- _____. Economic crisis, deglobalisation and human rights: the challenges of the cosmopolitan citizenship in the view of discourse theory. *Panorama of Brazilian Law*, São Paulo, v. 3, n. 3-4, p. 170-196, 2015.
- _____. (Coord.). *Educação e Metodologia para os Direitos Humanos*. São Paulo: Quartier Latin, 2008.
- BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. *Experiências de EDH na Rede Municipal de Ensino: Relatos dos Vencedores do 1º Prêmio Municipal de Educação em Direitos Humanos*. São Paulo: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania; Secretaria Municipal de Educação, 2014.





A ESCUTA E O OLHAR DAS CRIANÇAS PARA ORIENTAR A REQUALIFICAÇÃO DO ESPAÇO URBANO: A EXPERIÊNCIA EM UM TERRITÓRIO DO GLICÉRIO

Ana Estela Haddad

Coordenadora da Política Municipal
São Paulo Carinhosa e professora livre-docente
de Odontopediatria da Fousp

Terciane Alves

Ex-coordenadora de Comunicação da São Paulo
Carinhosa e curadora do Circuito Municipal de Cultura

**Mariana Scaff
Haddad Bartos**

Assessora da primeira-dama do município
de São Paulo e bacharel em Gestão de Políticas
Públicas pela Universidade de São Paulo

**Cássia Marques
da Costa**

Assessora especial da primeira-dama do município
de São Paulo e mestre em Relações Internacionais
pela Universidade de São Paulo

Otávio Paiva

Assessor especial da Secretaria Municipal
de Gestão e bacharel em Direito pela PUC-SP

**Denise Xavier
de Mendonça**

Professora mestra do curso de Arquitetura
e Urbanismo do Centro Universitário Belas
Artes de São Paulo

Nayana Brettas

Fundadora da CriaCidade e coordenadora
do Projeto Criança Fala

Erika Fischer

Administradora pública, especialista
em estratégias de desenvolvimento local
e coordenadora da Alimentação Escolar
da Secretaria de Educação do município
de São Paulo entre 2013 e 2016



O objetivo deste capítulo é registrar o percurso que fizemos a partir da experiência da São Paulo Carinhosa na região do Glicério, seus cortiços e suas crianças. No âmbito da Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância - São Paulo Carinhosa, a Prefeitura do Município de São Paulo desenvolveu um projeto multidisciplinar e intersetorial em um dos diversos cortiços existentes na região central da cidade. O objetivo de tal iniciativa foi buscar alternativas para melhorar as condições de habitação e a qualidade de vida dos moradores, em especial as crianças, com foco no seu desenvolvimento saudável e integral.

A região do Glicério enfrenta problemas com a falta de acesso a condições mínimas de habitação para as famílias e crianças mais vulneráveis, bem como o acesso a serviços públicos e espaços urbanos adequados de lazer e convívio. Espera-se que o trabalho resulte em maior visibilidade do poder público e da sociedade sobre esse problema, que afeta especialmente as crianças, cujo desenvolvimento integral fica potencialmente prejudicado em virtude da exposição a situações de violência e da falta de espaço para brincar.

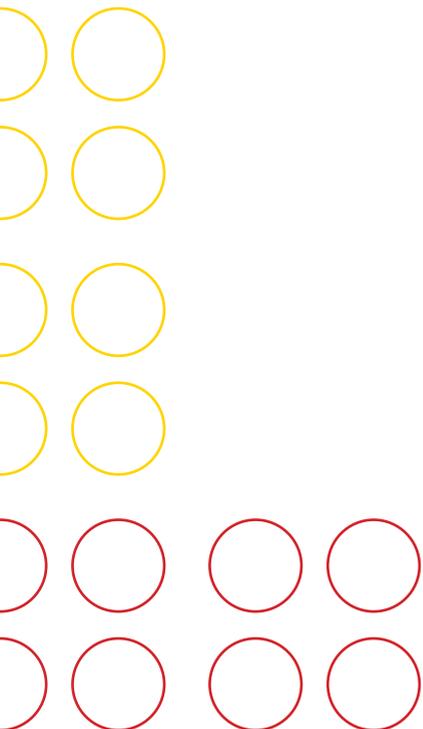
Como você gostaria que sua cidade, seu bairro, sua casa fossem se você tivesse 95 cm de altura, se você fosse uma criança? O olhar da criança sobre o espaço público pode ser elemento inspirador de componente de humanização no planejamento do espaço urbano, em especial àquele destinado ao convívio. A participação das crianças na construção criativa dos espaços públicos pode agregar grande valor à formulação e implementação das políticas públicas. A escuta de sujeitos destituídos de poder – neste caso, as crianças – faz com que ressignifiquemos o espaço público. Tudo isso vai contra uma lógica hegemônica, e que predominou nos espaços de gestão do município em etapas anteriores, do capital de segregar os espaços e as pessoas.

A REGIÃO CENTRAL E OS CORTIÇOS

A São Paulo Carinhosa, com foco na primeira infância, atua em conjunto com as subprefeituras nos territórios da cidade, elegendo prioritariamente aqueles que apresentam os piores índices sociodemográficos, caracterizando-se como território de vulnerabilidade social.

O centro da cidade de São Paulo constitui um dos territórios prioritários de atuação da São Paulo Carinhosa. A região central¹ possui 44.341 crianças entre 0 a 9 anos, sendo 5.114 nascidos vivos, destes, 8^o% prematuros, 2,3^o% com baixo peso e 8,2^o% filhos(as) de mães com menos de 20 anos (CEINFO, 2014).

¹ Região administrada pela Subprefeitura da Sé, que engloba os distritos da Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Sé e Santa Cecília.



É importante destacar que as grandes cidades brasileiras possuem desenho urbano peculiar em razão do desenvolvimento histórico da sociedade, na qual se configurou um centro desenvolvido economicamente e uma periferia carente. O centro de São Paulo não é diferente. Contudo, é no centro desta cidade, onde se concentram grandes empresas e bancos do país, que se verifica situação de extrema vulnerabilidade social: a moradia em cortiços.

Cortiços são moradias coletivas multifamiliares, constituídas por uma ou mais edificações construídas em lote urbano; subdivididas em vários cômodos alugados, subalugados ou cedidos a qualquer título; com várias funções exercidas no mesmo cômodo; com acesso e uso comum dos espaços não edificados e instalações sanitárias; com circulação e infraestrutura no geral precárias e com superlotação de pessoas (BRASIL, 1991). A situação das crianças que moram nessas condições é especialmente perigosa e preocupante.

Aproximadamente 25 mil famílias vivem em cortiços na cidade de São Paulo, 93% dessas famílias não têm contrato de locação ou outro que possibilite um mínimo de estabilidade de permanência no local alugado. A média de aluguel é de R\$ 500,00 (\$ 140,00), um dos metros quadrados mais caros da cidade. Os banheiros são coletivos e compartilhados com pelo menos sete pessoas, 85% das famílias não possuem cozinha para uso próprio e 86% dessas cozinhas se encontram em cômodo inapropriado, com perigo de incêndio ou acidentes domésticos graves.

A criança moradora de cortiço está sujeita a diversas situações de risco físico e psíquico. Primeiramente, em razão da insalubridade do ambiente, uma vez que geralmente se trata de acomodações impróprias e precárias, sem ventilação, sem proteção térmica, com riscos de incêndios e outros tipos de acidentes. Em segundo, em razão da falta de privacidade, de local apropriado para o estudo, de espaços e momentos de brincar, além da exposição muito próxima a um fluxo muito grande de pessoas. Das 439 crianças identificadas na região do Glicério, centro de São Paulo, 71% (314) são atendidas pelo sistema de educação pública, seja diretamente pelo poder público e/ou por meio de instituições conveniadas da sociedade civil.

AÇÃO EXPERIMENTAL INTERSETORIAL DO COMITÊ GESTOR DA SÃO PAULO CARINHOSA E A ESCUTA DAS CRIANÇAS

Entre as iniciativas do Comitê Gestor da São Paulo Carinhosa na região, foi desencadeada ação integrada e coordenada, envolvendo diversas secretarias. Primeiramente, a Secretaria Municipal de Habitação e a Subprefeitura da Sé mapearam os cortiços da região do Glicério. O resultado desse mapeamento levou a determinado cortiço habitado pelo maior número de crianças, no qual vivem treze famílias. A partir do levantamento, o Comitê Gestor da Política Municipal da São Paulo Carinhosa desenvolveu ação experimental nesse cortiço em algumas frentes prioritárias.



Eduardo Ogata

A Secretaria Municipal de Saúde realizou o cadastro e o mapeamento de todos os moradores do local: foram cadastradas treze famílias, sendo 21 adultos (dezesesseis mulheres, das quais quatro eram gestantes, e cinco homens) e catorze crianças menores de 10 anos. Além disso, fez-se o diagnóstico epidemiológico das famílias com intuito de adoção de práticas focadas nos agravos e determinantes prevalentes. Por fim, iniciaram-se ações sanitárias frequentes envolvendo equipe multiprofissional, atuando nas seguintes frentes: atualização de situação vacinal; avaliação antropométrica; garantia de consultas pelas especialidades básicas e acompanhamento pela equipe de saúde de referência; atendimento aos agravos agudos de distintas etiologias (infeciosas, violência, DST, drogadição); abordagem às patologias respiratórias (comuns em moradores em condições de ventilação precária); garantia de no mínimo sete consultas de pré-natal com realização de todos os procedimentos preconizados em protocolo; diagnóstico, acompanhamento e tratamento de doenças crônicas (HAS, diabetes); realização de atividades educativas com relação à verminose, prevenção de DST e cuidados de higiene; inserção em todos os pontos de atenção da rede de saúde, a depender das especificidades individuais; garantia da longitudinalidade do cuidado; visitas mensais pela equipe multiprofissional; matriciamento multiequipe dos casos mais vulneráveis com elaboração de projeto terapêutico singular; busca ativa de patologias prevalentes (sintomáticos respiratórios); e estímulo à realização de procedimentos de prevenção oncológica (mamografia, papanicolau).

A Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, por sua vez, conversou com a população habitante do cortiço e fez o levantamento sobre a compatibilidade com os critérios de atendimento pelos diversos programas de assistência social. Assim, realizou-se o cadastramento de todos os habitantes do cortiço e sua inclusão nos programas de assistência social, como o Bolsa Família e o Loas². Já a Secretaria Municipal de Educação efetuou a matrícula de todas as crianças em idade escolar ainda não matriculadas na rede pública de ensino.

A Secretaria Municipal de Habitação, em conjunto com a Subprefeitura da Sé, realizou a vistoria do imóvel, apontando as inadequações com a Lei Moura. Por meio de interlocução com o Conselho Municipal de Habitação³, foi obtida a aprovação da Resolução CMH n° 61, que cria condição de prioridade para atendimento no Programa Minha Casa Minha Vida para as famílias com crianças em situação de cortiço.

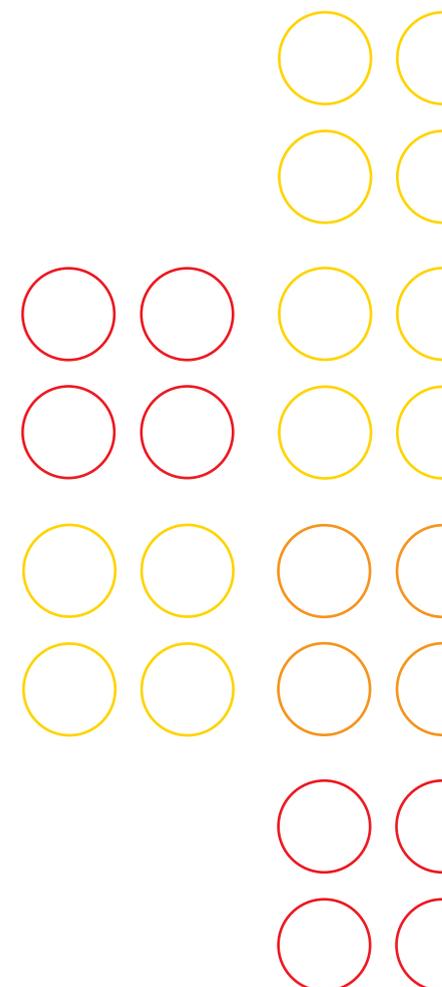
² A Previdência Social mantém um grupo de benefícios assistenciais a idosos com mais de 65 anos e pessoas que tenham deficiência, desde que a renda familiar, em ambos os casos, seja menor que 1/4 do salário mínimo. Trata-se do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas), no valor de um salário mínimo. Para ter direito ao benefício, não é necessário ter contribuído para a Previdência.

³ O Conselho Municipal de Habitação foi instituído pela Lei Municipal n° 13.425/02 e tem caráter consultivo, fiscalizador e deliberativo. Órgão da política habitacional da cidade, norteia-se pela ideia de paridade em relação à representação do poder público, movimentos populares por moradia e sociedade civil, assegurando espaço a todos os segmentos. Participam do conselho, sindicatos, empresários, educadores, líderes de movimentos sociais e gestores públicos. O conselho é composto por 48 representantes da sociedade civil, com mandato de dois anos, quando novas eleições são convocadas.

■ Cortiço na região do Glicério



Eduardo Ogata



- Local escolhido pelas crianças para a construção da futura praça projetada a partir da escuta e das propostas das crianças moradoras do Glicério



Eduardo Ogata

Outra iniciativa colocada em prática nessa experiência foi a parceria com as entidades da sociedade civil, CriaCidade⁴ e Ato Cidadão⁵, que promoveram escuta qualificada das crianças deste cortiço sobre quais melhorias gostariam que fossem promovidas na moradia e no espaço público do entorno. Desta maneira, foi elaborado o projeto de uma praça, a ser construída nas imediações, com base na escuta das crianças. Fruto de parceria com a CriaCidade, o projeto da praça foi desenvolvido pelos alunos de graduação em Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Belas Artes de São Paulo, por meio de iniciativa de extensão universitária, tendo em vista a criação de espaço público voltado ao brincar e à sociabilidade das crianças.

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano incluiu a iniciativa dentro do quadro de atividades do Programa Centro Aberto. Este projeto, que tem como foco principal a região central de São Paulo, objetiva transformar e ativar espaços já existentes, de modo a repensar as diversas formas de uso daquele espaço. Essas transformações têm como consequência maior ocupação dos espaços públicos para convívio, gerando sensação de mais segurança e de pertencimento à cidade. O Centro Aberto articula as políticas públicas municipais, das mais diversas secretarias, voltadas aos espaços públicos⁶.

Além disso, um estudo de impacto no sistema viário foi elaborado pelas equipes do Departamento de Projetos de Segurança – DPS/GST e da Gerência de Planejamento da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) do Município para avaliar a viabilidade de intervenção na praça, sem que haja prejuízo ao tráfego e à segurança dos pedestres e motoristas. O estudo visa a verificar as condições de acessibilidade da praça e as conexões com os equipamentos do entorno, sempre tendo os pedestres e, principalmente, as crianças como foco principal.

Essa ação resultará em nova praça, com *playground* e espaço para o convívio de adultos e crianças, conforme projetado a partir da escuta e desejos manifestados pelas próprias crianças. E uma intervenção na região do entorno da praça melhorará as condições de trânsito, acessibilidade e segurança dos pedestres na região. Como desdobramento desta iniciativa, estamos submetendo à Fundação Bernard van Leer, em parceria com o Instituto Brasilianas, um projeto de ampliação das inovações implementadas e do uso de tecnologias voltadas ao

⁴ “CriaCidade é uma empresa de Consultoria e Assessoria em Projetos Sociais e Urbanos que tem como missão desenvolver projetos com foco na participação social para que todos os habitantes sejam cidadãos, protagonistas, partícipes, autores, construtores e criadores da cidade que habitam.” No Glicério, a CriaCidade atua por meio dos projetos Criança Fala na Comunidade e Cidade Que Brinca, que escutou as crianças para ativar e transformar a comunidade do Glicério com seus olhares e vozes por meio de três eixos: ressignificação dos espaços públicos, empoderamento e formação, e atuação em rede.

⁵ “O Ato Cidadão é uma associação sem fins lucrativos, sem vínculos partidários, empresariais ou religiosos, qualificada com Oscip, comprometida com a integração sociocultural e educacional da sociedade” e tem como missão “promover ações educativas e culturais com o propósito de estimular a cidadania, conscientizando que todos indivíduos são agentes do processo de transformação social”.

⁶ Mais informações em: <<http://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/centroaberto/>>.

desenvolvimento urbano a partir do olhar da criança. O projeto já foi aprovado no mérito, nas instâncias técnicas e encontra-se em análise financeira.

Esta intervenção experimental foi importante no entendimento de que a solução do problema passa por abordagem integrada e coordenada dos diversos órgãos do poder público, com a cooperação da sociedade civil: a fiscalização e a readequação das habitações segundo critérios mínimos de habitabilidade, definidos pela Lei Moura; a criação de vagas habitacionais populares; a inscrição nos programas governamentais de habitação; a readequação do espaço público; e a incorporação da perspectiva da criança, do desenvolvimento infantil e do convívio familiar, na política de desenvolvimento urbano.

Espera-se, dessa forma, sensibilizar gestores e formuladores de políticas públicas para a identificação e manejo de situações complexas que impactam o desenvolvimento infantil das crianças moradoras de cortiços. E que um dia esta experiência possa ser replicada – com êxito – em outros territórios e em outros cortiços, tanto da cidade de São Paulo como de outras metrópoles, no Brasil, e em outras cidades no mundo que enfrentem situações semelhantes.

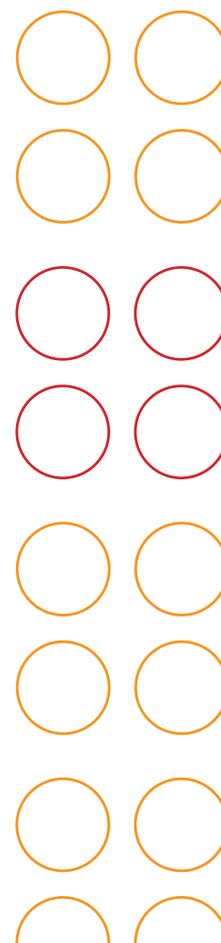
REFERÊNCIAS

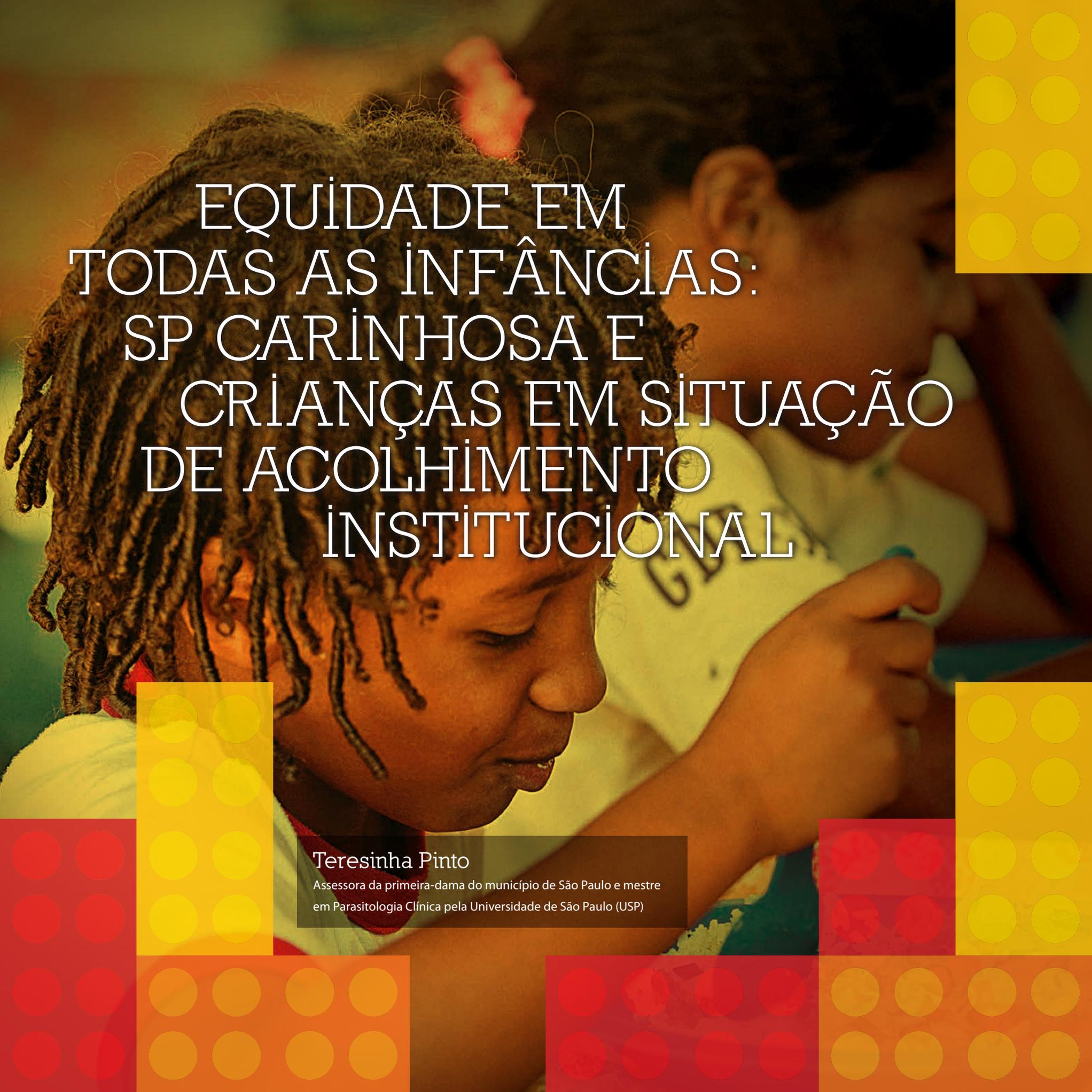
- ATO CIDADÃO. Disponível em: <<http://www.atocidadao.org.br/index.html>>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- BOLETIM CEINFO. Dados e Indicadores por Coordenadorias Regionais de Saúde e Subprefeituras. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2014.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- BRASIL. Lei Municipal nº 10.928, de 8 de janeiro de 1991, Regulamenta o inciso II do artigo 148 combinado com o inciso V do artigo 149 da LOM, dispõe sobre as condições de habitação dos cortiços, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jan. 1991, p. 1.
- CENTRO ABERTO. Disponível em: <<http://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/centro-aberto>>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- CRIACIDADE. Disponível em: <<http://www.criacidade.com.br/criacidade.html>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

- Crianças avaliam a maquete da praça, projetada pelos estudantes de arquitetura do Centro Universitário Belas Artes, a partir da escuta e do que foi proposto pelas próprias crianças moradoras do Glicério



Cesar Ogata





EQUIDADE EM TODAS AS INFÂNCIAS: SP CARINHOSA E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Teresinha Pinto

Assessora da primeira-dama do município de São Paulo e mestre
em Parasitologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP)

Nossa infância é o último esquecimento, derradeiro, consolo e suprema poesia de nossa existência. Tudo o mais pode cobrir-se de sombras – nossa infância será um sol nítido – mesmo quando não haja sido tão brilhante, nem tão feliz.

Cecília Meirelles

A questão da equidade como condição do exercício democrático dos direitos fundamentais da pessoa tem na concepção de infância o papel de desvelar e desnaturalizar a violação desses direitos a que diuturnamente são submetidas nossas crianças e, em especial, as em situação de maior vulnerabilidade social. A garantia dos direitos que possibilitam o pleno desenvolvimento da criança, de modo integral, passa por ações que ao mesmo tempo em que estruturam uma política pública priorizando esse campo, transformam o olhar de uma cidade inóspita para elas.

Como a criança passou do anonimato para a condição de cidadã, sujeita de direitos? “Que marcas trazem as crianças de hoje, diferentemente daquelas que as antecederam no passado?” Essa indagação motiva a investigação da história da criança brasileira para a compreensão dos processos que levaram a sociedade contemporânea a pensar e estabelecer parâmetros de cuidados, escolaridade e inclusão na vida cotidiana política e economicamente daqueles que deixam de “vir a ser” para serem!

Existe uma enorme distância entre o mundo infantil descrito por agências, instituições, literaturas, e o do mundo infantil concreto onde há exploração sexual, ausência de cuidados, de afetividade, de moradia, trabalho ilegal, miséria e fome.

“O mundo do qual a criança deveria ser ou ter é diferente daquele onde ela vive, ou às vezes sobrevive” (DEL PRIORE, 1991, p. 4).

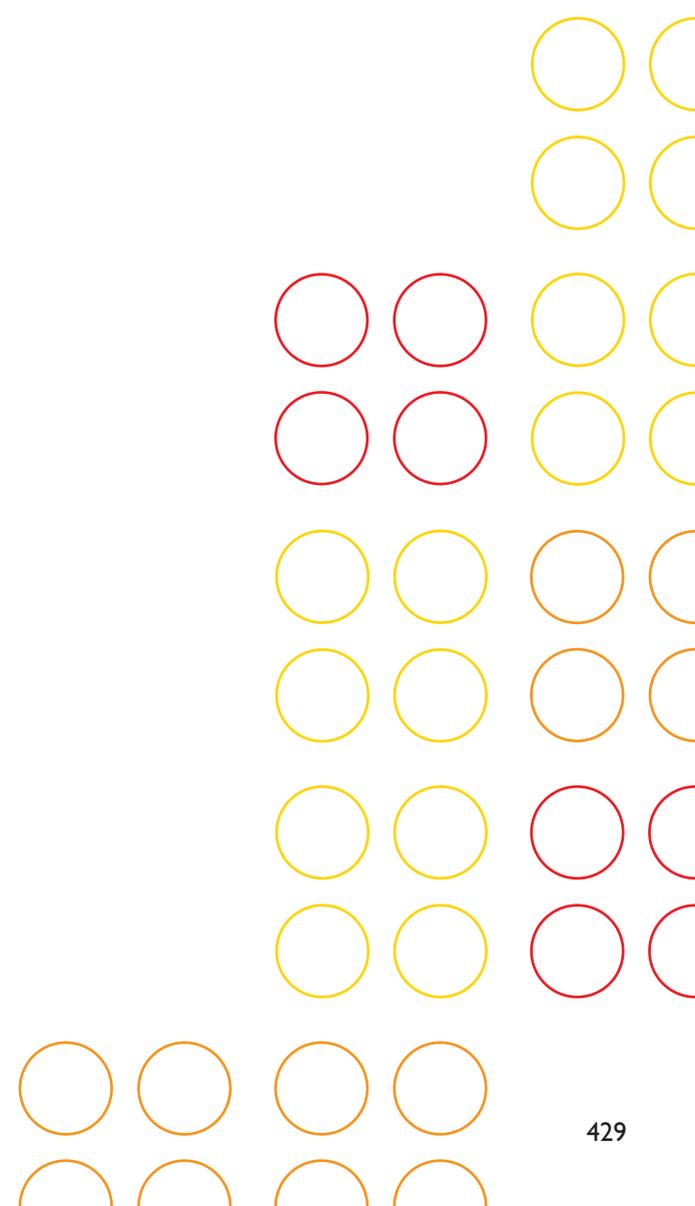
Na cidade de São Paulo, temos aproximadamente 3 mil crianças entre 0 e 17 anos em situação de acolhimento institucional. As instituições estão espalhadas por toda a cidade, dividindo-se em organizações para crianças vítimas de violência doméstica, adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual e crianças cujos pais foram impedidos legalmente de manter a guarda ou faleceram.

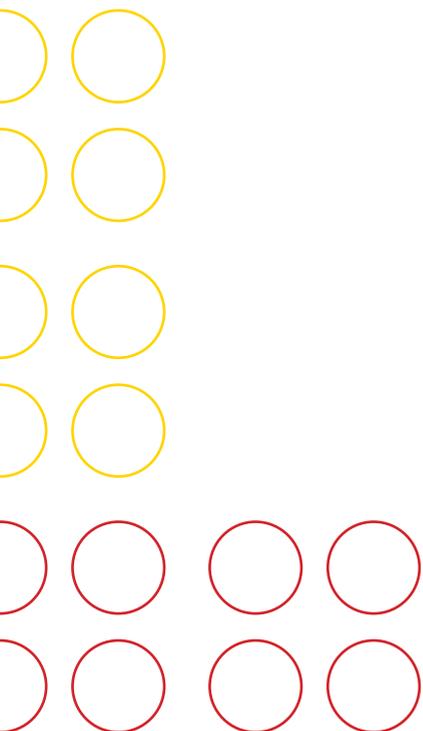
Pensando na realidade dessas crianças, iniciamos um trabalho de passeios culturais aproveitando os equipamentos próprios e as atividades promovidas pela Secretaria Municipal de Cultura. Ainda em 2013 levamos um total de 120 crianças e adolescentes, entre 3 e 12 anos, de sete instituições, para aproveitar a programação de final de ano promovida pela Secretaria de Esportes.

Nas primeiras saídas, nos deparamos com alguns desafios: como manter uma programação aos fins de semana naquelas instituições onde por vezes algum familiar os visitava? Como



Eduardo Ogata





conseguir a adesão dos funcionários das instituições, presos aos horários de plantão não coincidentes com os nossos horários? Como manter, rotineiramente, suporte de ônibus para quantidade tão grande de saídas?

A solução para esses desafios veio do trabalho de construção coletiva entre técnicos das secretarias de Esportes, Assistência Social, Cultura e Educação.

Passamos a enviar um *release*, com antecedência, sobre o conteúdo a ser trabalhado nas saídas: resumo de filmes, *briefing* sobre exposição, roteiro das visitas. E, ao final, solicitamos uma avaliação das crianças e dos adultos (cuidadores/família) sobre a atividade realizada.

O material enviado era trabalhado pelos técnicos das secretarias e da São Paulo Carinhosa com os adultos das instituições. Em paralelo, abrimos os passeios para os funcionários levarem seus filhos e os familiares das crianças que assim o desejassem.

Após seis meses de rotina, não foi necessário mais a ida presencial dos técnicos, passamos a nos comunicar por *e-mail* e telefonemas e a inverter a demanda: em vez de propormos os locais, as instituições passaram a fazê-lo.

Começamos então a mesclar, nas mesmas saídas, públicos de crianças em situação de acolhimento institucional e famílias de refugiados e imigrantes, bem como comunidades dos territórios da São Paulo Carinhosa.

Crianças e adolescentes se acostumaram ao Theatro Municipal: óperas, concertos, balé, ensaios dos corais. Acostumaram-se a frequentar o Cine Belas Artes pelo menos uma vez ao mês, e conheceram os museus municipais com visitas guiadas por monitores do Programa Jovem Monitor. As crianças e seus cuidadores/familiares puderam visitar a exposição “Mayas: revelação de um tempo sem fim”, na OCA, e “O Mundo Segundo Mafalda”, na Praça das Artes. Viram A Galinha Pintadinha, Patu Fu e Palavra Cantada, programas em geral de crianças de classe média. Fizeram coro com o Pequeno Cidadão e participaram intensamente da execução da peça “Pedro e o Lobo”, respectivamente, no Auditório do Ibirapuera e no Theatro Municipal.

Nas avaliações, técnicos reportavam como resultado maior integração entre eles e as crianças e das crianças com suas famílias, em especial aquelas que passavam por processo de reaproximação.

Pouco a pouco a equipe da São Paulo Carinhosa passou a ser demandada por produtores de espetáculos, oferecendo ingressos e abrindo horários especiais para as crianças. Assim aconteceu com os Parlapatões, com a Cia. de Teatro Arco Íris, a produção do musical “O Rei Leão”, “Noviças Rebeldes”, “Rita Lee – o musical”, Cirque Du Soleil e até “Holiday On Ice”.



Wagner Origenes Nunes

Pudemos conviver com olhares brilhantes e incrédulos às primeiras visitas a museus, com aplausos aos finais dos filmes, com a alegria do caminho de ida e o soninho no de volta. Os desenhos e as rodas de conversa, bem como o retorno das educadoras das escolas onde tais crianças estudavam, mostraram que as atividades eram parte de um importante processo de construção de pertencimento, de integração, de rompimento de estigma.

Todas as crianças foram inscritas nos CEUs próximo a seus abrigos e em 2015 todas participaram do programa Recreio nas Férias, além de uma intensa programação feita especialmente para elas nesse período.

Com o departamento de bibliotecas da Secretaria Municipal de Cultura, roteirizamos atividades específicas por faixa etária nas unidades próximas das instituições, e os ônibus de leitura passaram a incluir em seus roteiros o caminho das que não estavam nas proximidades de tais equipamentos. Todo o esforço feito teve o objetivo de tornar as atividades culturais rotina para as crianças e os adolescentes.

Trabalhamos rotineiramente com os 136 serviços da capital graças ao esforço conjunto das secretarias citadas anteriormente. Em várias dessas atividades, as crianças tiveram a companhia da coordenadora da São Paulo Carinhosa que estabeleceu vínculo com pelo menos 12 dessas instituições, visitando as crianças ouvindo suas histórias e a de seus cuidadores.

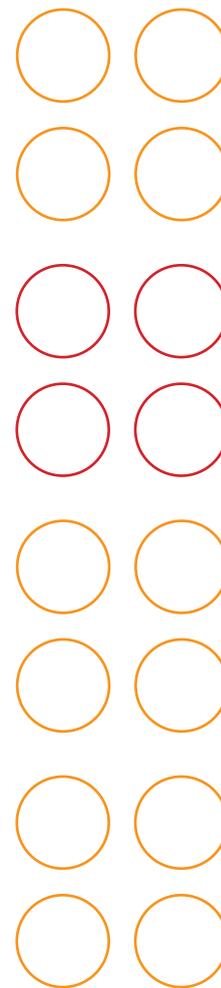
A grande maioria das crianças em situação de acolhimento institucional possui família. A reconstrução dessas relações e a reestruturação dos laços familiares nos casos de afastamento judicial por motivos de violência, negligência e uso de drogas precisam de apoio da sociedade, do poder público e do poder judiciário. Ao promover as atividades de recreação e cultura junto a esse público, a São Paulo Carinhosa cumpre uma das metas do seu programa, integrando e fortalecendo a rede de proteção social.

São as práticas sociais que forjam os diferentes objetos, saberes e sujeitos que estão no mundo.

Foucault

REFERÊNCIA

- DEL PRIORI, M. *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.



Eduardo Ogata

A young child with dark skin is sitting on the floor, focused on playing with a green toy car. The child is wearing a light-colored long-sleeved shirt and orange pants. The background is a plain, light-colored wall. The overall lighting is warm and soft. The image is framed by a decorative border of colorful squares (red, orange, yellow) with circular patterns.

CARINHO, CIDADANIA, RESPEITO AOS REFUGIADOS E IMIGRANTES EM SÃO PAULO

Teresinha Pinto

Assessora da primeira-dama do município de São Paulo e mestre
em Parasitologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP)

Uma coisa tão simples, quanto o bater de asas de uma borboleta, pode causar um tufão do outro lado do mundo.

Edward Lorenz

Em 2011 explodia na Síria um conflito que afetaria o mundo todo e, em particular, a cidade de São Paulo. Milhares de pessoas perderam tudo o que tinham: casas, vidas, parentes, bens, a Pátria!

O Brasil abriu suas fronteiras – como de costume – a esses e outros refugiados vindos de zonas de guerra, tanto do Oriente Médio como da África, e oriundos da miséria do Haiti.

Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), essa é a maior emergência dos últimos tempos para as crianças:

A crise síria constitui a maior ameaça dos últimos anos para as crianças. No final de 2015, a violência e as deslocamentos forçados terão transformado profundamente a vida de mais de 8,6 milhões de crianças na região. Em novembro de 2014, o número de crianças nessa situação era de 7 milhões (UNICEF, 2015).

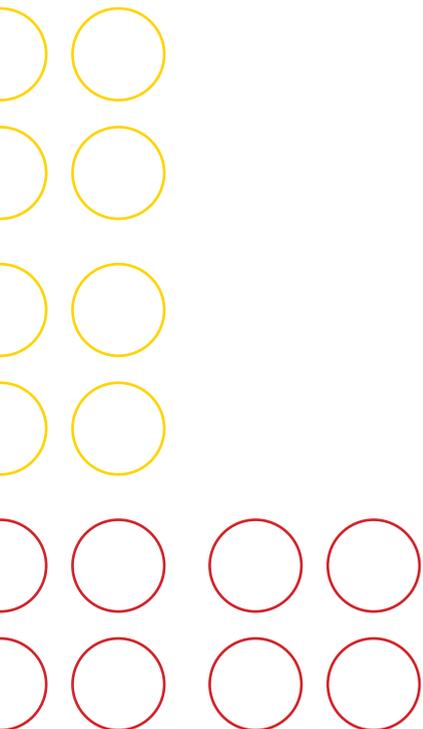
Na nossa cidade, centenas de famílias vivem o fantasma da guerra, das perdas relacionadas a elas, das incertezas sobre familiares que ficaram espalhados pela Europa, Oriente Médio. Vidas interrompidas com laços quebrados, laços que nos fazem ser o que somos, que constituem nossa experiência e nossa maneira de viver no mundo e intervir nele: escola, bairro, país, língua, cultura, família.

São histórias de atrocidades, crimes contra a humanidade, violações de direitos, mas, sobretudo, de força, determinação e coragem para recomeçar.

Conhecemos nesta experiência um menino de 5 anos que nunca havia morado em outro lugar que não fosse uma barraca. Palestino, havia sido expulso de sua terra com seus pais e vivia em um campo próximo às zonas dos conflitos entre a Síria e o Líbano. A família conseguiu vir para o Brasil por meio de outra família que possuía um parente distante em São Paulo. A descoberta da parede foi para ele um acontecimento e para nós, um momento de emoção misturado com angústia e repulsa indescritível: como seres humanos podem ser tratados assim por outros seres humanos?

Em maio de 2014, a São Paulo Carinhosa recebeu um pedido de ajuda da Frente de Solidariedade à Palestina, cujos representantes descreveram duas situações:

- a) Muitas famílias, com crianças e algumas gestantes, chegando e precisando de apoio;



- b) Algumas mulheres gostariam de criar uma cooperativa para venda de lanches árabes como forma de subsistência.

Ainda no relato dos representantes, o contato das famílias era a Mesquita do Pari, pois no Líbano a própria embaixada brasileira dava o contato de um sheik dessa Mesquita.

Avaliamos que o primeiro passo era saber de quantas pessoas se tratavam, traçar o perfil dessas famílias e reunir um grupo governamental, intersecretarial, para pensar em uma ação de governo que estabelecesse fluxos de atendimento com resolutividade.

Reunimos as secretarias de Saúde, Educação, Direitos Humanos e Relações Internacionais e Federativas para planejarmos a ação junto a esta população. Ao mesmo tempo, entramos em contato com a liderança na Mesquita para iniciar uma aproximação.

Decidiu-se por três passos e estabelecemos os seguintes fluxos: mutirão de saúde e trabalho; banco de emprego e cooperativa; e organização do atendimento de saúde para a população refugiada e imigrante. A seguir é apresentado cada um deles.

MUTIRÃO DE SAÚDE E TRABALHO – REALIZADO DIA 30 DE MAIO DE 2014

Preparamos os funcionários das secretarias municipais envolvidas com uma apresentação sobre a cultura, a situação de refugiados de guerra, o contexto da guerra na Síria, os traumas que acarretam essa situação, e sobre algumas informações a respeito dos costumes na religião islâmica. Para participar do trabalho, contatamos um psicólogo especialista em desenraizamento que falava árabe. Criamos um ambiente para mulheres e bebês com privacidade e reunimos voluntários para avaliação psicológica específica das crianças.

Em um fim de semana, montamos na Mesquita do Pari espaços para avaliação de saúde bucal, vacinação de crianças e adultos, oferta de exames para HIV e sífilis, emissão de cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Carteira de trabalho. Houve avaliação e triagem de condições gerais de saúde dos refugiados que compareceram ao local.

Participaram funcionários das três unidades básicas de saúde (UBS) da região (Pari, Mooca e Belém). Integrantes da Secretaria do Trabalho realizaram o cadastro e protocolo para a Carteira e inscrição no Centro de Apoio ao Trabalhador (CAT), para verificação de vagas de empregos a partir das diversas profissões.

A Diretoria Regional de Educação enviou duas funcionárias para a realização do primeiro contato com as famílias que precisavam de escolas.



Eduardo Ogata

O clima era de alegria e apreensão por parte de todos nós: quem éramos, o que faríamos, que resultados sairiam dali?

No ar uma mistura de inglês, árabe, francês português e muita linguagem de sinais, mas uma coisa foi acontecendo: sorrisos de ambos os lados, boas risadas, trocas de receitas, crianças em roda aprendendo a “passar o anel”, crianças traduzindo o português para seus pais até que, de repente, ouviu-se fora barulhos de bombinhas, pois na praça vizinha à Mesquita acontecia uma festa junina antecipada. Ao escutarem aquele som, absolutamente todas as pessoas correram para debaixo das mesas e as crianças se atiraram no chão. Levamos alguns segundos para sair do estado de choque que a cena produziu e, imediatamente, acalmar a todos explicando nossa tradição cultural.

Naquele momento, tivemos a dimensão do que era a vida para aquelas pessoas, o tamanho do caminho a ser trilhado na superação.

Paulo Freire, com quem trabalhei, contou do próprio exílio, das vezes que acordava à noite sentindo o cheiro de feijoadada, na gelada Suíça onde não se encontrava feijão-preto pra matar a saudade.

Pouco a pouco os risos e conversas em esperanto voltaram a povoar o lugar.

A partir do mutirão, estabeleceu-se um fluxo de encaminhamento por meio da Mesquita, e a UBS do Pari passou a ser referência, tanto para as famílias sírias como para as latinas da região da Mooca, Belém e Pari.

Estabelecemos visitas domiciliares no âmbito da Estratégia de Saúde da Família local, a fim de vincular as gestantes. Contamos nessa ação com a voluntária síria Sara Alyajkim que acompanhou e realizou a tradução, trazendo confiança para que as portas fossem abertas.

O processo de visitas durou seis meses, hoje o fluxo já está estabelecido e os desafios continuam sendo a língua para comunicação.

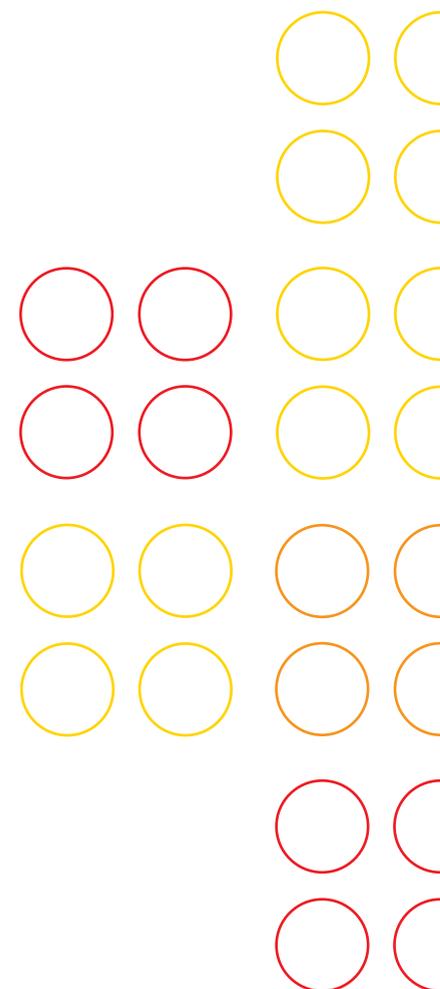
Na Mesquita, uma médica muçulmana da unidade do Brás passou a fazer um trabalho de encaminhamento. Ensinou o fluxo para os voluntários de lá, e isso garantiu o sucesso da implantação da iniciativa.

Distribuímos na ocasião do mutirão folhetos em inglês com os endereços das unidades, além da tradução para o árabe de um material com informações sobre vacinação e pré-natal.

Um segundo mutirão foi realizado seis meses depois na Mesquita de Santo Amaro, da qual também participaram famílias africanas. Realizamos os mesmos procedimentos contando



Eduardo Ogata



com duas tradutoras especiais: a mãe do prefeito, Fernando Haddad, e a mãe da coordenadora da São Paulo Carinhosa, Dra. Ana Estela Haddad. À dona Norma e à dona Evelyn, nosso eterno agradecimento. A simples presença dessas duas mulheres fez com que aquelas refugiadas abrissem seu coração, e relatos engasgados por meses vieram à tona, levando às lágrimas não só nossas especiais voluntárias, como enfermeiros e jovens brasileiros descendentes de árabes que ali também atuavam como intérpretes.

Decidimos introduzir como rotina passeios culturais com as famílias como parte importante na adaptação e superação dos traumas. Assim, desde 2014, realizamos rotineiramente uma vez por mês passeios que incluem Ibirapuera, circuito cultural da cidade, visita a museus (com tradução) e espetáculos teatrais.

O primeiro passeio merece um registro especial: levamos um ônibus de famílias recém-chegadas para passar o dia na *Viradinha Cultural* (2014), na Praça Roosevelt. No espaço havia oficinas para bebês, shows de mágica, palhaços e musicais. Por mais de 20 minutos o ônibus ficou parado na Consolação, e uma das voluntárias sírias tentou convencer as famílias a descer e participar. Aos poucos, foram deixando o veículo e timidamente se aproximando do local. Três horas depois ouvimos da voluntária emocionada a seguinte frase: “nunca em três anos de guerra eu tinha visto essas crianças sorrirem, muito obrigada”. Não é preciso descrever a emoção da coordenadora da São Paulo Carinhosa e sua equipe!

Os mutirões dos quais participaram 1.023 pessoas nos deram o caminho para a implantação de fluxos mais permanentes em várias direções: na Educação, após mapeados os bairros com maior concentração de famílias refugiadas, tanto sírias como de outras nacionalidades, destacou-se uma pessoa em cada Diretoria Regional de Educação (DRE) como referência para atendimento específico das demandas por escolas e para fazer a intermediação com o Estado quando a vaga fosse para Ensino Médio.

A Coordenação do Imigrante da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, em parceria com a Secretaria Municipal da Educação, Ministério da Justiça e Ministério da Educação, estabeleceu em locais estratégicos da cidade classes de aulas de português e rodas de conversas com educadores sobre a questão do refúgio e o contexto dos países em situação de conflito.

Só na região de São Miguel, no Centro Educacional Unificado (CEU) Parque Veredas, realizou-se um seminário com refugiados árabes e congolezes em que 350 educadores participaram.

Há na cidade cinco Centros de Referência de Assistência Social (Cras), um em cada macrorregião para o atendimento de inclusão aos benefícios sociais.

BANCO DE EMPREGOS E COOPERATIVA

No primeiro mutirão, a Secretaria do Trabalho produziu um instrumento de cadastro de profissões, que foi enviado às lideranças para o preenchimento dos interessados. Por meio desse cadastro, foi possível que a Secretaria Municipal de Trabalho e Emprego fizesse a mediação entre os refugiados e as empresas dispostas a empregá-los, indicando as vagas conforme o perfil de cada um.

A rede Sí Señor contatou os candidatos na Mesquita e, de imediato (no mês de outubro), empregou 30 pessoas: 29 homens e 1 mulher.

Estabelecido o fluxo, as lideranças têm enviado diretamente à Secretaria o cadastro, e o CAT Luz passou a ser referência para a população imigrante e refugiada, possuindo tradutores de inglês, crioulo, francês e árabe uma vez por semana.

Com a ajuda dos técnicos daquela secretaria, algumas famílias puderam abrir pequenos negócios, como restaurantes. Um exemplo é a Casa Narguilé, em Santana, que entrou nos pontos de comida de rua da cidade.

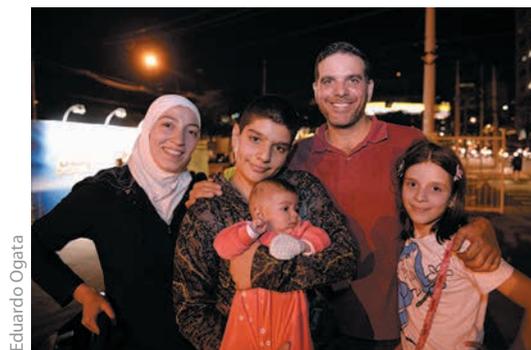
Em 2015, estabelecemos parceria com a Catedral Metropolitana Ortodoxa a fim de ampliar nossos contatos e abrangência das ações. Lá foi criado um grupo de apoio entre empresários e membros da comunidade para a troca de informações e a criação de oportunidades de emprego para a população refugiada.

Fizemos contato com universidades a fim de obter informações sobre o processo de revalidação de diplomas. A Universidade Federal do ABC tem ajudado bastante essa população na orientação dos trâmites.

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO REFUGIADA E IMIGRANTE

Os mutirões mostraram a necessidade de trabalhar de forma mais estruturante a inclusão da população no SUS nos equipamentos de saúde da cidade.

Constituiu-se um grupo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde incluindo a São Paulo Carinhosa e a Coordenação de Imigrantes da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. A partir daí, reuniões com as entidades e lideranças da população foram promovidas mensalmente em um esforço de superar barreiras para além da linguagem.



Eduardo Ogata

Os haitianos não acreditam em medicina alopática, têm como costume os chás e a medicina natural. O francês é a língua falada por quem foi à escola, mas a nossa população africana e haitiana fala crioulo, ingá ou swali. Portanto de nada adiantaria materiais nas línguas oficiais.

O SUS também consiste em um desafio com relação ao seu funcionamento, à porta de entrada no sistema e ao fluxo do usuário entre os pontos da rede e níveis de atenção à saúde. Por exemplo, como distinguir Unidade Básica de Saúde (UBS), Organização Social (OS), Atenção Médica Ambulatorial (AMA) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA)? Onde buscar atendimento de emergência? Como se fazer entender nas dúvidas quanto aos medicamentos?

As UBS do Pari e da Sé criaram um questionário básico de anamnese traduzido para o mandarim, crioulo, francês, inglês e árabe. Essa iniciativa foi o ponto de partida para a criação de materiais e sinalizações em todas as UBS da rede. Por onde começar?

A Coordenação de Epidemiologia e Informação (Ceinfo) produziu um mapeamento na rede de Saúde da cidade localizando, por região e UBS, as etnias e nacionalidades que circulavam no território.

Disso, no final de 2015, promoveu-se um seminário de integração entre usuários refugiados e imigrantes e os funcionários dessas UBS, criando-se um plano de ação ora em andamento, que prevê a contratação de imigrantes para incorporar as equipes de Saúde e a obrigatoriedade da inclusão da nacionalidade no Sistema de Cadastro da Saúde.

Fizemos um material, traduzido para o francês, inglês, crioulo, árabe e mandarim, sobre o funcionamento do SUS, a dengue, HIV e outras DST, sobre vacinação e gestação. As lideranças estimam que só entre árabes tenham vindo para a cidade, de 2012 até agora, mais de 1.200 famílias. Há também enorme população africana oriunda de regiões de guerra como o Congo. Para todos esses grupos, a cidade vem aplicando uma política de acolhimento, integração cultural, e sobretudo generosidade para o recomeço das suas vidas.

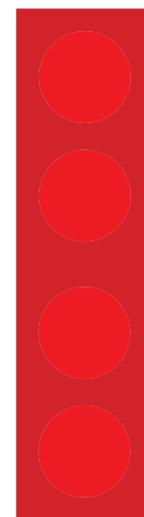
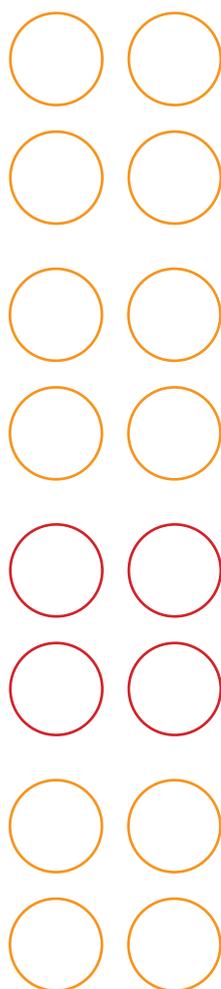
Atualmente no aeroporto de Guarulhos há um posto de atendimento humanizado ao refugiado que se comunica diretamente com os procuradores de plantão no Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes (Crai) de São Paulo, a fim de minimizar o sofrimento e problemas com relação a vistos, entrada no país, documentação e principalmente hospedagem.

Assim que você pensar que sabe como são realmente as coisas,
descubra outra maneira de olhar pra elas.

Robin Willians

REFERÊNCIA

- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2015.









UNIDADE IV

Algumas iniciativas
da sociedade civil
organizada e
organizações
parceiras da Política
Municipal
São Paulo Carinhosa



SOBRE LA FUNDACIÓN BERNARD VAN LEER: ALGUNOS ANTECEDENTES

J. Leonardo Yáñez

Psicólogo educacional e infantil. Representante
da América Latina da Fundação Bernard Van Leer

La Fundación Bernard van Leer es una fundación privada que hace inversiones sociales para generar y compartir conocimiento sobre prácticas y políticas que mejoran la situación de niños de 0 a 8 años que crecen en circunstancia de desventaja social y económica.

Fue fundada en 1949 por Bernard van Leer, un industrial y filántropo holandés que pensaba que el fin último de las grandes fortunas era invertir en la sociedad con el fin de crear relaciones más justas entre personas y pueblos. A su muerte, su hijo Oscar van Leer asumió con entusiasmo la dirección de la Fundación y focalizó sus actividades hacia la primera infancia. Oscar estaba convencido de que un comienzo justo en la vida ayudaría a construir sociedades más pacíficas, prósperas, cohesivas y creativas. El tiempo y los avances de las neurociencias le darían la razón.

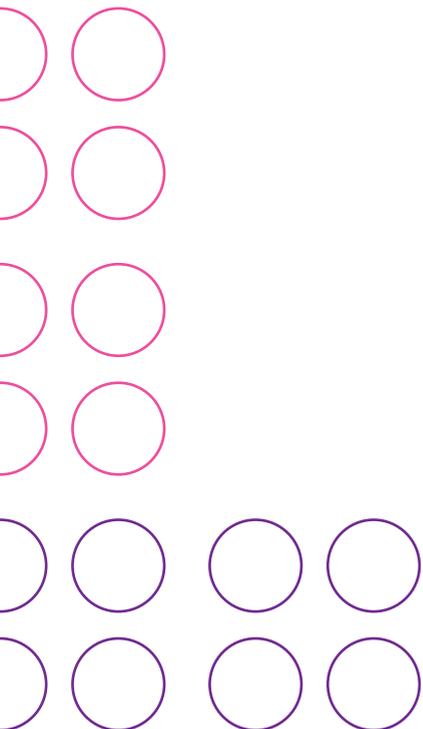
El primer Grant internacional fue realizado en Jamaica en 1966 y, a partir de allí, su presencia se ha sentido en más de 50 países, por más de 50 años.

Durante esos años de inversión y experiencia, la fundación apoyó programas innovadores en diversos ámbitos: en el campo de la educación y el cuidado infantil, en programas de apoyo a padres e instituciones públicas, en la cooperación con iniciativas privadas para fomentar la inversión en primera infancia, en el mundo académico para ayudar a profundizar el conocimiento que tenemos sobre el cerebro infantil y los programas que le permiten a desarrollar todo su potencial e, igualmente, en el mundo del activismo social para poner a la primera infancia en la agenda política y económica de los países como una prioridad ineludible.

Hacia el 2009, una revisión de esos aprendizajes llevó a la fundación a analizar sus logros y a identificar nuevos desafíos en el futuro de la infancia que requerían mayor atención.

El conocimiento sobre las necesidades y los derechos de los niños ya es ampliamente difundido en el mundo. En cada continente hay ejemplos de buenas prácticas y cada vez son más los países que promulgan marcos legales para proteger los derechos de esos jóvenes ciudadanos y que invierten en programas de atención. Sin embargo, no siempre esos servicios de calidad llegan a los niños que más se beneficiarían de ellos. A veces porque las normas públicas coliden con las características de las comunidades donde crecen los niños más desfavorecidos. A veces los padres no reconocen el valor de la atención temprana de sus hijos (no hablan, ni juegan, ni cantan con ellos), pero a veces los padres exhaustos o desnutridos no tienen la capacidad ni la energía para dar a sus hijos el mínimo afecto que requieren para un desarrollo sano y feliz. Desde el año 2010 hasta el 2015, la fundación decidió asumir el desafío de inspeccionar por qué es tan difícil ampliar la cobertura de los programas de primera infancia sin sacrificar la calidad.

Durante esos años de ensayos e investigación algunos problemas se hicieron notables: los niños que crecen en ambientes inadecuados debido a la insalubridad, la contaminación, la precariedad de sus espacios y la violencia se ven impedidos de desarrollar su potencial. Estudios científicos muestran el impacto de esos factores en el cerebro infantil. Por lo tanto, fue



necesario investigar formas de reducir la violencia en la vida de los niños y adecuar los espacios públicos y domésticos para favorecer su desarrollo. Se hicieron muchas experiencias para ahondar el conocimiento de esos problemas y sus posibles soluciones.

En Perú, por ejemplo, un movimiento de niños y adolescentes organizados asumió la responsabilidad de erradicar las muertes de niños entre 2 y 6 años de edad por ahogamiento en el río Itaya (Belén). Mapearon sus comunidades para ubicar las viviendas de esos niños y ofrecieron a sus padres un servicio de cuidado diario a domicilio durante sus turnos libres de la escuela. Inmediatamente hubo una reducción drástica de fatalidades y los chicos descubrieron su capacidad para hacer cambios. A 4 años de esa acción, los niños, con asesoría de otras organizaciones aliadas, han adaptado tecnología sencilla para obtener agua limpia, baños asépticos y actividades culturales durante las épocas de subida y bajada de aguas para crear oportunidades de juego y aprendizaje para niños y adultos. Todos los pobladores se han beneficiado. Los festivales del agua y la tierra se han convertido en una nueva atracción turística y ahora el gobierno municipal y algunos empresarios han comenzado a participar. Otros cooperantes internacionales, como Unicef y la embajada japonesa, junto a varios alcaldes regionales, están tomando las ideas y replicándolas en sus ciudades y territorios. La Fundación compartió la experiencia con grupos de niños y jóvenes en India. Estos últimos ya se han anotado un gran éxito, al lograr un compromiso formal con las autoridades responsables de la planificación urbana para consultar niños e incluir medidas favorables a la infancia en varias “ciudades inteligentes” de India; una decisión que beneficiará a millones de familias.

También en Perú, se ofreció orientación familiar directa a 600 agentes policiales para ayudarles a mejorar la relación personal con parejas e hijos. El policía es el primer agente público que interviene en casos de violencia en la familia, pero no siempre está preparado emocional ni profesionalmente para hacerlo bien. Técnicas basadas en el control de emociones resultaron muy útiles para reducir la violencia en sus hogares. Muchos de esos agentes son ahora defensores de la importancia del apoyo familiar, comenzando por aquellos cuya responsabilidad es crucial para prevenir o atender la violencia.

En Río de Janeiro, chicos consultados por las autoridades de tránsito terrestre han proporcionado un valioso aporte para adecuar la inversión municipal a las necesidades de la población cuyas vidas dependen de esos servicios, especialmente los niños pequeños.

Un análisis de los resultados de esas iniciativas realizado en el año 2015 identificó 3 soluciones necesarias para ayudar a la infancia, de amplia aplicación, adaptándolas a cada contexto cultural, económico y geográfico: a) apoyo directo a las familias a través de servicios existentes que hacen contacto con ellas a gran escala; b) recalificación de los espacios urbanos: si la ciudad es buena para los niños pequeños, lo será para todos los ciudadanos; y c) consolidación de organizaciones ciudadanas para velar por inversiones públicas y privadas acertadas que coloquen y mantengan la prioridad de la primera infancia en la agenda pública local, nacional e internacional.



Eduardo Ogata

LA FUNDACIÓN BERNARD VAN LEER EN BRASIL

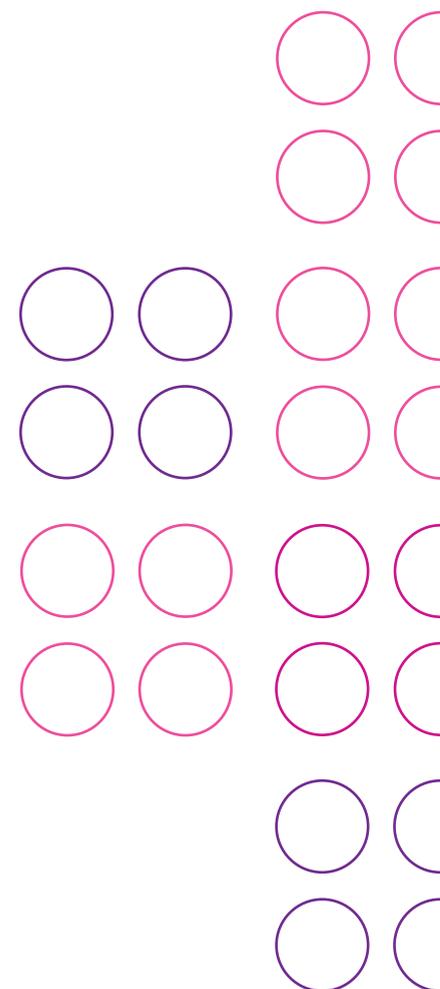
La presencia de la Fundación Bernard van Leer en Brasil se remonta a la década de los años 1970 con la constitución de las empresas de empaques industriales Van Leer. En su mandato fundacional, Bernard van Leer haría sus inversiones sociales en aquellos países donde funcionarían sus empresas y en Israel.

Entre sus primeras actuaciones se incluyen convenios con la ciudad para el mejoramiento del currículo de educación infantil, acuerdos de cooperación con varios servicios de responsabilidad social del empresariado brasileño e innumerables experiencias de intervención a nivel privado y municipal en varias regiones del país. Una inversión en Minas Gerais (CPCD) dio paso a una de las más enriquecedoras experiencias de aprendizaje a la Fundación sobre cómo en comunidades con un bajo índice de desarrollo humano puede identificarse grandes potencialidades para alcanzar bienestar y prosperidad, disminuyendo índices de morbilidad y mortalidad infantil y los de violencia doméstica y social. El enfoque de CPCD permitió convertir ciudades pobres en ciudades sustentables por medio de tecnología social y de un abordaje participativo e inclusivo de la sociedad en la solución de sus problemas más acuciantes.

En la región nordeste de Brasil, en alianza con Ifan, se han ensayado experiencias de gestión municipal de programas de atención infantil en contextos muy difíciles. La creación de parques comunitarios dedicados a familias con niños pequeños y guiados por jóvenes locales, además de favorecer el desarrollo infantil de esos pequeños, creó espacios de encuentro multigeneracional que poco a poco han sido asimilados como política pública en municipios de Ceará y de otros estados vecinos. En Río, organizaciones como ABTH, Cecip, Promundo y Ciespi prueban la importancia de la investigación y la consulta a niños y familias en la implementación de programas de calidad que involucran inversión en infraestructura de salud, movilidad y uso del tiempo libre, además de los servicios de educación y cuidado diario. En São Paulo, una ciudad caracterizada por los muros y la segregación social y económica de sus pobladores, se invirtió, junto al gobierno municipal, en la incorporación de espacios para los niños más pequeños en los complejos dedicados al deporte y la recreación con el fin de buscar una alternativa más inclusiva a la cohesión social (Ludicidade). La experiencia fue replicada en otros puntos de la ciudad junto a Ato Cidadão. Con CPCD e IBEAC se ensayó un modelo de intervención en la periferia paulistana que agrega un componente de apoyo personal a los padres a los servicios de cuidado y educación infantil. Para muchas de las madres participantes, esa ha sido la primera oportunidad de verse en un espejo y cuidar de ellas mismas. Aprendimos que el primer paso para que las familias puedan cuidar de sus hijos y darles afecto es reducir el estrés en sus vidas y apreciarse a sí mismas. Una iniciativa para despertar el interés del sector de filantropía en la primera infancia y de lograr cooperación público-privada junto al Instituto de Desenvolvimento do Investimento Social-Idis (Redim) aún muestra el potencial de acciones mancomunadas en ciudades como Penápolis (SP).



Eduardo Ogata



En alianza con el mundo académico, se investigaron los factores de resiliencia que ayudan a niños a vencer los obstáculos de la adversidad para salir adelante y lograr una vida digna y productiva. Sobre esas experiencias, se edificaría posteriormente la intervención de la Fundación para hacer más extensiva su contribución en saberes a quienes tienen mayor poder para hacer cambios.

DOS SOLUCIONES INTEGRALES Y LA CONSOLIDACIÓN DE ALIANZAS PARA SOSTENER LA AGENDA DE LA PRIMERA INFANCIA

Durante esos años en Brasil, hemos construido una gran red de amigos y aliados. Nuestro apoyo inicial a una gran red de personalidades e instituciones que velan por el bienestar infantil (Rede Nacional pela Infância), nos introdujo a instituciones que hoy día lideran la promoción de leyes, acuerdos, programas de infancia e investigación en todo el país (Fundación Maria Cecília Souto Vidigal, Instituto Alana, Instituto C&A, Instituto Abrinq, entre muchos otros). Una inversión regional con la Organización de Estados Americanos (OEA) nos ayudó a fomentar una cercana alianza con un grupo de activistas parlamentarios que promueve beneficios para la primera infancia y sus padres, con acciones coordinadas en todo el espectro político del parlamento brasileño.

Desde el 2016 y con miras hacia el 2020, la Fundación se ha propuesto tres grandes metas estratégicas:

1. Experiencias realizadas mundialmente y en particular en América Latina han probado que la asistencia directa a los cuidadores primarios de los niños (familia) es una solución integral para lograr el afecto, estímulo y protección necesarios para un desarrollo saludable. La Fundación Bernard van Leer desea ofrecer asistencia técnica al sistema nacional de salud de Brasil, y en particular a los estados de Acre y Amazonas, para ampliar la cobertura de programas de apoyo a la familia a través de visitas de agentes comunitarios de salud debidamente entrenados y respaldados por personal especializado. A través de una alianza con United Way, el ministerio de salud, los gobiernos de Acre y Amazonas, alcaldes municipales en esos estados y otras fundaciones privadas se han comenzado a sentar las bases de una coalición público-privada para gestionar recursos públicos que permitan ampliar la cobertura de programas de apoyo familiar y desarrollo infantil en comunidades amazónicas. Actualmente, se ensaya esa solución en varios estados del país, como São Paulo, Ceará, Río Grande do Sul, Pernambuco y Roraima. Una vez que el Ministerio de Salud, alineado con las secretarías de salud y educación de todos los estados, pueda adaptar esa solución, la posibilidad de una escalada de la cobertura será factible. Dentro de esa meta, que la Fundación ha llamado Parent+, se ha

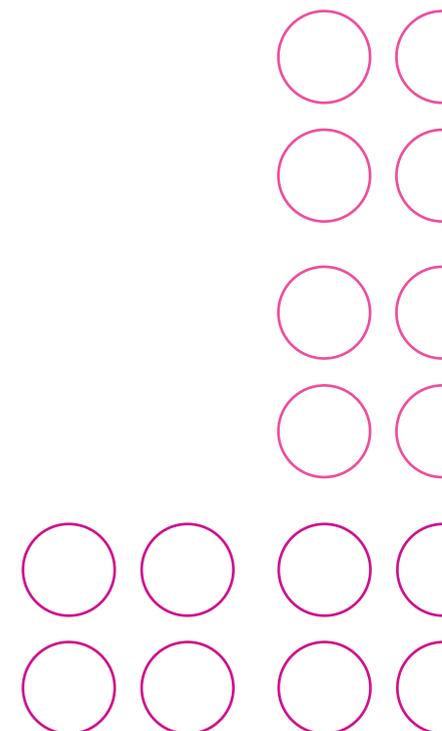
entendido que agregar servicios de apoyo directo a padres y a plataformas institucionales que funcionan a escala es una buena solución para llegar a muchos niños. Los servicios de salud son una plataforma ideal, pero también lo pueden ser centros de entrenamiento en oficios que usualmente ejercen padres jóvenes, empresas públicas o privadas con grandes contingentes de empleados u otros espacios institucionales.

2. Consolidar redes de aliados de la primera infancia con capacidad para vigilar y proponer políticas, prácticas e inversiones que favorezcan el desarrollo infantil temprano con una mirada intersectorial. Afortunadamente, Brasil cuenta con la Red Nacional para la Primera Infancia y con el Frente de Parlamentarios por la Primera Infancia. Aún existen desafíos para que esas grandes coaliciones cuenten con mecanismos de gobernabilidad y sustentabilidad que garanticen su permanencia por el tiempo que sea necesario hasta que esas prioridades sean comprendidas por la mayoría de los actores relevantes de la sociedad brasileña. Sin embargo, sus logros ya son visibles. El estado y el parlamento han reconocido sus contribuciones para concertar acuerdos de amplia base. Las distintas organizaciones y fundaciones que han sostenido la iniciativa dentro del país han sido claves en ese logro; también debe darse crédito a los líderes políticos de varias denominaciones que han respaldado la iniciativa y han contribuido con ejemplos en sus territorios.
3. Finalmente, y no menos importante, la Fundación Bernard van Leer ha aprendido que en la medida en que la población urbana se incrementa a un paso muy acelerado, es necesario que las ciudades sean entendidas como el espacio idóneo para llegar al mayor número de niños en situación de desventaja social y económica y garantizarles un comienzo justo. Urban95 es el nombre asignado a esa solución estratégica, porque 95 cm es la estatura promedio mundial de un niño de 3 años, según la Organización Mundial de Salud. Actualmente, la Fundación Bernard van Leer está en un proceso de exploración e investigación. Sin embargo, es cada vez más evidente que los planes de inversión municipal en la ciudad requieren de la retroalimentación de sus pobladores para ser más eficientes y resolver de mejor manera los problemas que aquejan a sociedades complejas. Urban95 parte de la premisa de que una ciudad que se construye desde la perspectiva de un niño de 3 años beneficiará a todos los ciudadanos. El niño pequeño y su familia son la métrica más adecuada para planificar una ciudad.

En São Paulo, la iniciativa del gobierno municipal, a través de su programa intersectorial para la primera infancia, São Paulo Carinhosa, apunta hacia esas metas. Consolidando el trabajo de 14 secretarías municipales, busca dar respuestas a los problemas de familias con niños pequeños que moran en espacios urbanos rudimentarios y peligrosos. En cooperación con un sin número de actores sociales en la ciudad, São Paulo Carinhosa ofrece una gran oportunidad para garantizar que cada niño de São Paulo cuente con los espacios urbanos adecuados para su recreación y aprendizaje, con los servicios básicos mínimos y centros de cuidado, cuando sean requeridos, cercanos a sus casas. He allí



Eduardo Ogata

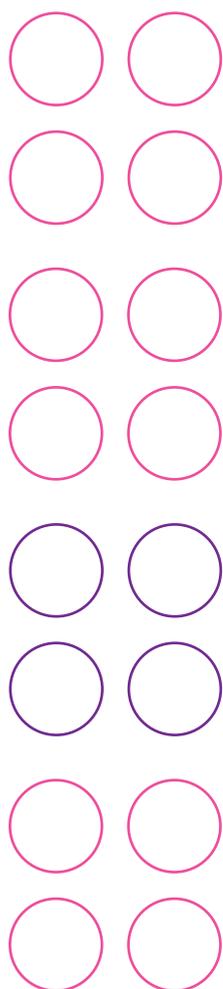


donde hemos hecho nuestra apuesta institucional en São Paulo: la ciudad que habla con sus niños y les hace partícipes del diseño urbano.

Para concluir, la Fundación Bernard van Leer confía en que la alianza con la ciudad podrá dar un ejemplo internacional sobre buena práctica de ciudades que priorizan a sus ciudadanos más jóvenes. Esa alianza incluye al gobierno, a los ciudadanos y a las instituciones públicas y privadas que le dan vida.



Lilian Borges





Lilian Borges



UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DE LIDERANÇAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Eduardo Marino

Mestre em Administração de Empresas pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP) e graduado em Zootecnia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Gerente de conhecimento aplicado da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) e coordenador do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância

No meio acadêmico, entre profissionais da área da saúde e também das ciências humanas, muito se tem estudado e falado sobre desenvolvimento na primeira infância. Período que abrange os seis primeiros anos de vida de uma criança, a primeira infância constitui uma fase privilegiada para o desenvolvimento integral de um indivíduo, entendida aqui como um processo que combina aspectos físicos, neurológicos, biológicos, cognitivos e socioambientais do desenvolvimento humano.

De acordo com o pediatra norte-americano Jack P. Shonkoff (2009), o que ocorre na primeira infância faz diferença por toda a vida de uma pessoa. Amparado pela ciência, ele afirma que o desenvolvimento saudável da criança pequena cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável: “A saúde física e emocional, as competências sociais e as capacidades cognitivas/linguísticas que surgem nos primeiros anos são pré-requisitos importantes para o sucesso na escola e, posteriormente, no trabalho e na comunidade” (SHONKOFF, 2009).

Mas o entendimento da primeira infância como uma fase privilegiada do desenvolvimento não é pensamento corrente entre a população em geral no Brasil, tampouco a compreensão de que o desenvolvimento da criança pequena abranja um leque tão amplo de variáveis.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) e pelo Instituto Paulo Montenegro constatou, em 2012, que cuidados com aspectos físicos/biológicos do desenvolvimento – como levar ao pediatra, dar vacinas, amamentar e oferecer alimentação adequada – são tidos como substancialmente mais importantes para o desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos do que os demais. O mesmo estudo revelou que menos da metade das pessoas (47%) acredita que as crianças comecem a aprender algo antes dos 6 meses de idade. Sabe-se, porém, que criança aprende desde que nasce, e os primeiros 6 meses constituem um período intenso de aprendizado.

Noutra pesquisa, realizada pelo Instituto FrameWorks no Brasil, em 2014, a opinião pública brasileira associa o termo “desenvolvimento” ao período escolar ou ao período em que se dão as primeiras memórias (entre 2 e 4 anos de idade). A palavra “crescimento” é o verbete normalmente adotado pelas pessoas para descrever o desenvolvimento dos bebês.

Este capítulo relata a experiência do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI) na implementação do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, em seu propósito de aumentar a massa crítica e incidir em políticas públicas sobre o tema no Brasil. Tal iniciativa envolveu um conjunto de parceiros em torno de um trabalho que já influenciou conquistas importantes para a sociedade brasileira, como o recém-criado Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016).

O NCPI E A CHEGADA DO CDC DA UNIVERSIDADE DE HARVARD AO BRASIL

O NCPI surgiu em 2011, fruto de uma parceria entre a FMCSV, o Center on the Developing Child (CDC) da Universidade de Harvard, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), o Insper – Instituto de Estudo e Pesquisa e o David Rockefeller Center for Latin American Studies (DRCLAS), também ligado à Universidade de Harvard. Em 2014, a aliança passou a contar ainda com a participação do Hospital Infantil Sabará.

O principal eixo de atuação do NCPI é a tradução do conhecimento científico produzido por pesquisadores sobre desenvolvimento da primeira infância para uma linguagem acessível à sociedade. A intenção é que esse valioso conhecimento seja incorporado às políticas públicas e às práticas profissionais, de modo a elevar o bem-estar e a qualidade de vida das crianças. A estratégia é vista pelos parceiros do núcleo também como uma forma de promover o desenvolvimento social e econômico sustentável do Brasil.

As atividades do NCPI acontecem em três frentes: a geração de conhecimento propriamente dita, movida por um comitê científico com 15 pesquisadores em áreas do conhecimento como medicina, economia, saúde, ciências biológicas, psicologia e educação; a difusão do tema da primeira infância, chamando a atenção da sociedade a partir da realização anual de simpósios internacionais sobre desenvolvimento na primeira infância; e a preparação de lideranças para fazer a diferença nessa área, por meio da implementação do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância.

James Cairns, diretor de programas internacionais e aprendizado compartilhado do CDC, relata que o NCPI foi a primeira experiência colaborativa estabelecida por aquela organização fora do território norte-americano. Criado em 2006, por iniciativa do médico Jack P. Shonkoff, o CDC tem o propósito de catalisar a inovação baseada na ciência do desenvolvimento, de modo a transformá-la em políticas e práticas, para obter resultados impactantes para crianças em situações adversas.

A constituição do NCPI partiu de uma ideia do CDC, que desejava testar e adaptar no exterior seu projeto sobre como o conhecimento acumulado pela ciência do desenvolvimento na primeira infância pode contribuir para programas e políticas voltados à criança pequena e a suas famílias. A escolha do Brasil, situa Cairns (2016), considerou uma constelação de fatores: a condição da América Latina como uma região onde as políticas públicas da infância já haviam superado, de modo geral, o desafio de garantir a sobrevivência; a forte presença local do DRCLAS; e, finalmente, “conexões e oportunidades que emergiram e permitiram a identificação de pessoas, instituições e recursos em torno de uma agenda comum”.

Na FMCSV, o diretor-presidente, Eduardo de Campos Queiroz (2016), relata que a parceria interessou por mostrar convergência com a missão da organização de “gerar e disseminar



Eduardo Ogata

conhecimento para o desenvolvimento integral da criança”. Assim, fazia pleno sentido para a fundação apoiar esforços que pretendessem promover a tradução da ciência, para que pessoas leigas possam entender o que os pesquisadores têm a dizer sobre desenvolvimento na primeira infância e sobre a importância de investir nessa fase da vida.

A possibilidade de concretizar um trabalho dessa natureza em parceria com instituições ligadas à Universidade de Harvard e outras de reputação também elevada no Brasil tornava a proposta bastante promissora, explica Queiroz (2016). Como é esperado das alianças, o NCPI criaria sinergias e potencializaria esforços para a obtenção de resultados que nenhum dos parceiros seria capaz de conquistar individualmente.



Eduardo Ogata

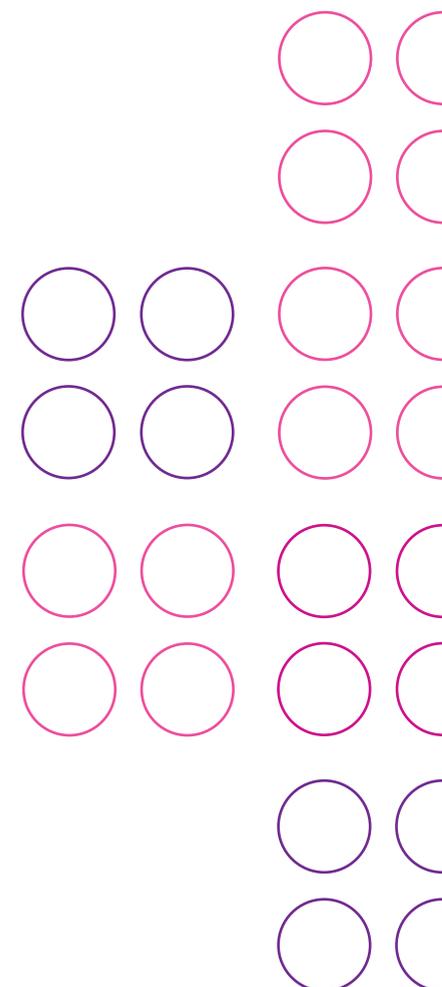
O PROGRAMA DE LIDERANÇA EXECUTIVA EM DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

O Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância nasceu praticamente junto com o NCPI e foi moldado sob o princípio de que, para a agenda da primeira infância avançar, é preciso encontrar formas de inspirar, engajar e preparar tecnicamente todos aqueles que desempenham algum papel na formulação de políticas públicas. Também considerou que é preciso mobilizar e alocar recursos, bem como formar a opinião pública para que os formuladores de políticas possam liderar um movimento mais forte em favor do desenvolvimento infantil no Brasil.

Na gênese do programa, estavam dois nomes com longa trajetória na causa da primeira infância: o deputado federal Osmar Terra, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB-RS), e a pesquisadora norte-americana Mary Eming Young, ambos médicos com formação em pediatria. Ex-secretário estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Terra participou da implementação do Programa Infância Melhor (PIM)¹ e atuou em colaboração com Young em alguns projetos. Especialista em saúde pública e desenvolvimento infantil, Mary Eming Young liderou a frente de desenvolvimento na primeira infância no Banco Mundial durante anos, havia trabalhado como consultora e era uma profissional conhecida tanto da equipe do CDC quanto da FMCSV.

Antes de 2011, Terra e Young já conjecturavam montar um curso de lideranças para a primeira infância e tinham, inclusive, apresentado a proposta à FMCSV previamente à constituição do

¹ O PIM é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância realizada no Rio Grande do Sul desde 2003. Desenvolve-se por meio de visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, visando ao fortalecimento de suas competências para educar suas crianças e cuidar delas. Mais informações estão disponíveis em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/o-que-e/>>. Acesso em: 15 mar. 2016.



NCPI. Em sincronia notável, a criação do NCPI abriu espaço para o desejo dos dois médicos se realizar.

Young assumiu a responsabilidade pela definição do currículo do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância. Terra, por sua vez, participou da turma inaugural do curso, em março de 2012, vindo a desempenhar papel preponderante no processo de elaboração do Marco Legal da Primeira Infância, como veremos mais adiante.

A formação encampou o objetivo de sensibilizar, capacitar e mobilizar lideranças políticas e sociais brasileiras para a atuação em defesa da causa da primeira infância. Como público-alvo, foram escolhidos os formuladores de políticas públicas (parlamentares em geral, dos diversos níveis de governo), gestores públicos, representantes de organizações da sociedade civil e membros da universidade.

O programa é realizado em dois módulos. O primeiro, na Universidade de Harvard, em Cambridge, nos Estados Unidos, oferece uma semana de aulas teóricas com os mais destacados especialistas em primeira infância do mundo. Organizados em subgrupos, os participantes discutem, ao fim de cada dia dessa semana, o plano de ação de um projeto passível de implementação. A programação também prevê a discussão de casos e visitas de campo a projetos.

O segundo módulo acontece no Insper, em São Paulo, cerca de dois meses depois. Por mais dois dias, os alunos têm contato com novos conteúdos e apresentam, para apreciação coletiva de sua turma e de alunos de turmas anteriores, os planos de ação que desenvolveram nos subgrupos. Entre o módulo 1 e o 2, recebem supervisão técnica a distância para a elaboração dos planos de ação. De acordo com Queiroz:

O propósito do curso é formar lideranças sempre trabalhando com evidências científicas, baseado nas últimas descobertas do desenvolvimento na primeira infância e numa linguagem acessível. Depois que os alunos conhecem e discutem o assunto tecnicamente, nós os ajudamos a traduzir essa ciência em palavras simples, para que todos os seus interlocutores possam compreender. [...] A experiência da elaboração dos planos de ação fortalece a capacidade de aplicar o que foi aprendido, bem como o compromisso com a causa, e constrói redes de relacionamento. Assim, estamos preparando as lideranças não apenas com o melhor conteúdo, mas também com a melhor forma de transpor o conhecimento adquirido diretamente para as políticas públicas (QUEIROZ, 2016).

Para viabilizar a realização do curso e como estratégia clara para aumentar o engajamento dos participantes, o programa é financiado, em parte, pelas instituições parceiras que

integram o NCPI e, em parte, pelos próprios alunos. Eles arcam com o deslocamento para os módulos presenciais nos Estados Unidos e em São Paulo, e com a inscrição. Em alguns casos, a FMCSV concede bolsas integrais de participação.

Desde que a formação foi lançada, a demanda por vagas supera a oferta. Um processo seletivo determina os participantes, e o curso é repetido anualmente, tendo chegado a 275 alunos² entre 2012 e 2016 (Tabela 1). Em 2015, a fim de oferecer a oportunidade de formação a mais pessoas, o NCPI organizou uma versão local do programa. Nela, os módulos 1 e 2 aconteceram na sede do Insper, em São Paulo. A experiência foi bem-sucedida e tende a se repetir.

■ **Tabela 1** – Edições do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância desde 2012

Ano	Locais de realização do curso	Número de participantes	Planos de ação criados
2012	Cambridge (Estados Unidos) e Porto Alegre (RS) ⁹⁰	45	15
2013	Cambridge (Estados Unidos) e São Paulo (SP)	47	14
2014	Cambridge (Estados Unidos) e São Paulo (SP)	49	7
2015	São Paulo (SP)	49	17
2015	Cambridge (Estados Unidos) e São Paulo (SP)	42	10
2016	Cambridge (Estados Unidos) e São Paulo (SP)	43*	n/d

* Número de inscritos para curso iniciado em março.

Fonte: FMCSV (2016).

METODOLOGIA, CURRÍCULO E O CONCEITO DE LIDERANÇA ADAPTATIVA

À frente da montagem do currículo do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, Mary Eming Young apresenta os grandes temas da formação como um tripé. Nessa estrutura (Quadro 1), uma das hastes concentra a teoria da ciência do desenvolvimento na primeira infância e traz as respostas de por que ele é tão importante. A segunda haste busca ensinar formas de desenhar programas e políticas e abrange uma parte prática, que consiste na elaboração e implementação de planos de ação. Por fim, o tripé se completa com um conteúdo sobre liderança que mostra caminhos para a criação de condições que permitam instituir mudanças.

² Ana Estela Haddad, primeira-dama da cidade de São Paulo, participou como bolsista do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância em 2013.

³ O segundo módulo da edição 2012 do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância foi realizado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

■ **Quadro 1** – Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância – principais temas

Ciência do desenvolvimento na primeira infância	Concepção de programas e políticas	Formas de instituir mudanças
<ul style="list-style-type: none"> Efeitos da adversidade no desenvolvimento da criança pequena Fortalecendo os fundamentos de saúde, aprendizado e comportamento Funções executivas 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento social, equidade e atenção à primeira infância Qualidade e eficácia de programas de desenvolvimento da primeira infância O desafio do trabalho em larga escala Avaliação de programas para a primeira infância Elaboração/implementação de planos de ação 	<ul style="list-style-type: none"> Liderança adaptativa Inovação na solução de programas sociais complexos

Fonte: FMCSV (2016).

A formação sobre liderança privilegia o conceito da liderança adaptativa, definida como “a prática de mobilizar pessoas e enfrentar desafios difíceis e prosperar” (HEIFETZ; GRASHOW; LINSKY, 2011, p. 2). Segundo Heifetz, Grashow e Linsky (2011), a ideia de prosperar empresta aqui sentidos da biologia evolucionária e pressupõe que as adaptações bem-sucedidas permitem que um sistema de vida carregue o melhor de sua essência e história para o seu futuro. Assim, a liderança adaptativa trata especificamente de mudanças que permitem a capacidade de prosperar.

No contexto da formulação de políticas públicas, o estudo da liderança adaptativa tem o propósito de instrumentalizar os participantes do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância a exercer seu papel de líderes transformadores de forma estratégica. O método inclui, entre outras táticas, uma minuciosa análise do problema e da realidade que se pretende mudar, bem como a identificação dos interlocutores existentes e do jogo de forças sobre o qual se quer agir. James Cairns, do CDC, situa o debate sobre liderança adaptativa como central, quando a preocupação é fazer a agenda do desenvolvimento na primeira infância progredir:

Promover desenvolvimento na primeira infância não se compara a fazer uma imunização contra caxumba – ele envolve uma realidade multissetorial interativa e altamente complexa, que se desdobra na forma como uma criança pequena se desenvolve. Assim, lidar com esse tipo de complexidade requer múltiplos atores, diferentes tipos de recursos e colaboração intersetorial. Trata-se de um desafio maior, por isso oferecer às pessoas habilidades e ferramentas específicas para lidar com ele e uma melhor compreensão de como enfrentá-lo tem trazido *insights* valiosos para os alunos (CAIRNS, 2016).

Cairns, Young e Queiroz também destacam a ambiência da formação, que tem se provado, turma após turma, um lugar seguro para o aprendizado. Segundo Cairns:

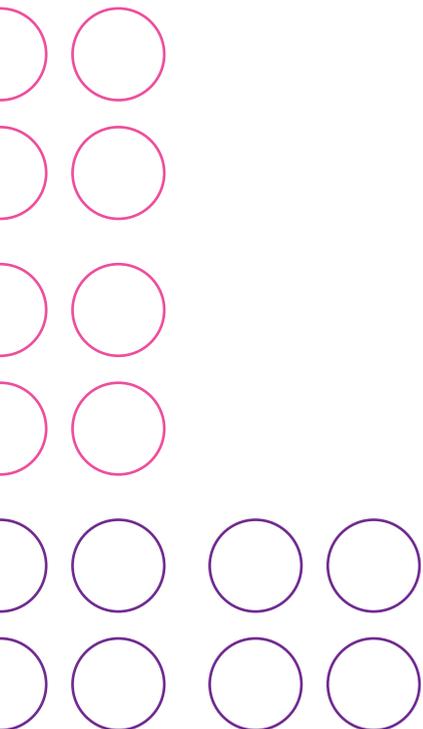
Esse ambiente permite que lideranças provenientes de diferentes regiões do Brasil, diferentes esferas de governo e diferentes partidos deixem as preocupações do dia a dia de lado, tenham tempo para refletir e consigam se focar em questões maiores. Como resultado, o que testemunhamos é uma energia maravilhosa entre as pessoas, um sentido de comunidade e a formação de redes de relacionamento que se estabelecem para muito além da formação (CAIRNS, 2016).

A FRENTE PARLAMENTAR E O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Segundo o censo demográfico de 2010, a população brasileira na primeira infância soma cerca de 20 milhões de pessoas, um contingente superior à população do Chile e praticamente o dobro da de Portugal. Sobre esse grupo populacional vigorava até recentemente um amplo conjunto de leis e dispositivos pouco específicos para a faixa etária de 0 a 6 anos, dispersos na Constituição Federal de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/90), na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96) e em outras normativas.

Assim, sob o mote de aperfeiçoar a legislação sobre a primeira infância no Brasil, um grupo de deputados federais, senadores e representantes da sociedade civil lançou, no dia 22 de março de 2011, a Frente Parlamentar da Primeira Infância. O deputado Osmar Terra, parceiro de Mary Eming Young na concepção do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, foi designado a coordenar a frente, que arregimentou, de partida, 224 parlamentares, além de ter o endosso de porta-vozes no assunto, como a Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). Em 2011, em entrevista à TV Câmara, no ato de lançamento da iniciativa, Terra reforçou:

A ciência, nos últimos anos, traz uma quantidade enorme de evidências sobre a importância dos primeiros anos de vida. No entanto, de uma maneira geral, essa é uma faixa de idade que não é alvo prioritário das políticas públicas. A nossa legislação avançou em relação a isso e está, a partir dos quatro anos de idade, apresentando um conjunto de políticas públicas adequadas. Mas ainda falta trabalhar justamente o período mais crítico, de maior mudança, de maior transformação, desenvolvimento e crescimento do cérebro, que são os primeiros anos de vida. A frente [parlamentar] é para focalizar políticas nessa área, acompanhar o que o governo vem fazendo, debater com o governo e, principalmente, aperfeiçoar a legislação para esse período da vida (TERRA, 2011).



Vários parlamentares que compõem a frente – que mais tarde veio a se chamar Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância – têm participado do programa de formação de lideranças do NCPI. Na primeira edição do curso, em 2012, um dos planos de ação desenvolvidos no âmbito da formação focava justamente a criação de uma “Lei Federal de Responsabilidade sobre a Primeira Infância”, incluindo análise e revisão da legislação existente, a fim de aperfeiçoá-la e complementá-la, além de dar indicações ao Poder Executivo sobre a criação de comitê intergestor para articular as diversas áreas de atenção à criança. A empreitada também se propunha a coordenar a formulação de uma política de atenção integral à criança, a partir da gestação e com foco na família.

O plano era um projeto novo, que nasceu do interesse comum de doze deputados integrantes da frente parlamentar. A partir do curso, esse grupo consolidou as ideias individuais, definiu estratégias e elaborou um documento referencial.

Em 2013, uma nova turma de parlamentares foi a Harvard pelo programa de formação do NCPI e assumiu como plano a tarefa de acompanhar o aperfeiçoamento e a tramitação da proposta que havia nascido em 2012, visando à sua aprovação. O processo evoluiu, gerou novas discussões e envolveu outros atores, até virar a minuta de um projeto de lei, em novembro de 2013, que foi apresentado e registrado por Osmar Terra no mês seguinte. O Marco Legal da Primeira Infância começava a ganhar contornos na Câmara dos Deputados sob a designação de Projeto de Lei (PL) nº 6.998/2013.

DA TRAMITAÇÃO À SANÇÃO

Especialista em Educação Infantil e consultor legislativo para assuntos que envolvem a faixa etária de 0 a 6 anos, Vital Didonet integra a equipe de assessores técnicos⁴ do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância. Sua atribuição envolve oferecer supervisão a alguns dos grupos que se constituem no módulo 1, para apoiar a elaboração dos planos de ação.

Didonet acompanhou de perto a evolução dos trabalhos relativos ao Marco Legal da Primeira Infância dentro e fora das atividades do curso. Segundo Didonet (2016), o ano de 2014 foi marcado pelo adensamento dos debates sobre o PL nº 6.998/2013, com a coleta de sugestões de parlamentares, órgãos do governo, representantes de organizações da sociedade civil e especialistas, para o aprimoramento do PL.



Lilian Borges

⁴ Entre 2012 e 2016, além de Vital Didonet, a equipe de assessores técnicos do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância contou com a colaboração de Alessandra Schneider, Anna Maria Chiesa e Luzia Laffite.

Do ponto de vista do conteúdo, coube à turma de 2014 do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância organizar seminários regionais que levaram o assunto do marco regulatório para discussões em todo o Brasil. Do ponto de vista da tramitação, os participantes do curso agilizaram a criação da comissão especial que analisaria a matéria na Câmara dos Deputados.

Muitos parlamentares se dispuseram a integrar a comissão, portanto, em duas semanas, ela já se encontrava completa e presidida por Cida Borghetti, do Partido Republicano da Ordem Social (PROS-PR), outra aluna do curso. “Grande parte dos membros da comissão tinha feito a formação de Harvard em 2012 e 2013, de modo que era um grupo bem consciente da importância do projeto e do que era preciso observar em termos de conteúdo”, nota Didonet (2016).

Em fevereiro de 2015, o projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados e adentrou no Senado Federal sob a identificação de Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 14/2015. De acordo com Didonet (2016), em 2015, por mais de uma vez, os participantes do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância fizeram uso da argumentação qualificada que aprenderam na formação para neutralizar entraves que surgiam na tramitação da matéria. O PLC nº 14/2015 foi aprovado no Senado Federal, em 3 de fevereiro de 2016, e sancionado pela presidente Dilma Rousseff no dia 8 de março do mesmo ano como a Lei nº 13.257/2016.

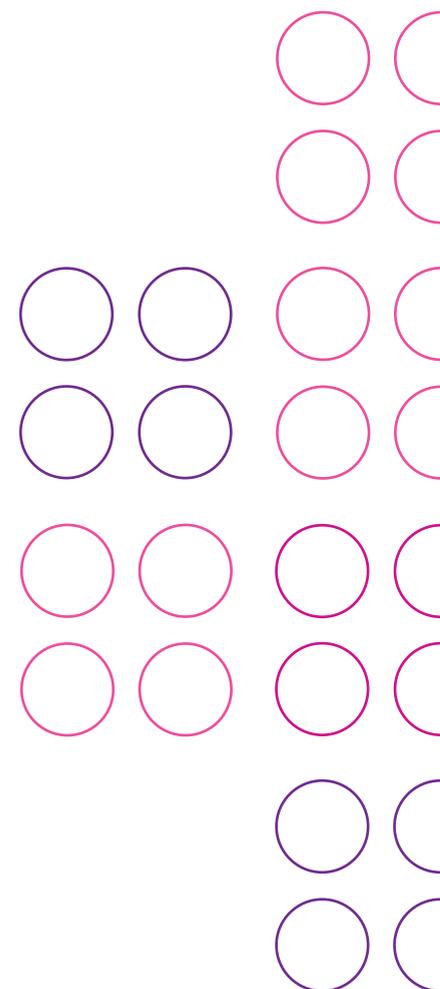
OS AVANÇOS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL

E o que ganham as crianças com essa nova legislação, que altera e complementa leis como o ECA, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Código de Processo Penal? Na visão de Didonet (2016), o Marco Legal da Primeira Infância traz muitos avanços, mas três, em particular, devem ser destacados:

- O estabelecimento de diretrizes de políticas públicas específicas para a primeira infância. A medida expressa o reconhecimento pela sociedade da criança pequena como sujeito de direitos, capaz e cidadã, na sua singularidade, e em atenção à diversidade entre as crianças e as diferentes infâncias brasileiras.
- Determina a elaboração da Política Nacional Integrada para a primeira infância, mediante uma abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais. Não se trata de somar visões setoriais, mas de fazer uma abordagem holística da criança como pessoa íntegra, visando ao seu desenvolvimento integral. Além disso, dentro dessa política, União, Estados e municípios têm compromissos e responsabilidades com as crianças e são também corresponsáveis.



Lilian Borges





Lilian Borges

- A lei exige visibilidade dos recursos financeiros destinados e aplicados na atenção à primeira infância. Ela manda a União informar à sociedade a soma dos recursos investidos nos programas e serviços para a primeira infância e pede aos Estados e municípios que informem quanto eles estão aplicando.

À parte as grandes conquistas, há inúmeros avanços pontuais, entre os quais: a possibilidade de a gestante em privação de liberdade ter direito a ambiente adequado a normas sanitárias e assistenciais para gerar seu filho, bem como de amamentá-lo e de cuidar dele no início da vida; de os trabalhadores homens e mulheres, registrados pelo regime da CLT, levarem seus filhos de até 6 anos de idade a uma consulta médica por ano, sem prejuízo no salário; a implementação do serviço de acolhimento em família acolhedora para crianças afastadas do convívio com os pais; e a presença de um dos pais no acompanhamento de crianças internadas em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal. Sobre o assunto, Didonet complementa:

O que esses exemplos nos mostram é que a nova lei tem um olhar de ternura para a primeira infância, o que é estranho numa legislação, que é sempre fria, jurídica. Mas, na forma como as determinações foram postas, os itens que nela entraram de certa forma trazem esse olhar terno a ela. É uma lei que pensa no bebê e na relação dele com seus pais (DIDONET, 2016).

O NCPI foi fundado com o mandato de traduzir o conhecimento científico sobre desenvolvimento na primeira infância para uma linguagem acessível à sociedade, de modo que fosse incorporado às políticas públicas e às práticas profissionais voltadas às crianças. O Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância nasceu como uma das estratégias do NCPI para isso, tomando para si o desafio de inspirar, engajar e preparar tecnicamente lideranças envolvidas na formulação de políticas públicas. Em menos de quatro anos de atividade, 275 lideranças – parlamentares das três esferas do Poder Legislativo, gestores públicos, representantes de organizações da sociedade civil e membros da universidade – participaram da iniciativa.

Como parte da metodologia do curso, os alunos se organizaram em grupos e conceberam planos de ação em torno de projetos específicos, alinhados com os conhecimentos aprendidos e com o propósito da formação. O Marco Legal da Primeira Infância foi um deles, tendo rapidamente conquistado aliados dentro da rede da formação e aglutinado, em torno de uma ideia-força, outras instâncias da sociedade civil que já se manifestavam na mesma direção. Em pouco mais de dois anos, o PL nº 6.998/2013 tramitou na Câmara dos Deputados e depois, como PLC nº 14/2015, no Senado Federal. Sua sanção aconteceu em 8 de março de 2016 como Lei nº 13.257/2016.

Não seria de modo algum correto atribuir a criação do Marco Legal da Primeira Infância ao programa de formação de lideranças do NCPI. Afinal, afora o que aconteceu a partir do curso, organizações como a RNPI, o Movimento Interfóruns de Educação Infantil no

Brasil (Mieib) e várias pastas do governo federal, entre tantos outros atores, investiram sobremaneira na elaboração da lei. Mas também não seria justo desconsiderar a relevância do programa de formação nesse processo.

Em olhar retrospecto, Eduardo de Campos Queiroz, diretor-presidente da FMCSV, admite que, em 2012, não sabia ao certo que nível de resultados uma ação como o Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância poderia trazer. “Fizemos uma aposta na formação”, sintetiza Queiroz (2016).

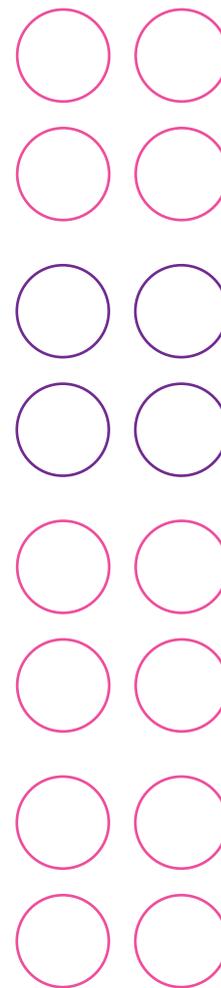
Passada a aprovação do Marco Legal da Primeira Infância, ele vê a experiência como um exemplo sobre como uma parceria multisetorial pode contribuir para um processo de *advocacy* – entendido como “o conjunto de atividades que podem influenciar políticas públicas para provocar mudanças sociais” (ALLIANCE FOR JUSTICE, 2004) –, a partir do fomento à qualificação de pessoas e à construção de massa crítica em uma determinada causa. “Em várias situações, temos podido notar que os conhecimentos ensinados no curso foram assimilados e ganharam o discurso público”, reitera Queiroz (2016).

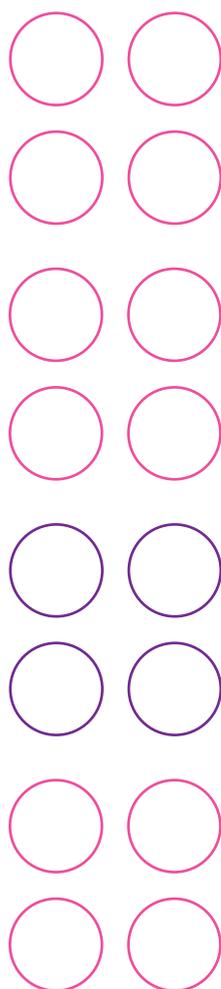
Nesse sentido, as palavras do senador José Medeiros, do Partido Popular Socialista (PPS-MS), durante a sessão que aprovou o PLC nº 14/2015 no Senado Federal, falam por si só:

O Marco Legal veio para mudar a relação do Brasil com suas crianças. De zero aos seis anos de idade, existe uma janela de oportunidade na qual as pilastras que vão sustentar aquele adulto são formadas, quando se torna propício, se não houver nenhum obstáculo à sua formação, que essa criança [se desenvolva para que] vire um adulto de sucesso. [...] Neste momento, eu me emociono ao saber que estamos fazendo história aqui no Senado Federal brasileiro. Não tenho dúvidas: políticas nós temos muitas, mas espalhadas. E o que faz este projeto? Não faz nenhum milagre, mas ele direciona, condensa e mostra um rumo para os municípios, para os Estados e para a União, de que a saída é investir do zero aos seis [anos] (SESSÃO PLENÁRIA PARA APROVAÇÃO DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2016).

REFERÊNCIAS

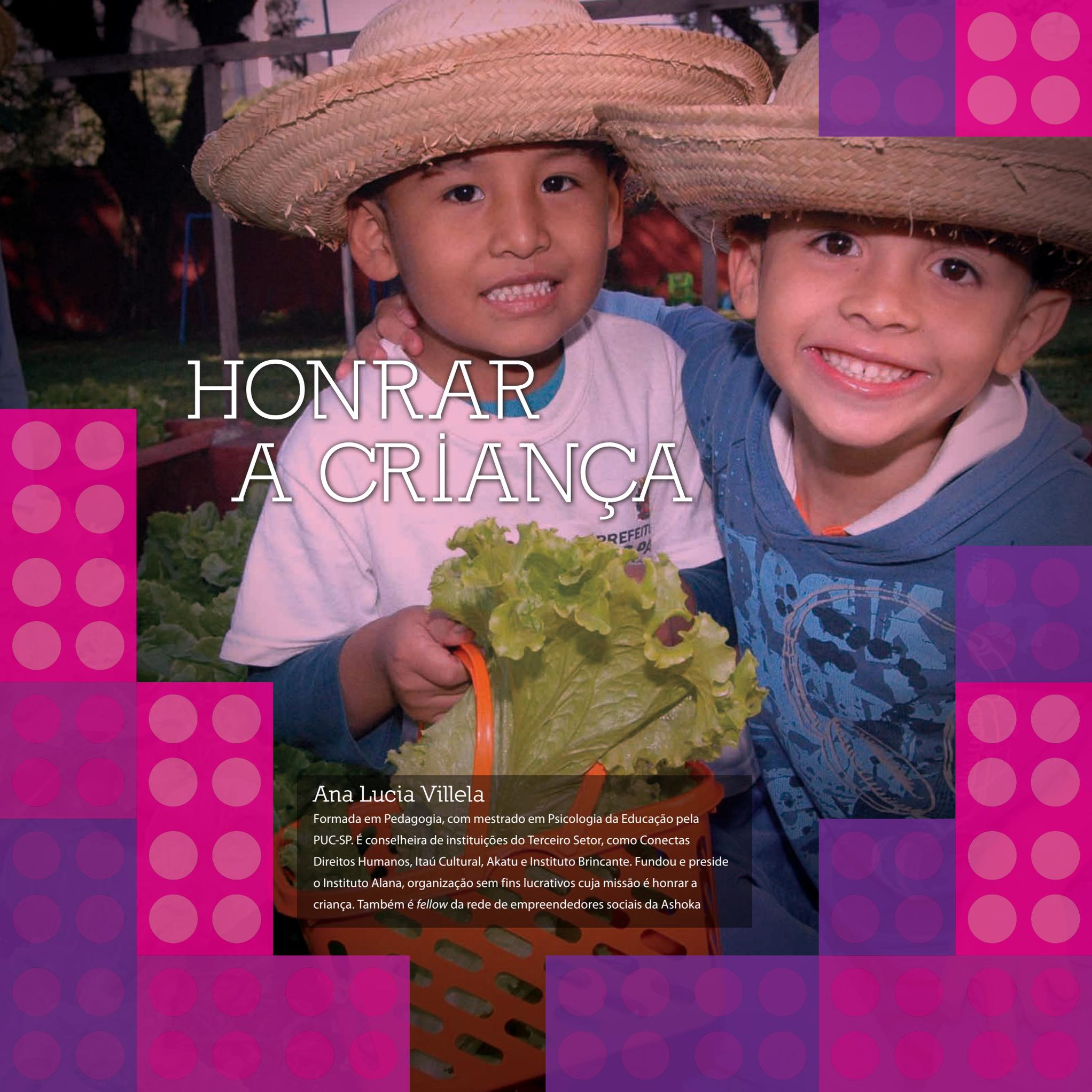
- ALLIANCE FOR JUSTICE. *Investing in change: a funder’s guide to supporting advocacy*. Washington: Alliance for Justice, 2004. 60 p.
- BARAN, M.; SAUMA, J.; SIQUEIRA P. *Lembrar, espelhar e experimentar: distanciamentos e sobreposições entre público e especialistas brasileiros sobre desenvolvimento na primeira infância*. Washington: FrameWorks Institute, 2014, Disponível em: <<http://frameworksinstitute.org/pubs/mtg/earlychildhoodbrazil/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2016.





- BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 1-4, 9 mar. 2016.
- CAIRNS, J. Entrevista concedida a Sandra Mara Costa. São Paulo, 25 fev. 2016.
- COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO PELA PRIMEIRA INFÂNCIA. Estudo nº 1: o impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem. São Paulo: Comitê Científico do Núcleo pela Primeira Infância, 2014. 16 p.
- DIDONET, V. Entrevista concedida a Sandra Mara Costa. São Paulo, 22 fev. 2016.
- FRENTE Parlamentar da Primeira Infância. Brasília, 22 mar. 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/CAMARA-HOJE/194646-PRIMEIRA-INFANCIA-TERA-FRENTE-PARLAMENTAR-NA-CAMARA.html>>. Acesso em: 8 mar. 2016.
- HEIFETZ R.; GRASHOW A.; LINSKY M. A teoria por trás da prática: uma breve introdução à estrutura da liderança adaptativa. In: _____. *A prática da liderança adaptativa: ferramentas e táticas para mudar a sua organização e o mundo*. Boston: Harvard Business Press, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. 12º Recenseamento Geral do Brasil. Brasília: IBGE, 2011.
- MARINO, E.; PLUCINNIK G. A. (Org.). *Primeiríssima infância – da gestação aos três anos*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013. 100 p.
- O QUE É A PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM). *Secretaria Estadual da Saúde*, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/o-que-e/>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- PLUCINNIK, G. Entrevista concedida a Sandra Mara Costa. São Paulo, 25 fev. 2015.
- QUEIROZ, E. de C. Entrevista concedida a Sandra Mara Costa. São Paulo, 2 mar. 2016.
- SESSÃO plenária para aprovação do Marco Legal da Primeira Infância. TV Senado, Brasília, 3 fev. 2016. Disponível em: <<http://www.senado.leg.br/noticias/TV/Video.asp?v=427340&m=425279>>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- SHONKOFF, J. P. O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2009. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/importancia-do-desenvolvimento-infantil/segundo-especialistas/o-investimento-em-desenvolvimento-na>>. Acesso em: 3 mar. 2016.
- YOUNG, M. E. Entrevista concedida a Sandra Mara Costa. São Paulo, 23 fev. 2016.





HONRAR A CRIANÇA

Ana Lucia Villela

Formada em Pedagogia, com mestrado em Psicologia da Educação pela PUC-SP. É conselheira de instituições do Terceiro Setor, como Conectas Direitos Humanos, Itaú Cultural, Akatu e Instituto Brincante. Fundou e preside o Instituto Alana, organização sem fins lucrativos cuja missão é honrar a criança. Também é *fellow* da rede de empreendedores sociais da Ashoka

“É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”. Esse provérbio nigeriano revela a importância da articulação de toda a comunidade na educação das novas gerações. Entendemos como comunidade um grupo de pessoas que compartilha elementos em comum, como a história, os costumes, o idioma, a localização geográfica. Um grupo de pessoas que convive – *vive com* – um com o outro, o que pressupõe o encontro com a diversidade que marca o humano. Assim, a comunidade é o lugar de todos, para todos. Lugar do encontro entre o antigo e o novo, lugar de educação dos que chegam, de respeito pela sabedoria dos que já viveram muito.

As crianças convocam e congregam a comunidade, fortalecendo o vínculo entre seus membros. Os bebês lembram-nos de que ninguém vive sozinho – sem cuidado, eles não sobrevivem – e, assim, mobilizam a construção de redes de sustentação para todos. Redes que se tecem nas relações de afeto, de suporte, de criação de instâncias de zelo – redes de proteção. Redes que articulam sujeitos diversos – cada qual com sua essência e sabedoria –, unidos em torno do bem comum. De novo, toda a aldeia educando uma criança.

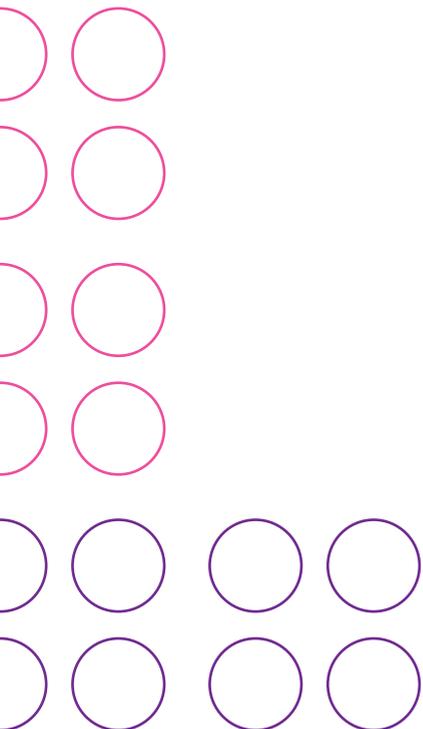
Um forte vínculo estabelece-se entre o bebê e os adultos de referência – aqueles que cuidam dele tanto física quanto emocionalmente, e que lhe apresentam o mundo. A construção desse vínculo assegura ao bebê que vale a pena aprender, investir no amplo universo que se descortina. Um vínculo baseado no amor respeitoso, que promove uma visão positiva de si, contribuindo para a constituição da identidade do bebê.

À medida que os bebês crescem, mais pessoas passam a fazer parte de suas vidas, novas relações se estabelecem. Na pluralidade de interações cotidianas, no reiterado contato social, aprendem a ser parte da comunidade. Aprendem com todos os adultos, jovens, idosos e crianças que os rodeiam. Ao serem acolhidos, aprendem a acolher. Aprendem que é bom ser cuidado, que é bom cuidar. Aprendem, pouco a pouco, a se colocar no lugar do outro.

À medida que crescem, o mundo se alarga. Aventuram-se desbravando os espaços, explorando seus movimentos, usando todo seu corpo na empreitada. Brincam, expressam-se por meio das diversas linguagens, aprendem, crescem, desenvolvem-se. Ao interrogar o mundo, a vida e os adultos, eles influenciam o panorama social, político e cultural de sua comunidade.

A filósofa social Hannah Arendt (2007, p. 247) afirma que:

A educação é o ponto em decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens. A educação é também onde decidimos se amamos nossas crianças o bastante para não expulsá-las de nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos e tampouco arrancar de suas mãos a oportunidade de empreender alguma coisa nova e imprevista para nós, preparando-as em vez disso com antecedência para a tarefa de renovar um mundo comum.



Podemos pensar em um mundo sem renovação? Um mundo de reprodução eterna, de mesmice? A sociedade renova-se, permanentemente, com a chegada de novos seres humanos, e os adultos precisam assumir o compromisso de introduzir as crianças em um mundo que é novo para elas, mas já conhecido delas. Assumir o compromisso de educá-las, que passa por entender que elas são seres capazes, que aprendem desde o útero, como inúmeras pesquisas têm apontado.

Os bebês e as crianças, plenos de potencialidades, são protagonistas de suas histórias e membros participantes de suas comunidades – criam culturas infantis por onde quer que passam, são autores de maneiras próprias de expressão, que tornam visíveis suas formas criativas de ver, estar e entender o mundo.

A visibilidade do protagonismo infantil implica uma escuta sensível, um ouvir para além das palavras. Escuta compreendida como a disponibilidade permanente do adulto de estar aberto à comunicação com bebês e crianças que se expressam em múltiplas linguagens. A criança pequena nos convida a observar, desafiando nossa empatia. Ela se expressa por meio das “cem linguagens”, como escreve o educador italiano Loris Malaguzzi (1999). Se somos capazes de desenvolver uma escuta e um olhar atentos, abertos, colocando-nos como aprendizes, ampliamos nossa condição de leitura e de interação respeitosa com ela, assumimos que educá-la é uma tarefa do âmbito do sensível.

Uma educação do sensível implica atuar na formação das crianças para que sejam sujeitos sensíveis, que usem suas capacidades de sentir, perceber e se mover; que atuem na sociedade de forma criativa e crítica; que se conheçam e saibam do que são capazes – que reconheçam seus pontos fortes e os frágeis. Lembramos que as primeiras acepções do verbo saber relacionam-se com sabor, paladar. Saber é saborear. Uma educação do sensível só pode ser realizada por adultos que tenham lapidado suas sensibilidades e que saboreiem o mundo – suas cores, os sons, os odores, as texturas e os sabores.

Atualmente, percebe-se uma confusão no entendimento do protagonismo infantil. Vê-se adultos solicitando a participação das crianças em instâncias que não são adequadas, delegando a elas assuntos que estão fora do seu alcance e de sua competência. Assim, os adultos deixam de assumir suas responsabilidades em inúmeras decisões, alijando-se do papel de educadores. Deixam de assumir a autoridade que se assenta na responsabilidade pelo mundo que já conhecem e agora mostram aos novos (ARENDDT, 2007).

Como explica Arendt (2007), todos os adultos são responsáveis pela educação dos mais novos – todos são educadores. Apresentam o mundo às crianças, compartilham seu conhecimento, muitas vezes acreditando-se arautos do saber. Mas, para possibilitar a criação do novo, do imprevisível, é necessário que assumam, humildemente, um novo paradigma, reconhecendo a existência de infâncias múltiplas, tantas quanto sejam as crianças.



Cada criança é uma e, portanto, não existe uma infância única, imaginária, ideal. A infância é uma construção social e histórica. Hoje, os bebês e as crianças são reconhecidos como sujeitos de direitos, seres autônomos, produtores de histórias e culturas, que constroem – por meio de suas experiências com o ambiente e com os outros – sua identidade.

O ser humano aprende por meio de experiências. O filósofo espanhol Jorge Larrosa Bondia (2002, p. 21) explica que:

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça.

Honrar a criança significa considerá-la de maneira integrada e integradora, como um todo, em sua maneira peculiar de ser, sentir, conhecer e estar no mundo. Significa considerar cada criança em sua singularidade. Suas interações com as pessoas e o mundo podem se transformar em experiências se os adultos lhe derem tempo para vivê-las, permitindo que se entreguem ao que estão fazendo. É com essa certeza que o Instituto Alana assumiu como missão honrar a criança, evidenciando sua centralidade na busca de um mundo melhor.

O trovador e ambientalista canadense Raffi Cavoukian (2009, p. 27), autor do livro *Honrar a Criança*: como transformar este mundo, esclarece que:

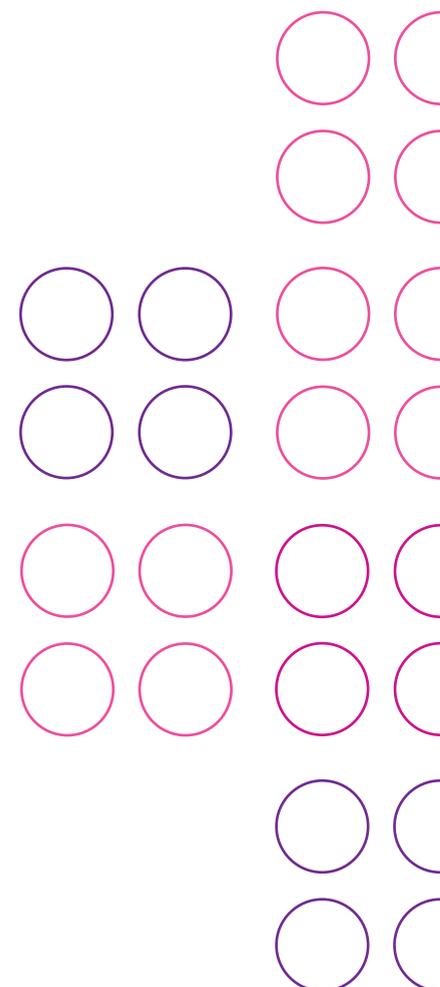
Honrar a Criança é uma visão, um princípio organizador e um modo de vida – uma revolução de valores que pede uma profunda reestruturação de todas as esferas da sociedade. Ela começa com três dados: primeiro, a primazia dos primeiros anos – a primeira infância é a porta de entrada do ser humano. Segundo, enfrentamos uma degradação do planeta sem precedentes em extensão e escala, e isso coloca em perigo os mais novos. E, terceiro, a crise pede uma reação sistêmica de desintoxicação dos ambientes que compõem a ecologia da criança. [...] Honrar a Criança é um credo global para maximizar a alegria e reduzir o sofrimento mediante o respeito pela bondade em cada ser humano no começo da vida, com os benefícios ondulando em todas as direções.

Por reação sistêmica, o autor refere-se à elaboração de políticas públicas comprometidas com a sustentabilidade física, emocional, social e ambiental, seguindo o novo paradigma ecológico, de modo a garantir às crianças um mundo em que possam viver com qualidade.

A degradação do nosso planeta, resultado do uso predatório dos recursos naturais e da urbanização descontrolada, tem mostrado seu impacto também nas crianças. O jornalista estadunidense Richard Louv (2013) propõe o conceito de transtorno de *deficit* de natureza,



Território do Brincar - Acervo Instituto Alana





referindo-se ao mal que afeta cada vez mais crianças em sociedades urbanas, em que o lazer e a diversão estão, progressivamente, associados à tecnologia, afastando-as da natureza. O autor apresenta uma série de pesquisas que indicam que a exposição direta à natureza é essencial para o desenvolvimento saudável da infância e para a saúde física e emocional de crianças e adultos.

A relação direta com a natureza oferece um sem-número de desafios de movimentos, explorações e descobertas a todos, além de proporcionar bem-estar e contribuir para a saúde. Estar na natureza ajuda as pessoas a se centrarem e relaxarem, suscita a curiosidade e a criatividade. Quando vemos uma criança em contato com a natureza, percebemos sua comunhão com ela, como tão bem aponta nosso poeta goiano Manuel de Barros (2003, s/p).

Porque se a gente fala a partir de ser criança, a gente faz comunhão: de um orvalho e sua aranha, de uma tarde e suas garças, de um pássaro e sua árvore. Então eu trago das minhas raízes crianceiras a visão comunhão e oblíqua das coisas. [...] Eu tenho que essa visão oblíqua vem de eu ter sido criança em algum lugar perdido onde havia transfusão da natureza e comunhão com ela. Era o menino e os bichinhos. Era o menino e o sol. O menino e o rio. Era o menino e as árvores.

Exploramos, devastamos, consumimos, sem respeito, sem troca, sem cuidado. Essas atitudes afastaram-nos dos ciclos naturais com os quais comungávamos. Havia uma inter-relação entre o homem e a natureza, que foi pouco a pouco caindo no esquecimento, por falta de vivências significativas, por falta de contato. Deixamos de ouvir e entender seus sinais e nos colocamos como algo à parte, que não faz parte dela, que não depende dela. Perdemos a conexão e nos empobrecemos – deixamos de perceber a complexidade da natureza e de nos perceber parte do todo. Oferecemos um mundo empobrecido de verde às crianças e elas sofrem com isso.

Já no final do século 19, o poeta estadunidense Walt Whitman (2005, p. 259) abordava a importância da criança na natureza:

Todos os dias havia uma criança indo adiante,
E o primeiro objeto para o qual ela olhava, nele se transformava,
E aquele objeto tornava-se parte dela durante o dia ou durante uma parte do dia,
Ou por muitos anos, ou isso se estendia por ciclos de anos.

Os lilases da manhã tornaram-se parte dessa criança,
E a relva e as ipomeias brancas e vermelhas, e o trevo branco e o vermelho, e a canção do pássaro febo,
E os cordeiros de três meses e a barriga rosa pálida da fêmea do javali, e o potro da égua e o bezerro da vaca [...]

É preciso retomar e investir na relação do homem com a natureza, buscar soluções ambientais e colaborativas, para garantir condições de vivência plena da infância em profunda conexão com ela, proposta do novo programa do Alana, Criança e Natureza, detalhado nos próximos parágrafos.

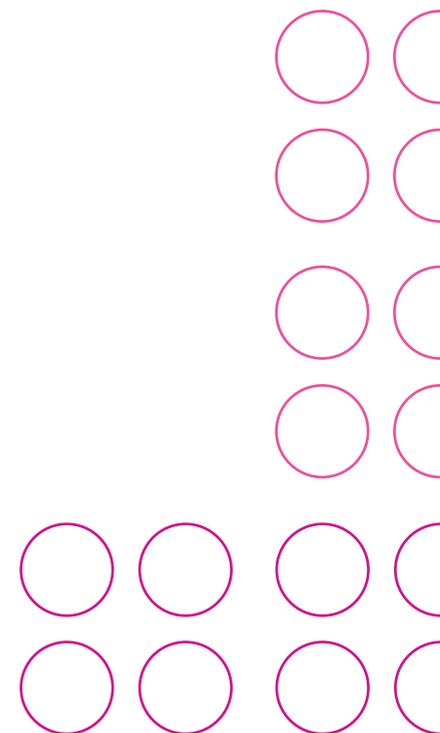
Esse princípio deve estar bem acompanhado pelo amor respeitoso desde os primeiros momentos de vida; pela diversidade, como celebração das diferenças e enriquecimento da vida; pela comunidade afetuosa, a aldeia necessária para educar uma criança; pela criação familiar consciente, nem opressora, nem permissiva; pela inteligência emocional, exploração das emoções desde o nascimento em ambiente seguro; pela não violência, uma convivência baseada na cultura de paz, sem agressões; por ambientes seguros e acolhedores; pelo comércio ético, que considere a ética em toda a cadeia de produção e comércio das mercadorias.

Honrar a criança, zelar por seus direitos, inclui ações que prescindem um atendimento direto. Quando se discute, amplamente, o brincar – direito inalienável da infância, por ser linguagem genuína da criança – buscando garantir espaços e tempos para sua realização, zela-se por elas. Quando se atua na direção de promover os direitos das crianças e mobilizar a sociedade em prol da infância, dando visibilidade ao Artigo 227 da nossa Constituição Federal (BRASIL, 1988), zela-se por elas; quando se denuncia o consumismo infantil, zela-se por elas. Quando se propõe a celebração da diversidade, com o respeito às diferenças e à singularidade de cada um, zela-se por elas. Quando se fomenta a discussão sobre boas práticas educativas, zela-se por elas.

Na busca da construção de uma sociedade mais justa, plural, que celebre a diversidade, o Instituto Alana investe em diversos programas que aceleram a mudança de valores da sociedade brasileira, evidenciando comportamentos que precisam ser transformados para honrar a criança. A seguir, destaco alguns de nossos projetos e nossas ações.

O Espaço Alana marca o início dos trabalhos do Instituto, há 20 anos. Criado em uma comunidade vulnerável no extremo leste de São Paulo – o Jardim Pantanal – o Espaço tem hoje a missão de fomentar o desenvolvimento local por meio de ações socioeducativas e de articulação comunitária.

No sentido de voltar o olhar da sociedade à importância do brincar como linguagem genuína da infância, o Instituto Alana correaliza o projeto “Território do brincar”, um trabalho de pesquisa, documentação e sensibilização sobre a cultura da infância brasileira, coordenado pela educadora Renata Meirelles e pelo documentarista David Reeks. Os dois viajaram pelo Brasil por dois anos e o registro dessa jornada – em filmes, fotos, textos e áudios – transformou-se em publicações, documentários, exposições e diálogos sobre a infância brasileira, contribuindo para a discussão e difusão da importância do brincar. O longa-metragem “Território do brincar” mostra a geografia de gestos de crianças das mais diversas realidades brasileiras e o material *Território do brincar: diálogo com as escolas*, composto por um livro e dois DVDs, conversa diretamente com os educadores.



Território do Brincar – Acervo Instituto Alana



Prioridade Absoluta é um projeto que promove os direitos das crianças e mobiliza a sociedade em prol da infância, dando visibilidade e contribuindo para a efetividade do Artigo 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que determina que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à 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, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O *Prêmio Cidade da Criança*, parceria entre o projeto *Prioridade Absoluta* e o Programa Cidades Sustentáveis, identifica gestões municipais que cuidam bem de suas crianças, implantando políticas e ações que garantam a elas acesso ao conhecimento, a uma vida saudável e que lhes assegurem os direitos contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Utiliza indicadores que consideram cinco grandes eixos temáticos: *cidade para crescer com conhecimento*, mede o comprometimento com a educação; *cidade para crescer saudável*, mede os cuidados com a gestação materna e com a saúde da criança; *cidade para crescer protegido*, mede a rede de proteção criada para as crianças; *cidade para crescer brincando*, mede a estrutura pública de lazer; e *cidade que respeita e aplica o ECA*, mede a implementação de políticas ligadas ao Estatuto.

Criança e consumo é um projeto multidisciplinar que tem como objetivo divulgar e debater ideias sobre as questões relacionadas à publicidade dirigida às crianças, e apontar caminhos para minimizar e prevenir os prejuízos decorrentes dessa comunicação mercadológica. Desde 2006, recebe denúncias de publicidade abusiva dirigida às crianças e atua por meio de ações jurídicas, pesquisa, educação e *advocacy*, influenciando a formulação de políticas públicas e o amplo debate na sociedade civil.

Em sua estreia, em 2012, surgiu a *Feira de Troca de Brinquedos*, uma ação de mobilização com o objetivo de gerar reflexão sobre o consumismo e possibilitar que a criança dê um novo significado aos próprios brinquedos. O site do projeto fomenta e contribui com material de apoio para a realização de feiras, de maneira autônoma, em todo o Brasil. Já aconteceram mais de três centenas de feiras e a adesão continua aumentando.

Primeira Mostra de Cinema focada em educação e infância do Brasil, a *Ciranda de Filmes* exhibe gratuitamente produções cinematográficas e promove rodas de conversa, vivências lúdicas e oficinas cinematográficas. O Instituto Alana é um de seus patrocinadores. O sucesso da primeira edição, em 2014, evidenciou o poder de mobilização do cinema para tratar de temas caros à infância.

Para sensibilizar e mobilizar pais, famílias, profissionais, líderes, organizações e governos sobre a importância dos primeiros anos da vida e o impacto que esse período tem no futuro, em 2016, lançamos o documentário inédito “O começo da vida”, uma produção da Maria

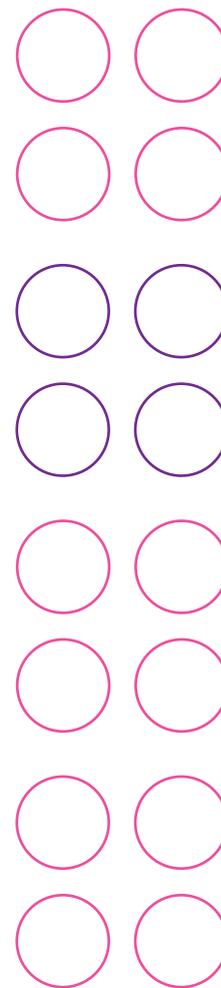
Farinha Filmes, que retrata os desejos e desafios de famílias com filhos pequenos no Brasil e no mundo. O filme é apresentado pelo Alana, ao lado da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, Bernard Van Leer Foundation e Unicef, e estará disponível para exibições públicas gratuitas na plataforma VIDEOCAMP – uma ferramenta de mobilização social que criamos por acreditar no poder do cinema em engajar e transformar.

Sensibilizados pelo impacto negativo que o transtorno de *deficit* de natureza tem na saúde e no desenvolvimento das crianças, e movidos pela convicção de que o ambiente natural é seu hábitat, lançamos o programa *Criança e Natureza*. Seu objetivo é garantir que as crianças cresçam e se desenvolvam em contato direto com a natureza, usufruindo sua infância, aventurando-se livremente na experimentação de seus movimentos, de suas investigações, no próprio ritmo e tempo. Uma infância plena, com acesso regular a espaços abertos e muitas oportunidades de brincar.

Esses são alguns dos programas e ações que norteiam o trabalho do Instituto Alana, e que convocam a sociedade e cada indivíduo a comprometer-se em honrar a infância. Afinal, “é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”.

REFERÊNCIAS

- ARENDT, H. Sobre a educação. In: *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- BARROS, M. Manoel por Manoel. In: *Memórias inventadas – a infância*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2003.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, jan./fev./mar./abr. 2002.
- BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- CAVOUKIAN, R. O argumento para honrar a criança. In: CAVOUKIAN, R.; OLFMAN, S. *Honrar a criança – Como transformar este mundo*. São Paulo: Instituto Alana, 2009.
- LOUV, R. *Last child in the woods*. Estados Unidos: Algonquin Books, 2013.
- MALAGUZZI, L. História, ideias e filosofia básica. In: EDWARDS, C.; GANDINI, L.; FORMAN, G. *As cem linguagens da criança: a abordagem de Reggio Emilia na educação da primeira infância*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- O COMEÇO DA VIDA. Direção: Estela Renner. São Paulo: Maria Farinha Filmes, 2016.
- WHITMAN W. *Folhas de relva*. São Paulo: Martin Claret, 2005.





INSTITUTO BRINQUEDO VIVO

Roberto Avritchir

Médico e radiologista infantil, trabalha na Santa Casa de São Paulo e na clínica CRYA

Lycia Mimica

Médica, patologista clínica e professora na Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo

Edna Pessanha

Jornalista responsável pelo Portal de Notícias ANApress

Brincando, a criança estará buscando sentido para sua vida. Sua saúde física, emocional e intelectual depende, em grande parte, dessa atividade lúdica. Brincar a faz feliz e, por isso, mais propensa a ser uma boa pessoa e ainda solidária.

Pais que buscam minimizar o impacto da tecnologia na vida de seus filhos encontram nos brinquedos feitos de madeira e tecido, desenvolvidos pela criatividade de artesãos, uma alternativa para a interatividade.

O mercado de brinquedos continua dominado pelos eletrônicos, porém os artesanais e educativos, menos sofisticados e coloridos, ainda cativam as crianças.

O brincar é algo próprio da criança, é instintivo, natural, social e cultural. É impossível entender a vida de uma criança sem um brinquedo; ele é um meio de se relacionar e socializar, o ponto de partida para a brincadeira.

Os brinquedos artesanais não seguem os modelos impostos pelos programas de televisão, personagens de desenho animado, filmes e cultura de massa. Eles proporcionam a enriquecedora experiência de construir um brinquedo, pois a criança utiliza a imaginação e a criatividade e realiza uma atividade lúdica, que sem um brinquedo é muito mais difícil de conseguir, uma vez que ele possibilita simular situações.

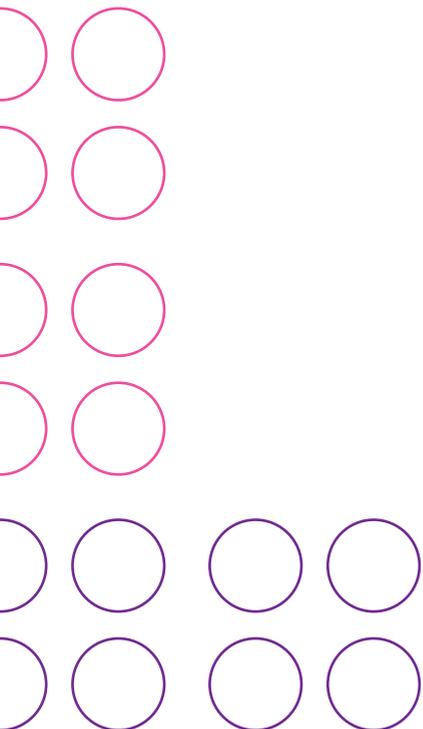
A criança que gosta de brincar gosta também de brinquedo. As duas coisas estão densamente ligadas. O brinquedo e o jogo fazem parte da vida infantil e juvenil, e isso faz com que os brinquedos artesanais tenham um espaço importante na formação social das pessoas. Eles são insubstituíveis, concebidos por homens, e não por máquinas, e são produto da habilidade manual, da fantasia e da aptidão criadora de cada artesão.

O brinquedo artesanal não precisa ser contrário ao brinquedo industrializado para ter importância. Não devemos discriminar o brinquedo industrializado, pois ambos exercem um papel crucial na vida das crianças, o que torna necessário valorizar os dois tipos como sustentáculo às atividades lúdicas.

A riqueza do brinquedo deriva de sua competência para estimular as fantasias infantis. Utilizar brinquedos artesanais auxilia a criança e o adulto a resgatarem a importância do próprio brinquedo, pois sua confecção estimula a interação entre as crianças e seus familiares, fortalecendo os vínculos afetivos.

Pega-pega, esconde-esconde, barra-manteiga, jogar bola, pião, pular amarelinha, empinar pipa, entre outras brincadeiras, ao contrário do que muitos pensam, são atividades sérias.

As transformações pelas quais a sociedade vem passando resultam em algumas inversões de papéis e valores. A tecnologia mudou a forma de brincar. As crianças deixaram as brincadeiras de rua e passaram a se divertir com *videogames* e jogos de computador.



Brincar é tão importante para a criança como trabalhar é para o adulto. É o que a torna ativa e criativa, e lhe dá oportunidade de relacionar-se com os outros, desenvolver sua sociabilidade, fazer amigos, aprender a compartilhar, a respeitar o direito dos outros e as normas estabelecidas pelo grupo, além de envolver-se nas atividades apenas pelo prazer de participar, sem visar às recompensas nem temer castigos.

Brincando, a criança estará buscando sentido para sua vida. Sua saúde física, emocional e intelectual depende, em grande parte, dessa atividade lúdica. Brincar a faz feliz e, por isso, ela fica mais propensa a ser uma boa pessoa e a ser solidária. Toda criança deveria poder brincar; pois é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança e o adulto deixam fluir sua liberdade de criação e sentem que a vida é digna de ser vivida.

Não podemos dizer exatamente em qual época surgiram os brinquedos populares; sabe-se apenas que eles fazem parte dos costumes de todas as sociedades, desde as mais remotas. Peça fundamental para o desenvolvimento intelectual e coordenação motora, o brinquedo popular caracteriza-se como produto artesanal e atua de forma interativa no mundo de fantasia da criança, que desenvolve experiências internas e externas ao seu mundo e obtém melhores resultados na aprendizagem aproximando-se da realidade social em que vive.

Pais que buscam minimizar o impacto da tecnologia na vida de seus filhos encontram nos brinquedos feitos de madeira e tecido, desenvolvidos pela criatividade de artesãos, uma alternativa para a interatividade.

Com o advento da Revolução Industrial, o brinquedo sofreu grandes modificações tecnológicas, diminuiu a demanda artesanal e a sociedade passou a consumir os brinquedos industrializados, com formas e roupagens que fogem da realidade social das crianças de classes média e baixa.

Contudo, o brinquedo artesanal manteve sua identidade cultural, que seduz as crianças de todas as gerações. A cultura da confecção de brinquedos artesanais, encontrada com maior frequência entre pessoas de menor renda, resiste, trazendo consigo valores, significados e representações culturais.

O brinquedo artesanal jamais deixará de ser produzido, principalmente em regiões de baixo poder aquisitivo, onde o artesanato é meio de subsistência de grande parte da população. A variedade desses brinquedos é imensa, e, desde carrinhos de madeira ou lata até a peteca, o brinquedo é um convite à brincadeira, e faz dela uma atividade rica, proveitosa e prazerosa.

Materiais simples ou sucatas transformam-se em um brinquedo nas mãos de um artesão, e cada peça é única e exclusiva – é impossível confeccionar duas iguais. O resultado são brinquedos lúdicos e divertidos, que remetem à brincadeira de rua, de roda e de criança; uma coisa formidável que contém uma função pedagógica que garante espaço também entre os adultos.



Historicamente, o brinquedo origina um rol de percepção e significados para cada época – ele é parte intrínseca do brincar da criança em qualquer cultura e período. A matéria-prima com que são fabricados os brinquedos artesanais sinaliza uma cultura em que nada se perde, tudo se transforma – basta criatividade, combinação de materiais, arranjo artístico, pintura e o brinquedo surge.

Em geral, o brinquedo artesanal não requer grande investimento, pois, para fazer bonecos, carrinhos, cavalos de balanço e bichinhos são utilizados, basicamente, materiais como tecidos, aviamentos, madeira, espuma, tintas e papel colorido.

O Instituto Sócio Cultural Brinquedo Vivo tem como objetivo estimular o brincar por meio de ações simples, com brinquedos artesanais e valorização do artesão.

Há dez anos, o médico radiologista infantil Roberto Avritchir, fundador e presidente do Instituto Brinquedo Vivo, uma organização sem fins lucrativos que propõe implantar, por meio de parcerias, espaços interativos voltados às atividades lúdicas, capacitação e exposição de brinquedos artesanais que, ao mesmo tempo, sejam um caminho para o desenvolvimento humano, social e educacional.

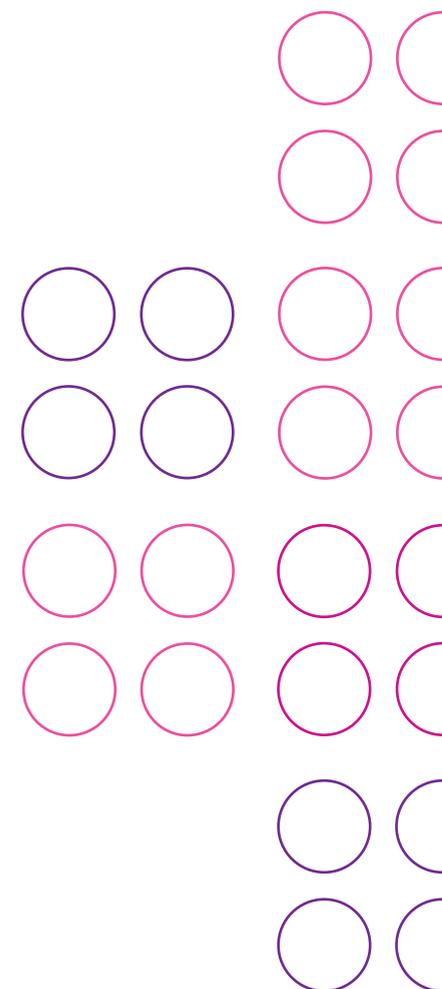
O Instituto pretende estimular e apoiar as oportunidades e espaços para brincar, divulgar os brinquedos artesanais de qualidade e, conseqüentemente, reduzir os efeitos negativos em crianças e jovens impedidos de ter acesso às experiências lúdicas e culturais, essenciais para seu desenvolvimento saudável.

A utilização de brinquedos artesanais produzidos com materiais reciclados leva os consumidores a repensarem seus hábitos de consumo e descarte, orientando-os para uma ação mais consciente, participativa e socialmente responsável em relação ao meio em que vivem. Isso pode configurar-se como uma fonte de geração de emprego e renda, sendo, portanto, meio de desenvolvimento econômico para as comunidades, uma vez que o trabalho artístico promove a sobrevivência de um número significativo de artesãos.

O Instituto Brinquedo Vivo teve parceria com a Secretaria de Esportes do Município de São Paulo em projetos que atenderam diferentes bairros, como a inauguração de brinquedotecas e a realização das Ruas do Brincar.

Parceiro do Serviço Social do Comércio (Sesc), tem atuado em diversos eventos, como exposições e oficinas do brincar para crianças.

Roberto Avritchir contou: “Certo dia, percebi que tinha uma grande coleção de brinquedos e peças de artesanato, e, mais do que das peças, eu gostava de conversar com quem confeccionava esses trabalhos; assim, decidi unir em um mesmo grupo pessoas que tinham o mesmo pensamento que eu e estavam dispostas a fazer um projeto com o objetivo de resgatar o



brincar. No meio de tanta loucura e adversidade, fazer o brincar deixar de ser execrável, que dá vergonha, principalmente aos adultos, porque quem tem saúde brinca, quem não tem, não brinca. Buscando parceiros, cheguei por indicação até a Marilena Flores, que fundou a ONG Promove Ação Sócio Cultural, que posteriormente foi substituída pela IPA (International Play Association), e ela entendeu o que era o projeto do Instituto e o escreveu comigo”.

Desde então, o Instituto tem como meta o resgate do brincar e do lúdico, com pessoas que fabricam os brinquedos e possuem a intimidade de entender a alma da criança – e continuam a ser crianças.

O objetivo dessas pessoas é viver de seu trabalho e mudar o mundo por meio de sua arte. É um somatório do resgate do brincar e do lúdico com a arte, tudo autossustentável, com a certeza de que a sociedade pode ganhar com a filosofia desse projeto.

O Instituto Brinquedo Vivo tenta focar o público infantil e adolescente, mas a procura do brincar acontece em todas as faixas etárias.

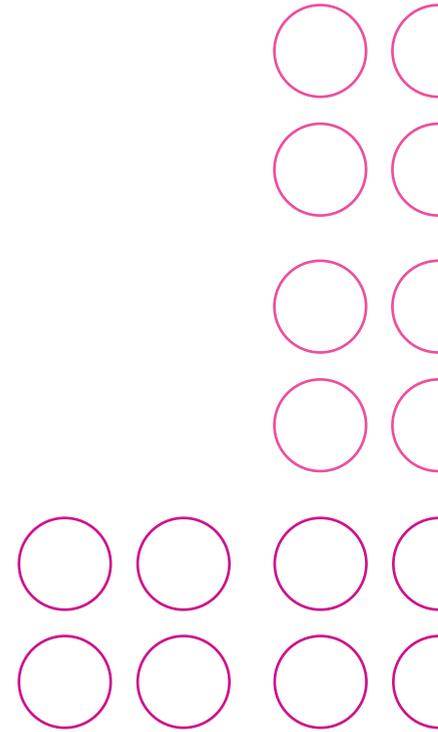
Um desafio a esse objetivo são os brinquedos eletrônicos, excessivamente, utilizados pela criança. A criança, quando tem oportunidade, gosta de brincar livre, na rua, por exemplo, com bola de gude e pipa, mesmo nas cidades mais duras, nas cidades grandes. No interior, isso acontece com maior facilidade, mas o grande desafio é criar interesse nos pais, que trabalham muito e as condições são cada vez mais adversas. Mas o brincar é a melhor maneira de integrar uma família. Quando se senta para jogar uma partida de xadrez, fazer uma competição de pião, confeccionar um brinquedo e pintar, ou qualquer outra atividade, a família fica mais integrada, unida.



Jarbas Moura Rosa



Jarbas Moura Rosa



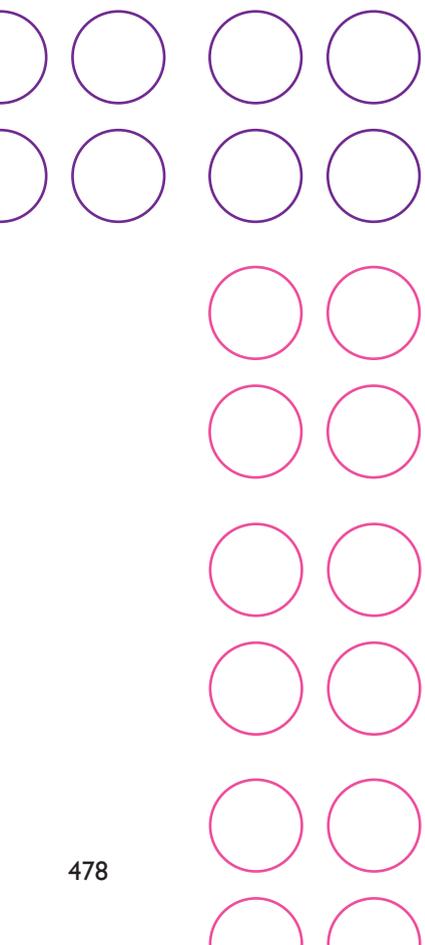
Jarbas Moura Rosa



Jarbas Moura Rosa

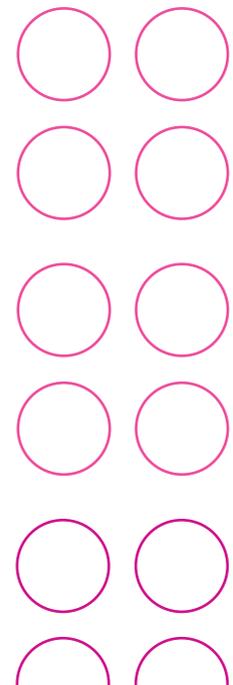


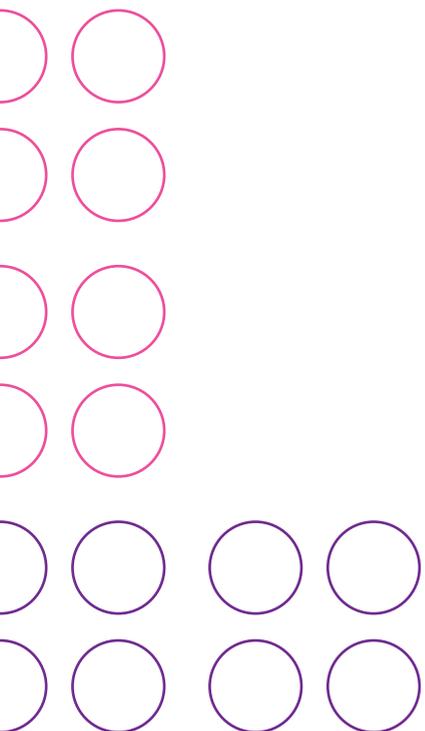
Jarbas Moura Rosa





Jarbas Moura Rosa



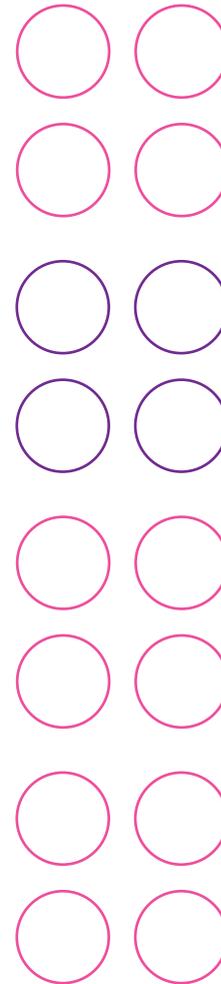


Jarbas Moura Rosa





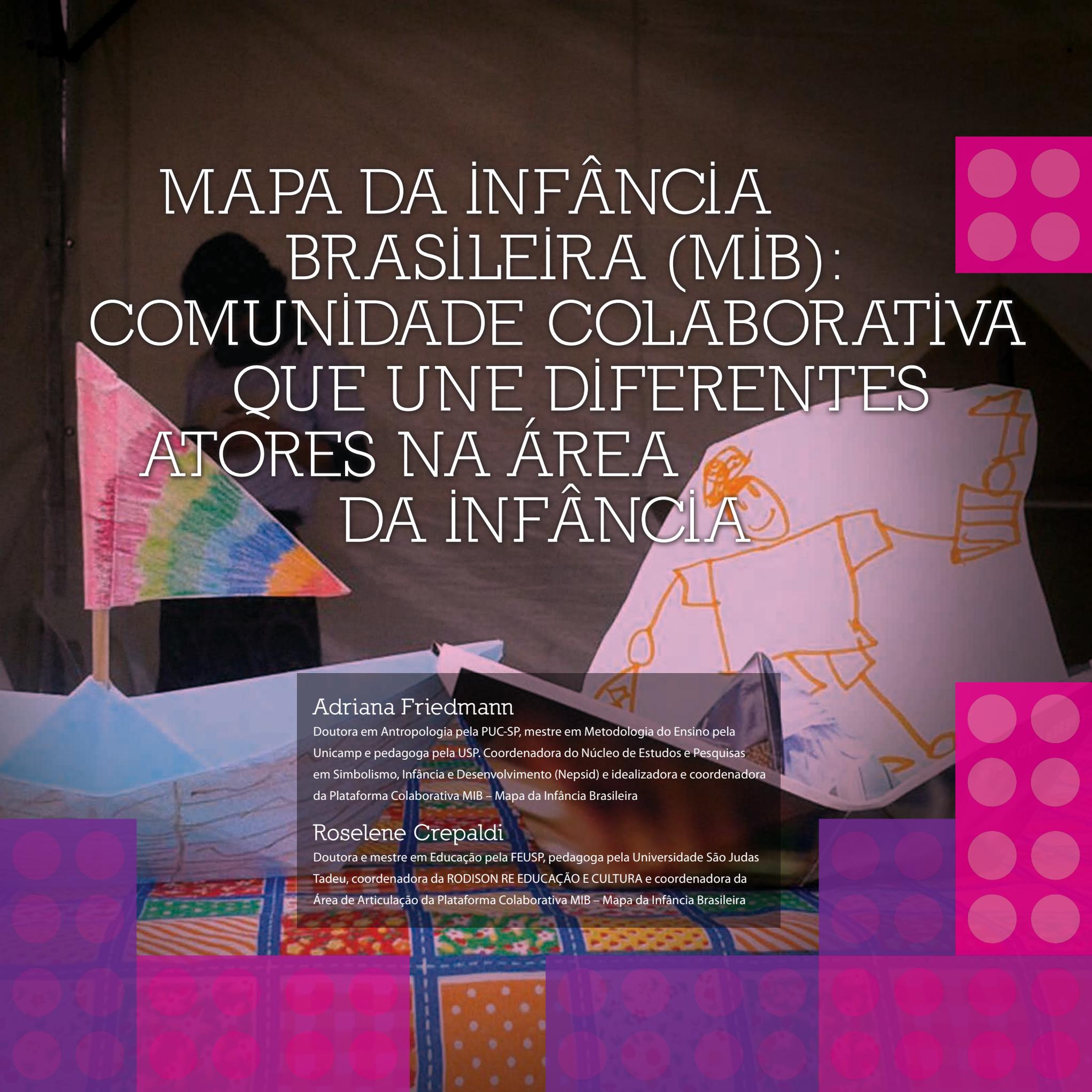
Jarbas Moura Rosa



Assim, o Instituto Brinquedo Vivo incentiva e apoia os artesãos, estimulando a divulgação e valorização da cultura brasileira e do lúdico em todas as idades.

REFERÊNCIAS

- BRINQUEDO VIVO. São Paulo, 2016. Disponível em: <www.brinquadovivo.com.br>. Acesso em: 6 maio 2016.
- PROMOVE AÇÃO SÓCIO CULTURAL. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://promove.org.br/web>>. Acesso em: 9 abr. 2016.



MAPA DA INFÂNCIA BRASILEIRA (MIB): COMUNIDADE COLABORATIVA QUE UNE DIFERENTES ATORES NA ÁREA DA INFÂNCIA

Adriana Friedmann

Doutora em Antropologia pela PUC-SP, mestre em Metodologia do Ensino pela Unicamp e pedagoga pela USP. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Simbolismo, Infância e Desenvolvimento (Nepsid) e idealizadora e coordenadora da Plataforma Colaborativa MIB – Mapa da Infância Brasileira

Roselene Crepaldi

Doutora e mestre em Educação pela FEUSP, pedagoga pela Universidade São Judas Tadeu, coordenadora da RODISON RE EDUCAÇÃO E CULTURA e coordenadora da Área de Articulação da Plataforma Colaborativa MIB – Mapa da Infância Brasileira

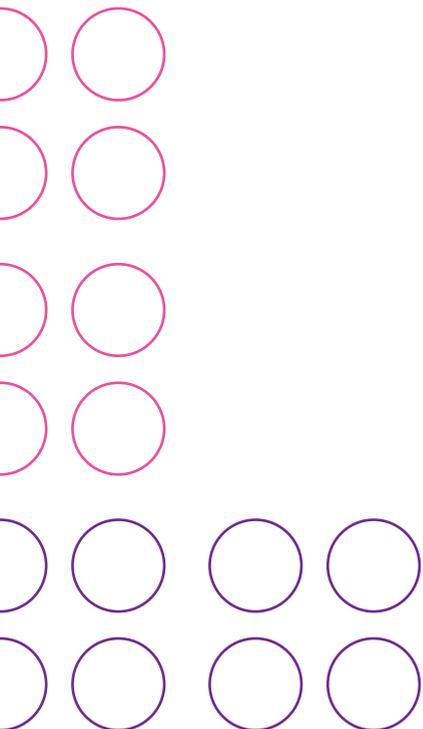
NAVEGANDO PELAS INFÂNCIAS

O interesse pelos temas que se relacionam com as infâncias e as crianças vem crescendo em várias áreas no Brasil e no mundo. Espaços internos e externos para crianças, como parques e praças, espaços lúdicos, brinquedotecas etc.; em instituições, bibliotecas, hospitais, condomínios, centros de compras, lazer e alimentação, entre outros, têm crescido no decorrer dos últimos anos. Crianças têm tido cada vez mais oportunidade de assistir a espetáculos e apresentações criativas e instigantes, graças ao crescente número de excelente qualidade de produções culturais, cinema, teatro, música e literatura, entre outras. Instituições públicas e privadas têm investido em propostas educacionais e sociais comprometidas com as infâncias, superando a sensação de “oportunidade de negócios”, no atendimento às crianças. Estudos, publicações e pesquisas vêm aumentando para muito além das áreas sociais, de educação e saúde, nos âmbitos da neurociência, do direito, da economia, da cultura, da política, para citar os principais.

Conquistas legais recentes sobre os direitos das crianças, reconhecendo-as como cidadãs, sujeitos históricos e sociais de direitos, têm também chamado a atenção dos cuidadores, gestores e tomadores de decisões, que vêm olhando para vários desses assuntos, dentre os quais: a melhoria da qualidade de vida das crianças; a qualidade da alimentação oferecida a elas; a questão do exacerbado consumismo, a influência do *marketing* e da mídia na vida infantil; a falta de segurança; a falta de espaços de convivência; o uso excessivo de tecnologias e a superexposição nas redes sociais; as situações de *bullying*, violência doméstica, escolar e urbana; o grande número de crianças que, por conta das suas singularidades, origens culturais ou síndromes, tem sido excluídas nos mais diversos âmbitos; a exposição de crianças em programas de TV; o trabalho infantil.

Por outra parte, é importante apontar as realidades e os desafios no que se refere às crianças e suas infâncias: inúmeros projetos e programas que, preocupados com o alcance democrático ao maior número possível de crianças, oferecem atividades, geralmente, padronizadas, sem conhecer ou considerar suas singularidades, propostas pelas quais, muitas vezes, elas não se interessam, não aderem e tornam-se expectadoras ou executoras de tarefas.

Sobre esses e outros assuntos, que têm impacto direto na vida das crianças, precisamos debater e refletir, considerando, inclusive, o ponto de vista das crianças. Dentre outras, a discussão sobre a ética quando se fala ou se atua com as crianças – que encontra suas bases na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2007); e, a partir da violação dos direitos básicos das crianças, em situações cotidianas de violência contra elas, são algumas das pautas que precisam ser olhadas e debatidas por toda a sociedade, como condição essencial em prol do respeito primordial a toda e qualquer criança, independentemente de raça, cor, religião, condição física, psíquica ou social.



COMO EQUACIONAR ESSE PANORAMA DE CONTRADIÇÕES?

Além de todos os avanços necessários na área da infância, é importante frisar que há muito sendo feito. Organizações sociais, institutos e fundações, instituições particulares e equipamentos públicos, organizações do Terceiro Setor, planejadores urbanos, assim como coletivos e a sociedade civil, têm buscado caminhos e inovado de forma criativa e adequada, a partir das suas áreas de *expertise* e olhando para cada grupo sociocultural de crianças atendidas.

A existência de redes de mobilização e campanhas defendendo direitos na área da infância ganham destaque nas mídias. A ampliação no investimento de esforços e recursos para melhorar oportunidades educacionais formais e não formais têm sido recorrentes desde o final do século 20.

Consideramos chegado o momento de unir esforços para poder potencializar programas, recursos e ideias e diminuir a fragmentação, possibilitando, assim, atingir um público maior de crianças, com qualidade e profundidade, de forma a tornar as ações mais eficazes e significativas.

Crianças e/ou grupos de crianças têm características individuais e peculiaridades próprias de cada idade e contexto sociocultural. Elas precisam, ao mesmo tempo, de cuidados e de oportunidades para descobrir o mundo. Precisam de atenção e orientação e também de espaços seguros para explorar, criar e crescer. Precisam de relações nutritivas e amorosas, que possibilitem seu desenvolvimento harmônico, longe de ambientes tóxicos, violentos, inadequados ou inseguros.

Estudos recentes na área das Ciências Sociais, em especial, a Sociologia e a Antropologia da Infância, têm contribuído com conceitos e pesquisas, que apontam as crianças e os grupos infantis como sendo atores sociais, com culturas e linguagens próprias, e autores de suas vidas. Nessa linha, destacamos especialmente a importância de escutar e observar as crianças nos seus mais diversos contextos, pois é fato que, muito além dos avanços da Psicologia, da Pedagogia, da Medicina, das Neurociências e de tantas outras áreas ligadas à infância, pouco conhecemos sobre as realidades dos inúmeros universos infantis e sobre o perfil das crianças.

As crianças, enquanto seres sociais ativos, têm preferências, medos, gostos, inquietações e frustrações e são absolutamente capazes de fazer escolhas. Elas possuem tempos e ritmos próprios e precisam ser ouvidas e acolhidas em suas dores, seus medos, suas conquistas, suas descobertas, seus desejos, seus interesses e suas necessidades.

Isso porque só quando se começa a ter consciência da importância de escutar e observar crianças, sem interferir nos seus contextos e territórios cotidianos e espontâneos, é que se torna possível aceitar o desafio de realizar uma mudança ética e metodológica: não mais partir unicamente das verdades “universalmente instauradas” pelo mundo adulto a respeito



das crianças, mas considerar e tentar compreender o que as crianças dizem, vivem, sentem e pensam a partir das suas próprias vozes (FRIEDMANN, 2015).

Vivemos uma era em que se tornou desejável que os adultos considerem as vozes infantis para tomar decisões que dizem respeito à vida das crianças. Estamos falando em levar em conta suas vozes, seus incômodos, suas vontades, suas limitações, seus sentimentos, suas emoções e, sobretudo, suas potencialidades, com o intuito de repensar e adequar atividades, espaços e programas a elas oferecidos, seja em casa, na escola, no bairro ou na comunidade; ou nas mídias, entre tantos outros espaços pelos quais circulam nossas crianças.

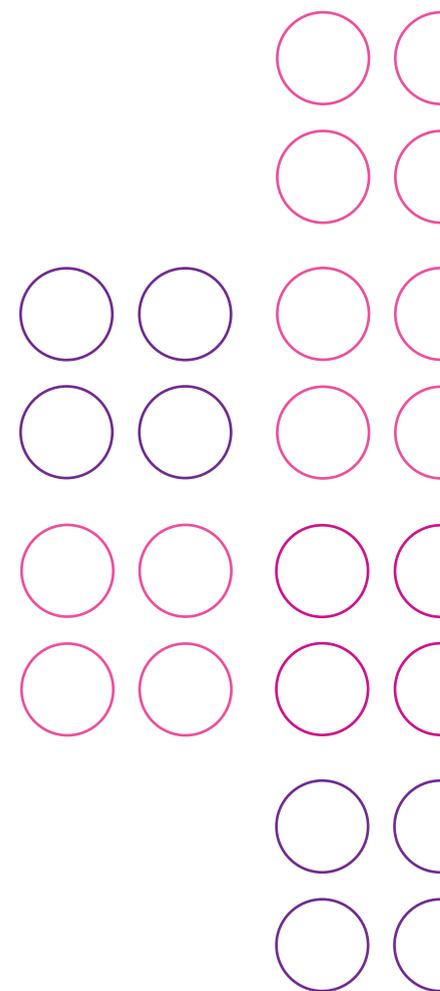
É importante e necessário ouvir as crianças, oferecer condições para que elas se manifestem e tenham o espaço garantido para se expressarem sobre as próprias vidas.

Uma cultura ética com relação às vidas infantis passa por uma escuta atenta e sensível, possível a partir de algumas premissas, a saber: o estabelecimento de vínculos de confiança, a observação respeitosa e não invasiva dos territórios infantis, onde o brincar, as produções plásticas e musicais, as diversas narrativas, as expressões corporais, os movimentos e os gestos ocorrem naturalmente. É importante também tomar consciência de que as narrativas verbais e não verbais expressas pelas crianças manifestam-se, muitas vezes, sob a forma de doenças físicas e psíquicas; também potências, preferências, tendências e dificuldades são colocadas por meio de várias manifestações.

O caminho da escuta de crianças está atualmente em pauta na área da infância; porém, o grande desafio para essa mudança de ponto de vista acontecer depende das várias iniciativas e atores sociais, que agem em prol dos diversos grupos infantis tomarem consciência da importância de incorporar essa atitude nos seus cotidianos. Mudar a forma de tomar decisões e desenhar propostas, não mais partindo de um olhar, exclusivamente, adultocêntrico – mesmo com a prevalência do discurso da importância do brincar, das artes e do movimento –, é um primeiro passo para considerar a importância de escutar e observar crianças para conhecê-las; de oportunizar que elas expressem seus verdadeiros interesses, ou que possam usufruir de atividades, tempos, espaços e materiais apropriados.

Nesse cenário, a Comunidade Colaborativa de Aprendizagem Mapa da Infância Brasileira (MIB) propõe que pensemos juntos a respeito da instauração de uma cultura ética, tanto no tratamento quanto nas ações voltadas às crianças.

Veicular imagens, eventos, depoimentos, falas de crianças ou sobre elas tornou-se tão corriqueiro no cotidiano de todos os cidadãos, que se perdeu o bom senso e a ética, no que se refere à privacidade e ao respeito pelas vidas infantis. As redes sociais são as que, de longe, lideram esta exposição; seguidas pela mídia, o mercado e o marketing. Até mesmo instituições que têm as crianças como foco do seu trabalho expõem imagens e falas sem considerá-las (FRIEDMANN, 2015).



O MIB CONVIDA A NAVEGAR NESSES MARES INFANTIS

O Mapa da Infância Brasileira (MIB) foi idealizado a partir de alguns dos pressupostos já mencionados e dentre outros. Trata-se de uma comunidade colaborativa de aprendizagem, que reúne instituições, fundações, institutos, redes, órgãos públicos, Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), coletivos, voluntários, pesquisadores e empresários, que desenvolvem ações ou atividades que, direta ou indiretamente, vêm impactando, positivamente, na qualidade de vida das crianças, assim como de suas famílias e comunidades.

A comunidade colaborativa de aprendizagem funciona em uma plataforma virtual que agrega iniciativas inspiradoras espalhadas por todo o país, possibilitando a troca de informações, conhecimentos e experiências, construídos por todos os participantes, responsáveis pelos conteúdos compartilhados.

O MIB é resultado da união de diferentes atores sociais: indivíduos, organizações e iniciativas que atuam em comunidades diversas, cada um com seu tempo e forma própria, diversidade de recursos financeiros, ou até sem recursos, em variados locais e contextos pelo Brasil afora, dando, assim, origem e constituindo-se em uma comunidade colaborativa, que aprende e troca saberes sobre a temática crianças e infâncias.

Os diversos atores operam nas áreas de comunicação, saúde, educação, assistência social, cultura, direitos, meio ambiente, artes, gestão, urbanismo, entre muitas outras.

A plataforma do MIB, assim como a página do *Facebook*¹ do Mapa da Infância Brasileira, constituem fóruns de compartilhamento de informações, eventos, cursos, opiniões e experiências, que possibilitam novos conhecimentos sobre as possibilidades inspiradoras e criativas para que as cidades, áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas e outras possam tornar-se mais acolhedoras e respeitosas para as crianças.

O MIB, no seu braço de pesquisas com e sobre crianças, também desenvolve – e aplica sobre elas – processos de *Escuta Lúdica* para as crianças e os seus cuidadores, informações que se constituem em indicadores do impacto que as diversas iniciativas das quais as crianças participam têm nas suas vidas.

¹ Mapa da Infância Brasileira. Disponível em: <<https://www.facebook.com/mapainfanciabrasileira/>>. Acesso em: 6 maio 2016.

ORIGENS DO MIB E NOVOS CAMINHOS TRILHADOS COLETIVAMENTE

Idealizado e coordenado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Simbolismo, Infância e Desenvolvimento (Nepsid), o projeto iniciou suas ações, em 2013, com a pesquisa “Espaços e Programas humanizados para as crianças de São Paulo”, que reuniu, em uma cartografia, redes, coletivos, fundações, políticas, ONGs, institutos, plataformas de financiamento coletivo, meios de comunicação e inúmeros outros atores, iniciativas, programas e espaços que desenvolvem ações que impactam na qualidade de vida das crianças na cidade de São Paulo.

Em 2014 e em 2015, reuniu-se, presencialmente, em São Paulo, um grupo de especialistas de diferentes setores da sociedade, com o objetivo de discutir tal mapeamento e pensar em caminhos para a continuidade do projeto e a união de esforços em torno das crianças e suas infâncias. Participam desse grupo: representantes das áreas públicas, coletivos, sociedade civil e do Terceiro Setor.

Também foi criada uma página do MIB no *Facebook* (como Mapa da Infância Brasileira), na qual são publicadas, diariamente, tanto as iniciativas mapeadas quanto inúmeras outras experiências e outros conteúdos, frutos de pesquisa cotidiana da equipe do MIB.

A missão da Comunidade Colaborativa de Aprendizagem Mapa da Infância Brasileira é articular, mobilizar e criar sinergias entre os diversos atores e iniciativas voltadas às crianças, no Brasil, congregados de forma colaborativa por meio de uma plataforma de aprendizagem, lançada em 2015.

O MIB constitui uma fonte e um canal de inspiração para o desenvolvimento de iniciativas, o diálogo e a troca de conhecimentos sobre e com as crianças.

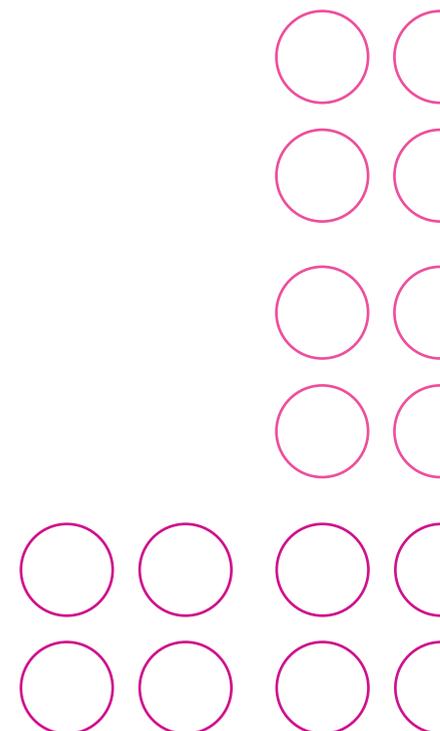
Atualmente, fazem parte do mapa mais de 500 iniciativas nas áreas social, de educação, cultura, comunicação, artes, direito, saúde, entre outras.

UM PORTO DE CHEGADA E MUITAS ROTAS A SEREM PERCORRIDAS

No MIB os membros podem circular por rotas de aprendizagem e mobilização, temas pulsantes e urgentes, identificados pela comunidade, para serem debatidos e que, eventualmente, inspirem ações e campanhas. Nessas rotas, que são dinâmicas, para agregar os diversos atores do MIB, os membros publicam experiências, divulgam agendas, criam campanhas, manifestam suas opiniões, entre outras ações possíveis, sempre tendo a infância como norte.



Acervo MIB





Acervo MIB

A proposta é que as rotas possam reunir iniciativas de natureza e áreas diversas, que também se cruzam e inter cruzam, criando outros movimentos.

Atualmente, e a partir de pesquisas do MIB sobre os temas em pauta na área, são propostas as seguintes rotas:

- *Vozes*: escuta e observação de crianças como importante meio de conhecer seus cotidianos e suas atividades espontâneas.
- *Cidade*: a relação das crianças com a urbanidade e os diferentes espaços públicos.
- *Expressões*: as diversas linguagens expressivas infantis, verbais e não verbais.
- *Diversidade*: os muitos grupos, culturas e jeitos de ser criança.
- *Transformação*: formas de aprendizagem e mudanças em curso sintonizadas com os novos tempos.
- *Outras rotas*: temas diversos relativos à infância e às crianças, que se tornam visíveis e necessários em diferentes momentos.

Para participar ativamente do MIB, o primeiro passo é efetuar o cadastro na plataforma. Uma vez cadastrado, o membro passa a ser um colaborador, que tem acesso a todas as áreas da plataforma e é convidado a publicar conteúdos, disseminar campanhas, compartilhar informações sobre suas iniciativas e participar de discussões entre os membros dessa comunidade.

A IDENTIDADE DO MAPA DA INFÂNCIA BRASILEIRA: DAR VEZ E VOZ ÀS CRIANÇAS

O MIB tem no seu DNA, desde a sua idealização e no desenvolvimento de pesquisas com crianças e de todo o processo de construção e articulação, profundo compromisso e preocupação com todas as crianças, suas vozes, seus direitos, suas expressões e suas produções.

Uma das bases fundantes que o MIB propõe é a ética, compreendida como o conjunto de normas construídas de forma coletiva, de respeito, humanização, fraternidade e esperança dos grupos humanos, no que se refere a direitos, obrigações, benefícios para a sociedade, equidade e determinadas virtudes; e, também, no que tange à vida das crianças, suas vozes, expressões, produções e comportamentos.

Acreditamos que existem diferentes maneiras de exercitar a ética em relação às crianças; a primeira delas é pedir licença para nos aproximarmos, sentarmos juntos, brincarmos, tirarmos fotos, filmarmos ou realizarmos qualquer outro tipo de registro.

Ao pedir licença, estabelecemos a possibilidade de diálogo, explicando a elas, na medida da compreensão de cada uma, a razão da nossa curiosidade e vontade de conhecer seu mundo.

Essa aproximação respeitosa significa escutar suas linguagens expressivas próprias – o que vivem, o que sentem, do que gostam, seus lugares cotidianos, seus hábitos, suas preferências, seus amigos, seus afetos etc. E, sobretudo, pedir licença para partilhar esses saberes infantis com outros adultos. Mas nós, adultos, precisamos aceitar – e respeitar – que as crianças podem não querer ter suas produções ou imagens expostas ou compartilhadas.

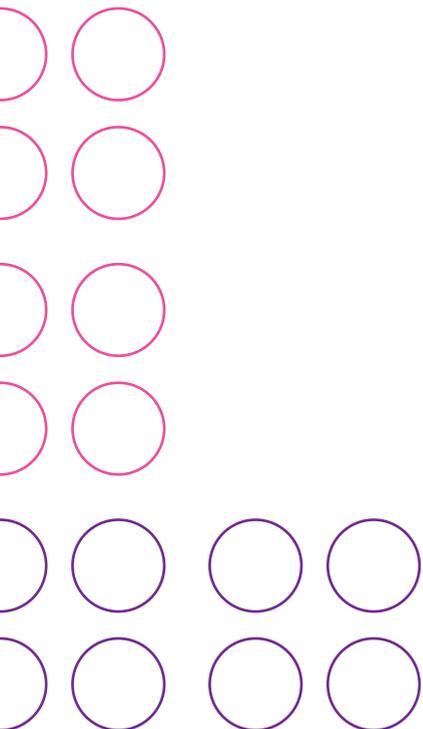
Com essa postura cuidadosa e atenta, desenvolvem-se o diálogo, as interações e trocas entre adultos e crianças. Durante a escuta, as crianças têm também a oportunidade de exercer o protagonismo, que, na verdade, acontece o tempo todo e em todos os espaços em que elas vivem e convivem, por meio das mais diversas formas de expressão. Esse protagonismo possui um caráter político, social, cultural, ético e espiritual, que nos convida a repensar o *status* social da infância, dos papéis das crianças na sociedade local e no conceito cultural dos diferentes povos.

Crianças são naturalmente protagonistas e têm o direito de participar espontaneamente, opinando, expressando seus pensamentos, vivências e sentimentos. Assim, não há necessidade de induzir à participação com perguntas, entrevistas, convites ou provocações “adultocêntricas”.

O MIB criou um processo de Escuta Lúdica: Vozes da Infância Brasileira (VIB). A aplicação do VIB acontece de comum acordo e em parceria com iniciativas de diversos perfis, partindo de uma vontade de conhecer diferentes grupos e culturas infantis que povoam as áreas urbanas. O VIB vem desenvolvendo pesquisas em favelas, comunidades, coletivos e praças com crianças imigrantes procedentes de outros países, crianças abrigadas, crianças que frequentam espaços lúdicos com suas famílias, crianças moradoras de periferias da cidade, entre outras.

Temos uma preocupação ética com relação ao que as crianças, pais e educadores partilham com nossa equipe. Nesse sentido, solicitamos previamente autorizações a cada um desses atores – crianças, pais e/ou responsáveis – para realizarmos os registros em áudio, vídeo e imagens, assim como sobre as produções desenvolvidas pelas crianças e suas respostas às nossas interações.





O VIB propõe as seguintes etapas:

- Observação.
- Diálogo e criação de vínculos.
- Escuta e registro das diversas linguagens e expressões.
- Propostas participativas lúdico-criativas.

Criamos uma diversidade de atividades abertas, que permitem passar pelas diferentes etapas planejadas, adequando-as aos vários públicos, às faixas etárias e aos contextos.

Crianças com idades entre 1 e 10 anos e jovens de 11 a 14 anos, frequentadores de organizações em diversas regiões de São Paulo e do Rio de Janeiro, com propostas e atividades diferentes, proporcionaram momentos importantes e significativos em que puderam, de forma espontânea, expressar seus múltiplos saberes, realidades e interesses.

Seja na zona sul, em uma instituição que oferece atividades socioeducativas, culturais e de interação comunitária no contraturno escolar; seja em praças públicas em convivência com a vizinhança do bairro; ou no intervalo do culto de uma igreja da zona leste; na comemoração dos 25 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente na zona oeste; seja em comemoração ao Dia das Mães no centro; ou no Dia das Crianças em um parque na zona norte da cidade; todas as crianças e jovens que concordaram em participar dos processos de escuta lúdica tiveram a oportunidade de escrever, cantar, desenhar, representar, deixar mensagens, construir suas ideias, expressar seus desejos e impressões sobre os lugares que frequentam, as casas onde moram, as ruas por onde transitam, as características das suas vizinhanças, suas necessidades, seus desejos e sonhos.

Nessas escutas, constatamos o quanto as crianças são capazes de descobrir e utilizar tempos e espaços para brincar: brincadeiras tradicionais, cantigas passadas de boca a boca, com pequenas alterações ou atualizações de letras e ritmos, a figurinha (bafo), jogos com as mãos, corda, bola e jogos de palavras estão sempre presentes, resignificadas conforme cada contexto e realidade, como atos de resistência da infância, mostrando que a criança, se a deixarmos, vive sua infância em qualquer lugar.

Meninas e meninos, aos pares e em grupos, cantaram, imitaram gestos e se movimentaram espontaneamente pelo espaço da sala em atividades introdutórias. Afloraram corpos ávidos por expressão, corpos brincantes. Brincadeiras cantadas, brincadeiras tradicionalmente vivenciadas por meninas revelaram-se brincadas também pelos meninos. Todos com muito entusiasmo mostraram o que sabiam.

Nos desenhos, os detalhes das ruas, dos muros, grades e arames que separam, mas não escondem as flores coloridas ainda existentes nas casas da vizinhança. O parque de diversões,





com uma enorme roda gigante, cheia de bandeiras coloridas, foi retratado; desenhos com os pais, irmãos, avós, outros adultos e animais de estimação, como cães, gatos, pássaros e peixes, todos retratados como membros que compõem essa grande família, adornada por corações, são registros que mostram a importância de cada iniciativa na vida das crianças.

Nas construções com papéis, palitos, massa de modelar, flores, insetos e adornos retratam a habilidade das crianças, transformando o material em uma ideia tridimensional, que ultrapassa o traço e transborda em detalhes e possibilidades.

Durante o processo do desenho, dobradura ou modelagem, algo que era individual torna-se coletivo: no comentário e opinião sobre o traço ou a cor, a partilha das canetas, do giz de cera, do papel, no auxílio para a exposição, na reorganização do espaço, a solidariedade e colaboração para guardar o que foi usado. Atitudes que expressam o quão solidárias, autônomas e cooperativas as crianças são quando o adulto as respeita e ouve.

Nas suas falas, as crianças valorizam os espaços das organizações, apreciam a companhia dos colegas e dos profissionais que com elas convivem.

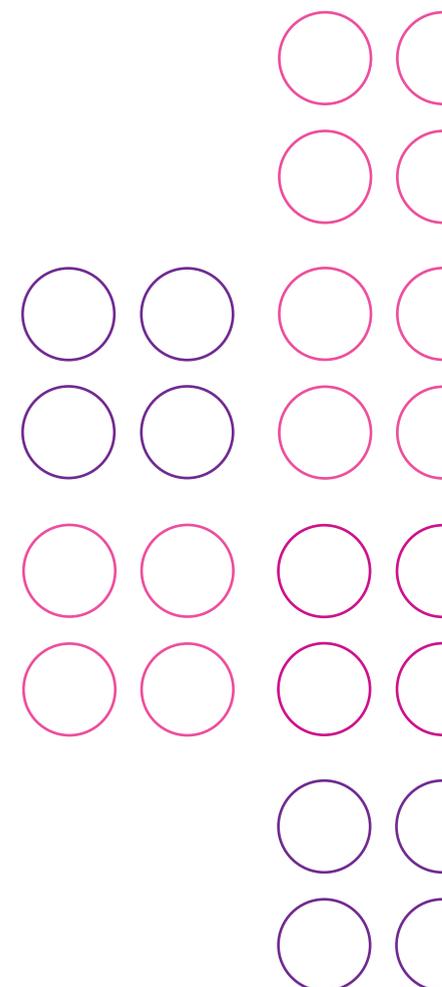
Esses são somente alguns dos exemplos das inúmeras produções das tantas crianças com as quais tivemos o privilégio de conviver.

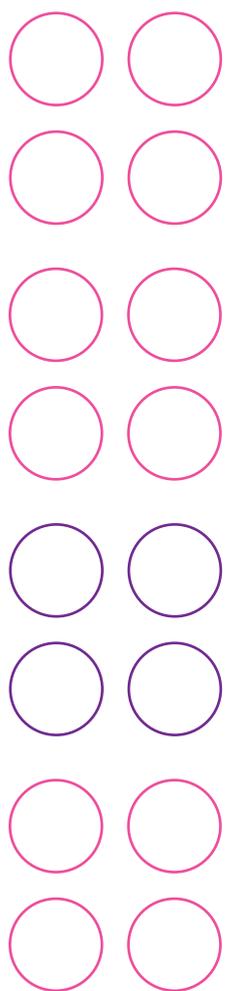
Em alguns desses momentos de escuta das crianças, quando realizados na presença das famílias, observamos o quanto os adultos interferem e direcionam as escolhas feitas pelas crianças.

Nesses processos de escuta respeitosa, o VIB consegue trazer à luz a beleza e a criatividade das ações, produções, expressões e narrativas das crianças, marcadas pelos traços simples e coloridos, que transmitem toda a força de ser criança.



Acervo MIB





Acervo MIB



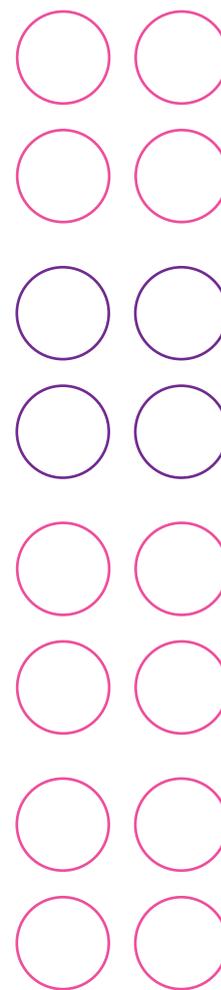
Acervo MIB



Acervo MIB

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*. 40. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- _____. *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- FRIEDMANN, A. *Culturas e linguagens infantis*. São Paulo: Cortez, 2014.
- KRAMER, S. *Autoria e autorização: questões éticas nas pesquisas com crianças*. *Cadernos de Pesquisa*, n. 116, p. 41-59, jul. 2002.
- MAPA DA INFÂNCIA BRASILEIRA. São Paulo, 2015. <Disponível em: <www.mapadainfanciabrasileira.com.br>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- MAPA DA INFÂNCIA BRASILEIRA (MIB). *Facebook*, 2016. Disponível em: <www.facebook.com/mapainfanciabrasileira>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- NEPSID – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Simbolismo, Infância e Desenvolvimento. *Espaços e Programas humanizados para as crianças de São Paulo*. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://issuu.com/adriafried/docs/espacos_e_programas_humanizados_pa>. Acesso em: 9 abr. 2016.



CASA DAS EXPEDIÇÕES

Valéria Gonçalves Pássaro

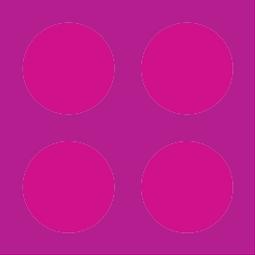
Educadora social, com formação em pedagogia libertária e psicologia social, trabalha com grupos operativos e acompanhamento terapêutico

Daniel Fresnot

Industrial, escritor, formado em Letras pela Sorbonne em Paris e fundador da Moradia Associação Civil

José de Souza Queiroz

Educador social, com formação em Ciências Sociais, trabalha com grupos operativos e estudos da paisagem



A cultura indígena considera tarefa de toda uma aldeia educar uma criança, pois entende que cada criança necessita de uma aldeia inteira para educá-la.

A Casa das Expedições realiza um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (Saica), em parceria com a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Município de São Paulo e a Moradia Associação Civil, desde 2007, na cidade de São Paulo.

A Casa busca desenvolver o acolhimento institucional de qualidade humana e técnica para, no mínimo, 20 crianças e, no máximo, 22 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, de 0 a 17 anos e 11 meses, em situação de risco pessoal e social. A transitoriedade é a tônica do atendimento, mas há situações cuja necessidade de acolhimento se prolonga. Realizar o acolhimento e acompanhamento das famílias desses meninos e meninas de maneira sistêmica.

O objetivo geral da instituição é acolher, fortalecer e restaurar vínculos familiares e sociais e a cidadania, oferecendo oportunidades para (re)inserção na família de origem, extensa ou substituta, e garantias de acesso à rede de políticas públicas.

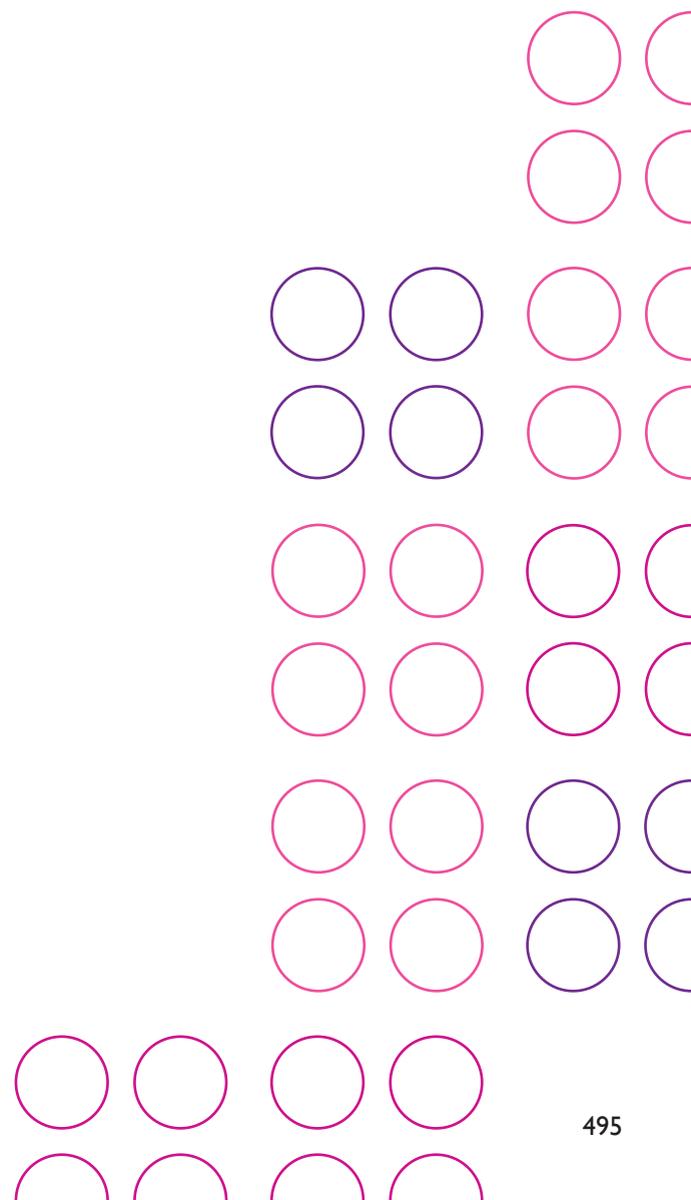
O projeto destina-se a ajudar crianças e adolescentes perdidos, abandonados, desaparecidos, em situação de rua, vítimas de violência, da exploração do trabalho infantil, de abuso e exploração sexual, envolvidos em conflitos familiares, dependentes de substâncias químicas, ameaçados de morte e adolescentes com orientação sexual diversa.

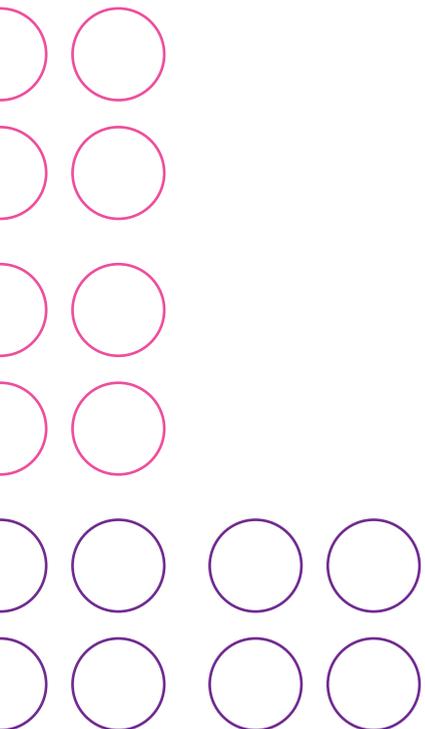
Esta é uma experiência desenvolvida ao longo de 18 anos por um grupo de educadores sociais, com meninos e meninas em trânsito pelas ruas da cidade de São Paulo, unindo assistência, cultura e educação com abordagem terapêutica.

Referências como Summer Hill, Comunidade Infância, Paulo Freire, Antonio Carlos Gomes da Costa, Pichon Riviere, Donald Winnicott, Michel Foucault, Hannah Arendt, Nise da Silveira, entre outros, iluminam e iluminaram nosso exercício.

Temos a clareza e a convicção de que não há fórmulas, o que implica aprender com o próprio trabalho. Todos os profissionais – educadores, técnicos, cozinheiras, motoristas – são reconhecidos como “Educadores Sociais”, e, como educadores, precisamos nos dispor a estudar, pesquisar e elaborar nosso cotidiano para criar e construir o novo. Precisamos, mais ainda, aprimorar em nós mesmos a disponibilidade interior, a sensibilidade, a flexibilidade e o nosso compromisso.

Somente assim poderemos não cair nas armadilhas do “cotidiano” e do “conhecido”, fazendo sempre os mesmos caminhos e preenchendo sempre os mesmos formulários. Essa atuação até poderia nos propiciar algum conforto e alguma garantia, mas não possibilitaria “o encontro” com humanos tão inéditos, apesar de terem trajetórias “tão parecidas”.





Para nós, não há trabalho de educação social que se sustente somente nas técnicas, nas leis e nas determinações; ao mesmo tempo, não há educação social que se sustente somente na benemerência, nos apegos excessivos, e desconfianças.

Investir no desenvolvimento humano, com ênfase na dimensão biopsicossocial e na interação entre indivíduos, no espaço social e cultural, é um dos princípios norteadores deste trabalho.

Então, como estamos em constante desenvolvimento, essa metodologia também está.

“Ninguém sai de um trabalho como este igual ao que era quando entrou... precisei me perder e me encontrar e depois precisei inventar novos caminhos...” *ed. Social SAICA*



Lilian Borges

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

No início de 2008, após avaliação do trabalho realizado em 2007, a equipe optou por sistematizar um Projeto Político Pedagógico. Para tanto, contratamos uma profissional para a assessoria. Durante dez meses, realizamos reuniões e supervisões sistemáticas com toda a equipe, os meninos e as meninas moradores do serviço, supervisoras do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) Casa Verde, entre outros parceiros que pudessem nos apoiar nessa empreitada.



Nesse plano, deveriam estar contempladas todas as ações executadas no serviço, desde a chegada de um novo morador, até as rotinas, os grupos de fala, o atendimento à família, o estudo de caso, a saída do(a) menino(a), a formação dos profissionais, entre outras.

Naquele momento, nosso desafio foi sair da prática cotidiana e refletir nossas ações, para, assim, escrever a metodologia a ser aplicada no serviço.

Aqui estão alguns pontos discutidos e elaborados para o Projeto Político Pedagógico, que é revisto anualmente pela equipe e pelos parceiros.

I – Do acolhimento à vinculação afetiva e efetiva dos meninos e meninas e seus familiares

A partir de uma solicitação de vaga para um(a) menino(a), a equipe técnica e a coordenação procuram obter o maior número de informações possíveis na Vara de Infância, no Conselho Tutelar e na família, e, assim, repassar para o restante da equipe.

Antes de sua mudança efetiva para o serviço, devemos convidá-lo(a) para vir conhecer o espaço e as pessoas que aqui estão. Caso seja possível e necessário, essa visita poderá acontecer mais de uma vez. Entendemos que os(as) meninos(as) também devem participar dessa decisão do acolhimento, nesse serviço da Casa das Expedições, e as visitas prévias devem servir para acolhermos suas dúvidas, seus medos e suas expectativas.

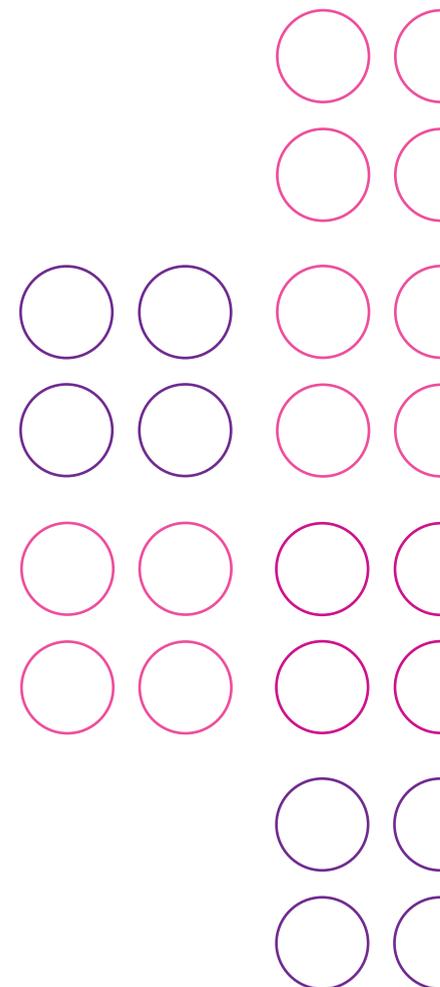
Caso não seja possível a visita prévia desse novo morador, devemos, ainda assim, buscar o maior número de informações sobre ele no Creas, na Vara de Infância, no Conselho Tutelar, entre outros meios e garantir receptividade na sua chegada.

Essa recepção deverá ser feita pelo educador, pelo técnico e por um morador, que devem apresentar a casa, seus outros moradores e demais funcionários.

Também devemos sempre viabilizar um momento de apresentação em assembleia para todos darem as boas-vindas a esse novo participante do grupo, além de programar um almoço ou lanche especial em comemoração à sua chegada.

Nesse primeiro momento, não vamos realizar atendimentos individuais para o preenchimento de planilhas ou outros documentos, isso deverá ocorrer nos dias subsequentes, caso seja necessário.

A família, caso acompanhe a criança ou o adolescente, também deverá ser acolhida com um momento de escuta individual.



II – As famílias

A família deve ser acolhida pela equipe desde a chegada do(a) menino(a) ao serviço, pois é preciso conhecer sua história e entender quais fatores socioambientais implicaram o acolhimento dele(a). Esse momento de escuta sobre a história será realizado durante todo o período de acolhimento, porque entendemos que essas trajetórias de vida têm vários atores, sentimentos e movimentos – e que precisamos estar próximos disso.

Nessa escuta inicial, é preciso ainda entender quais as expectativas da família em relação ao serviço da Casa das Expedições, e, também, evidenciar que esse acolhimento não irá suprir todas as necessidades afetivas desse(a) menino(a), portanto, será necessário uma parceria entre a equipe e a família para que o tempo do acolhimento seja menos traumático para ambos.

Esclarecer que a família continua sendo a principal referência para aquele(a) menino(a).

III – Planejamento das rotinas internas e externas

Esse planejamento deve conter as ações coletivas e individuais, e, para tanto, na Casa existem espaços de discussão e estimulação (grupos de fala, assembleias, murais) nos quais os moradores são convidados a pensar e planejar suas rotinas.

Os(As) meninos(as), acompanhados por um educador, realizam o planejamento, a execução e avaliação das atividades, e, a partir de suas práticas, eles(as) criam formas para se organizarem e se cuidarem, e, assim, fortalecerem-se para propor e enfrentar novos desafios.

IV – Escolas e cursos

Avaliar e criar condições para a inserção dos(as) meninos(as) na rede de ensino e em outros cursos, sempre propondo uma parceria individualizada para cada criança e adolescente atendido, visando sua participação com sucesso.

Estimular, a partir de conversas individuais com cada morador, nos grupos e nas atividades cotidianas, que cada um descubra suas habilidades, seus desejos e talentos. Depois da “descoberta” do que gosta, ou do que deseja fazer, será destacado um (ou dois) educadores para, então, junto com esse(a) menino(a), irem em busca da parceria.

Realizar reuniões periódicas com a coordenação da escola ou do curso para avaliações conjuntas das propostas de trabalho e das propostas pedagógicas, criando estratégias para o

aprendizado, a permanência e a superação de dificuldades; dessas reuniões também devem participar o(a) menino(a) atendido(a) e seus familiares.

V – Articulação com a Rede Sistema de Garantia de Direitos e outras redes

Mapear os equipamentos da Rede de Proteção

Vara da Infância, Conselhos Tutelares, Secretaria de Assistência Social e Conselho Municipal: com essas instituições, manter relação de parceria, visando apoio ao serviço, bem como possibilidade de discussão dos casos e, sempre que possível, propostas de intervenção conjunta. Deixar claro para toda a equipe qual deve ser o fluxograma de atendimento e quais as atribuições de cada serviço, sempre respeitando essas instituições, mas deixando claro “[...] que o serviço de acolhimento faz parte dessa Rede de Proteção e que precisa ser proativo e não somente aguardar as manifestações ou determinações de outras instituições (superiores) para poder atuar. O serviço de acolhimento deve propor as intervenções e elaborar metodologia para sua aplicabilidade”.

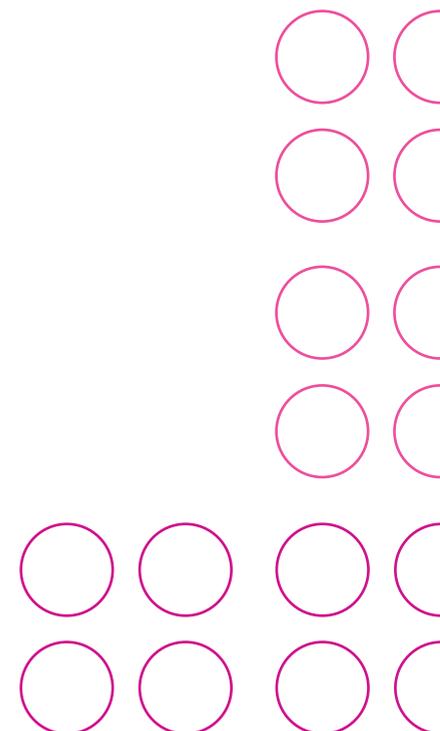
Mapear os serviços de apoio: cultura, esportes, terapias

Deve acontecer um levantamento das necessidades coletivas, a partir do planejamento pedagógico, e um levantamento das necessidades individuais a partir do estudo de caso e, então, a busca de parcerias específicas a cada necessidade.

VI – Plano Individual de Atendimento: A construção do Plano Individualizado de Atendimento prevê o conhecimento profundo das histórias de vida dos educandos por todos os profissionais envolvidos com seus cuidados diários

A equipe técnica deverá levantar maior número de informações sobre cada criança/adolescente para auxiliar na elaboração do estudo de caso, o que deve permitir um olhar amplo sobre a história familiar e individual e, assim, nortear a construção do Plano Individual de Atendimento.

O estudo de caso acontecerá durante as supervisões institucionais entre toda a equipe, quando todos podem trazer suas percepções sobre o caso, além de ser o momento que se destacam os “tutores” do caso a partir das qualidades e dos vínculos desenvolvidos entre o profissional e



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

o(a) menino(a) atendido, e de ser necessária a interface com a família ou pessoas significativas para esse(a) menino(a).

A construção do Plano Individualizado prevê a participação de pessoas interessadas no desenvolvimento do(a) menino(a) e sua família, e se dará em reuniões e encontros preestabelecidos entre a equipe do serviço e esses outros atores. A escrita do Plano será de competência da equipe técnica, com supervisão do coordenador e validado pelo(a) menino(a) e seus familiares, constando que esse documento só será encaminhado ao Poder Judiciário pós-leitura conjunta entre equipe, menino(a), familiares e outros que constarem no Plano.

Segundo Fávero (2003), as situações ou os fenômenos com os quais os profissionais lidam no trabalho cotidiano, ainda que de imediato apareçam como individualizados, estão inseridos em uma dinâmica constituída por diversos fatores que os construíram e determinaram; foram forjados em condições históricas e precisam ser considerados com base em seu todo. [...] Torna-se necessário penetrar na complexidade da realidade de cada situação, buscando apreendê-la enquanto totalidade composta por determinantes políticos, sociais, econômicos, culturais e históricos.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Entendemos que nossa atuação metodológica é para formar esse(a) menino(a) para o mundo, e isso significa, entre outras coisas, adquirir a noção do individual e do coletivo, ainda público e privado. Esse é um processo que se realiza, em cada um, com a intervenção e incentivo dos adultos para a reflexão, e também para o uso da palavra. Assim, construímos caminhos para a criação de uma ética perante o grupo. Dentro do nosso pequeno grupo, exercitamos com o(a) menino(a) a cidadania, que é o serviço de acolhimento, e depois experimentamos no grande grupo (a sociedade).

Sendo assim, nossas estratégias estão no campo da reflexão, da palavra, da criação, estabelecendo pontes de apropriação do mundo em que vivem e suas possibilidades; cabe à equipe apoiar esse(a) menino(a) nessa apropriação, propiciando encontros para o aumento de repertório de mundo e linguagem.

I – Assembleias: Espaço Ritual

As assembleias são espaços coletivos de discussão, de troca de aprendizagem, espaço de expressão dos conflitos, elaboração e afirmação de identidade, espaço de responsabilização pela palavra e pela escuta. Prevê a participação de todos os moradores e funcionários.



As assembleias acontecem uma vez por semana, com dia e horário preestabelecidos. As pautas podem ser sugeridas por qualquer participante, morador ou funcionário, e todos têm o direito de expor suas ideias. A assembleia deverá sempre ser mediada por um adulto – educador.

II – Grupos de fala e escuta

São grupos realizados com meninos(as), separadamente, mediados por um técnico e um educador, tendo como objetivo trabalhar as principais demandas de cada grupo, expressas na rotina e por meio de situações relevantes ocorridas dentro e fora da Casa. Ocorrem, semanalmente, e sua pauta é preestabelecida, podendo variar, caso necessário. Nesse grupo ainda acontece a preparação, discussão e avaliação das rotinas individuais, além do estímulo ao apoio de seus pares.

III – Supervisões externas

Encontros semanais para toda a equipe, nos quais serão trabalhadas as questões do grupo em relação à tarefa a ser desenvolvida no serviço de acolhimento. Mediante as discussões de caso ou outras situações, o supervisor busca apoiar a equipe para sua tarefa e mostra como todos estão atentos e disponíveis para esse trabalho e como somos afetados por ele.

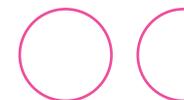
IV – Projetos

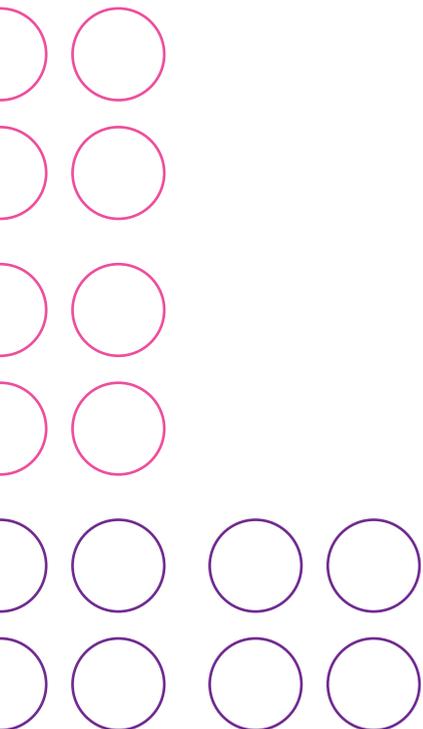
É preciso imaginar para encontrar a realidade

Após avaliarmos em equipe as necessidades de ampliação de experiências socioculturais para avançarmos no atendimento do(a) menino(a), morador(a) desse serviço, e sua família, decidimos organizar as demandas e sistematizá-las em projetos. A equipe também precisou ser estimulada a pensar em novas maneiras de atendimento das demandas colocadas, pois precisava avançar e olhar o que ainda não estava visível.

Os projetos desenvolvidos são expedições, e isso foi definido após algumas assembleias e supervisões.

As expedições constituem-se por um ritual que vai desde a preparação para a empreitada e as descobertas propiciadas pela experiência em si até os registros, que também poderão ser, além de memórias, desejos de novos passos.





Ao contar isso, lembrar e expressar as vivências, as descobertas e, fundamentalmente, as imensas possibilidades para a vida e para o viver.

Deste modo, quando dizemos “expedições”, na idealização do projeto, estamos nos remetendo a um processo de experiências e descobertas – processo que tem, no mínimo, três importantes momentos:

1. Planejamento e mapeamento da expedição;
2. Experiência em si;
3. Registro e significação do vivido.

Pensar em expedições é pensar: a busca, o desconhecido, a descoberta, o desbravamento, a superação, e, assim, construir conhecimento, construir parcerias, construir-se como sujeito.

A saber, o nome “expedições” foi decidido em assembleia, em que uma adolescente comentou: “O nome do projeto deve ser expedição porque a vida é uma eterna expedição!”.

As expedições desenvolvidas são:

Expedições Culturais

Pensando a cultura como um mediador e formador do sujeito, este projeto busca desenvolver o mapeamento etnográfico das possibilidades de uso dos espaços públicos (ou não), mas sempre culturais, da cidade de São Paulo, e a forma de se relacionar com esses espaços. São elaborados mapas afetivos e de apropriação da cidade, fazendo e refazendo caminhos já percorridos ou não. Este projeto tem ações elaboradas a partir de discussões com os(as) meninos(as) participantes e os educadores, e visa não só o acesso à cultura, mas também às histórias dos bairros da cidade, relacionando as histórias pessoais, que possam ser contadas e recontadas, que também possam ser significadas e ressignificadas, a partir das vivências.

Espaços culturais que antes esses(as) meninos(as) não se permitiam frequentar são integrados ao cotidiano, e, assim, são construídas pontes para a ampliação do repertório desses(as) meninos(as) na sociedade em que vivem.

Os(as) meninos(as) ainda são estimulados(as) a não só serem apreciadores(as) de arte e cultura, mas também serem “fazedores(as)” de arte e cultura. Dentro desse pensamento, algumas oficinas foram realizadas por solicitação desses(as) “artistas”.



Eduardo Ogata



■ **Figura 1** – Expedições culturais: do ilícito ao lícito. O direito à cidade e a cidade como um direito



Fonte: Elaboração própria.

Expedições Ambientais

São viagens para conhecermos outros cenários, outras pessoas e outros alimentos, ou seja, diferentes modos de viver, e neles descobriremos novas possibilidades, novas aventuras e prazer em viver.

Expedições de Mim – Laços (trabalho com as famílias)

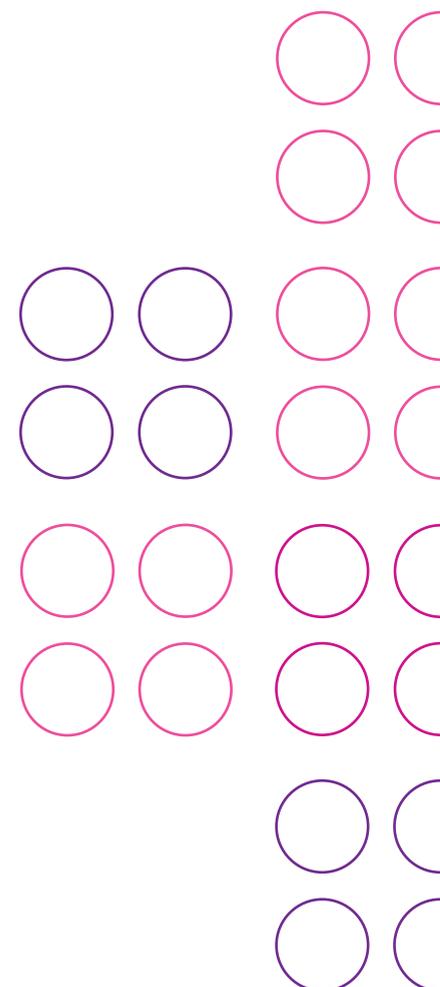
O projeto articula e desenvolve diversas ações elaboradas a partir de um Mapeamento Biopsicossocial, resultado de um olhar sistêmico e da escuta cuidadosa das famílias e de outras pessoas e instituições que compõem seu universo relacional. Objetiva superar a cultura institucionalizada, mas não dita, da “família fracassada”; ressignificar as relações familiares, aproximando e ampliando as possibilidades de convivência e os cuidados compartilhados. No projeto, também são realizados Planos Individualizados de Atendimento para as famílias com acompanhamento sistemático.

RESULTADOS E APONTAMENTOS – MAPEAMENTO

■ **Principais características das famílias atendidas**

100% são afrodescendentes.

80% são migrantes.





Lilian Borges

70% já foram institucionalizados.

90% já estiveram em situação de rua.

80% foram e/ou são usuários de drogas/álcool.

90% vivem e/ou viveram em áreas de risco.

90% são analfabetos e/ou cursaram até a o 5º ano do Ensino Fundamental I.

■ A fala das famílias

Não abandonaram os filhos.

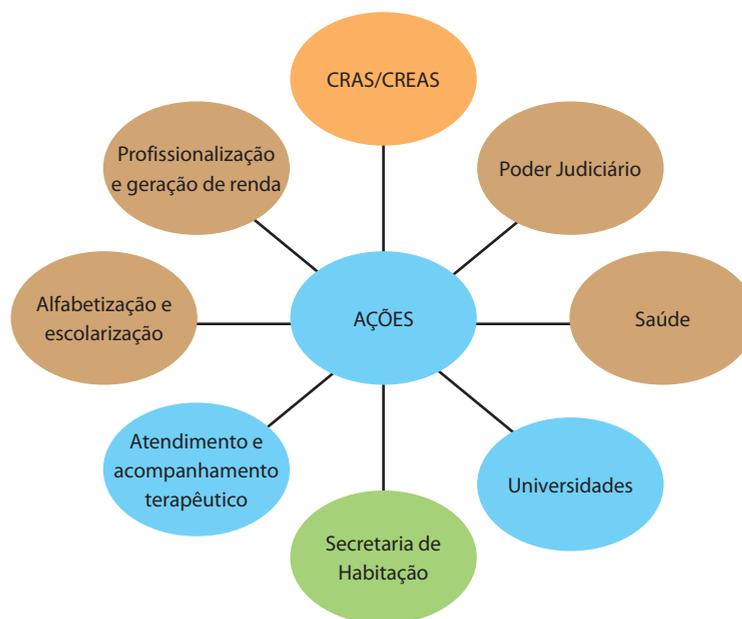
Querem participar ativamente da vida e do desenvolvimento dos filhos durante o acolhimento institucional.

Preocupação com escolarização e profissionalização dos filhos.

Desejam para si e para os filhos a saída do circuito de violência e marginalidade.

Desejam que os filhos sejam trabalhadores honestos.

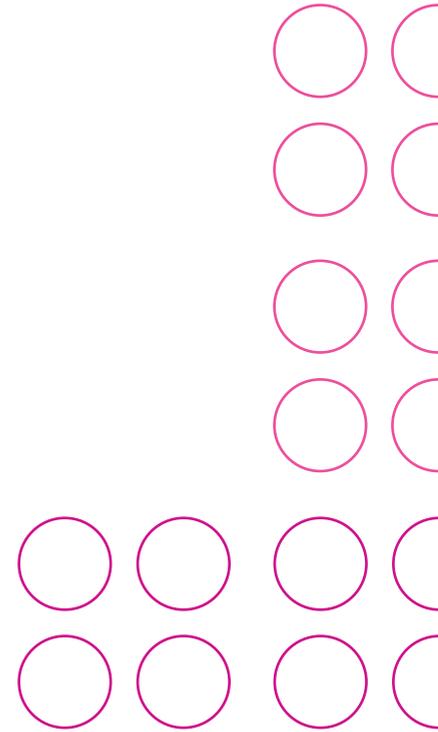
■ Figura 5 – Tipos de ações



Fonte: Elaboração própria.

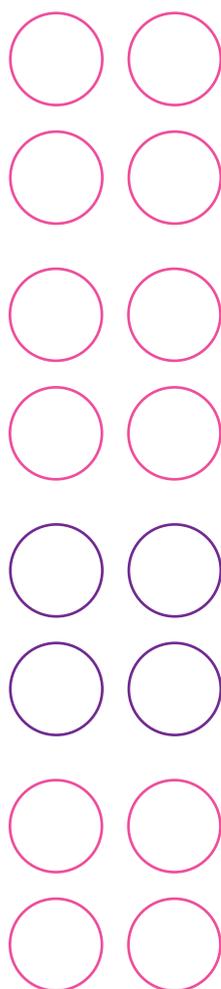


Heloísa Ballarini





Lilian Borges



RESULTADOS

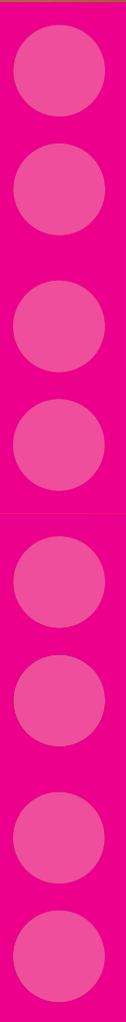
Aumentaram a presença e a participação das famílias no serviço e também nas reuniões escolares e nos acompanhamentos de saúde.

As famílias constituíram-se em um grupo solidário com ações de ajuda mútua.

O resultado dessa convivência acolhida contribuiu para a harmonização nas relações entre meninos e meninas, profissionais, serviço e familiares, maior inserção no mercado de trabalho formal, maior participação e adesão em serviços de tratamento e acompanhamento ao uso abusivo de drogas e bebidas alcoólicas.

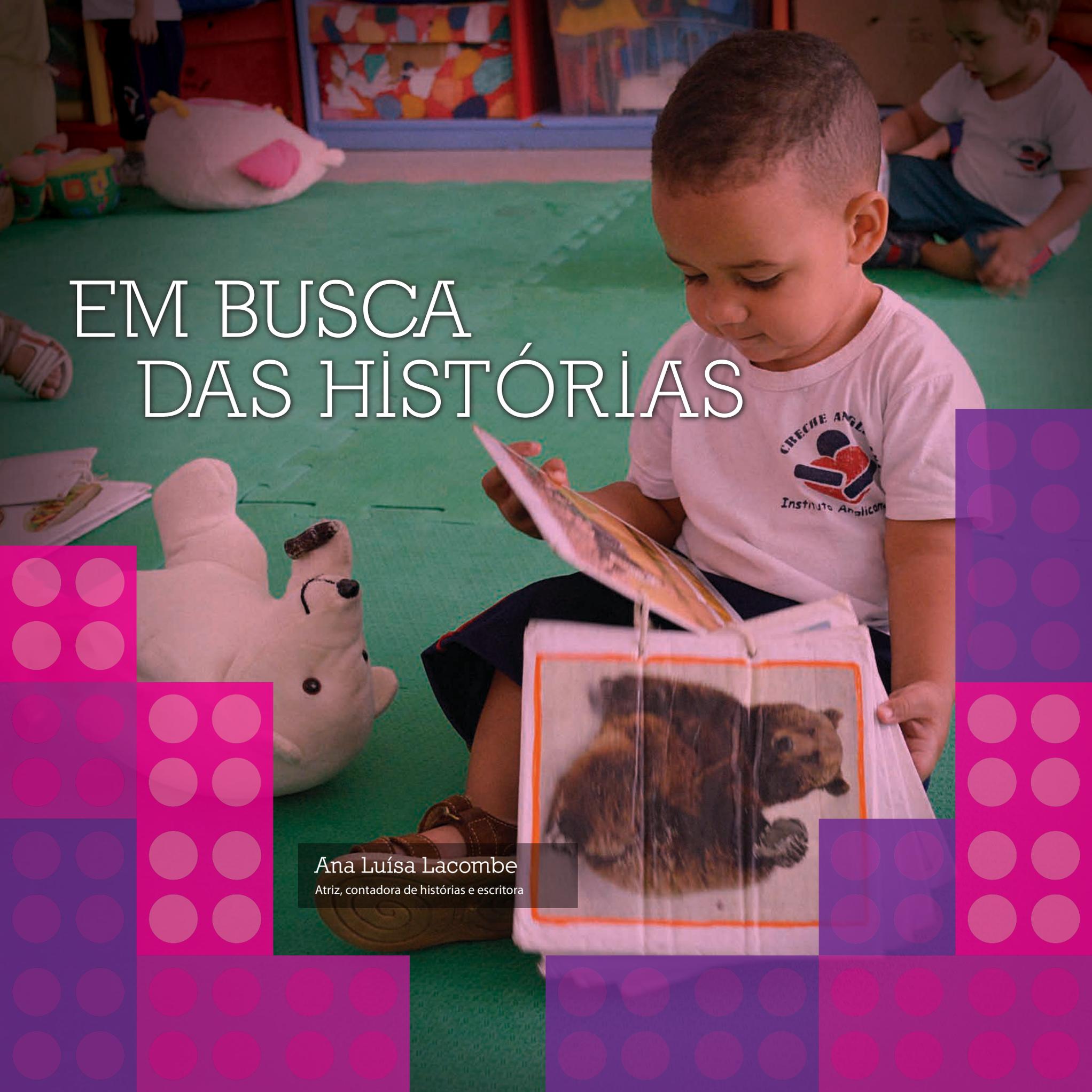
E, para finalizar, um pensamento de Eduardo Galeano, escritor e jornalista uruguaio: “Eu [Nós] não acredito [amos] em caridade. Eu [nós] acredito [amos] em solidariedade. Caridade é tão vertical: vai de cima para baixo. Solidariedade é horizontal: respeita a outra pessoa e aprende com o outro. A maioria de nós tem muito o que aprender com as outras pessoas”.

O Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes Casa das Expedições só é um trabalho possível porque há apoio, confiança, disponibilidade e trabalho de muitas pessoas, dentre elas, equipe de serviço, meninos e meninas (moradores e ex-moradores), famílias, instituições, entre tantos outros parceiros.



EM BUSCA DAS HISTÓRIAS

Ana Luísa Lacombe
Atriz, contadora de histórias e escritora



Sou atriz desde a década de 1980, mas comecei a contar histórias apenas em 2002. O fascínio de ver uma contadora de histórias em ação alimentou o meu desejo de ser dona da palavra e me fez enveredar por este caminho. Uma trilha absolutamente nova se abriu, mas o teatro havia dado algumas ferramentas que me possibilitaram uma ancoragem inicial para experimentar esta linguagem. Ao mesmo tempo em que me deparava com muitas experiências inéditas, também resgatava algo da minha história: uma família de educadores, leitores e bons contadores de histórias, além de minha formação no magistério. As histórias nos aproximam da educação e da escola e este era um ambiente muito familiar para mim.

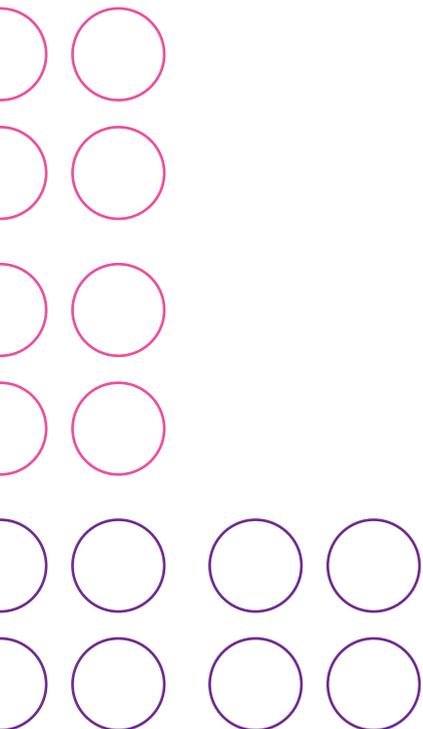
Outras habilidades tiveram que ser descobertas e desbravadas, como atuar em hospitais e em espaços culturais dos mais variados, trabalhar com crianças com paralisia cerebral, na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), criar uma programação de histórias em um centro cultural, coordenar um curso de formação de contadores de histórias, escrever!

Essas são experiências desafiadoras sobre as quais irei discorrer mais adiante, mas que só serviram para me confirmar que as histórias representam uma importante contribuição para a estrutura da vida emocional de crianças e adultos. Elas têm uma enorme relevância na vida psíquica de todos nós. Várias pesquisas demonstram as mudanças positivas no comportamento, tanto de crianças, que foram abandonadas e vivem em abrigos, como de crianças com dificuldades de aprendizagem.

Com as histórias, essas crianças podem elaborar seus medos, suas dificuldades, suas angústias por meio do mundo simbólico, como o “Era uma vez”, que não acontece no tempo presente, mas em um passado indeterminado, dando segurança à criança de se deixar levar pelo enredo. Há uma garantia de que aquilo não está acontecendo, não acontecerá, sequer aconteceu. É uma forma da criança sair da crueza da realidade, deixando sua imaginação levá-la onde quiser. Assim, ela pode “brincar” com os temas da sua realidade, que às vezes são difíceis: o amor, a morte, o medo, a rivalidade entre irmãos, a separação, o abandono...

Além disso, o momento em que alguém está narrando uma história para uma criança ou um grupo, como diz a pesquisadora e contadora de histórias Regina Machado (2004), é “[...] um contato humano insubstituível”. A voz se modifica e todos são transportados para um outro mundo onde tudo é possível. A voz, que na rotina do dia a dia dá ordens – “Escove os dentes!”, “Coma tudo!”, “Tome banho!” –, nesta hora entra em uma outra chave de comunicação. É a voz que acolhe, acalenta e acarinha.

Descobri também que não só os contos de fada ou de ficção são importantes de se narrar. As histórias da família, de onde são os ancestrais, de como os pais se conheceram, as aventuras de quando os pais eram crianças... Essas conversas dão à criança a sensação de pertencimento. Elas entendem que fazem parte de uma história maior, que começou antes delas. Começam a



perceber, por meio dos episódios familiares, a influência deles na sua própria história, mesmo que em um primeiro momento este não seja um processo consciente.

O amadurecimento de uma criança, a busca pela independência, é um processo sofrido, doloroso e amplamente apresentado dentro dos contos populares, lendas e mitos. Por meio das metáforas apresentadas nessas histórias a criança pode ir entendendo e elaborando os desafios que a vida lhe apresenta.

O VÍNCULO PELA PALAVRA

Desde o berço, a criança deve ouvir a voz de seus familiares e cuidadores contando histórias para ela. Podem ser histórias de livros ou histórias pessoais de quem conta: o que a pessoa fez durante o dia, o que gostava de brincar quando era criança... Essas narrativas vão formando, pouco a pouco, o entendimento da comunicação.

A hora de colocar as crianças para dormir é um dos momentos ideais para isso. O escurinho do quarto, a voz baixa e suave, o toque das mãos fazendo um cafuné... Estabelecer este ritual pode facilitar muito o momento de dormir que, às vezes, é tão difícil. Ele não deixa de ser uma “separação” da criança de seus pais.

É muito bom quando os pais conseguem se lembrar das histórias que ouviam quando eram pequenos e as retransmitem para seus filhos. Elas chegam impregnadas de emoção e de vínculos afetivos, pois os remetem às suas próprias infâncias. Contudo, quando ministrava oficinas ou conversava com as mães nos hospitais ou na AACD, percebi que, muitas vezes, as pessoas não se lembravam de suas histórias ou das histórias que ouviram. Não sabiam bem como buscá-las. Ao ouvirem alguns contos ou episódios divertidos da minha infância, as memórias das pessoas iam aflorando aos poucos. Sendo assim, eu recomendava sempre que, caso não se lembrassem de nenhuma história, não havia problema. Conversando com outras mães e pais, na escola, na biblioteca do bairro (aliás, muito bem abastecidas, com um acervo ótimo), cada um poderia ir ampliando seu repertório de narrativas e lembrando as que haviam esquecido. As crianças gostam de ouvir as mesmas histórias, portanto, não há pressa em saber uma porção de histórias de uma vez. Além disso, muitas crianças adoram quando os pais inventam histórias. No começo pode parecer difícil, mas aos poucos essa pode ser uma brincadeira divertida e aconchegante para se fazer antes de dormir.

Quando as histórias são contadas pelas vozes que a criança conhece, principalmente de seus cuidadores (pai, mãe, avó ou quem quer que cumpra esta função), ela se acalma. Até mesmo um bebê, que não tem entendimento do que está sendo contado, irá tranquilizar-se apenas por ter alguém falando com ele, contando histórias. Além disso, esta prática irá construindo no bebê o entendimento da comunicação.



Eduardo Ogata

Esta percepção da importância das histórias me fez ir mais além e, assim, fui em busca de entender também a origem das narrativas e conhecer contos de várias culturas. Narro a seguir algumas experiências que foram muito valiosas. Algumas delas estão mais detalhadas em meu livro *Quanta história numa história! – Relato das experiências de uma contadora de histórias* (2015).

CRIAÇÕES COM LIXO REAPROVEITÁVEL

Bem no começo de minha jornada como contadora de histórias, eu estava pesquisando o uso de lixo reaproveitável para confecção de jogos, adereços teatrais, fantasias e instrumentos. Assim, depois de experimentar de várias maneiras este material, coloquei esta experiência em um livro escrito em parceria com a psicopedagoga Anna Maria Lacombe, chamado *Acender um fogo: O jogo e o teatro na escola* (2002), publicado pelas edições Pró-saber. Nele, Anna Maria desenvolve a teoria da construção do pensamento segundo Piaget, exemplificando cada etapa com jogos criados por ela. Eu trago as histórias e os jogos teatrais criados a partir de lendas brasileiras e uma série de fantasias também feitas com material descartado. Esse livro deu origem a uma exposição no Rio de Janeiro e muitos psicopedagogos e professores puderam ver esse material ao vivo com a explicação de monitores/educadores.

Essa pesquisa foi levada para meus dois primeiros espetáculos teatrais narrativos: *Fábulas de Esopo* e *Lendas da natureza*, e também transformada em várias oficinas que ministrei por muito tempo.

CONTAR HISTÓRIAS EM HOSPITAIS

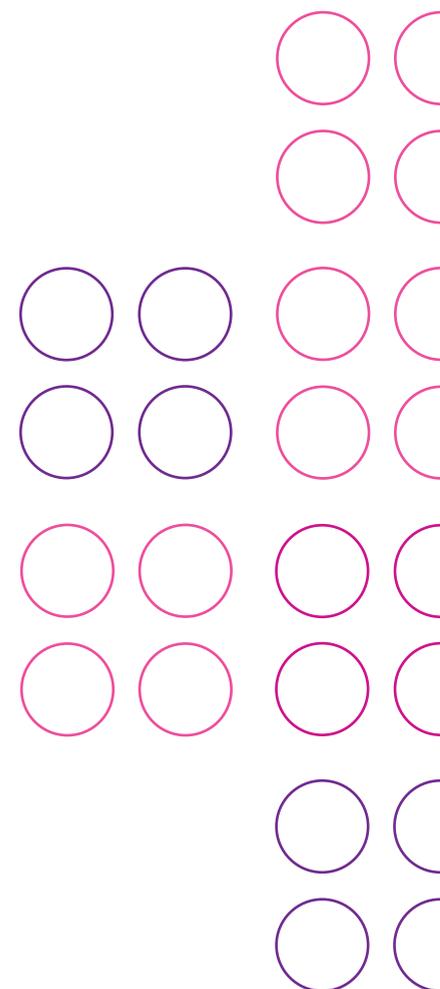
Trabalhei contando histórias em hospitais em três ocasiões: entre 2004 e 2005, junto à Associação Arte Despertar, atuando no Instituto do Coração (InCor) e no Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC); em 2006, no Hospital das Clínicas de São Paulo (HC), na Universidade Aberta para Envelhecimento Saudável (UNAPES), um projeto criado por médicos e assistentes sociais do hospital com atividades ministradas por voluntários, que davam capacitação aos idosos (não eram pacientes do hospital) para desenvolverem algumas habilidades. Eu contava histórias para eles e os ensinava a contá-las. Em uma terceira ocasião, em 2010, também no HC, fui voluntária na enfermaria da neurologia infantil.

Cada uma dessas experiências me propiciou um aprendizado de vida fantástico e, embora houvessem momentos difíceis, sofridos, havia também muita força de vida, muita solidariedade, cumplicidade e, claro, diversão.

Com os pacientes internados, crianças e adultos, a atuação era mais particular, mais individualizada. Às vezes reuníamos as crianças na enfermaria para atividades coletivas, outras

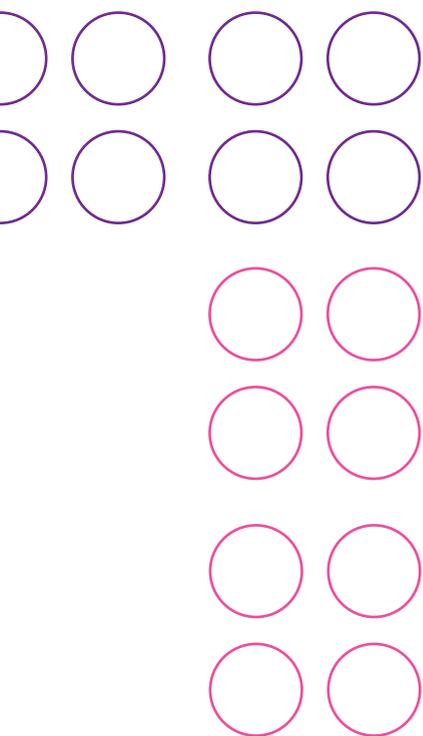


Eduardo Ogata





Eduardo Ogata



vezes atuávamos nos quartos e na UTI em atendimentos mais personalizados. Sempre era surpreendente. Aprendi a escutar mais, a acreditar na palavra, a confiar que a história dá conta de criar interesse e vínculo. Aprendi também a lidar com a frustração, pois muitas vezes o que planejávamos fazer não servia para aquele momento e tínhamos que propor outra coisa. Fui entendendo que todos no hospital devem ser acolhidos pelas histórias, pelas músicas e pelas poesias: pacientes, acompanhantes, enfermeiros, médicos, atendentes, ascensoristas, seguranças. Fomos descobrindo espaços de atuação e como agir em cada um deles. Vivenciamos momentos dialéticos: despedidas felizes, quando os pacientes iam para casa. Sabíamos que não os veríamos mais e ficávamos muito alegres com isso. Mas a grande aprendizagem de se atuar em hospitais é saber lidar com as perdas, com a morte. Encará-la, reconhecê-la e integrá-la à nossa vida, pois ela é parte da nossa existência. As histórias são uma ótima maneira de lidar com este lado sombrio da vida.

HISTÓRIAS NA AACD

Na mesma época em que fui convidada para o projeto de narração de histórias na AACD, eu fazia, coincidentemente, um trabalho voluntário no Hospital das Clínicas na área de Neurologia Infantil. Estava aprendendo a me comunicar com crianças com paralisia cerebral e a entender sua forma de se expressar. Assim, pude aproveitar essa experiência na atuação com as crianças da AACD.

Os objetivos do projeto me foram apresentados pela coordenação pedagógica: ampliação da cultura, aumento do desempenho escolar, provocar mudanças específicas na realidade social do público atendido, estimular a compreensão de narrativas, favorecer a capacidade de criação de histórias. Era uma experiência completamente nova para mim, poder conviver com um grupo por um longo período e ir construindo um processo. Isso fez toda a diferença. Normalmente, um contador de histórias apresenta-se e vai embora, sem ter muita ideia de como suas narrativas chegaram, o que delas reverberou, o que teve significado ou não... Mas, agora, eu tinha a chance de acompanhar os efeitos das histórias. Era um caminho de aprendizagem mútua, meu e das crianças.

Preferi não pensar em um planejamento logo de saída. Primeiro, precisava mapear meu público: de um lado as professoras, com quem deveria encontrar uma forma de estabelecer uma parceria; e, do outro lado, as crianças, divididas em quatro grupos bem diferentes entre si, com idades que variavam entre 5 e 14 anos.

Eu contava as mesmas histórias para os quatro grupos. Comecei pelas histórias que achei que pudessem cativá-los imediatamente. Busquei não fazer muitas concessões pelo fato de terem deficiências. Acho que deu certo. Claro que, ao longo do processo, fui descobrindo alguns códigos: como usar a prancha de comunicação (uma “mesinha” apoiada nos braços da cadeira de rodas, com figuras e letras, que as crianças apontam para comunicar o querem:



Eduardo Ogata



água, banheiro, comida etc.), como pedir ajuda a professores e voluntários para entender o que estavam falando, como perceber em seus movimentos corporais as suas reações às narrativas. Fui criando uma “pegada” com cada grupo. A história era a mesma, mas o jeito de contar era particular para cada turma.

Eles ouviram histórias de culturas distintas, diferentes instrumentos e inúmeras canções; viram objetos transformarem-se em outras coisas e muitas imagens (ilustrações, pinturas, projeções, varal de tecidos etc.); e também sentiram cheiros e texturas variados.

Foram sendo abastecidos de mundo simbólico. Gostavam de ser incluídos nas narrativas, de momentos de interação. Nas histórias, pela imaginação, eles podiam subir em árvores, nadar, desvendar florestas, navegar, voar, vestir-se de príncipes e princesas escolhendo as cores de seus trajés, dançar nos bailes, matar o lobo mau...

Além disso, esta experiência propiciou aumentar em 30% a alfabetização das crianças do escolar da AACD. Isso nos mostra que quando ler ganha significado, mesmo com todas as dificuldades, o desejo vence e podemos ouvir depoimentos como o do menino João: “Agora, na minha casa, inverteu, quem lê as histórias sou eu.”

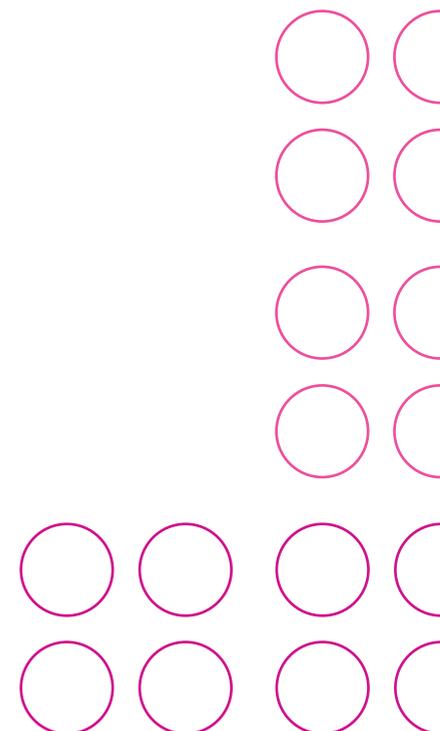
Essa experiência é inteiramente contada no já citado *Quanta história numa história* (2015), e também no livro *Era uma vez na AACD* (2013), que é o resultado deste projeto. Nele, é possível acompanhar o que foi feito, bem como ler os depoimentos dos pais e das crianças, além de conhecer as histórias que elas inventaram.

CENTRO DA CULTURA JUDAICA (CCJ)

Trabalhei neste espaço cultural, de 2005 a 2013, coordenando e colaborando em diversas programações relacionadas à narração de histórias e à literatura. Dentre essas atividades, a menina de meus olhos chamava-se “Sipurim – Hora da história”, cuja proposta era criar um espaço diferenciado de narração de histórias, tendo como temática a cultura judaica, no sentido mais amplo que conseguimos dar a esta expressão – contos tradicionais, histórias do antigo testamento, autores judeus nacionais ou estrangeiros, contadores de histórias da comunidade judaica, paralelos entre a cultura judaica e outras culturas –, abrindo, assim, espaço para a coexistência entre os diversos povos.

Nosso público mais assíduo era formado por crianças entre 2 e 7 anos de idade e adultos, tanto os acompanhantes das crianças quanto os que chegavam sozinhos para ouvir as histórias. Assim, procurávamos atender a todos, buscando uma programação inteligente e instigante voltada para as crianças, mas que causasse interesse e prazer aos adultos também.

Apostamos na ideia do tempo tranquilo, da música suave, da respiração suspensa, de deitar com as mãos entrelaçadas atrás da cabeça e viajar nas palavras dos contadores de histórias,



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

por isso o espaço das apresentações era aconchegante e concentrado. Os adultos sentavam-se em cadeiras e as crianças em almofadas junto ao palco, que é um tablado baixinho. Nesse espaço não tinha gente passando, nem correria e barulheira. Quem estava lá só estava interessado em ouvir histórias.

Não sou judia, embora, desde que comecei a trabalhar no CCJ tenha me apaixonado completamente pela cultura judaica. Acabei descobrindo que tenho tataravós judeus pelos dois lados da família. O fato de não ser da comunidade judaica estabeleceu uma ponte entre o Centro Cultural e o público em geral. Auxiliada pela equipe da casa, escolhíamos os temas e eu ajudava a definir como abordá-los de forma a chegar a qualquer pessoa, tivesse ela conhecimento ou não sobre essa cultura.

Além de usarmos as datas comemorativas do calendário judaico como base para definir os temas das histórias, também buscávamos estabelecer relações entre toda a programação da casa: exposições, espetáculos teatrais, dança, cinema. No Sipurim, as crianças podiam escutar histórias que dialogavam com esta programação, especialmente com as exposições, de maneira que quando elas saíam da apresentação, se fossem visitar a exposição, fariam conexões com o que tinham acabado de ouvir.

CURSO DE FORMAÇÃO DE CONTADORES DE HISTÓRIAS

O curso de formação de contadores de histórias foi criado em 2008, por Alice Bandini, responsável na época pela programação das Bibliotecas Municipais de São Paulo. Havia uma demanda dos bibliotecários por uma formação para atenderem melhor o público das bibliotecas, em sua maioria, as escolas do entorno.

Apurou-se que havia não só esta demanda, mas também a de educadores e voluntários que buscavam essa formação. Assim, foi criado o curso: gratuito, aberto a toda comunidade, ministrado por contadores de histórias renomados. O curso tinha a duração de quatro meses e acontecia aos sábados pela manhã. A seleção dos alunos era feita pela equipe de professores por meio de carta de interesse. Chegamos a ter mais de 400 inscritos para selecionar 30. Este curso foi coordenado primeiramente por Kelly Orasi, depois por Giba Pedroza, por mim e, em sua última edição, pela Celia Gomes. Para 2016, devem-se abrir novas turmas, agora em novo formato, concebido por meio de edital público.

O curso rapidamente ganhou renome não só na cidade, como também no Estado. Alguns alunos vinham de outras cidades. Em oito anos de existência, formamos aproximadamente quinhentos contadores de histórias, que estão espalhados por aí, em escolas, bibliotecas, creches, hospitais, igrejas, praças... Uma iniciativa que deu oportunidade a muitos profissionais de se reciclarem, se desafiarem, se capacitarem e experimentarem novas habilidades.

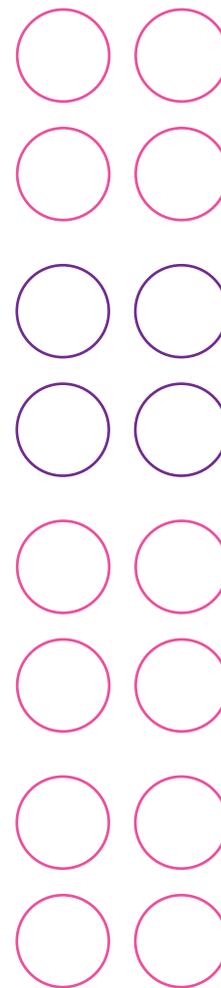
Quando coordenei este curso propus a edição de uma publicação que, ao mesmo tempo, registrasse o trabalho que estava sendo feito e servisse como suporte teórico nos cursos futuros. Assim surgiu o livro *Teia de experiências – Reflexão sobre a formação de contadores de histórias* (2013), organizado por mim e com artigos de todos os professores e coordenadores do curso. Esse livro está disponível no site do Sistema Municipal de Bibliotecas e pode ser baixado gratuitamente em PDF.

Dentro deste movimento de formação, o Sistema Municipal de Bibliotecas também oferece um circuito de contadores de histórias pela rede durante todo o ano. O público-alvo são as escolas que frequentam as bibliotecas. Particpei várias vezes desse circuito e pude conhecer mais da metade das sessenta bibliotecas, pontos de leitura e ônibus bibliotecas, que estão espalhados por toda a cidade, atingindo todas as regiões. As bibliotecas, de maneira geral, estão bem abastecidas com um acervo atualizado e de qualidade. Os espaços estão bem conservados e quase todos têm sala com computadores para uso da comunidade.

A maioria dos coordenadores das bibliotecas são muito envolvidos e dispostos a realizar um bom trabalho. Em algumas unidades existe o Projeto Piá, que oferece vivências de artes plásticas para crianças, ministradas por arte-educadores. Arte e histórias convivendo no mesmo espaço e propiciando uma experiência com o mundo simbólico e a imaginação, trazendo palavra e imagem.

Ainda há muito a ser feito, mas já existe uma picada aberta, é só continuar esta trilha.

As histórias estão sempre presentes, na escola, na biblioteca, em casa... Somos protagonistas de nossa história, e quando temos a chance de encontrar com os heróis fictícios, podemos reconhecer o herói que existe em cada um de nós. Conseguimos ganhar coragem para enfrentar os medos, receios e as adversidades. Temos mais material para refletir sobre o mundo e sobre nossas vidas e, assim, tornar-nos donos de nossa própria história, e construirmos o destino que queremos e não aquele que nos foi traçado pela condição em que nascemos.



REFERÊNCIAS

- LACOMBE, A. L. *Era Uma Vez na AACD*. São Paulo: AACD, 2013.
- _____. *Quanta história numa história!*. São Paulo: É Realizações, 2015.
- _____. (Org.) *Teia de experiências: Reflexões sobre a formação de contadores de histórias*. São Paulo: CSMB, 2013
- _____.; LACOMBE, A. M. *Acender um fogo: O jogo e o teatro na escola*. São Paulo: Pró-saber, 2002.
- MACHADO, R. *Acordais: Fundamentos teórico-poéticos da arte de contar histórias*. São Paulo: DCL, 2004.

CASA DO ZEZINHO

Dagmar Rivieri Garroux
Pedagoga e presidente da Casa do Zezinho

O LUGAR DE EXPERIÊNCIAS VIVAS, ONDE O SONHO COMEÇA!

Associação Educacional e Assistencial Casa do Zezinho, entidade não governamental sem fins lucrativos, foi fundada em 1988 com o nome de Associação Glauco Rosa de Assistência ao Menor. Posteriormente, em 1994, o nome mudou para Cooperativa Educacional e Assistencial Casa do Zezinho e, em 2004, a associação recebeu a denominação atual.

Nossa organização iniciou seu trabalho durante o crescimento das favelas e dos loteamentos clandestinos, nos anos 1990. São quase 22 anos atuando e lutando, a partir da educação social, em prol do fortalecimento e da defesa das crianças, dos adolescentes, dos jovens e das famílias de baixa renda, que vivem em situação de vulnerabilidade e risco social nas favelas e periferias da zona sul de São Paulo.

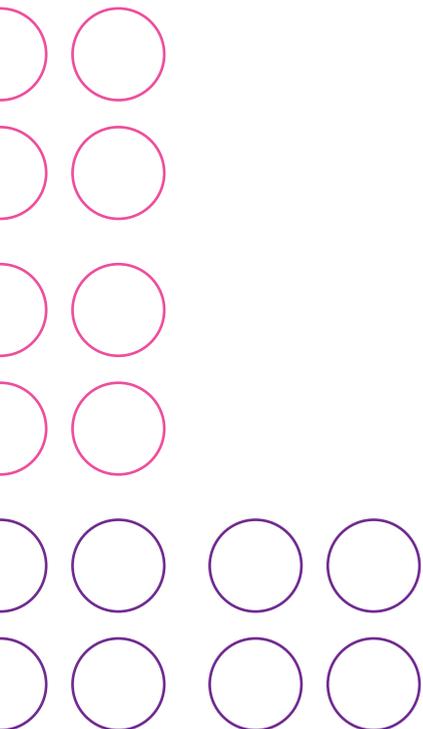
Em 1993, quando resolvi fundar a Casa do Zezinho, já trazia 21 anos de periferia no coração. Foi uma luta brava e um longo aprendizado. Iniciei esse trabalho atendendo crianças da Favela do Fedô, no Parque Arariba, zona sul de São Paulo, ao redor da minha casa, onde morava com meu marido e filhos.

Inauguramos a sede da Casa do Zezinho, em 6 de março de 1994. Ampliamos, gradualmente, o atendimento ao público, passando a oferecer mais atividades socioeducativas, graças à possibilidade de realizar mais contratações de profissionais e ao apoio das parcerias consolidadas. O meu desejo era atender mais de mil crianças e jovens.

Somos agradecidos às pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram e contribuem para o fortalecimento da instituição. Unimo-nos em nome das inquietações sociais e seguimos, até hoje, com foco nas intervenções necessárias em defesa da garantia de direitos dos nossos atendidos, e para além destes, uma vez que povoam comunidades nada próximas à Casa do Zezinho, mas podem ser acolhidas pelos Centros de Referência da Assistência Social e pela rede socioassistencial existente nas áreas de abrangência da cidade de São Paulo.

A missão da Casa do Zezinho é criar condições, por meio da educação, para que crianças e jovens em situação de vulnerabilidade, risco social e baixa renda possam ter autonomia de pensamento e de ação para decidir seus próprios caminhos de vida.

Trabalho na área social há mais de quarenta anos. Essa trajetória revelou por trás de cada história ouvida em cada atendimento, a existência de um ser único e de sonhos interrompidos... Gente com sabedoria adquirida no embate enfrentado para garantir a própria sobrevivência. Vidas em curso, ano a ano fabricando “miniadultos”. Não há espaço para brincar e nem para valorizar as potencialidades de cada um. No decorrer de todas as questões acolhidas, o respeito aos conteúdos expostos e o cuidado nas providências caso a caso, aos poucos, apresentou caminhos de construção e de intervenção para ir ao encontro da autossuperação. Sobreviventes da perversa seleção natural, cujas narrativas trazem a dualidade de pensamentos e



de sentimentos. Linguagem que também percorreu, entre olhares, uma infinidade de acontecimentos. Neste sentido, prezamos a empatia, colocar-se no lugar. Empatia continuada e necessária para visitar a infância de cada um e suas passagens. Descobrir o que permanece vivo na criança, no jovem e no adulto não foi, e ainda não é, tarefa fácil. Afinal, os mais de 15 mil meninos e meninas que conheci nessa trajetória não traziam em si motivo algum para acreditar no adulto. E, até hoje, desconfiam. São muitas as cicatrizes físicas e emocionais. Por isso pensamos cotidianamente como agir em equipe, respeitando o tempo e a idade que cada ser carrega em si. Pedimos licença para conhecer as histórias de vida e as valorizamos, de modo que o sujeito das ações, ou seja, a criança, o jovem e o adulto percebam a possibilidade de novas autorias e de realizar sonhos.

A equipe de profissionais que compõe o quadro de funcionários na Casa do Zezinho tem ciência de que tornar-se referência e fortalecer vínculos só se dá na qualidade da convivência, no preparo diário do lugar para recebê-los. Flores, beleza, brincadeiras, escuta ativa, um abraço largo e o sorriso de boas-vindas compõem cenas em profusão de emoções e fé no possível. É neste conjunto pedagógico inovador de ação social que o desenvolvimento da autonomia de pensamento para a criança, o adolescente, o jovem e o adulto acontece diariamente.

A PEDAGOGIA DO ARCO-ÍRIS

A pedagogia do arco-íris tem como ponto central o desenvolvimento da autonomia de pensamento e de ação a partir dos quatro pilares da educação:

1. Ser (espiritualidade)
2. Conhecer (ciências)
3. Saber (filosofia)
4. Fazer (arte)

Por que o arco-íris? Pelas possibilidades de manipulação permitidas pelas cores. Meu cavalo pode ser azul, o seu amarelo e o dele verde. Posso brincar do que eu quiser e ser o que eu quiser, com a cor que eu desejar. Um vir a ser diferenciado, com a minha própria cor. O passaporte para o meu destino será a cor que eu escolher. As cores do arco-íris representam as possibilidades de sonhar, são as pinceladas da diversidade que a vida contém. Entendemos que a criança não é aprendiz de conteúdos, então primamos pelo aprender a fazer, a conhecer, a saber, a ser e a viver/conviver. As ações da pedagogia primam em educar para a vida, o aprender a ser e a conviver inspiram a construção de estratégias de ensino e aprendizagem tendo a arte como cenário. Descobrir-se como pessoa de direitos e deveres em um espaço de dignidade e respeito.



Lilian Borges



A denominação dos grupos atendidos está associada às idades, para que nos organizemos na oferta de programas e projetos de atendimento que permitam a expressão da infância em toda sua natureza espontânea de ser e ter a idade que o tempo dos acontecimentos de vida exigiram que cada um fosse. Entender os muitos modos de comunicação, a partir das ferramentas pedagógicas disponíveis, é o exercício do coletivo de profissionais em defesa dos direitos da infância e juventude na Casa do Zezinho.

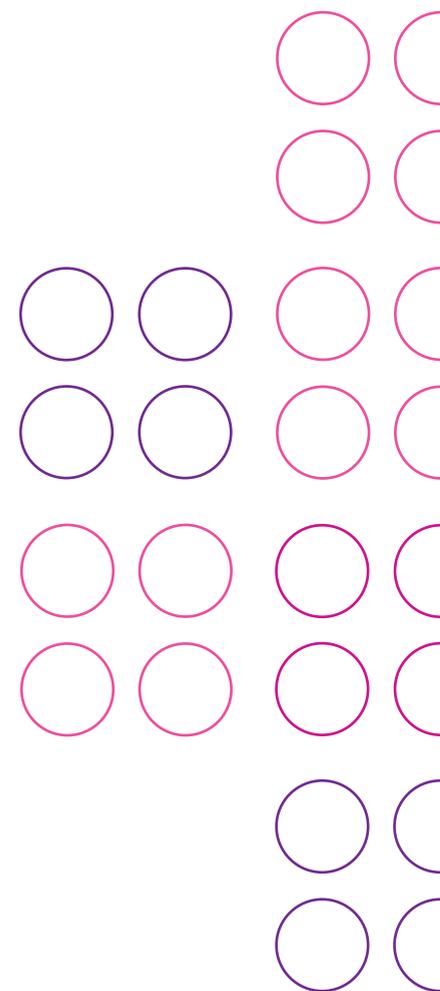


Lilian Borges

■ Crianças com a Tia Dag



Acervo Casa do Zezinho



■ **Figura 1 – Pedagogia do arco-íris**



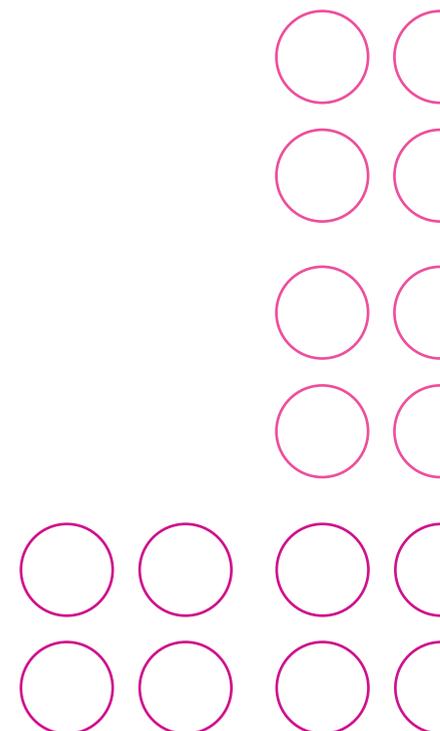
Fonte: Comunicação Casa do Zezinho.

A Casa do Zezinho é como se fosse feita de “mosaicos” de Maria, João, Simone, Renato, Mariana, Carlos, Joana, Lara, Julia, José e tantos outros que hão de chegar, cada qual com sua singularidade e algumas semelhanças. Todos com a possibilidade de explorar a imaginação, suas fantasias, fazer escolhas, brincar de ser o super-herói que quiser, cantar, pintar o rosto, ser de todas as cores, dançar, correr, desenhar como lhe convém expressar, escrever do jeito que consegue, ler as palavras, as cenas, o dia, a vida, de modo que se permitam criar chances para novos começos. Perceber-se como ser único. Todos são compositores da própria história de vida. Mas, tal descoberta aponta um tempo muito particular de uma criança para outra, assim como cada uma apresenta, espontaneamente, por meio de hábitos e atitudes, não ter vivenciado etapas do seu desenvolvimento infantil com integralidade. Tal afirmação é proveniente do acompanhamento oferecido aos matriculados a partir dos 6 anos de idade.

A intencionalidade clara nas intervenções revela como a primeira infância foi favorecida em seus recursos e estímulos para determinar a evolução da capacidade cognitiva e a sua sociabilidade para o bem da criança, ou não. Os procedimentos aplicados em conformidade com a “pedagogia do arco-íris”, também denominada “pedagogia do cuidado”, criada especificamente para atender a crianças a partir dos 6 anos de idade, contempla as famílias, que de algum modo, podem ser orientadas para atuar em parceria na conquista de resultados efetivos e positivos na educação de seus filhos, uma vez que haja disponibilidade em participar.

Traçamos um plano de longo prazo, que beneficie, por meio do currículo de atividades, momentos de experimentação, descobertas e alternativas para minimizar conflitos, assim como desvelem habilidades.

Sou uma dessas brasileiras que nunca se conformou com a exclusão. Vinda de uma família de educadores e formada em Pedagogia, arregacei as mangas e não parei mais. Penso que a autonomia referida em nossa missão institucional privilegia o público atendido a responder qual futuro deseja para si, ainda que sejam ensaios de resposta e ações. O direito de sonhar, fazer planos... Futurar! O que temos diante dos nossos olhos são crianças que geralmente estão programadas para o trabalho árido, sem sonhos, sem prazer, sem lazer. E a arte, a cultura, a brincadeira? Ela não brinca. Mas a criança tem que crescer feliz, pois assim saberá escolher o seu futuro. Escolhendo o próprio futuro, já será meio caminho andado. Trabalhar o desenvolvimento humano e construirmos juntos valores humanos, valores de vida, é uma meta diária. As competências iluminam-se mais quando a criança consegue perceber que pertence a algum lugar, a uma cidade, a um país, a um mundo, que ela é importante e que sua ausência é percebida. O contorno dos vínculos afetivos, da amorosidade em exercício para que as conquistas se solidifiquem e se expandam naturalmente nas suas relações, na vida que segue seu curso, ditam tempos menos conflituosos após o primeiro ano de trabalho integrado com a criança e sua rede de relações sociais. A interação contínua e estável desenvolve seu repertório de habilidades humanas, comunica-se e adapta-se mais às situações e necessidades, conforme o ambiente.



Lilian Borges



Embora a primeira infância não seja o nosso mote de atuação no sentido de oferta e atendimento direto, ela é um ponto de atenção de nosso projeto nos acompanhamentos psicossociais destinados às crianças a partir dos 6 anos de idade. Visto que o desenvolvimento não ocorre de modo uniforme e que as idades nem sempre são um referencial restrito para mapearmos saberes e dificuldades, nossa experiência revelou que a evolução das crianças que atendemos está relacionada à aprendizagem das experiências culturais – desde o nascimento até o seu crescimento – e como se dá esse desenvolvimento. Defendo o pensamento de que a infância é bem maior do que os estudos e teorias marcam. Idades são relativas.

A todo instante, um passeio pelos espaços físicos da Casa do Zezinho que retratam, de modo bem parcial, em seus altos e baixos, escadarias, lajes, larguras e espessuras os trechos arquitetônicos e movimentados das favelas, porém revestidas de acesso às atividades e seus grupos – cujo nome faz referência a uma cor específica do arco-íris. A ideia é despertar a percepção por meio das cores, formas e sons, sempre a partir do movimento, que permite o fluxo de participação com autonomia e senso de pertencimento ao lugar que foi idealizado, sonhado e construído para eles. Assim, já nessa experiência, temos meninas e meninos sendo avaliados quanto ao aproveitamento e exploração desses espaços e todas as oportunidades povoam cada momento na programação. Nossa atenção está sempre focada para o que há de vivo na criança e também para além dela, outros públicos. As “limitações” iniciais podem ser conduzidas conforme a sua especificidade, amparadas e conduzidas ora no coletivo, ora na atenção exclusiva sem, contudo, conotar um evento negativo. Os anos lidando com Educação Social revelaram que o desenvolvimento e a aprendizagem são processos complementares e que temos de nos atentar para as muitas formas de aprendizagem humana. Cada pessoa ao seu tempo, dominando e acessando, mais ou menos, o objeto de conhecimento.

Outras propostas podem ser acionadas e oferecidas pelo profissional, a fim de que a criança possa “dialogar” com as próprias sensações no grupo a que pertence. Por isso, dizemos que a nossa pedagogia é, também, “pedagogia”. *Pedagogia* é um termo criado na Casa do Zezinho. Ele não se refere à improvisação diária, mas traduz com propriedade as interações dos programas de atendimento implantados para assegurar as questões emergentes reveladas no cotidiano de atividades socioeducativas para que estejam contempladas sempre. Os educadores buscam essa identificação e promovem as interações, respaldados por uma equipe de profissionais que complementam as intervenções. As trilhas percorridas seguem um fluxograma interno específico de encaminhamentos para cada demanda. Reconhecemos nesses procedimentos a essência do que somos em ação a partir da educação social, pois reafirmamos para cada atendido que nos importamos com ele.

Trabalhamos juntos para que crianças e jovens desenvolvam uma imagem positiva de si; conquistem o brincar nas suas variadas representações e dimensões; descubram as limitações e as potencialidades corporais; evoluam na maneira de pensar, arriscando fazer escolhas; conquistem “pequenas autonomias” no cotidiano socioeducacional; conheçam um pouco

mais de si mesmos a partir da convivência em grupo; ampliem o seu repertório de comunicação; fortaleçam vínculos afetivos e se percebam integrantes dos grupos sociais e sejam agentes da própria vida; explorando papéis conforme as interações estabelecidas e ampliando sua capacidade adaptativa aos meios físicos e sociais.

Educar é um ato de amor!

■ **Figura 4** – Organograma pedagógico









OUTROS SUJEITOS, OUTROS TERRITÓRIOS: EM BUSCA DO TERRITÓRIO EDUCATIVO, INTEGRAL E INTEGRADOR

Ana Beatriz Goulart de Faria

Arquiteta-urbanista, pesquisadora do Grupo Ambiente-Educação
(GAE) da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade
Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

CONTEXTO

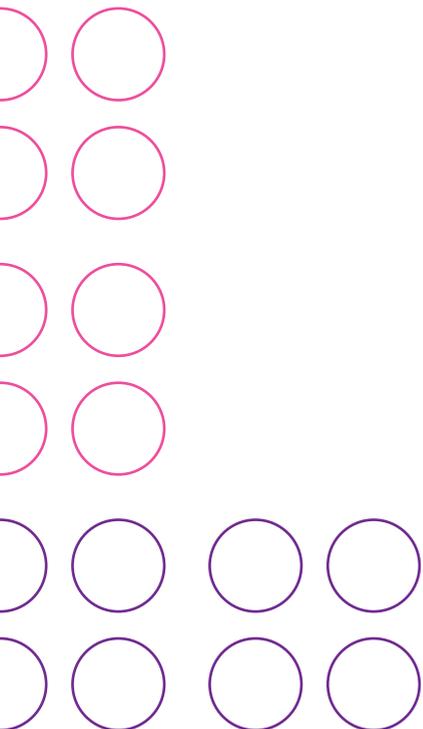
A perspectiva do território nas políticas para a infância

No que se refere ao campo do Desenvolvimento Integral da Primeira Infância (DIPI) e à articulação e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente muito se tem avançado no Brasil, graças a programas e políticas como o Brasil Carinhoso, e à atuação de instituições como as que fazem parte da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI) e tantas outras que atuam em prol do desenvolvimento integral das crianças pequenas. Tomando como exemplo as políticas para a infância na cidade de São Paulo, além da Política Municipal São Paulo Carinhosa (Política Municipal para o DIPI), a Secretaria Municipal de Educação elaborou, em 2015, o Currículo Integrador da Infância Paulistana, trazendo enormes avanços para o desenvolvimento e educação integral das crianças. Desde os Parques Infantis de Mario de Andrade (1935) não se propunha na cidade uma política pensada para as crianças de 0 a 12 anos conjuntamente, superando a separação indesejada entre as três etapas da Educação Básica – Centro de Educação Infantil (CEI), Escola Municipal de Educação Infantil (Emei) e Escola Municipal de Educação Fundamental (Emef) e juntando também o brincar com o cuidar e o aprender. Ao considerar bebês e crianças em sua inteireza humana, este documento propõe a integração dos espaços coletivos na Educação Infantil e no Ensino Fundamental com a vida que pulsa para além dos muros das Unidades Educacionais (SÃO PAULO, 2015, p. 13).

Para um desenvolvimento integral, pautado no currículo integrador e na São Paulo Carinhosa, de modo a irmos para além dos muros das escolas e das demais instituições, é fundamental descolonizarmos as concepções de espaços para a infância construídas na perspectiva adultocêntrica, sejam eles escolares ou urbanos, e construirmos um projeto de desenvolvimento urbano focado nas crianças.

Neste sentido, à luz dessas propostas, algumas reflexões fazem-se necessárias sobre o papel do território suscitando as seguintes questões: A que territórios as crianças têm direito e acesso? E o que a qualidade desses territórios, considerando as concepções, as produções e os usos dos “espaços-de-vida” das crianças, tem a ver com a qualidade do seu desenvolvimento integral, com a proposta curricular? E mais: os territórios aos quais as infâncias têm acesso acolhem a generosidade e a complexidade dos programas citados e os avanços obtidos nas reflexões, nas políticas voltadas para a infância? Pois, como diz o sociólogo português Manuel Sarmento,

A educação infantil é uma educação na cidade. A criança aprende na sala de atividades, mas também no museu, no centro cultural, no jardim, no parque infantil, no centro de educação em ciência, nos parques urbanos, nos recintos e quadras desportivas, na visita aos artesãos, na hora do conto da biblioteca ou da livraria, na agremiação cultural, na banda de



música ou na sala da orquestra, no passeio, na praça e na rua. O lugar da educação da criança estende os seus braços, dilata as suas fronteiras e mobiliza as potencialidades do espaço urbano. Ao mesmo tempo em que aprende na cidade, a criança humaniza o espaço urbano e a urbe institui-se em cidade das crianças (SARMENTO, 2015, p. 83).

E se a Educação Infantil é uma educação na cidade, a cidade está preparada para acolhê-la em toda sua integralidade?

TERRITÓRIOS DESINTEGRADOS E DESINTEGRADORES

A infância sem lugar

Há algum tempo tínhamos medo do bosque. Era o bosque do lobo, do urso, da escuridão. Era o lugar onde a gente podia se perder. Quando nossos avós nos contavam as fábulas, o bosque era o lugar preferido para esconder os inimigos, medos, angústias. E, ao contrário, em casa e nas ruas da cidade nos sentíamos seguros. Ali era nosso mundo, domínio. Mas, nos últimos 20 ou 30 anos tudo mudou! A cidade tornou-se agressiva, perigosa. E, de outro lado, o bosque, o “verde”, a “natureza”, aparece como a última ou única possibilidade de realização do sonho, de harmonia, de felicidade. A cidade perdeu seu lugar de grande centro de encontro, de trocas. Hoje, a separação e especialização dos lugares e das competências segrega e exclui. A cidade tornou-se hostil para os próprios cidadãos, perdeu sua magia, seu encanto, seu poder de encantar (TONUCCI, 2004, p. 21, tradução nossa).

No que se refere ao seu direito aos espaços da cidade, temos tratado as crianças a partir de suas faltas, debilidades, precariedades, fragilidades, inferioridades por estarem, a nosso ver, em permanente situação de perigo, e, portanto, ficam por nós proibidas de frequentar as ruas. Em nome de protegê-las, aquartelamo-las em casa ou na escola, confinando-as e submetendo-as a toques de recolher permanentes, protegendo-os dos perigos da rua, ao mesmo tempo em que protegemos esta mesma rua das doses extras de confusão que as crianças estão sempre prontas a lhe causar. E negando aos pequenos o direito de frequentar a cidade, negamos à própria cidade o direito de manter ativa a sua própria infância, que é a diabólica inocência da qual é feita e que a mantém viva (DELGADO, 2007, p. 266).

De um lado optou-se por limpar a rua desse pequeno povo indócil, que foi por muito tempo aceito, com certo bom grado, mas sem querer eliminá-lo e que, mais tarde, tornou-se suspeito, inquietante e condenado. Mas, de outro lado, ao mesmo tempo, decidiram separar a criança



Lilian Borges

destes adultos perigosos, retirando-as das ruas (ARIÈS, 1993, p. 233, tradução nossa).

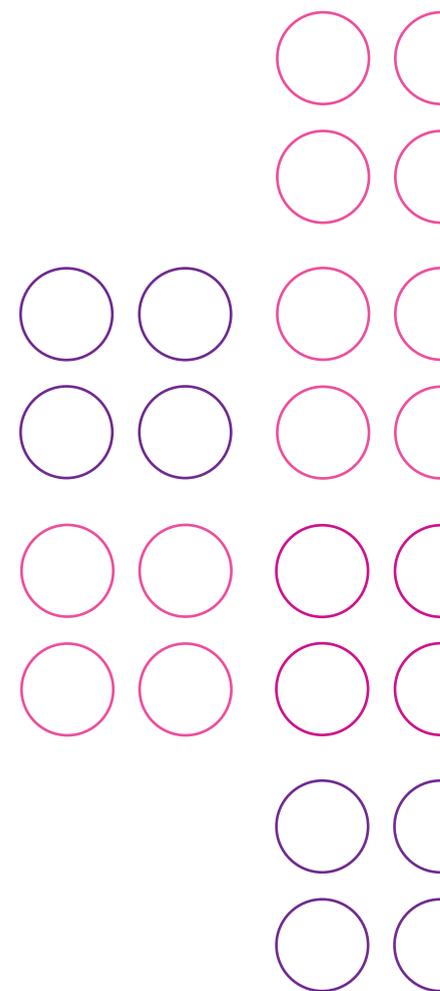
Então a cidade converteu-se no bosque de nossos contos: lugar do medo, do perigo. E, nela, a infância e seus habitantes, desde sua invenção moderna como continente segregado e isento, surgem condenados a uma marginalização generalizada. Infantes não apenas sem voz, mas também sem lugar. Como denunciou a arquiteta Mayumi de Souza Lima (1989, p. 10), “[...] nós adultos nos apoderamos dos espaços das crianças e os transformamos em instrumentos de dominação”.

Encurralados em casa, nos condomínios, nas comunidades e nos shoppings, as crianças têm que, mais cedo ou mais tarde, se aventurar pela cidade transferindo para ela seja uma distância medrosa, seja uma apropriação predatória. Em ambos os casos a cidade é percebida como obra dada de antemão, finalizada sem a sua participação. Desta forma, tomada como pronta, cujo formato final parece assustador, à cidade só cabe a reserva de seus habitantes, abrigados na segurança da vida privada, ou no desfrute calculado, aproveitando daquilo que a cidade tem de bom para ser consumido (CASTRO, 2013, p. 145-146).

Dominados e encurralados, as crianças e nós, com todas as nossas infâncias. E por estarem sob nossa tutela e dependerem de nós para ir e vir ocupando o lugar que prescrevemos a elas, que a sociedade lhes reserva e que a administração simbólica lhes indica (RNPI, 2010, p. 78), as crianças estão em uma situação bem mais vulnerável que a nossa, apesar de, aparentemente, protegidas no confinamento ao qual as destinamos.

Este mal-estar na cidade que a todos nós acomete é uma situação que resiste muito a mudar. Como salienta a psicóloga e professora Lucia Rabello de Castro, a cidade tem sido tomada como pronta, como obra dada de antemão, ou seja, antes de nossas mãos, naturalizando-se, ao longo do tempo, como se não tivesse sido histórica e socialmente produzida por nós. E isto nos exime da responsabilidade e nos desencoraja a intervir sobre essa dura realidade, o que contribui para potencializar a naturalização/desestorização dessa situação, condenando-a a se reproduzir.

Como garantir a efetivação de políticas de inclusão, de direitos e desenvolvimento integral da primeira e de todas as infâncias em espaços tão excludentes? Se a cidade não se encontra propícia à garantia desses direitos, então ela precisa ser mudada. Mas como mudar uma situação na qual estamos todos tão profundamente imersos? O que podemos fazer para inverter essa lógica de territorialização tão desumanizadora e devolver as crianças às ruas e as ruas às crianças, como queria Paulo Freire? Como libertar as crianças de vivências tão precarizadas de espaço? (ARROYO, 2011, p. 333). O que fazer para superar essas condições e garantir o direito ao território justo e digno para as infâncias?



O geógrafo David Harvey chama-nos à autoria e à responsabilidade sobre as condições de vida na cidade dizendo que “[...] se um dia imaginamos e construímos nosso mundo urbano do modo que é, podemos reimaginá-lo e reconstruí-lo outra vez, de outro modo, quantas vezes forem necessárias” (HARVEY, 2008a, p. 49). O direito à cidade é um direito ativo e que, ao ser praticado conforme nossas necessidades e nossos desejos coletivos, recria nossas vidas e, dessa forma, podemos decidir por maneiras alternativas sermos humanos, e, portanto, sermos crianças.

Radicalizando essa perspectiva, o geógrafo Milton Santos diz que:

Para superar a aparente inevitabilidade da “contrafinalidade” própria à matéria inerte, será preciso criar novos mecanismos que revertam as tendências herdadas do modo de produção precedente, e inventar novos objetos geográficos, dotados de finalidade em consonância com o novo modo e destinados sobretudo a ajudar a liberação do homem e não a sua dominação (SANTOS, 2009, p. 82).

Quais mecanismos então nos ajudarão a transformar esta “matéria inerte” – da cidade perigosa – e “reverter esta tendência herdada” – de pensarmos e produzirmos espaços para a infância (de todas as idades) a partir da lógica da separação e da especialização dos lugares e que estejam de acordo com o “novo modo” de pensar a infância e seu desenvolvimento integral? A potência da infância pode nos ajudar.

Retomando o filósofo:

Asseveraremos a infância como símbolo da afirmação, afirmação de uma presença por sobre antiga ausência: ausência de fala, de lugar, figura do novo, espaço de liberdade. A infância como pura possibilidade, como o início do possível, como potencial, como potência. A infância será uma metáfora da criação do pensamento; uma imagem de ruptura, de descontinuidade, de quebra do normal e do estabelecido... uma ruptura radical com a repetição do mesmo (KOHAN, 2003, p. 116).

Para a superação dessa lógica, precisaremos das crianças e das nossas infâncias¹. Conforme sugere CASTRO (2013, p. 21), a presença das crianças na cidade introduz estranhamentos à normatividade da ordem social, que nos ajudam a criar os mecanismos de reversão das tendências herdadas. É ponto onde a presença das crianças potencializa as ações coletivas de transformação social.

¹ Adoto aqui a proposição do Walter Kohan que não associa a infância exclusivamente às crianças por não pressupor uma temporalidade linear, sendo a infância uma condição de ser afetado que nos acompanha a vida toda (KOHAN, 2003, p. 116).

Os espaços escolares e urbanos estão adulterados. Cabe a nós, junto às crianças, infantilizá-los.

Em minhas andanças por São Paulo tenho encontrado muitas pistas poderosas de como esparramar infâncias sobre a cidade. Interesse-me especialmente por projetos e intervenções que se desenvolvam a partir de propostas coletivas, participativas, nas quais a criança, com seus desejos e necessidades, é protagonista. Projetos e processos que tenham potencialidade e intencionalidade pedagógica e que articulem vários setores da sociedade e da gestão, mas tendo a escola pública como núcleo articulador das ações propostas.

Dentre elas selecionei uma da qual participei como parceira², que ilustra bem a hipótese que trago aqui de que a ocupação da cidade pela infância ressignifica e requalifica a ambas.

ENUNCIÇÕES PEDESTRES EM FORMA DE CORTEJO

A infância mensageira



Lilian Borges

² Por meio do meu atelier de projetos e pesquisas, o “Cenários Pedagógicos” (2016).

A Escola Municipal de Educação Infantil (Emei) Gabriel Prestes localiza-se na rua da Consolação, área central da cidade de São Paulo. Essa Emei data de 1935 e faz parte de um riquíssimo conjunto dos Parques Infantis paulistanos criados pelo escritor Mario de Andrade quando dirigiu o Departamento Municipal de Cultura da cidade (1935-1938). Atualmente, ela atende 190 crianças de 4 a 5 anos, matriculadas em dois turnos de seis horas.

Em 2015, em parceria com movimentos da sociedade civil e a comunidade escolar e local, construiu um projeto-ação chamado Cirandando as Ocupâncias – Ocupação do Território pela Infância – e que tem como um dos dispositivos o Cortejo Poético. O coletivo escolar passeia pelo bairro cumprindo um roteiro estudado de antemão com as crianças e todos os adultos envolvidos (professores, funcionários, famílias, comunidade, parceiros).

Os cortejos poéticos foram gestados na Virada Educação, que é um projeto que provoca novas apropriações de um território em direção a construção coletiva de uma comunidade mais conectada, que percebe o aprender e o ensinar espalhados por todos os lugares³. Em 2015, foram realizados quatro cortejos poéticos: o I Cortejo, que levou 180 pessoas às ruas, teve como tema principal o pedido de Educação Integral no Território. No II Cortejo Poético, 300 crianças foram às ruas defendendo a Cultura Popular Brasileira e chamando a II Virada Educação 2015, por um olhar mais poético. O III Cortejo apresentou o espetáculo de rua, “O rito do pau-brasil”, de Oswald de Andrade, em parceria com a CIA Uzyna Uzona do Teatro Oficina, dando a abertura da II Virada Educação e, por fim, o IV Cortejo, que reuniu 500 pessoas, comemorou os 80 anos da Educação Infantil Paulistana, junto a Secretaria Municipal Educação no Parque do Ibirapuera.

Enfrentando todas as dificuldades internas e externas à escola de sair a caminhar por um território totalmente despreparado para acolher as crianças, que historicamente foi construído a partir de uma lógica que privilegiou os automóveis em detrimento dos pedestres, foi necessário pedir a proteção da Guarda Municipal, sem a qual não seria possível nem atravessar o farol que abre e fecha a passo de gigantes. A dependência de todo esse aparato acaba dificultando muito que esta prática se institua como rotina. Além disso, no cortejo de três horas de duração, onde os pequenos podem parar para beber água, fazer pipi, descansar um pouco para tomar fôlego e desenhar as novidades do caminho?

Sendo assim, sair das escolas com as crianças é uma verdadeira aventura, e exige muita coragem e organização. Além disso, também depende de que os profissionais da Educação e as famílias abracem a causa e reconheçam a importância da ocupação do território urbano para a formação das crianças e para a qualidade da relação pedagógica.

O cortejo poético da Gabriel Prestes é bem mais que um simples passeio. É, sim, uma expansão da pedagogia na qual a cidade é tomada como conteúdo educativo (aprender a cidade), como continente (aprender na cidade) e como sujeito educador (aprender com a cidade).

³ Os cortejos foram registrados no curta-metragem “Inventolhar” (2015).

Segundo a coordenação pedagógica, a Emei quer se firmar como polo no território educativo e tomar para si a responsabilidade de devolver a cidade para as crianças. Ao mesmo tempo, revela os enfrentamentos ainda necessários para tanto: superar obstáculos internos e externos à Emei, não só no que se refere à infraestrutura urbana inadequada para acolher as crianças andando pela cidade, mas também com relação às concepções tanto dos profissionais da Educação quanto das famílias, da comunidade e dos gestores públicos no que se refere a essa prática.

Neste sentido, a partir de um esforço coletivo, a Emei vem redesenhando suas práticas pedagógicas para inserir as culturas infantis na cidade e, ao mesmo tempo, abriu-se para o arranjo territorial, o que fortaleceu o pensar a escola como elemento de uma cidade educadora e impulsionou mais incursões pelo território.

Importante dizer que essa não é uma ação isolada, mas que faz parte de um movimento mais amplo que vem tomando força por todo o Brasil, influenciado pela retomada da discussão em torno da Educação Integral⁴, que traz em sua essência a proposição de ampliação de tempos, espaços, oportunidades e agentes educativos, onde todos os espaços da cidade são considerados como potencialmente educativos.



Lilian Borges

⁴ Em 2007, foi criado, pelo Ministério de Educação, o Programa Mais Educação, que surgiu fortemente inspirado pelos programas Bairro-Escola de Nova Iguaçu, criado em 2005, (que por sua vez inspirou-se no Bairro-Escola da Vila Madalena, em São Paulo) e pelo Programa Escola Integrada de Belo Horizonte, criado em 2006. Em Belo Horizonte, foi a primeira vez que tive conhecimento da prática do cortejo, mas, neste caso, não uma, mas todas as escolas da rede municipal deslocaram-se a pé e ao som de tambores até o Parque Municipal central, onde todas encontraram-se. Todos esses programas foram influenciados pelo programa Cidades Educadoras, criado em Barcelona, em 1990. Para saber mais, acesso o site do Centro de Referências em Educação Integral (2016).

OCUPÂNCIAS

Desnaturalizando consensos, desenclausurando infâncias

Sim! A infância está de volta às ruas, tornando-as mais belas, mas também trazendo muitos questionamentos e cobranças. Meninos e meninas em um trança-trança para cima e para baixo pelas ruas, a elas devolvidos, ficando mais felizes, como há tempos queria o educador Paulo Freire, contrariando os avisos de perigo. Dessa forma, este projeto aponta para um futuro diferente e melhor ao *quebrar com o normal, com o estabelecido*, potencializando a infância, dando fala aos infantes por meio da oportunidade e do direito a experimentar e transformar a cidade. Ao ocupar os espaços públicos, as crianças publicizam suas causas e tornam-se, elas mesmas, públicas, vistas, (re)conhecidas.

Se a perda de sentido e a desumanização da escola e da cidade estão diretamente relacionadas à perda da experiência, à pobreza da experiência, à ausência do espaço da experiência (KOHAN, 2003, p. 240), seu retorno abre possibilidade de humanização e ressignificação da vida na cidade e da cidade como lugar.

Além disso, lembrando, com Milton Santos, que o espaço é formado por um conjunto indissociável de objetos e ações (1996, p. 51) e se as ações estão cada vez mais estranhas aos fins próprios do homem, das infâncias, e do lugar (1996, p. 65), a prática da cidade pelas crianças reaproxima as pessoas dos lugares e traz de volta a possibilidade da experiência e, com ela, o sentido e a qualidade do lugar, da cidade, humanizando o que havia se tornado artificial, estranho.



Lilian Borges

A prática do cortejo, de cortejar a cidade, proporciona escapar ao totalitarismo da racionalidade, por meio de uma ação transformadora e revificadora, desfuncionalizando-a para, em seguida, a refuncionalizar (SANTOS, 1996a, p. 109). A cidade, como lugar instável e surpreendente, aciona a consciência substituindo a alienação e a infância e recuperando parte do seu ser que parecia perdida (SANTOS, 1996, p. 263).

Dessa forma, os praticantes do cortejo anunciam o retorno às práticas do cortejo, estabelecendo uma relação de inquietante familiaridade com a cidade, tecendo e enunciando novos territórios, pois o ato de caminhar está para o sistema urbano como a enunciação está para a língua (CERTEAU, 1996, p. 175-177). Conforme propõe o Plano Nacional pela Primeira Infância, “[...] não é pelo fato de elas falarem diferente do adulto, utilizarem meios de expressões e linguagens próprias, que devem ser consideradas inaptas a participar e contribuir com a cidade. Pelo contrário, por trazerem sua diferença e outro ponto de vista, são capazes de apontar outra perspectiva, de ver a cidade muitas vezes oculta aos olhos dos adultos” (RNPI, 2015, p. 78).

Essa nova prática de ocupação dos espaços urbanos pela infância vem incentivando a ocupação destes e está operando a inversão de um registro simbólico há tempos consolidado – que a cidade é malvada e perversa –, para outro, no qual a cidade pode ser também amiga, acolhedora, educadora.

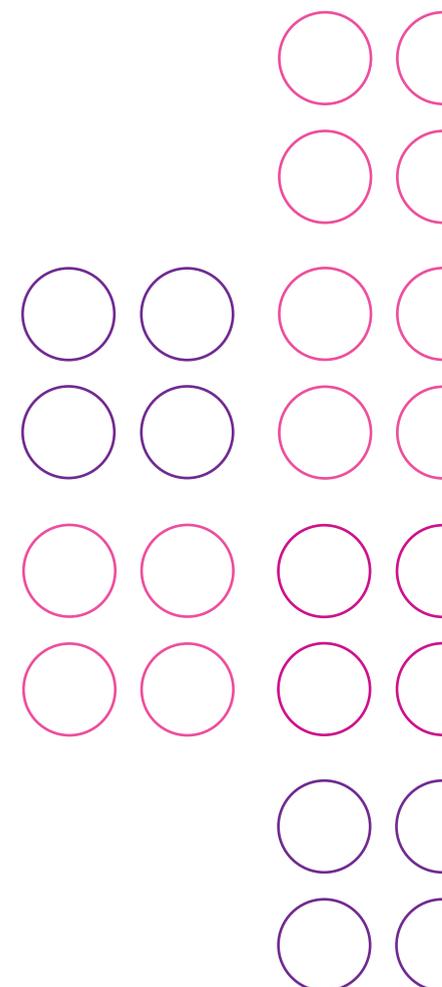
Em primeiro lugar, se é verdade que existe uma ordem espacial que organiza um conjunto de possibilidades (por exemplo, um local por onde é permitido circular) e proibições (por exemplo, um muro que impede prosseguir), o caminhante atualiza algumas delas. Deste modo, ele tanto as faz ser como aparecer. Mas também as desloca e inventa outras, pois as idas e vindas, as variações ou as improvisações da caminhada privilegiam, mudam ou deixam de lado elementos espaciais. Assim, Charlie Chaplin multiplica as possibilidades de sua brincadeira: faz outras coisas com a mesma coisa e ultrapassa os limites que as determinações do objeto fixavam para seu uso. Da mesma forma, o caminhante transforma em outra coisa cada significante espacial (CERTEAU, 1996, p. 178).

E, transformando uma coisa em outra, já aponta no horizonte o “tempo dos homens lentos”, previsto por Milton Santos (1996, p. 260). Ou, no nosso caso aqui, o tempo lento da infância, tão almejado, tão necessário. Crianças lentas que, ao ocupar os espaços opacos, enfrentam a racionalidade hegemônica, desregulando-a por meio da produção de contrarracionalidades, de contrausos do espaço (LEITE, 2007, p. 215).

São ações criadoras de possibilidades: não apenas por subverter os usos esperados de um espaço regulado, – a rua proibida para as crianças – como de possibilitar que o espaço resultante das estratégias hegemônicas seja cindido, para dar origem a diferentes lugares, a partir da demarcação socioespacial da diferença e das ressignificações que esses contrausos realizam.



Arquivo Secretaria de Cultura



Sim! As crianças errantes estão criando “[...] mecanismos de reversão das tendências herdadas do modo de produção precedente, produzindo novos objetos geográficos que abrem possibilidades de superação da aparente inevitabilidade da ‘contrafinalidade’ própria à matéria inerte. Objetos dotados de finalidade em consonância com o novo modo e destinados, sobretudo, a ajudar a liberação do homem e não a sua dominação” (SANTOS, 2009, p. 82). “Procedimentos que criam outros modos de fazer, pelos quais usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas da produção sociocultural.” (CERTEAU, 1996, p. 41). Acionada pelas crianças ocupando os opacos da cidade (SANTOS, 2001), caligrafando suas leituras de mundo, grafias que produzem narrativas, que tecem novas territorialidades. Esse movimento efetivamente produz novos objetos-situações, que apontam para a liberação dos homens e das mulheres, meninos e meninas.

[...] na metrópole já acontecem fenômenos de enorme conteúdo teleológico, apontando para um futuro diferente e melhor. Nosso esforço deve ser o de tentar entender os mecanismos dessa nova solidariedade, fundada nos tempos lentos da metrópole que desafia a perversidade difundida pelos tempos rápidos da competitividade (SANTOS, 1996a, p. 86).

TERRITÓRIOS EDUCATIVOS, INTEGRAIS E INTEGRADOS

O desenvolvimento urbano pensado para as crianças

Quando os espaços são reconfigurados,
os estudos do espaço são pressionados a se redefinirem

Miguel Arroyo (2011, p. 341).

As crianças-cortejantes estão expandindo a pedagogia a partir do que vem se formando, o que Milton Santos chamou de espaços do aproximativo (1996a, p. 83), imbuídos de uma solidariedade orgânica, cujo conjunto vai sendo formado pela existência comum dos agentes exercendo-se sobre um território comum. Solidariedade orgânica (SANTOS, 2011, p. 306) resultante de uma interdependência entre ações e atores que emana da sua existência no lugar. Solidariedade que é fruto do próprio dinamismo de atividades cuja definição se deve ao próprio lugar como território usado. Território usado, ocupado, essência de sua humanização. Essa insurreição do uso, onde o uso ganha presença e permite novas apropriações (SEABRA, 1996, p. 84-85), é forjada pelas novas práticas das crianças e os respectivos adultos que as acompanham. Como diz Arroyo, esse processo exige a redefinição de conceitos que, além de explicar o território, permitam-nos atuar sobre ele. Conceitos-ação, conceitos que nos impulsionam a agir. Eis a composição do território educativo, integral e integrado: usado, humanizado, solidário, aproximativo. É desse território que o desenvolvimento integral da primeira e de todas as infâncias carecem.

Nossas infâncias estão construindo seu próprio lugar na sociedade contemporânea, lugar este que é também a mesma encruzilhada em que todos nós, adultos, situamo-nos. “Lugar que com elas partilhamos, ainda que com responsabilidades (e culpas...) distintas: todos cidadãos implicados na construção da (so)ci(e)dade.” (SARMENTO, 2004, p. 30).

Cabe agora saber como daremos conta das novidades. Pois elas não cabem mais na velha fórmula forma-função, pois os lugares passam a servir para outras coisas, a significar outras coisas, uma vez que a infância-caminhante atualiza as proibições e as possibilidades dos lugares. Desloca-as, inventa outras (CERTEAU, 1996, p. 178). “Os praticantes das cidades atualizam os sentidos que dormem na intencionalidade das pranchetas e dos projetos de ordenação política e cultural dos territórios urbanos.” (CARRANO, 2003, p. 24). E, então, aquela “[...] enorme cidade construída segundo todas as regras da arquitetura, de repente é sacudida por uma força que desafia os cálculos” (CERTEAU, 1996, p. 191).

Há que se inventar novos cálculos, novas regras, de modo que deem conta da surpresa, do imprevisto. Ingredientes que ficaram fora da equação da modernidade. Em um certo sentido, nós, também infantes, estamos igualmente aprendendo a falar e a construir linguagens próprias para explicar e atuar nesse mundo novo. Novos cálculos que sejam equacionados adotando a infância como parâmetro dos projetos de arquitetura e urbanismo. Francesco Tonucci defende que devemos tomar as crianças como parâmetro para transformar nossas cidades, “[...] como garantia dos direitos de todos os cidadãos, a partir dos mais fracos, na certeza de que, se uma cidade for adequada às crianças, será uma boa cidade para todos” (2004, p. 209). Antes dele, Mayumi de Souza Lima defendia que:

Os espaços da cidade, como as praças e, principalmente as ruas dos bairros da periferia, poderiam ser pensados para uso prioritário das crianças e das famílias e secundário para os carros, tal qual como ocorre nos calçadões centrais. A possibilidade de proibição dos carros é aventada quando o interesse é comercial. Por que não atender o interesse das crianças? (LIMA, 1989, p. 102, grifo nosso).

E antes dela, ainda, o poeta Mario de Andrade, já em 1935, havia proposto que os meninos e meninas fossem os parâmetros para a organização dos espaços urbanos. No Departamento de Cultura, em São Paulo, colocava a criança no coração da reconfiguração urbana, como elemento disciplinador e racionalizador da cidade. De acordo com levantamento do historiador Marcos Cesar Freitas, em sua pesquisa, para o poeta, “[...] o espaço urbano deveria ser tomado na perspectiva de ser um laboratório experimental da humanização da brasilidade” e a infância não seria completamente infância sem o seu entorno, e os crescimentos da criança e da cidade deveriam equivaler-se e estariam harmonizados um no outro (FREITAS, 2001, p. 264-265).⁵

⁵ Pelo visto as ideias macunaímicas de Mario de Andrade resistiram ao tempo e ainda habitam a Emei Gabriel Prestes, influenciando seu projeto pedagógico e inspirando as pessoas que ali convivem.



Arquivo Secretaria de Cultura

Aprendamos com todos eles e, a partir de agora, no lugar de nos perguntarmos o que podemos fazer pelas crianças, perguntemos a elas o que elas podem fazer por nós (TONUCCI, 2005, p. 209).

RUMO AO TERRITÓRIO INTEGRAL

Um projeto construído coletivamente

O direito à cidade é um direito inerente às nossas práticas diárias.
É um direito coletivo.
Deste modo, todos somos, de um jeito ou de outro, arquitetos de
nossos futuros urbanos.

David Harvey (2008b, p. 14).

O debate sobre a territorialização das políticas de DIPI é de suma importância, uma vez que não é possível haver desenvolvimento integral em territórios deseducativos, desintegrados e desintegradores. Conforme alerta Miguel Arroyo, “[...] as tentativas inclusivas que não alteram as estruturas, os tempos, os espaços, os rituais, nem reveem os conteúdos, os processos, terminam descobrindo como é ingênuo tentar incluir em estruturas excludentes” (2011, p. 226).

Que a chegada tardia da infância reedifique o sistema de garantia de direitos e a rede de proteção e desenvolvimento nos seus respectivos territórios: a casa, a escola, a cidade, de modo que sejam mais humanos, mais públicos, mais dignos: integrais.

Todo esse movimento vem nos pressionando a repensar e a reorganizar a lógica pela qual planejamos os tempos-espaços do viver concreto das infâncias, com as crianças e com todos aqueles que com elas convivem. Desafiando-nos “[...] a inventar algo que não temos, uma organização e uma estrutura específica, que respeite, não viole os processos de formação, socialização, desenvolvimento pleno, de aprendizagens próprios do tempo humano, social, cultural, identitário da infância” (ARROYO, 2011, p. 191). O que é bastante difícil, mas imprescindível para as DIPI e que deve ser feito a muitas mãos, pois o processo de qualificação dos territórios da infância é assunto para muitas mãos, para além da arquitetura e do urbanismo, do planejamento urbano.

Na cidade de São Paulo as condições para que esses avanços se realizem já estão em curso por meio do Programa São Paulo Carinhosa, que tem como principal diretriz a atuação intersetorial focada no território e como um de seus campos de atuação o pensar no desenvolvimento urbano para as crianças. “Mudanças que têm uma base histórica muito forte e

formas de ação inovadoras, surpreasivas e eficazes, as quais muitos de nós decidimos apoiar” (SANTOS apud ENCONTRO, 2006).

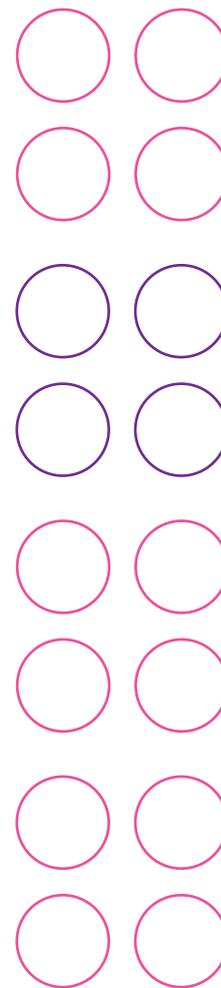
E no que se refere a agir *surpresivamente*... ah! Nisso as crianças são nossas mestras!

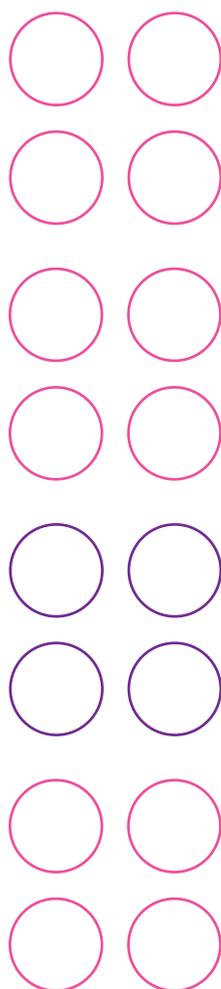
P.S.

Muito provavelmente nenhuma criança pequena lerá esta publicação, que tem todo seu conteúdo pensado e escrito em nome delas, de sua autonomia, de seu bem-viver. Penso que é urgente inventarmos modos de compartilhar com os pequeninos e pequeninas tudo o que estamos propondo aqui, pois só assim, com as crianças e a partir delas, é que o seu desenvolvimento se dará integralmente. Este talvez seja nosso maior desafio na elaboração e na implementação das políticas para o desenvolvimento integral da infância: trazê-las para mais perto de nós.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. *Essais de Mêmorie*. 1943-1983. Paris: Éditions Du Seuil, 1983.
- ARROYO, M. *Currículo, Território em Disputa*. Petrópolis: Vozes, 2011.
- CARRANO, P. C. R. *Juventudes e cidades educadoras*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- CASTRO, L. R. *O futuro da Infância e outros escritos*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2013.
- CENÁRIOS pedagógicos. 2016. Disponível em: <<http://www.cenariospedagogicos.com.br>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- CENTRO de Referências em Educação Integral. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://www.educacaointegral.org.br>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- CERTEAU, M. *A Invenção do Cotidiano*: 1. Artes de Fazer. Petrópolis: Vozes, 1996.
- DELGADO, M. *Sociedades Movidizas*. Pasos hacia una antropología de las calles. Barcelona: Editorial Anagrama, 2007.
- ENCONTRO COM MILTON SANTOS OU: o mundo global visto do lado de cá. Direção: Silvio Tendler. Brasília, DF: Caliban Produções Cinematográficas, 2006. 89 min.
- FREITAS, M. C. História da Infância no pensamento social brasileiro: Ou, fugindo de Gilberto Freyre pelas mãos de Mario de Andrade. In: FREITAS, M. C. (Org.) *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, p. 251-268, 2001.
- HARVEY, D. Utopias Dialécticas. In: BOSCH, E. (Org.) *Educación y vida urbana: 20 años de Ciudades Educadoras*. Barcelona: Santillana, 2008a.
- _____. A Liberdade da Cidade. In: *Urbânia 3*. São Paulo: Pressa, 2008b, p. 11-17.





- INVENTOLHAR. Produção: André Gravatá, Antonio Sagrado e Daniel Ianae. São Paulo: Movimento Entusiasmo, 2015. 23 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_1dic6TN8aQ>. Acesso em: 7 abr. 2016.
- KOHAN, W. *Infância entre Educação e Filosofia*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- LEITE, R. P. *Contra -usos da cidade: lugares e espaço público na experiência urbana contemporânea*. Campinas: Editora Unicamp, 2007.
- LIMA, M. S. *A cidade e a criança*. São Paulo: Nobel, 1989.
- REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI). *Plano Nacional pela Primeira Infância*, Brasília, 2010.
- SANTOS, M. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. *Técnica Espaço Tempo*. São Paulo: Hucitec, 1996a.
- _____. *Por uma outra globalização. Do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2008.
- _____. *Pensando o espaço do homem*. São Paulo: Edusp, 2009.
- _____.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SÃO PAULO (SP). *Currículo Integrador da Infância Paulistana*. São Paulo: SME/DOT, 2015.
- SARMENTO, M. J. As culturas da infância nas encruzilhadas da segunda modernidade. In: SARMENTO, M.; CERISARA, A. B. (Ed.). *Crianças e Miúdos: perspectivas socio-pedagógicas da infância e educação*. Porto: Asa Editores, 2004. p. 9-34.
- _____. Para uma agenda da educação da infância em tempo integral assente nos direitos da infância. In: ARAÚJO, V. C. (Org.) *Educação infantil em jornada de tempo integral: dilemas e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Educação; Vitória: EDUFES, 2015. p. 59-90.
- SEABRA, O. C. L. A insurreição do uso. In: *Henri Lefebvre e o retorno à dialética*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- TONUCCI, Francesco. *La ciudad de los niños*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez, 2004.
- _____. *Quando as crianças dizem chega!* Porto Alegre: Artmed, 2005.



A photograph of children in a garden, with a woman looking on. The scene is outdoors, with green foliage in the background. The children are focused on their work in the garden beds. The woman is partially visible on the right side of the frame, looking towards the children. The overall atmosphere is one of active learning and engagement with nature.

DESPERTAR O OLHAR, ROMPER O CICLO

Marcia Dias

Presidente da Associação beneficente Santa Fé, educadora e especialista no atendimento a crianças e adolescentes

Marília Belmonte M. da Silva

Graduanda do departamento de História – FFLCH/USP, desenvolve pesquisa na área de arquivo, memória e história oral

Educar uma menina é educar toda uma família. E o que vale para as famílias vale para a comunidade e vale para o país. Não existe ferramenta mais eficiente para o desenvolvimento do que a educação das meninas. Nenhuma outra política é tão poderosa para ampliar a educação para a próxima geração.

Unicef (2004)

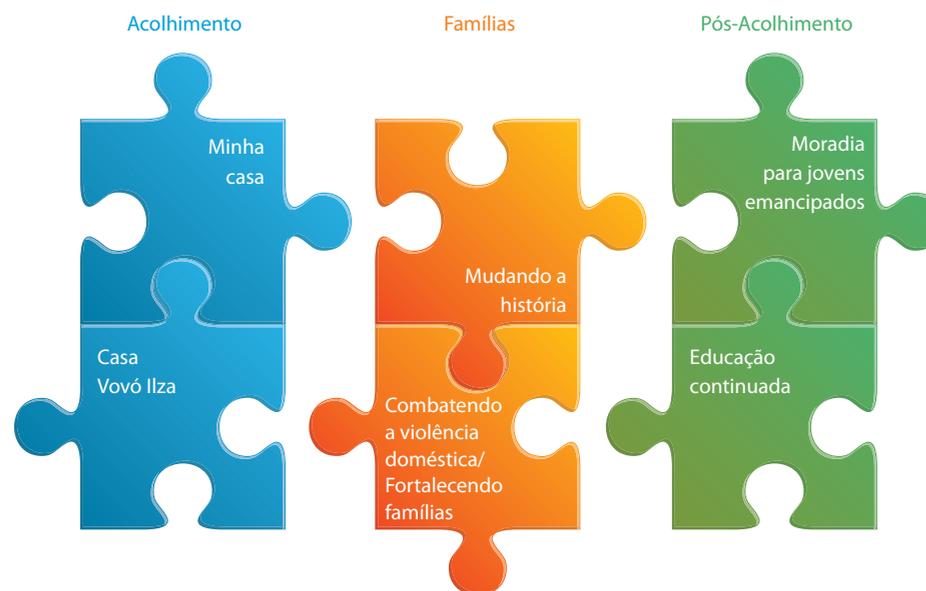
Constituída como organização não governamental, laica, de direito privado e sem fins lucrativos, a Santa Fé atende, há 22 anos, crianças, adolescentes, meninas-mães e suas famílias, que a sociedade convencionou chamar de população em situação de vulnerabilidade social. O objetivo neste texto é evidenciar o caráter desse trabalho e o quadro amplo que o conceito de vulnerabilidade não é capaz de abarcar, apresentando a realidade de um trabalho específico, com indivíduos detentores de características, virtudes e problemas únicos, jamais uma categoria.

A missão da Santa Fé é incluir as crianças e adolescentes, que enfrentam situações pessoais ou sociais de risco, na categoria universal de crianças e adolescentes comuns e totais, provendo-lhes um ambiente seguro e adequado ao seu desenvolvimento, respeitando suas particularidades e implementando modelos de atendimento que garantam a defesa e a promoção dos direitos das crianças, adolescentes e suas famílias.

Organizada em duas casas-abrigo em convênio com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), a Santa Fé acolhe seu público em sistema de residência, desenvolvendo trabalho terapêutico individualizado. A casa oferece as condições necessárias para a superação de seus traumas, garantindo a oportunidade de uma vivência plena por meio de ação terapêutica sistêmica: educação, assistência médica e psicológica, oficinas, busca por reatar laços familiares, auxílio no processo de adoção ou emancipação e de socialização, isto é, a superação de suas vivências traumáticas, possibilidade de retorno a uma rotina comum e alcançar novos objetivos.

A “Minha Casa” atua como residência para crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 17 anos e 11 meses, em situação de risco pessoal e social – abandonadas, em situação de rua, vítimas de violência, da exploração do trabalho infantil, da violência sexual, ameaçadas de morte. Já a “Casa Vovó Ilza” atua como residência para adolescentes grávidas ou com filhos, vítimas de maus-tratos, em situação de risco pessoal e social, na faixa etária de 11 a 17 anos e 11 meses, sem vínculo familiar ou com vínculos muito tênues, incluindo também as necessidades especiais desse público: saúde, comprometimento psiquiátrico e deficiências, prostituição e uso de drogas.

■ **Figura 1** – Estabelecendo o trabalho



Fonte: Santa Fé, 2015.

Calcula-se que 28% dos adolescentes que vivem nas ruas da cidade sejam meninas (CARRIEL, 2011) e são elas as mais atingidas pelos índices de violência. Na maior parte das vezes, as adolescentes saem de casa por terem sofrido abuso doméstico ou intrafamiliar, e encontram, na rua, ainda mais violência. As meninas na rua e, sobretudo, a gravidez dessas adolescentes tornam-se invisíveis.

A gravidez na adolescência é encarada hoje como fenômeno social mundial. Faz-se necessário que a sociedade brasileira volte seus olhos às taxas elevadas e contínuas. O relatório do *State of The World's Mothers*, publicado em 2004, afirma que “13 milhões de nascimentos (1/4 de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos de 20 anos, das quais 90% vivem em países em desenvolvimento” (ALVESA; MUNIZ; TELEXC, 2010).

“No Brasil, em 2011, 25 mil meninas entre 10 e 14 anos deram à luz, e 440 mil jovens entre 15 e 19 anos tiveram gestações não planejadas. Além disso, 21,5% dos partos no país são feitos em mulheres com menos de 20 anos” (NÚMERO, 2014).

A incidência da gravidez na adolescência tem aumentado nas camadas mais pobres, e, do ponto de vista físico-biológico, a gravidez na adolescência é de alto risco. A incidência de hipertensão, doença frequente na gravidez, é cinco vezes maior nas adolescentes, que também são mais propensas a ter anemia. Muitas já estavam anêmicas quando engravidaram e têm o problema agravado durante a gestação, aumentando a necessidade de cesárea (WAISSMAN, 2011) e o risco do nascimento de bebês prematuros e abaixo do peso. Para as meninas que



Aervo Casa Angéla

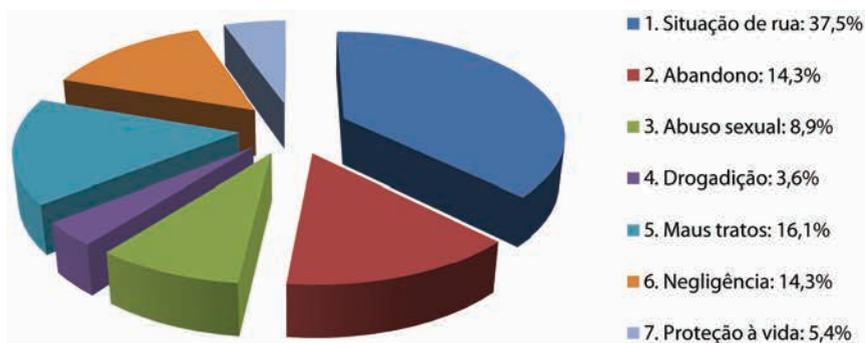


vivem nas ruas, soma-se a esses riscos o uso de drogas durante a gestação e o início tardio do pré-natal, tornando os riscos ainda mais altos.

Os gráficos a seguir ilustram algumas características comuns do público acolhido e a realidade vivenciada no trabalho cotidiano da Santa Fé. O primeiro gráfico evidencia os motivos de acolhimento, enquanto o segundo aborda a questão da gravidez ocasionada pelo estupro.

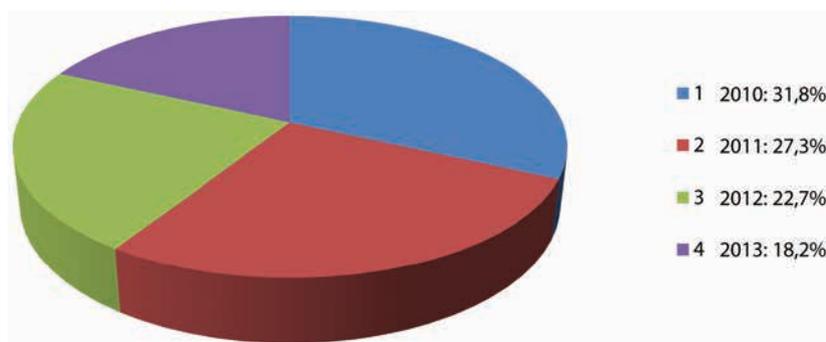
■ **Gráfico 1 – Motivos de acolhimento**

Fonte: Santa Fé, 2016.



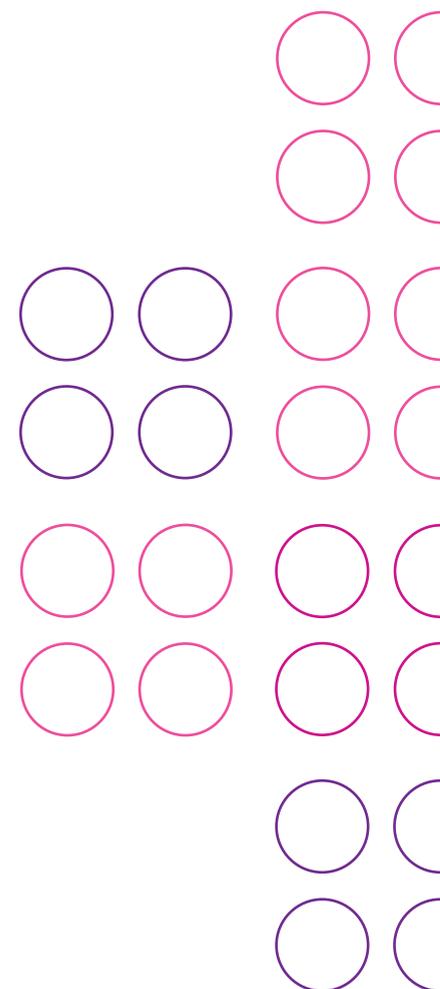
■ **Gráfico 2 – Gravidez por estupro**

Fonte: Santa Fé, 2016.



Tornar-se mãe se apresenta inicialmente como um choque e um desafio para a adolescente, mas, muitas vezes, transforma-se em um estímulo e no despertar de sonhos. Não há bagagem emocional, tampouco preparação física, e as transformações no corpo ocorrem de forma abrupta e são sentidas principalmente depois do parto: estrias, flacidez, obesidade e depressão.

O ambiente escolar formal apresenta-se como desafio a todas as crianças e adolescentes, porém é um desafio duplo para as adolescentes grávidas. Conciliar a vida estudantil com as transformações oriundas da gravidez, o trauma em casos de abuso, a imagem de “humilhação” por tornar-se mãe precocemente e de forma inesperada, além dos sintomas físicos, dificultam o acompanhamento escolar e seu interesse na rotina estudantil.



Ademais, ainda enfrenta-se a readaptação ao ambiente escolar no pós-parto. Assim, esses dois elementos, pré e pós-parto, combinam-se e culminam em um dos graves problemas para a adolescente grávida e para a mãe adolescente, isto é, as elevadas taxas de evasão escolar. As meninas mães, com suas novas rotinas, necessitam de um atendimento especializado e uma programação diferenciada, que seja capaz de atender suas novas demandas, mas não as exclua e as coloque em uma categoria à parte de sua turma e faixa etária, dificultando ainda mais sua adaptação.

De modo geral, a partir da saída de sua casa para a vivência na rua, a adolescente abandona a escola e mesmo que, posteriormente, seja acolhida e aceita pela escola, é comum que a adolescente sinta vergonha por sua gravidez e de ter um corpo maltratado pelo abuso, perdendo assim o interesse em frequentar a instituição escolar.

Após o nascimento da criança e com o fim do período de amamentação, enfrenta-se a dificuldade do retorno à escola sob o argumento da necessidade de inserir-se no mercado de trabalho. Infelizmente, essa concepção não é apenas das adolescentes, é também dos órgãos públicos e do Poder Judiciário, esquecendo-se que, com menos anos de estudo, aumentam as probabilidades das adolescentes não conseguirem ter e prover vida de qualidade ao filho. Na IV Conferência Mundial da Mulher¹, foram apresentados dados que comprovam que os filhos das mães adolescentes que deixaram a escola precocemente serão mais pobres que suas mães, uma vez que deverão entrar mais cedo no mercado de trabalho, também abandonando a escola.

Uma das questões primárias é a aplicação das leis de proteção, visto que, na maioria das vezes, as adolescentes e as famílias desconhecem tais garantias legais e, mesmo quando obtêm as informações, sua aplicação não ocorre facilmente. Isso demonstra a necessidade de ampliação das ações do setor público, de acesso mais abrangente ao Poder Judiciário e ao sistema de saúde, além de incentivos para uma produção intelectual especializada e que proponha um diálogo em nível nacional e uma reflexão sobre as especificidades regionais.

De um lado, o poder público que, mesmo contando com a atuação do terceiro setor, mostra-se incipiente para a atual necessidade, e de outro, a produção intelectual que não atinge o volume e o espaço temporal necessários. A literatura disponível ainda se apresenta de forma muito geral, e ambos os aspectos dialogam muito pouco, demonstrando a necessidade do estabelecimento de uma rede de pesquisas a nível nacional sobre as questões da infância e da juventude, de grande acessibilidade, que auxilie na elaboração e gestão de políticas públicas.

¹ “Em 1995, aconteceu em Pequim a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres. O resultado do encontro foi um acordo com o objetivo de alcançar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra mulheres e meninas em todo o mundo. O documento, chamado “Declaração e Plataforma de Ação de Pequim”, listou 12 pontos prioritários de trabalho, além de ações detalhadas para alcançar seus objetivos estratégicos. Em suma, trata-se de um roteiro para o avanço da igualdade e do empoderamento das mulheres nos países.” Mais informações sobre a Conferência estão disponíveis no site ONU Mulheres (2016).

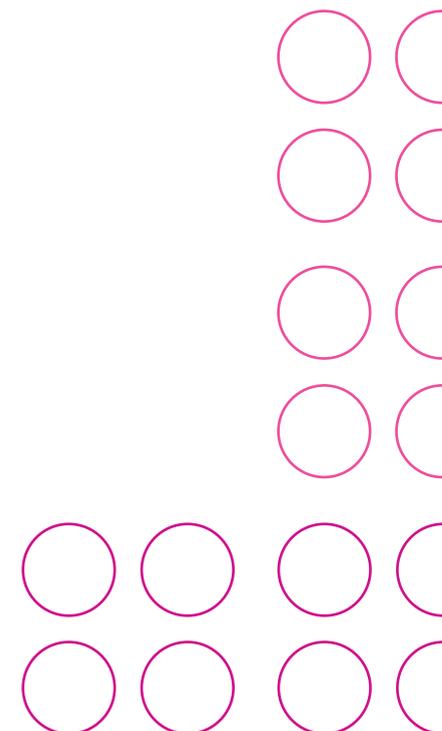
Um dos princípios norteadores do trabalho na Santa Fé é o conceito de educação para a paz, isto é, a luta contra a violência simbólica e estrutural existente nos espaços sociais e familiares das crianças e adolescentes, a partir de estímulos em prol da compreensão e da aceitação da subjetividade de cada indivíduo. Esse eixo baseia-se na tolerância, solidariedade e compartilhamento, respeitando direitos individuais e coletivos, tendo como máxima a promoção do diálogo e da mediação.

A violência é sentida e vivenciada todos os dias nas grandes cidades do mundo; não é um problema exclusivo do Brasil, mas em nosso país adquiriu características próprias e tornou-se um desafio social. O sentimento de insegurança, infelizmente, promove um processo de confinamento por meio de aparatos tecnológicos, apatia social e alienação, em que observamos falta de estranheza em relação a situações degradantes da condição humana, e sua consideração como comuns, práticas cotidianas, retratos de nossa sociedade. Porém, sabemos que alguns setores da sociedade mobilizam-se na ação prática, seja por meio da divulgação e conscientização de que tratamos de um problema que diz respeito a toda a população, seja na busca de políticas públicas, envolvimento, resoluções e avanços sociais capazes de abrangerem os diferentes setores da população. Há uma preocupação real com o futuro e o desejo por paz. Muitas vezes, tal preocupação surge de forma ensimesmada e a ideia de paz é pensada como o oposto do conflito materializado de forma física em assaltos, sequestros e outras formas de delitos, que possuem números bastante alarmantes. No entanto, o conceito de paz envolve um contexto maior, sendo a garantia de reconhecimento mútuo da dignidade, direitos e deveres do indivíduo e da coletividade, de forma que haja uma convivência harmoniosa, digna e igualitária.

Pensando o contexto histórico, até o século 20 tratar a pauta da paz significava, de forma mais estrita, o fim dos conflitos armamentistas. Entretanto, hoje, englobamos no conceito de paz questões políticas, econômicas e sociais. Deste modo, alcançar o ideal de paz não se refere apenas à cessão de conflitos bélicos, mas também à busca por políticas democratizantes, luta pela diminuição da desigualdade social, desenvolvimento econômico sustentável e respeito aos direitos humanos, desafios de grande porte para todas as nações.

Barreiras físicas e imaginárias foram criadas para garantir a sensação de proteção, mas confinam o homem em um limitado espaço de convivência, como o exemplo do número crescente de condomínios fechados e o uso de empresas de segurança pessoal. No entanto, essas barreiras impossibilitam alcançar a totalidade do cotidiano pós-moderno e dificultam a implementação real de uma cultura de paz. Ela não pode ocorrer de forma excludente e isolada, mas sim a partir de uma construção coletiva e comunitária, tendo nos membros da sociedade os sujeitos e criadores da ação.

Temos o compromisso social com as crianças e adolescentes brasileiros de garantir o acesso a seus direitos, de possuir uma formação de amplo conhecimento crítico, que possibilite o acesso



Eduardo Ogata



Eduardo Ogata

a valores sociais, o desenvolvimento de relações harmoniosas que valorizem os aspectos culturais diversos e a percepção da realidade social experimentada. A cultura de paz exige uma relação de convivência pautada pela igualdade, pela justiça, pela liberdade e pela mediação de conflitos, ou seja, uma mudança coletiva de consciência e ação.

A situação de abuso intrafamiliar dos mais diversos gêneros direciona muitas crianças e adolescentes às ruas das cidades brasileiras, ou seja, é um processo microsocial oriundo da situação macro de nossa sociedade. Uma criança ou adolescente não abandona seu lar ou, ainda, a ideia de lar apenas por abandonar. Há situações que os induzem a essa decisão, tendo em seu cerne a violência. As consequências de tal ato são a desestruturação familiar e, em alguns casos, a perda dos vínculos fraternais, chegando às questões de socialização no espaço público.

A violência intrafamiliar e doméstica não é, na maioria dos casos, facilmente identificável e está diretamente associada à forma como a sociedade se organiza e com o estabelecimento de relações hierárquicas assimétricas. Tais relações acarretam a subordinação de um ou mais envolvidos, apresentando números mais elevados para crianças e mulheres, evidenciando um caráter cultural. Esse aspecto está arraigado à visão de fragilidade e submissão desses dois grupos sociais, além da vulnerabilidade etária no que tange às crianças e aos adolescentes.

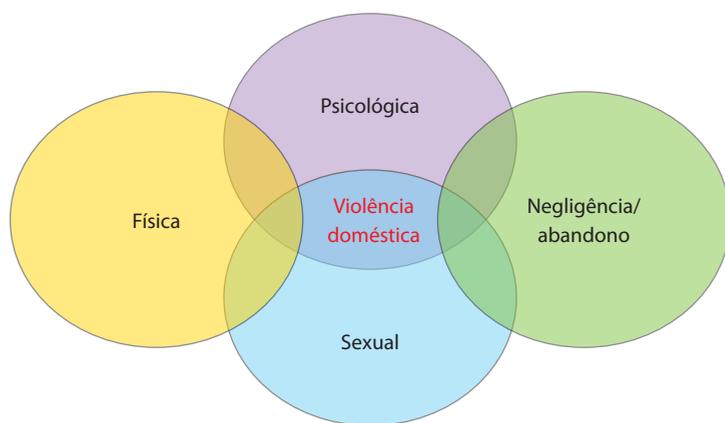
Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e das leis de proteção à mulher, previa-se a garantia de direitos e proteção desses grupos sociais. No entanto, sabemos que o quadro ainda é bastante alarmante, gerando a necessidade dessa pauta ser uma das prioridades em gestão política. A questão da violência acarreta efeitos psicológicos, distúrbios comportamentais, sentimento de incompletude e perda, lacunas no desenvolvimento intelectual relacionadas às dificuldades de concentração e confiança, não valorização e suspeição frente às relações humanas.

A criança e o adolescente, vítimas das mais diversas formas de abuso, tendem a desenvolver formas de autopreservação que afetam diretamente sua maneira e as possibilidades de relacionamentos. Passam a ter dificuldade em expressar questões emocionais, entendendo-as como fraqueza. A partir da socialização nas ruas, criam formas de comunicação intragrupo, que atuam na sensação de proteção (por representarem algo que apenas um pequeno grupo tem domínio) e da formação de uma rede de relações. Além disso, as possibilidades de diálogo parecem inviáveis ou pouco frutíferas, elevando a violência à categoria de resolução de conflitos.

A violência doméstica transforma drasticamente as relações familiares, visto que, na maioria dos casos, as vítimas deixam de considerar-se parte da família e de ter laços afetivos com o agressor ou com aqueles que foram incapazes de detectar e por fim à agressão. Assim, abre-se espaço para a formação de laços afetivos com pessoas sem identificação sanguínea, estabelecidos por amizade, interesse e sentimento de pertencimento e/ou semelhança.

Quando abrigada, portanto, há uma dupla ação: detectar quais relações são realmente benéficas e tentar realizar a reaproximação com os familiares em um processo de acolhimento, compreensão e espera pela resposta individual.

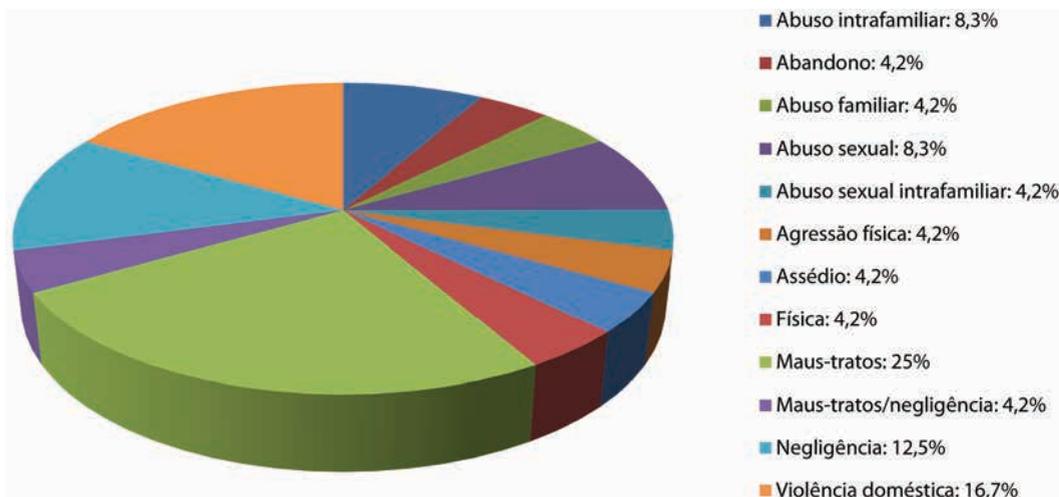
■ **Figura 2** – Violência Doméstica



Fonte: Santa Fé, 2016.

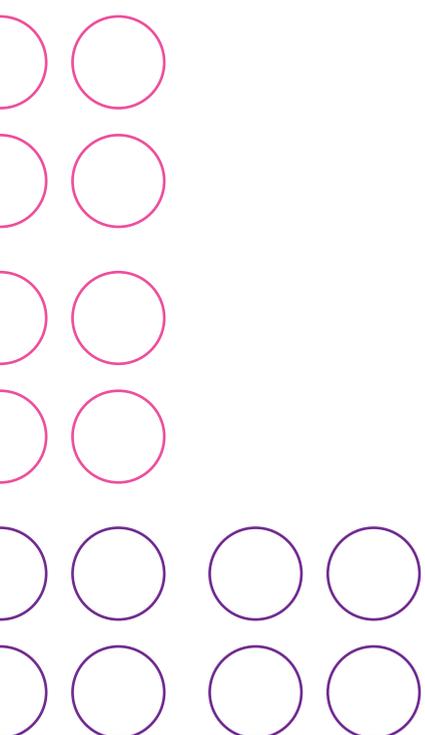
O gráfico a seguir esboça as estatísticas de violência contra as meninas atendidas no período de 2007 a 2015, na Casa Vovó Ilza, evidenciando o fator doméstico e intrafamiliar:

■ **Gráfico 3** – Estatística da violência contra meninas atendidas na Casa Vovó Ilza de 2007 a 2015



Fonte: Associação Beneficente Santa Fé, novembro de 2015.

A vivência nas ruas promove, em muitos casos, a sensação de autonomia, de ser “dono de si” e significa livrar-se da opressão vivenciada anteriormente, mas temos conhecimento de que o contexto real diverge da visão romantizada e esperançosa que muitos criam. Viver nas ruas significa enfrentar novas situações de abuso vindas de diferentes frentes, tais como



a exposição à violência, à criminalidade, ao mercado informal de trabalho, à ausência de sedentarização, à intempéries e à subnutrição. Em um grupo de 38 meninas atendidas pela Santa Fé, observamos que 24 das garotas fizeram o seguinte percurso:

■ **Figura 3** – Percurso das meninas atendidas pela Santa Fé

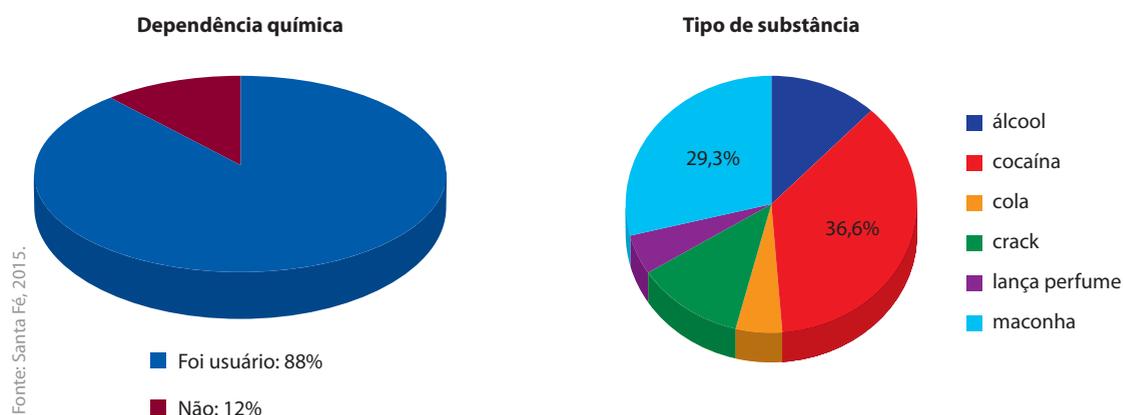


Fonte: Elaborado pela autora.

A questão do contato com as drogas também relaciona-se ao processo da socialização nas ruas. Crianças e adolescentes tornam-se alvos fáceis para o tráfico e o consumo de drogas, assim como para o mercado informal de trabalho e suas baixas remunerações. Dessa forma, vemo-nos envolvidos em um ciclo e nos deparamos com a questão: como rompê-lo?

Os gráficos a seguir revelam as estatísticas sobre o consumo de drogas observadas entre 2007 e 2015, na Casa Vovó Ilza:

■ **Gráficos 4 e 5** – Consumo de drogas entre meninas acolhidas pela Casa Vovó Ilza (2007 a 2015)



O trabalho na Casa Vovó Ilza objetiva ser especializado no atendimento de um público socialmente invisível: adolescentes grávidas ou que já se tornaram mães e que se encontravam em situação de rua e/ou vulnerabilidade social, atuando como família substituta ou transicional e gerando um ambiente emocional de segurança e superação da dor.



O estabelecimento do trabalho terapêutico, individualizado e sistêmico, visa abranger todos os direitos básicos e as ferramentas necessárias para uma vivência plena da adolescente, além do desenvolvimento da maternagem de forma construtiva e harmoniosa. Outro ponto vital do trabalho é o de buscar a reconstituição da tessitura familiar, independentemente da eventualidade do retorno para casa. A metodologia de trabalho baseia-se na gestão de grupo e permeia a organização como um todo. Dois são os espaços para garantir a cogestão dos trabalhos junto aos profissionais: reunião operativa e supervisão institucional, ambas realizadas uma vez por semana.



Eduardo Ogata

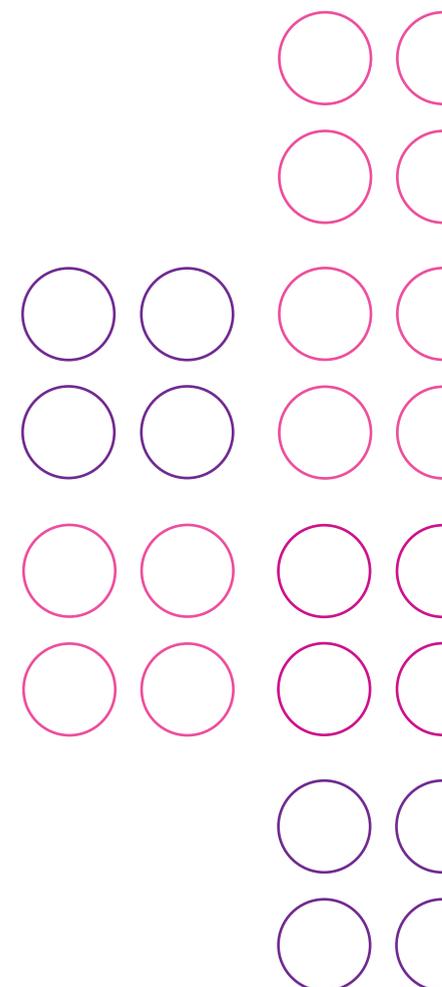
A supervisão institucional, realizada por duas horas semanais, é fundamental para garantir a estabilidade emocional dos profissionais envolvidos no trabalho. Buscando mediar os conflitos da equipe e a melhor dinâmica para o atendimento da adolescente quanto ao desenvolvimento/evolução do projeto individual, objetivando a redescoberta, no ambiente institucional, de uma segurança que foi corrompida ou interrompida, sendo esta segurança proporcionada pela confiança nos profissionais envolvidos. Estamos nos referindo a uma confiança humana e não mecânica, portanto é necessário que os profissionais tenham também vínculo de confiança em seus pares e na instituição.

O trabalho deverá reconhecer cada adolescente enquanto universo individual e cultural, e é desejável que todas as formas de expressão sejam respeitadas e aprendidas. O exercício do trabalho estará centrado na participação do grupo que deverá reunir-se sistematicamente para discutir suas tarefas, seu desempenho e suas dificuldades.

As rotinas de convívio social são cuidadosamente implantadas a partir de ampla discussão com as adolescentes, buscando uma relação horizontal. Nas rotinas, é necessário que se inclua os direitos à defesa de sua cultura, da pluralidade e do significado de todas as suas experiências, sejam elas religiosas, étnicas, sexuais, qualquer que seja sua afirmação cultural. É preciso garantir, a cada adolescente, o direito de construir sua própria existência de forma livre e responsável.

A participação das adolescentes na formulação das regras, bem como nas definições de suas rotinas, permitirá sua atuação com mais naturalidade e o descumprimento das regras deverá ser tratado no coletivo, ressaltando sempre o particular da adolescente.

Como forma de participação e mediação de conflitos, as adolescentes têm espaços individuais, em pequenos grupos e ainda em assembleia geral, quando são abordados os problemas coletivos. As assembleias podem ser convocadas a qualquer momento em que se fizerem necessárias, tanto pelos profissionais quanto pelas moradoras. A proposta é que sejamos capazes de substituir a violência vivida/apreendida pela palavra e pelo diálogo, em um exercício que deve ser cotidiano e pautado pelas demandas do grupo.



Todos os profissionais envolvidos deverão estar preparados para responder às necessidades das adolescentes, compreendendo o universo mental de cada uma, ampliado com a vivência particular de cada profissional na relação com as adolescentes grávidas e seus filhos.

As adolescentes grávidas ou com seus filhos deverão ser acolhidas, e não punidas, em função de seus comportamentos indesejáveis, o que não significa permissibilidade, mas compreensão e clareza dos limites apontados. Um bom ambiente não nega a existência de problemas, ao contrário, lida com eles de forma verdadeira e segura, buscando alternativas de solução ou de apoio no coletivo.

Para se obter maior índice de êxito, o trabalho promove a emancipação das adolescentes, visto que a sua autonomia está diretamente relacionada ao processo de ressignificação de suas vidas, e para promovê-lo é obrigatório que a instituição seja permeável e suficientemente aberta para que, paralelamente ao processo de crescimento individual de cada uma, proporcione experiências múltiplas, diversificadas e plurais, colocando-as em contato com o mundo real, desmistificando-o e tornando-o compreensível, para então inseri-las verdadeiramente, invalidando a subalternidade como única porta de entrada. É imprescindível que o retorno à família seja acompanhado até sua adaptação definitiva.

O processo de emancipação para moradia independente deverá ser gradual após o período de efetivação no trabalho. É desejável que a adolescente possa sair da Santa Fé tendo sua nova casa organizada, utilizando suas economias para compra de seus móveis, equipamentos e utensílios. A escolha da casa, o contrato de aluguel e outras questões burocráticas serão acompanhadas, sistematicamente, pela equipe dentro de um prazo mínimo de seis meses, por meio de visitas domiciliares regulares, devendo ser incentivadas a organização de moradia independente com outras jovens mães (repúblicas).

A gravidade e a continuidade do quadro de pauperização e a falta de acesso a direitos considerados básicos impõem um desafio não só ao poder público, mas à sociedade. Vivenciamos um período de furor pelo ideal de progresso e ascensão, entretanto observamos que uma parcela de nossa população é negligenciada e marginalizada, sendo podada de direitos e vítima da mais diversa gama de agressões.

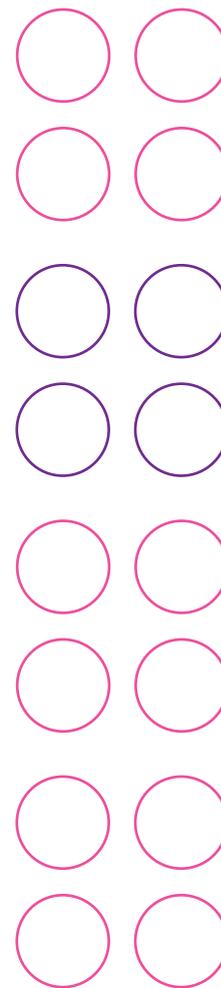
A narrativa das crianças e adolescentes é hoje negligenciada, assim os desafios da Associação Beneficente Santa Fé envolvem delicados pontos de nossa realidade social, isto é, o problema da infância e da adolescência, no Brasil, e todos os macroproblemas oriundos desse contexto. Buscando romper com o ciclo de pobreza, auxiliar no resgate da estrutura familiar, valorizar as experiências de seu público, ouvindo suas narrativas e aprendizados, anterior ao processo de acolhimento. Além de acrescentar novos elementos e organizar sua rotina, a Santa Fé desenvolve, atualmente, um projeto bem-sucedido de ação prática, mas que torna obrigatória a constante observação, o trabalho diário em várias frentes e o apoio social para sua continuidade.

Finalizamos este texto ressaltando o perfil tão vasto do público acolhido pela Santa Fé e a amplitude de problemas enfrentados por ele. Assim, dividi-lo em categorias – criança de rua, criança em situação de vulnerabilidade ou mãe adolescente – torna impossível identificá-lo como indivíduo único, abrindo mão do pacto social de todos os brasileiros em zelar por nossas crianças e adolescentes.

Nossa jornada de enfrentamento social e promoção de segurança, liberdade, autonomia e direitos humanos irrevogáveis é cotidiana. Obtemos como resultado a conquista da quebra do ciclo da violência e pauperização, a conquista da emancipação e a inserção em um ambiente pleno para o desenvolvimento da mãe e da criança. O trabalho é construído dia a dia, a partir de uma rede de colaboração, uma relação recíproca, que cria laços e promove novas descobertas a cada ano.

REFERÊNCIAS

- ALVESA, E. D.; MUNIZ, M. C. V.; TELESC, C. C. G. D. Estudos Sobre Gravidez na Adolescência: a Constatação de um Problema Social. *Ciências Biológicas e da Saúde*, Paraná, v. 12, n. 3, p. 49-56., 2010.
- CARRIEL, P. 23 mil crianças ainda vivem nas ruas do Brasil. *Gazeta do Povo*, Curitiba, 21 mar. 2011. Vida e cidadania. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/23-mil-criancas-ainda-vivem-nas-ruas-no-brasil-epp6r1bvny1rlimpam9dv7426>>. Acesso em: 7 abr. 2016.
- Número de adolescentes grávidas chega a 7,3 milhões, aponta ONU. *Globo*, Rio de Janeiro, 30 set. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2014/09/numero-de-adolescentes-gravidas-chega-73-milhoes-aponta-onu.html>>. Acesso em: 7 abr. 2016.
- ONU Mulheres. Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/pequim20/>>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- SITUAÇÃO Mundial da Infância 2004. BRASÍLIA, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 2004. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/situacao_mundia_da_infancia_2004.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- WAISSMAN, A. L. Gravidez na adolescência. *Dr. Drauzio*, São Paulo, 5 out. 2011. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez-na-adolescencia-2/>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

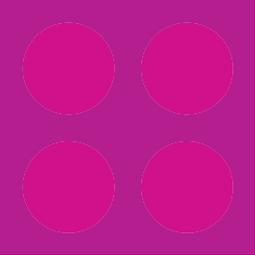




A REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA É A SOCIEDADE CIVIL AGINDO

Claudius Ceccon

Coordenador da Secretaria Executiva
da RNPI, CECIP/RNPI Gestão 2015/2017



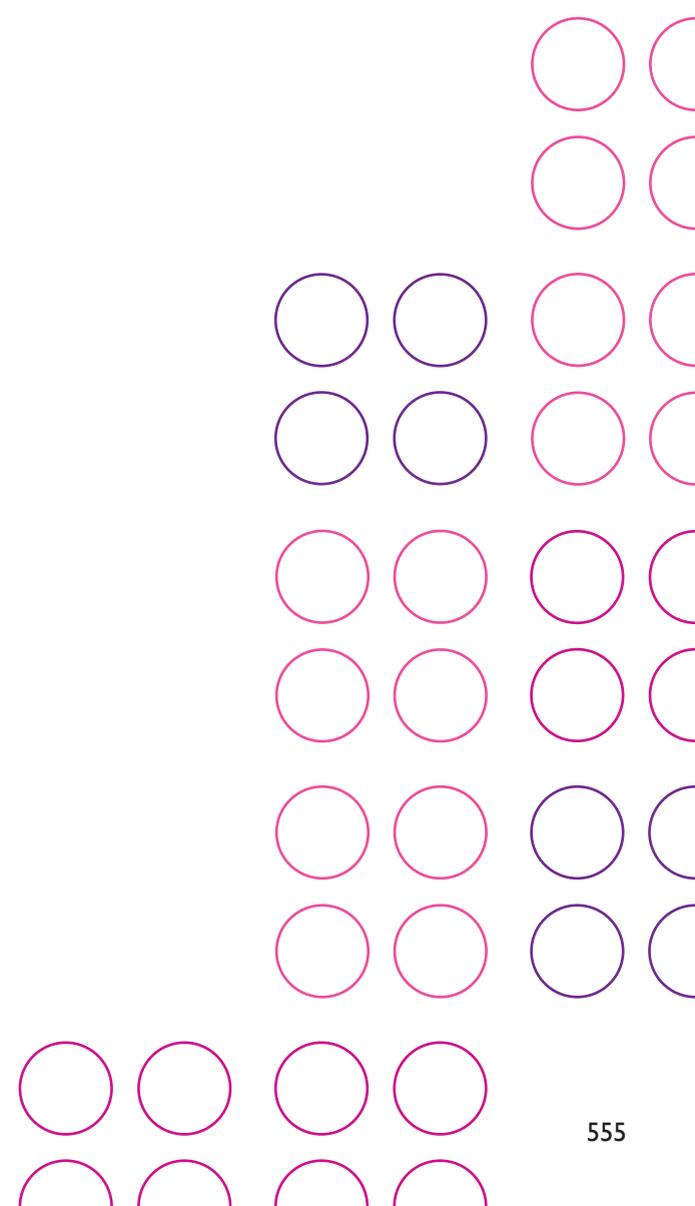
Em março de 2007, uma dezena de organizações, ligadas, direta ou indiretamente, a questões referentes à Primeira Infância, decidiu organizar um fórum para trocar experiências e planejar estratégias de ação. Nascia ali a Rede Nacional Primeira Infância. Hoje, nove anos mais tarde, com presença em 90% do território nacional, a Rede conta com mais de duas centenas de organizações. Seu crescimento reflete o interesse cada vez maior da sociedade brasileira, não mais sobre um futuro ideal e hipotético de suas crianças, mas sobre o seu presente, aqui e agora. Poetas como Gabriela Mistral e visionários como Betinho expressaram, de várias maneiras, o mesmo sentimento, o de que a criança não pode esperar, suas necessidades essenciais têm de ser atendidas hoje. Essa urgência também nos move.

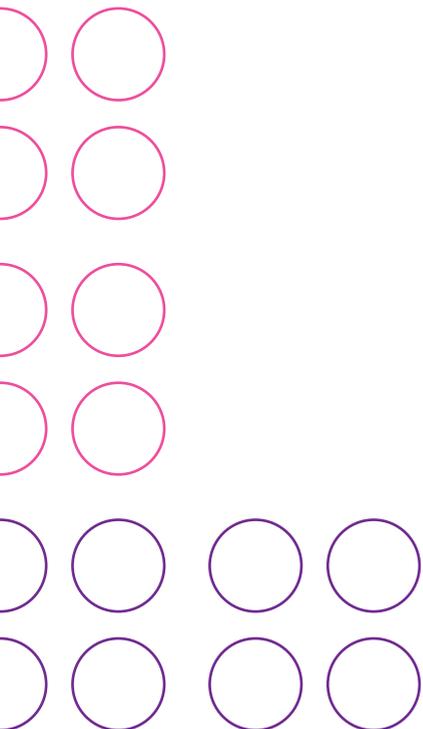
A Rede Nacional Primeira Infância é uma articulação nacional de organizações, que atuam pela promoção e garantia dos direitos das crianças pequenas de até 6 anos de idade. Este é um período fundamental da vida de um ser humano. É durante esses anos que se desenvolvem as estruturas psíquica e física de uma criança, suas habilidades sociais, seu relacionamento com as pessoas que estão em seu entorno imediato e sua inserção na comunidade em que vive. Como sabem, estudos e pesquisas sobre desenvolvimento cerebral vêm revelando fatos extremamente importantes, que não podem mais ser ignorados por quem quer que seja, sobretudo pelas instituições e instâncias do poder público, responsáveis pela implementação e fiscalização das políticas que atingem de maneira decisiva o segmento mais indefeso e vulnerável da população.

Organizar-se em rede significa que cada instituição membro, independentemente de sua escala ou pertencimento, tem igual direito à palavra e ao voto. A essa horizontalidade somam-se a convivência democrática, o respeito à diversidade e o compartilhamento de saberes, entre outras características que constituem seus princípios. A Rede Nacional Primeira Infância inclui organizações da sociedade civil, fundações, organizações multilaterais, órgãos governamentais e do setor privado, além de outras redes. A admissão faz-se pela concordância com princípios que expressam a defesa de direitos fundamentais: a não discriminação, seja étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, religiosa, ideológica, partidária ou de qualquer outra natureza.

A Rede faz-se cada vez mais presente na realidade nacional, quando está em pauta a discussão de temas específicos da Primeira Infância. Mas não só a esses temas, a Rede tem-se pronunciado igualmente sobre outras questões, de fundamental importância para o povo brasileiro, como a redução da maioria penal, o corte de recursos para políticas sociais e a descontinuidade de programas, que representam conquistas importantes na luta por um país mais justo. Essas questões dizem-nos respeito porque têm repercussão em todas as faixas etárias, incluindo a dos 20 milhões de crianças entre 0 e 6 anos, que nos concernem diretamente, como Rede.

A Rede Nacional Primeira Infância está organizada em Assembleia Geral, instância máxima de decisão; Grupo Gestor, formado por dez entidades com mandatos de duração intercalada,





que monitora e acompanha a execução das ações programadas; e Secretaria Executiva, eleita para um mandato de três anos, cuja atual coordenação, exercida pelo Centro de Criação de Imagem Popular (Cecip), conduzirá até o fim de 2017. Para completar, há os Grupos de Trabalho (GTs) sobre temas específicos, formados por entidades e especialistas. Há GTs em Educação Infantil, Proteção e Prevenção às Violências, Cultura, Planos Municipais para a Primeira Infância, sobre a importância do Brincar, da Participação Infantil, de Participação Paterna, do Fortalecimento da própria Rede e o Grupo de Trabalho sobre Saúde.

A simples descrição dos temas mostra a diversidade e a abrangência do trabalho que vem sendo realizado pela Rede. Essa Rede elaborou, em um longo processo de consulta, escuta e muita determinação, um processo de ampla participação social e política, o Plano Nacional pela Primeira Infância. Em seguida, esse Plano foi objeto de amplo processo de análise, de crítica, de ajustes e de complementações, do qual participaram organizações governamentais e da sociedade civil, por meio de especialistas, técnicos, pesquisadores e profissionais engajados no dia a dia da prática da defesa dos direitos da criança. O resultado é um documento político e técnico que visa orientar a ação do governo e da sociedade civil na defesa, promoção e realização dos direitos da criança até os 6 anos de idade. No Plano, são traçadas diretrizes e estabelecidos os objetivos e as metas que este país deve realizar por suas crianças em cada um dos direitos proclamados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelas leis setoriais da saúde, da assistência, da cultura e dos direitos da criança e do adolescente. O Plano foi aprovado pelo Conselho Nacional pelos Direitos da Criança (Conanda), em dezembro de 2010, e acolhido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República como um plano integral, com metas a serem cumpridas até 2022. Faltam apenas seis anos e há muito por fazer para que, cumpridas essas metas, possamos celebrar, de fato e de direito, a verdadeira independência do Brasil dos males que tanto o afligem e que ainda hoje tão gravemente atingem suas crianças.

A Rede Nacional contribuiu decisivamente para que o Marco Legal da Primeira Infância fosse aprovado na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, e sancionado sem cortes pela Presidenta Dilma Rousseff. Trata-se de uma vitória expressiva para nossas crianças. Um dos maiores avanços do Marco Legal é a previsão da criação de uma Política Nacional Integrada para a Primeira Infância, com abordagem e coordenação intersetorial, com visão abrangente de todos os direitos da criança nessa fase de sua vida, corresponsabilizando União, Estados e Municípios. Os princípios e diretrizes do Marco Legal criam um novo patamar conceitual e de gestão, que estrutura e consolida a intersetorialidade, a participação articulada e efetiva dos Entes Federados na assistência técnica e na qualidade dos serviços voltados às crianças pequenas.

O Marco Legal foi notícia na mídia, que se concentrou na ampliação da licença paternidade, de 5 para 20 dias, no caso de funcionários de empresas do programa Empresa Cidadã, mas é um primeiro passo para que se generalize. Embora ainda estejamos longe do padrão



Eduardo Ogata

escandinavo, de 180 dias de licença paterna, devemos celebrar o avanço, assim como os outros itens da lei; por exemplo, o estabelecimento do Orçamento Primeira Infância. Isso significa que, a partir de agora, a União deverá informar à sociedade a soma dos recursos investidos em programas e serviços voltados à Primeira Infância e colherá informações sobre os valores efetivamente aplicados por estados e municípios. A sociedade poderá monitorar como estão sendo honrados os compromissos assumidos pelo Estado para com as crianças pequenas, o que até agora era virtualmente impossível.

O Marco Legal prevê ainda complementos ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ao Código de Processo Penal e à lei que institui a Empresa Cidadã.

Como complementos ao ECA, a lei estabelece a corresponsabilidade de pais e mães no cuidado e na educação dos filhos; prevê que a União apoie a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora, com atenção especial à formação dos educadores nos serviços de acolhimento de crianças até 3 anos. Outros pontos são: o direito de pelo menos um dos pais permanecer em tempo integral como acompanhante em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal; garante às gestantes, em regime de privação de liberdade, todos os direitos previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às demais gestantes, bem como o direito a receber orientações sobre aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento infantil.

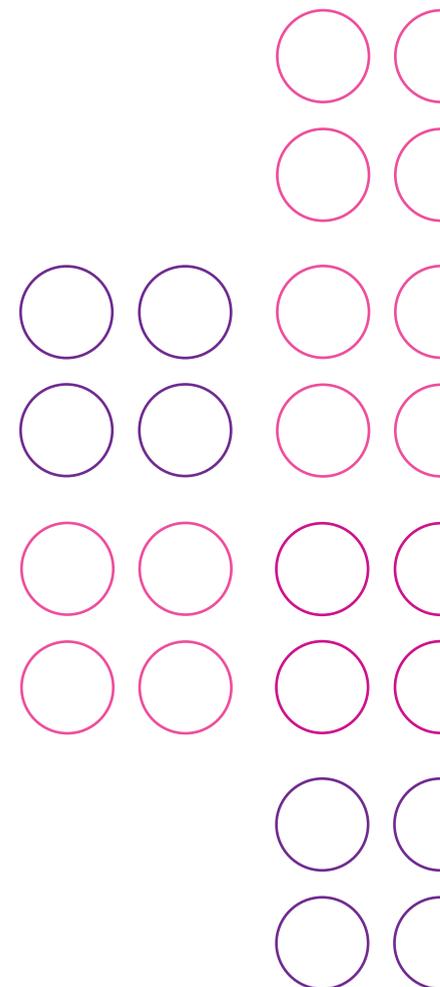
O Marco Legal prevê ainda a possibilidade de o juiz substituir a prisão preventiva pela prisão domiciliar no caso de gestantes, de mulheres com filhos até 12 anos e homens que sejam responsáveis únicos por filhos dessa mesma idade.

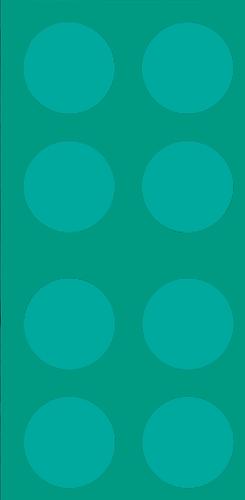
O Marco Legal da Primeira Infância torna efetivos, em âmbito federal, diversos pontos do Plano Nacional Primeira Infância. Trata-se de uma das mais avançadas leis específicas sobre essa faixa de idade. Sua implementação completa começa agora e precisa do apoio de toda a sociedade para que se efetive em sua totalidade no mais breve espaço de tempo possível.

Concluindo, assinalamos que o que acabamos de descrever é uma demonstração do que pode acontecer quando a sociedade organizada atua de maneira articulada. A sociedade brasileira existe, e se expressa pelos movimentos sociais e populares. A história do Brasil e a sociedade brasileira não são criação do aparelho de Estado. É pelo conflito de interesses entre diferentes setores da sociedade que se aperfeiçoam as bases da democracia que queremos, baseada no embate de ideias e programas. É a sociedade que se move, que pressiona por mudanças, que consegue fazer com que elas ocorram. E é um direito seu, inalienável, o direito a uma informação objetiva, isenta, que não busque manipular os legítimos sentimentos que todos temos por justiça, por transparência, por instituições que respondam às necessidades mais prementes da população.



Eduardo Ogata



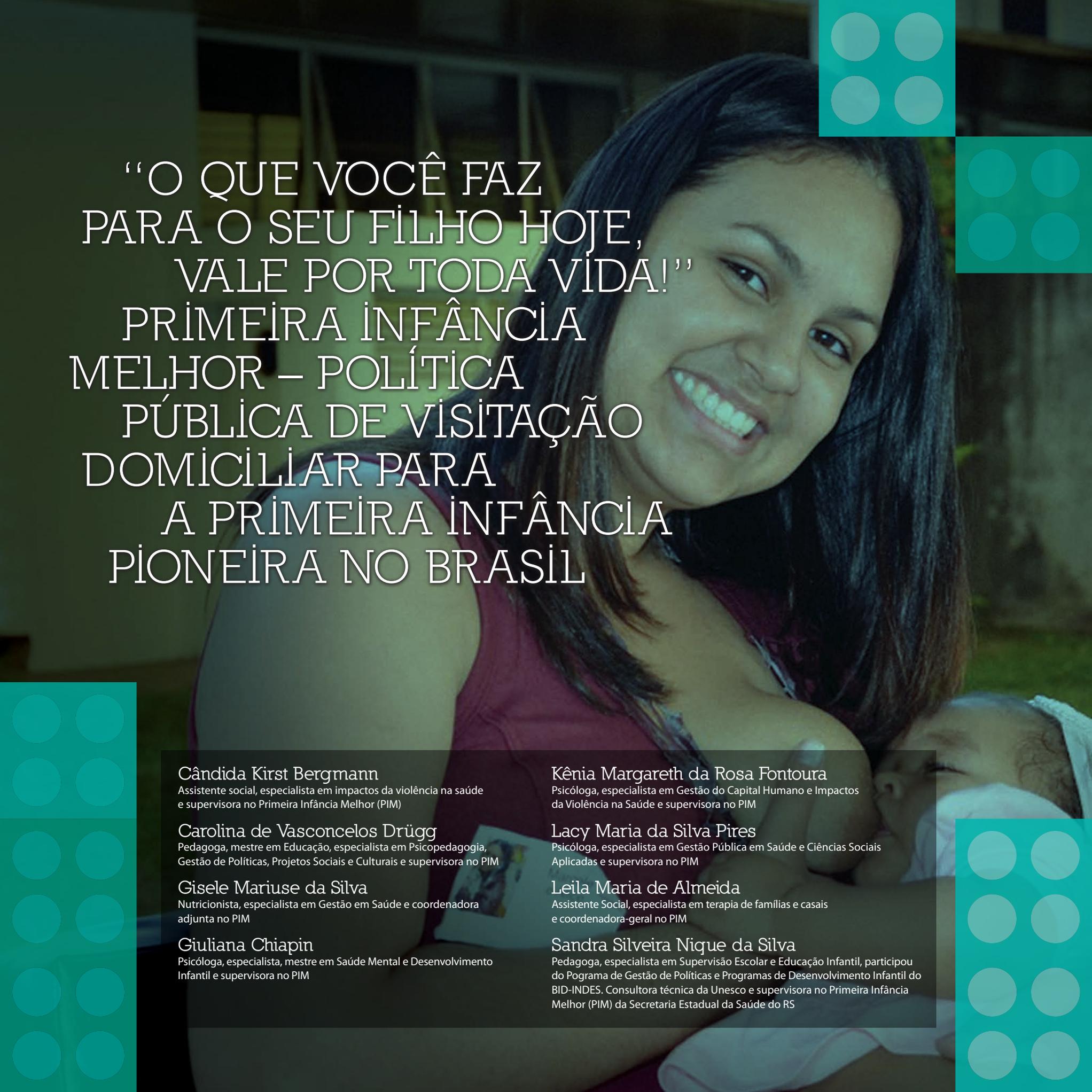




UNIDADE V

Outros
programas
estaduais e municipais
com foco na
Primeira
Infância





“O QUE VOCÊ FAZ
PARA O SEU FILHO HOJE,
VALE POR TODA VIDA!”
PRIMEIRA INFÂNCIA
MELHOR – POLÍTICA
PÚBLICA DE VISITAÇÃO
DOMICILIAR PARA
A PRIMEIRA INFÂNCIA
PIONEIRA NO BRASIL

Cândida Kirst Bergmann

Assistente social, especialista em impactos da violência na saúde e supervisora no Primeira Infância Melhor (PIM)

Carolina de Vasconcelos Drügg

Pedagoga, mestre em Educação, especialista em Psicopedagogia, Gestão de Políticas, Projetos Sociais e Culturais e supervisora no PIM

Gisele Mariuse da Silva

Nutricionista, especialista em Gestão em Saúde e coordenadora adjunta no PIM

Giuliana Chiapin

Psicóloga, especialista, mestre em Saúde Mental e Desenvolvimento Infantil e supervisora no PIM

Kênia Margareth da Rosa Fontoura

Psicóloga, especialista em Gestão do Capital Humano e Impactos da Violência na Saúde e supervisora no PIM

Lacy Maria da Silva Pires

Psicóloga, especialista em Gestão Pública em Saúde e Ciências Sociais Aplicadas e supervisora no PIM

Leila Maria de Almeida

Assistente Social, especialista em terapia de famílias e casais e coordenadora-geral no PIM

Sandra Silveira Nique da Silva

Pedagoga, especialista em Supervisão Escolar e Educação Infantil, participou do Programa de Gestão de Políticas e Programas de Desenvolvimento Infantil do BID-INDES. Consultora técnica da Unesco e supervisora no Primeira Infância Melhor (PIM) da Secretaria Estadual da Saúde do RS

Denise é casada e tem quatro filhos: duas meninas, em idade escolar, um menino de 4 anos e uma menina de 18 meses. Eles moram em um município do Estado do Rio Grande do Sul e recebem atendimento semanal do Primeira Infância Melhor (PIM).

A família participa do PIM há mais de dois anos e recebe orientação para a promoção do desenvolvimento integral de seus dois filhos menores, por meio das visitas domiciliares e dos encontros grupais na comunidade.

No dia da visita, Denise e sua filha mais nova aguardam ansiosas a chegada da visitadora. Atualmente, Denise é uma mãe mais participativa e interessada, que valoriza as orientações que recebe. Relata que considera importante a estimulação adequada em tempo certo para bem desenvolver suas crianças e vibra a cada conquista delas. Comenta, inclusive, que, por meio das brincadeiras orientadas pela visitadora, passou a perceber mudanças significativas em seu próprio modo de lidar com os filhos e de lhes dar atenção. A partir das orientações do PIM, procurou reservar mais tempo para interagir com os filhos. Faz uma analogia entre o modo como tratava as duas primeiras filhas e como é agora, depois do programa. Afirma que o PIM a ajudou a mudar sua vida.

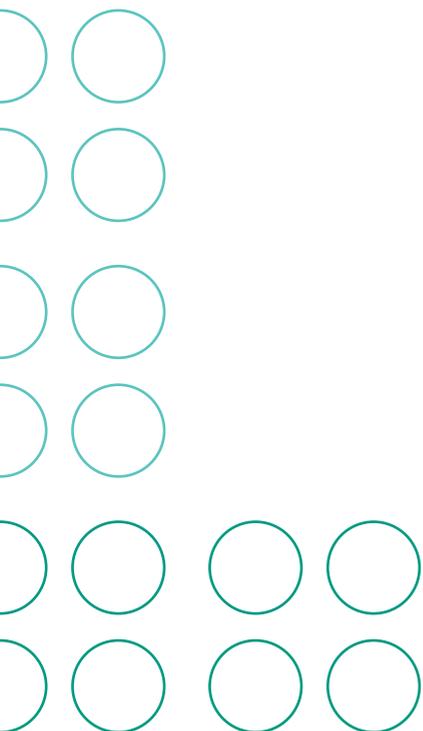
O relato acima foi registrado na reportagem que a BBC de Londres fez sobre o Primeira Infância Melhor (PIM)¹, e é apenas uma das milhares de histórias de famílias gaúchas atendidas por essa política pública de visitação domiciliar pioneira no Brasil.

O PIM é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolve-se por meio de visitas domiciliares e atividades grupais realizadas semanalmente com famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, para o cuidado, proteção e educação de crianças menores de 6 anos desde a gestação.

Desenvolvido a partir de 2003, tornou-se política pública por lei, em 3 de julho de 2006 (sofreu alteração em 28 de agosto de 2014). Tem como referência a metodologia do programa cubano *Educa a tu Hijo*, do Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar (Celep), com quem estabeleceu, durante o processo de implantação, uma cooperação técnica por três anos, financiada pela Secretaria de Saúde do Estado.

Compõe uma das políticas prioritárias da Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul, além de integrar programas estratégicos do Governo do Estado. É coordenado pela Secretaria Estadual da Saúde, com apoio das Secretarias Estaduais da Educação, da Cultura, do Trabalho e do Desenvolvimento Social, da Justiça e dos Direitos Humanos e do Gabinete de

¹ Vídeo na íntegra disponível em <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/first-steps-bbc-world-news/você>>.



Políticas Sociais. Sua execução é de responsabilidade das prefeituras municipais. As Secretarias da Saúde, Assistência Social e Educação são prioritárias na implantação e implementação da política nos municípios, cabendo aos gestores locais a decisão sobre sua gestão, com apoio do Grupo Técnico Estadual (GTE).

O PIM, conforme informações de dezembro de 2015 do Sistema de Dados do PIM (SisPIM), atende 53 mil famílias e conta com 2.629 visitantes atuando em 250 municípios, o que representa 50% dos municípios gaúchos com a política implantada. Ao longo da sua trajetória de 13 anos, o programa já atendeu 158.071 famílias, 85.100 crianças e 39.735 gestantes por meio do trabalho de 9.869 visitantes em 4 mil comunidades de municípios gaúchos.

O PIM atua no fortalecimento das competências familiares orientando por meio de atividades lúdicas, que qualificam as relações familiares e comunitárias e contribuem para o desenvolvimento pleno das capacidades do ser humano. Suas ações estão baseadas na elaboração conjunta de planos singulares de cuidados com as equipes municipais de atenção básica em saúde, de proteção social básica e de educação.

A atenção dedicada às famílias participantes do PIM é realizada por meio das *modalidades de atenção individual e grupal*, complementadas pela abordagem comunitária. A *modalidade de atenção individual* é destinada às famílias com crianças menores de 4 anos, bem como às gestantes vinculadas à política. A modalidade dirigida às crianças é semanal e às gestantes é quinzenal. Ambas são realizadas na residência da família, com duração de, aproximadamente, uma hora. Quando as crianças completam 3 anos, passam a participar de um encontro grupal mensal, de modo a contribuir para o processo de socialização. A *modalidade de atenção grupal* é dirigida às famílias com crianças de 4 a 6 anos e também às gestantes. Essa modalidade, quando dirigida às crianças, é semanal, e para as gestantes é mensal. Ambas são realizadas em espaços coletivos da comunidade, com duração de, aproximadamente, uma hora.

Essa metodologia contempla um sistema de informação próprio, Sistema de Informação Programa Infância Melhor (SisPIM), que visa o registro, o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento das famílias e suas crianças, como meio de melhor conhecê-las, além de permitir a identificação de suas conquistas. Para o PIM, o monitoramento e a avaliação não representam uma simples forma de mensurar conhecimentos, mas ponto de partida para novas descobertas. Propõe-se a acompanhar o desenvolvimento integral das crianças, por meio de observação contínua, valorizando as experiências, manifestações, vivências, descobertas e conquistas. Tem como um de seus objetivos revelar aquisições que a criança já possui a partir de alguns indicadores nas dimensões socioafetiva, cognitiva, motora e linguagem.

O visitante do PIM atua exclusivamente nas ações de promoção do desenvolvimento da primeira infância. Ele é o responsável direto por apoiar as famílias e as comunidades para o fortalecimento de suas competências em cuidar, educar e proteger suas crianças, por meio das

■ Atendimento do PIM a uma família de Pelotas – RS



Vanessa Cruz

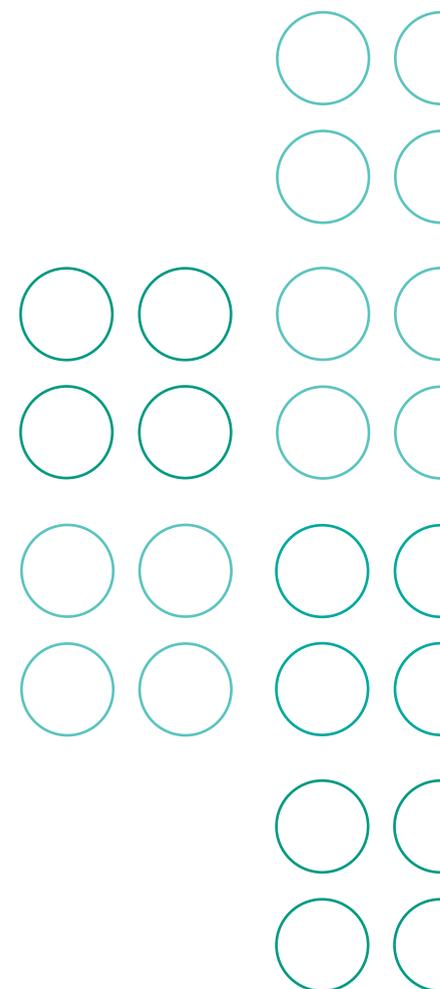
modalidades de atenção. Cada visitador responde pelo atendimento de, no máximo, 20 famílias, favorecendo intervenções focadas em cada contexto. Para tanto, conta com o suporte de uma equipe de apoio composta por profissionais da rede de serviços da Saúde, Educação e Assistência Social – arranjo que sustenta a construção do olhar integral e integrado sobre as múltiplas demandas familiares e comunitárias. Sua rotina de trabalho compreende elaborar planos singulares de atenção e formações permanentes, permeadas por processos de escuta de suas observações. Elas fortalecem a capacidade de construir relações dialógicas com as famílias, reconhecendo o que emerge de seu cotidiano, posicionando-se como um facilitador na construção de conhecimentos e motivando as famílias a ser protagonistas de seu próprio desenvolvimento.

Vale ressaltar que a construção de um trabalho com tais características requer investimentos contínuos na formação e supervisão dos visitadores e na sensibilização das equipes gestoras para o verdadeiro significado de uma prática voltada às mudanças sociais. O ponto inicial precisa ser o reconhecimento de que cada família representa um universo de significados, e que a compreensão de seu contexto depende de uma escuta qualificada daquilo que atravessa as dinâmicas familiares, ou seja, suas crenças, valores, hábitos e histórias de vida. Nesse processo, o visitador deve também revelar o objetivo de sua presença, investigando as distintas expectativas e motivações com relação à sua proposta de trabalho. Essa postura fortalece-se a cada encontro, na medida em que a família elabora suas aprendizagens e apresenta novas interpretações de sua própria realidade.

A seguir, a fala de um visitador do PIM, durante o evento do Prêmio Salvador Celia, em novembro de 2015, que exemplifica a complexidade da figura desse profissional.

Nós, visitadores do programa Primeira Infância Melhor, temos como base o brincar como uma das ações norteadoras do desenvolvimento infantil. A família, como peça principal dessas ações, e a comunidade em que essas famílias e crianças estão inseridas, o ambiente onde ocorrerão essas ações.

O visitador do PIM (...) busca desenvolver ações que promovam o desenvolvimento integral da criança por meio de atividades lúdicas junto com a família e com a comunidade, proporcionar momentos de diversão nas brincadeiras com afeto e carinho, trocando experiências. Tudo em prol do desenvolvimento integral da criança. Muitas vezes, a caminhada do visitador em suas atividades domiciliares é árdua, principalmente quando se depara com situações de extrema vulnerabilidade. Vulnerabilidade esta, a qual me refiro, não somente a de extrema pobreza, mas sim, vulnerabilidade de atenção, de carinho, de afeto e de esperança em dias melhores. É o que muitas famílias que estão sob o nosso cuidado vivenciam. É frente a essa realidade que nós, visitadores, buscamos inspiração e força para seguir em frente, acreditando que fazemos a diferença para as famílias, as gestantes e as crianças.



Para meus queridos colegas de caminhada, faço das palavras de Cora Coralina as minhas palavras, porque carrega em sua fala um pouco do que representamos e somos para as famílias sob nossos cuidados: “Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa do outro mundo, é o que dá sentido à vida...”

E nós, queridos visitantes, somos tudo isso e muito mais: somos promotores de infâncias felizes. Aos nossos governantes e sociedade, peço: continuem a acreditar e a investir na infância, garantindo, assim, o direito de nossas crianças terem uma PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR.

Nilo Edenilson Liessem Jacinto

A metodologia do PIM tem seu suporte teórico firmado nas contribuições de estudiosos sobre a temática do desenvolvimento infantil, tendo como base as primeiras relações do bebê com o mundo. Fundamenta-se nos pressupostos de Lev Vygotsky, John Bowlby, Donald Winnicott e Jerome Bruner, além dos recentes estudos da Neurociência. Também trabalha com referências multidisciplinares visando ao desenvolvimento integral da infância.

De Vygotsky, tomou-se como base parte de seu conceito de *zona de desenvolvimento proximal*, que é a aprendizagem que acontece no intervalo entre o conhecimento real e o conhecimento potencial, ou seja, é a distância entre o que o sujeito já sabe e aquilo que ele tem potencialidade de aprender. Isso remete à importância do outro como intermediador da relação da criança com o mundo e suas aquisições por meio do estímulo que lhe é apresentado. “No desenvolvimento, a imitação e o ensino desempenham um papel de primeira importância. Põem em evidência as qualidades especificamente humanas do cérebro e conduzem a criança a atingir novos níveis de desenvolvimento. A criança fará amanhã sozinha aquilo que hoje é capaz de fazer em cooperação” (VYGOTSKY, 1979, p. 138). Para Vygotsky, o sujeito do conhecimento não é apenas passivo, regulado por forças externas que o vão moldando; não é somente ativo regulado por forças internas; ele é interativo.

De Piaget, o PIM alinha-se às concepções teóricas que contemplam as faixas etárias que lhe são prioritárias. Para esse autor, o desenvolvimento humano obedece a certos estágios hierárquicos, que acontecem a partir do nascimento, até se consolidarem, por volta dos 16 anos de idade. A ordem desses estágios seria, segundo o autor, “invariável e inevitável” a todos os indivíduos. Mais especialmente, dizem respeito ao PIM os estágios “sensório-motor” (do nascimento aos 2 anos) e “pré-operatório” (dos 2 aos 6 anos). No primeiro, a criança desenvolve um conjunto de “esquemas de ação” sobre o objeto, que lhe permitem construir um conhecimento físico da realidade. Nesta etapa, desenvolve o conceito de permanência do objeto, constrói esquemas sensório-motores e é capaz de fazer imitações, construindo representações mentais cada vez mais complexas. No estágio “pré-operatório”, a criança inicia a

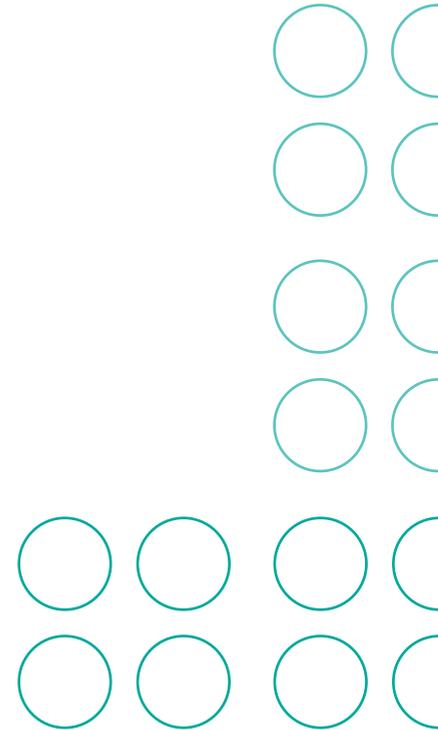
construção da relação causa e efeito, bem como das simbolizações. É a chamada “idade dos porquês” e “do faz de conta”. Como se percebe, tais concepções dão significativo suporte à estratégia do brincar, utilizada pelo PIM, em suas atividades.

Em Winnicott, o PIM encontra total afinidade em sua concepção sobre a relação saudável que acontece entre o ambiente e o bebê, de onde emergem os fundamentos da constituição da pessoa e do desenvolvimento emocional e afetivo da criança. Segundo esse teórico, cada ser humano traz consigo um potencial de “vir-a-ser”, potencial para amadurecer e tornar-se um indivíduo independente e criativo. Entretanto, para isso, o bebê necessita do apoio fundamental de um “ambiente suficientemente bom”, um ambiente facilitador. O ambiente é, no início, representado pela “mãe suficientemente boa”, aquela que é capaz de se identificar com o bebê dependente e responder adequadamente às necessidades deste. Winnicott ressalta que a qualidade das relações estabelecidas favorece ou dificulta o potencial de saúde da criança.

Bowlby, traz a “teoria do apego”. Dentre as diferentes formas de apego, a mais adequada é aquela em que o outro pode ser percebido como uma base segura, a partir da qual o indivíduo poderá explorar o mundo e experimentar outras relações. Um modelo seguro de apego desenvolverá expectativas positivas em relação ao mundo. Funciona como uma lente, através da qual o sujeito vai ver o mundo e a si próprio. O estabelecimento de apegos seguros na infância tende fortemente ao desenvolvimento saudável dos indivíduos. Bowlby (1990, p. 87) enfatiza que “variável alguma tem mais profundos efeitos sobre o desenvolvimento da personalidade do que as experiências infantis no seio da família: a começar dos primeiros meses e da relação com a mãe”.

Bruner foi agregado ao PIM como referência, em especial às questões relativas às populações indígenas, quilombolas e de mulheres no cárcere. A temática da diversidade, cujo foco as políticas nacionais têm distinguido enquanto necessário e urgente, igualmente encontra espaço assegurado nas ações do PIM, que se coloca ajustado às políticas de inclusão, levando em conta as diferenças culturais e étnicas, reconhecidamente abundantes no Estado. Tal agregação contribui para a revitalização das culturas a partir das próprias comunidades, promovendo o fortalecimento da autoestima e da identidade étnico-racial. O autor é defensor da ideia de “mente social”, e seus estudos e postulados giram em torno de três grandes eixos: *psicologia cultural*, narrativa e *construção de significados*.

E, por último, as confirmações sobre as performances do funcionamento do cérebro, sua plasticidade e capacidade de conexões neuronais trazidas pela Neurociência, provando a importância dos estímulos em tempo adequado para o desenvolvimento integral do bebê. A Neurociência, colocada como recurso teórico exponencial, veio ratificar e ampliar as referências teóricas já citadas, cujas justificativas, a cada dia mais evidentes, são devidamente comprovadas por meio de pesquisas e experiências científicas. Os conhecimentos sobre a capacidade de desenvolvimento do cérebro nos primeiros anos de vida hoje é realidade comprovável. O impacto do ambiente é extremamente significativo, não apenas influenciando a direção do



■ Atendimento individual do PIM a uma família de Porto Alegre – RS



Bell Boniatti

desenvolvimento, mas também como o complexo circuito do cérebro humano é conectado. A Neurociência confirma que o desenvolvimento do cérebro é “experiência-dependente” e que experiências nos primeiros meses dão forma para posteriores funções psicológicas. Percepção, memória, emoções, até pensamentos e comportamentos são, todos eles, produtos da atividade dos circuitos neuronais. É por isso que a experiência nos primeiros anos é tão crucial. As vivências – positivas ou negativas – que as crianças têm nos seus primeiros anos de vida influenciam como seus cérebros se configurarão como adultos no futuro. Por isso estudos afirmam a importância de intervenções precoces, ainda nos primeiros anos de vida, ressaltando que mesmo crianças nascidas em famílias desfavorecidas em termos econômicos, sociais ou educacionais, podem ser beneficiadas por intervenções de conhecimento e orientação no sentido da promoção e estímulo ao seu desenvolvimento.

Na busca do desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano, o Primeira Infância Melhor tem como eixos de sustentação a família, a intersectorialidade e a comunidade. “A família é, na sociedade atual, a instituição que desempenha o papel central e insubstituível de atender às necessidades de desenvolvimento da criança” (Rede Nacional pela Primeira Infância, 2010). Para o PIM, a família constitui espaço primordial privilegiado na efetivação de suas ações, e é devidamente valorizada em suas possibilidades de investimento em seus projetos de vida e para educar, cuidar e proteger suas crianças. Amor, afeto e carinho são os quesitos indispensáveis aos pais e aos cuidadores, cuja responsabilidade inclui a acolhida de orientações para estimularem seus filhos. O desenvolvimento das competências familiares caminha lado a lado com o resgate da confiança, autoestima e segurança para assumirem o protagonismo na atenção a seus filhos. Bowlby (2006) e Winnicott (1998) destacam, e a experiência do PIM confirma, que as vivências infantis são fundamentais no processo de configuração e estabelecimento de vínculos afetivos futuros.

É importante enfatizar a plena abertura ao acolhimento das diferenças, promovidas por meio da prática do PIM. As diversidades, por si só, projetam uma amplitude no modo como são estabelecidos os olhares, os contatos e as atitudes que dão substância e singularidade às ações desta política pública. Mas é no espaço familiar, entendido como lugar onde laços afetivos e de convivência se estabelecem e se sustentam, que as ações desta política têm sentido. E é aí, onde a vida acontece, que crianças, pais, mães ou cuidadores, independentemente dos laços biológicos, são concretos e simbolicamente mobilizados.

As diversidades étnicas e culturais, antes de desafios, são potencialidades. Fortalecer as famílias, então, inclui a relação dialógica que percebe, respeita e aceita o outro na sua inteireza e singularidade, em uma atitude de abertura que transcende um dizer e um escutar puro e simples. Há aí um chamado para o compromisso, para a corresponsabilização e, sobretudo, para uma vivência participativa e solidária. Nesse contexto, são respeitadas todas as diferenças de origem cultural, raça ou cor, residência urbana ou rural, de área quilombola ou indígena. Se famílias homoafetivas, ou não; se agregados por amizade ou convivência, não importa.

Interessa a relação estabelecida, sua disponibilidade e compromisso para cuidar, educar e proteger suas crianças. Aos filhos de mães privadas de liberdade, por exemplo, devido às limitações do ambiente e do tempo que as crianças ficam sob os cuidados dessas, é realizado um trabalho com características diferenciadas. A elas são oferecidas orientações sobre o desenvolvimento infantil, saúde, segurança e demais conteúdos que possam acrescentar à qualidade de vida e convivência dessas mulheres com seus filhos, apesar do aprisionamento.

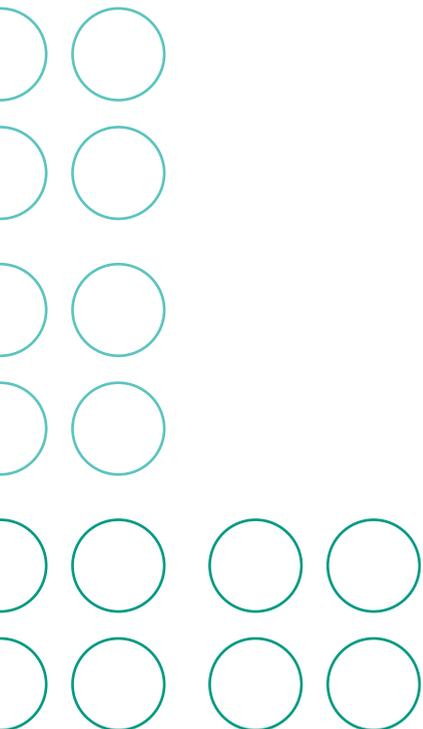
A criança constitui foco de atenção do PIM e é acompanhada desde a gestação. A criança é vista e respeitada como ser vulnerável e dependente, mas também como ativa, capaz, com sua singularidade e características que também afetam o seu ambiente desde o nascimento. O PIM acredita que o investimento na primeira infância é uma ação preventiva para uma sociedade saudável, mas, acima de tudo, considera a infância pela infância, valorizando e cuidando das crianças como sujeitos de direitos e dignos de um ambiente seguro, para que possam desenvolver todo seu potencial e vivenciar os primeiros anos em sua plenitude.

Para tal, a criança precisa brincar. A ludicidade é um dos principais meios pelo qual a criança compreende, relaciona-se e comunica-se com o mundo. Sendo assim, este é o principal recurso escolhido para viabilizar a prática do PIM. A base metodológica do programa está no reconhecimento da importância do brincar. “O brincar facilita o crescimento, o desenvolvimento afetivo e cognitivo, possibilita e conduz a relacionamentos grupais saudáveis” (OLIVEIRA, 2010, p. 9). A experiência do programa confirma que, por meio das atividades lúdicas, a criança explora muito mais sua criatividade, melhora sua conduta no processo de ensino-aprendizagem e sua autoestima. Sabe-se que um indivíduo criativo é um elemento importante para o funcionamento efetivo da sociedade, pois é ele quem faz descobertas, inventa e promove mudanças.

A base *intersetorial* do PIM alinha-se à sua metodologia e prática para efetivar integração e sustentabilidade enquanto ação voltada às famílias em sua própria comunidade.

Devem ser criados serviços de DPI bem integrados e coordenados para assegurar o desenvolvimento holístico das crianças. No entanto, existem poucos estudos a respeito de coordenação nacional de serviços de DPI e muitos planejadores e profissionais de serviços não entendem bem as distinções entre a coordenação multissetorial e a integração de serviços. Há uma aceitação consensual de que a abordagem multissetorial deva ser utilizada para desenvolver sistemas de DPI (NAUDEAU et al., 2010).

A superação de práticas fragmentárias na atenção às populações em situação de fragilidade é fator de grande importância na perspectiva da executabilidade das ações desta política. A intersetorialidade é pensada como lógica de gestão, diretamente relacionada a uma diretriz mais ampla que visa assegurar direitos às pessoas, vinculando uma concepção ética e social aos objetivos de integralidade nos processos de atenção e cuidado voltados a populações em



situação de risco e vulnerabilidade. O recurso da intersetorialidade vem acrescentar conteúdo e sentido à prática proposta, uma vez que representa, mais objetivamente, a integração das secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social, tanto no âmbito estadual quanto municipal, na participação da gestão e execução de suas ações. Essa participação vai além de um mero olhar ou saber de áreas diversas, é um compromisso dos gestores e seus técnicos para suprirem todas e quaisquer demandas identificadas junto às comunidades. No Estado, ainda, o Gabinete de Políticas Sociais e a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos passaram a participar, no sentido de apoio. Constitui-se, então, uma forma intersetorial de ampliar viabilidades, concretizar apoios e responder às demandas. Esta visão implica no planejamento de ações integradas entre as diversas secretarias e suas políticas, com aporte técnico e financeiro, além de logístico, e, possivelmente, previsão orçamentária para efetivação das ações. O caráter político-administrativo dessa estratégia está relacionado à capacidade de visão, decisão, vontade política e determinação do gestor para investir e implementar tais ações a partir de necessidades e demandas identificadas, de modo articulado, resolutivo e com garantias de acesso. A intersetorialidade é, portanto, um instrumento estratégico com capacidade de otimização de saberes, competências e relações, que se ajustam a um movimento sinérgico em prol da concretização de objetivos comuns.

As comunidades são percebidas no PIM como a ampliação do espaço de convivência familiar e base de apoio das famílias, embora nem sempre o sejam. A rede de serviços, ao fazer parte do trabalho em saúde nos territórios, ao acolher, atender e cuidar, passa a representar uma das estratégias para efetivação das ações, que precisam ser resolutivas como forma de sustentação desta mesma. Nessa perspectiva, corresponsabilidade, atenção, cuidado, autonomia e ação compartilhada constituem algumas das referências elementares. Além disso, a comunidade precisa instituir-se como exercício do coletivo, onde possa ser superado o individualismo e as atitudes segregacionistas.

As relações de confiança, cuidado e respeito que devem se estabelecer entre o visitador domiciliar do PIM e as famílias de uma comunidade, induzem ao reconhecimento da importância do fator humano nos processos de agregação deste lugar, como uma extensão do espaço familiar, onde as relações estabelecem-se e onde o sujeito pode inserir-se, atuar colaborativamente e desenvolver-se, promovendo positividade.

Esse, portanto, constitui não apenas um espaço onde o sujeito pode exercer sua singularidade, mas um território de intersubjetividades, onde mesclam-se saberes, culturas, histórias, sentimentos, desejos e vivências; um espaço onde o sujeito pode “vir a ser”, ou seja, existir a partir do reconhecimento de si e do outro que o rodeia; um lugar onde as diversidades culturais possam ser respeitadas para o enfrentamento eficaz dos problemas e dificuldades vivenciados pelas famílias.

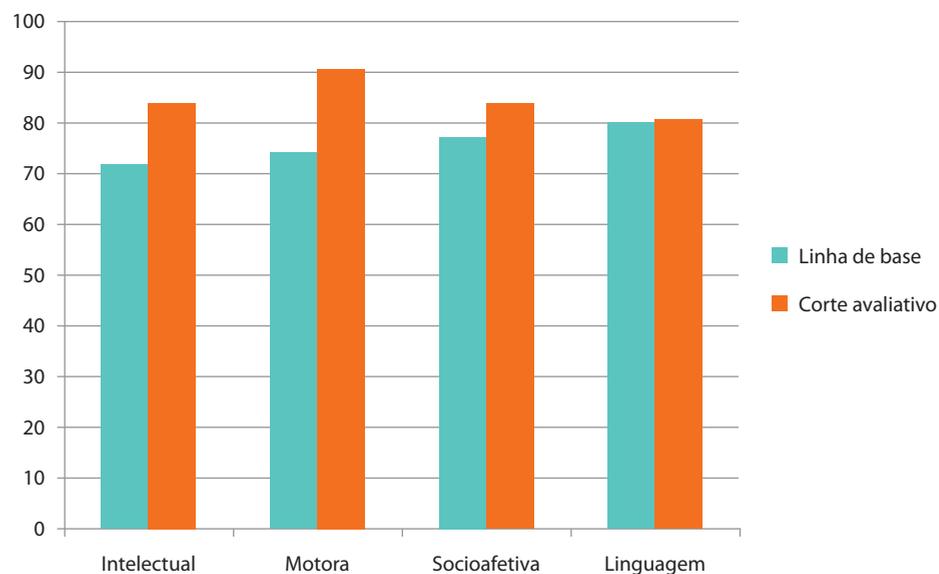
Desde sua implantação, o Primeira Infância Melhor foi objeto de quatro avaliações externas, além de ser campo de estudo para dissertações de mestrado e teses de doutorado. O Celep,

ao longo de sua consultoria, realizou duas avaliações parciais, as quais analisaram os ganhos alcançados pelas crianças atendidas pelo PIM.

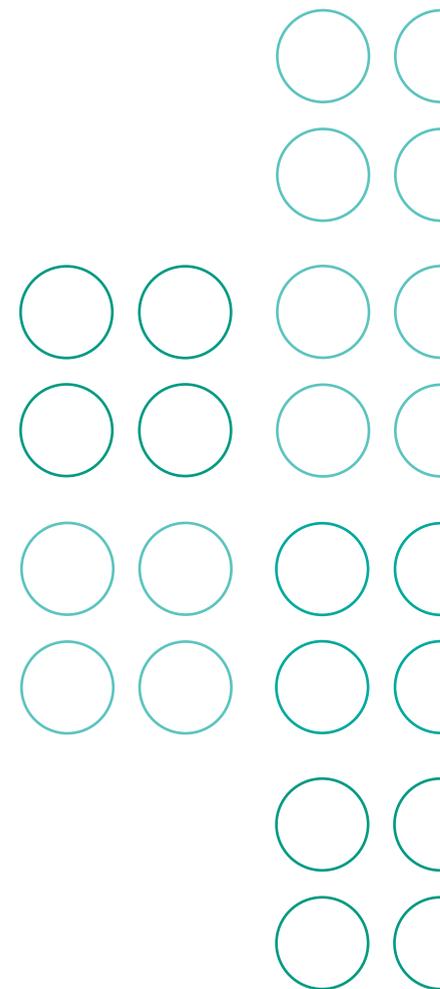
A primeira avaliação, realizada no período 2005-2006, constituiu um meio para determinar o cumprimento dos objetivos propostos e projetar ações para seu aperfeiçoamento, quando foi selecionada uma amostra representativa das distintas estruturas do programa. Foram escolhidos cinco municípios de diferentes regiões do Estado, cuja abrangência do PIM contivesse um grande número de famílias sob atendimento. Outro critério referiu-se aos municípios com maior número de crianças beneficiadas pelo PIM. Na oportunidade, foram investigadas as diferentes estruturas do programa com foco nos ganhos em desenvolvimento obtidos pelas crianças atendidas nas dimensões afetiva, motora, cognitiva e da linguagem. Os resultados alcançados serviram para aperfeiçoar a proposta em sua fase ainda inicial de implantação. O objetivo principal dessa avaliação foi identificar a importância do Primeira Infância Melhor para a melhoria da qualidade de vida das famílias. Os resultados apresentaram que 54% das famílias acredita que o PIM auxilia na orientação de como brincar com a criança, 52% aponta que o programa apresenta alternativas para o estímulo ao seu desenvolvimento integral e 40% relata a oportunidade da criança e da família construírem vínculos afetivos por meio de atividades lúdicas.

Nessa primeira avaliação, há que se destacar os avanços no desenvolvimento das crianças atendidas pelo PIM quando comparado seu desempenho no momento do corte avaliativo em relação ao seu desempenho na linha de base, segundo as dimensões do desenvolvimento, conforme apresentado no gráfico a seguir.

■ **Gráfico 1** – Comparativo do desempenho das crianças PIM na linha de base e no corte avaliativo



Fonte: Centro de Legislação de Pessoal e Normalização – Celep (2006).



Em 2010, o programa já atingia mais da metade dos municípios gaúchos, atendendo 246 municípios. Após mais de quatro anos de sua implantação e com a ampliação de sua cobertura, se impôs a necessidade de uma segunda avaliação. Depois do primeiro corte parcial, o programa seguiu com sua proposta de avaliação sistemática, conforme sua metodologia. Entretanto, os resultados alcançados e sua implementação nos diferentes contextos induziram à necessidade de se realizar outra avaliação, revelando suas potencialidades, ganhos e fragilidades em relação ao seu objetivo. O objetivo da avaliação foi obter informações acerca dos resultados alcançados na implementação do programa, expressados no nível de preparação adquirido pelas famílias para a condução da educação de seus filhos em seu próprio ambiente, os ganhos alcançados no desenvolvimento integral das crianças, a efetividade do desempenho dos grupos técnicos nos diferentes níveis, assim como dos monitores e visitantes. Foi avaliado também o grau de conhecimento que possuem os atores comunitários acerca do programa e sua participação nas tarefas a ele vinculadas.

O segundo corte avaliativo do programa, em 2010, envolveu 16 municípios gaúchos de diferentes regiões do Estado, previamente selecionados, a partir de critérios como tempo mínimo de seis meses de implementação das ações, famílias com PIM residindo em áreas de vulnerabilidade e famílias sem PIM em áreas vulneráveis similares. O objetivo foi realizar uma comprovação quantitativa e qualitativa em diferentes aspectos, conforme indicadores familiares e de crianças atendidas e não atendidas pelos PIM, por meio da aplicação de instrumentos de entrevista e observação. A coleta desses dados foi realizada pelos profissionais dos Grupos Técnicos Estadual e Municipal (GTE e GTM), monitores e visitantes. Neste estudo, foi possível demonstrar os resultados do PIM em diferentes dimensões do desenvolvimento infantil. Em especial, verificou-se o impacto no desenvolvimento das crianças atendidas pelo PIM em comparação com as que não haviam recebido nenhum tipo de intervenção educativa. Também foi possível confrontar os ganhos de desenvolvimento das crianças do PIM no momento do corte avaliativo em relação aos ganhos apresentados quando de sua entrada no programa. No total, participaram 772 crianças do PIM e 148 crianças do grupo controle.

Em relação à realização das atividades propostas pelos visitantes, 51% das famílias afirmou realizá-las diariamente e 34% o fazia várias vezes na semana, com o envolvimento principalmente da mãe (89%), dos irmãos (30%) e dos pais (27%) na execução das tarefas com a criança. Além disso, os resultados apontaram que 97% das famílias acreditava que sua participação no PIM modificara seu modo de tratar os filhos e 87% referiu que favorecia para entender melhor o desenvolvimento na primeira infância e a atender às necessidades afetivas e lúdicas dos filhos. A grande maioria das famílias relatou estar mais próxima dos filhos, brincando e conversando mais com eles, além de conseguir estabelecer limites. Com isso, 46% das famílias passou a observar que suas crianças estavam mais alegres, 53% mais comunicativas, 81% brincando mais e 49% relacionando-se melhor com outras crianças. Também, 96% notou que o PIM havia colaborado com a atenção à saúde dos filhos, em especial com a

atualização da carteira de vacinação (92%). A grande aceitação e envolvimento das famílias no PIM refletiu-se ainda no fato de que, com exceção de uma família, todas afirmaram que gostariam de continuar participando do programa.

O Quadro 1 apresenta o desempenho das crianças do PIM no momento do corte avaliativo em comparação com elas próprias (linha de base) e com as crianças do grupo controle. As crianças participantes do PIM atingiram percentuais mais elevados nas dimensões socioafetiva, cognitiva, motora e da linguagem do que as crianças do grupo controle. Análises estatísticas mostraram que essas diferenças foram significativas. Da mesma forma, foi comprovado que os percentuais atingidos pelas crianças depois da participação no programa foram significativamente maiores do que os encontrados na linha de base.

■ **Quadro 1** – Resumo dos resultados encontrados:

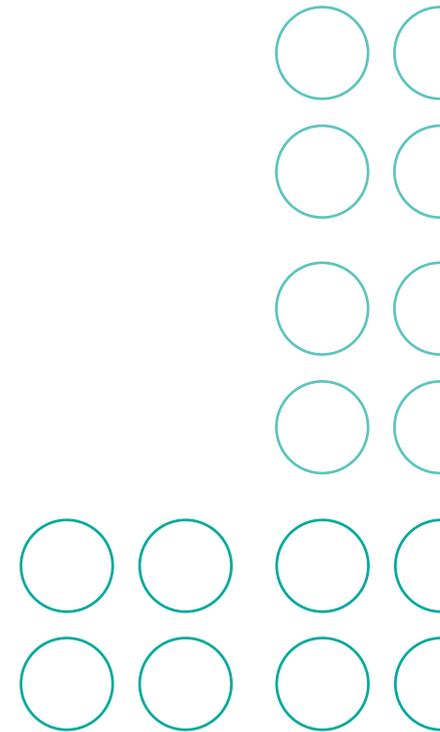
Comparativo entre o desempenho das crianças do PIM e das crianças do grupo controle		Comparativo entre desempenho apresentado pelas crianças do PIM na linha de base e no corte avaliativo	
Dimensões do desenvolvimento	Diferença apresentada pelas crianças do PIM (%)	Dimensões do desenvolvimento	Evolução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

Fonte: Centro Latino Americano de Educação Pré-Escolar de Cuba (2010).

No ano de 2011, foi iniciada uma avaliação que objetivou a verificação quanto à prontidão para a escola em crianças de 4 a 6 anos no Estado do Rio Grande do Sul. Por meio de parceria com o Offord Center of Child Studies, da McMaster University, o Instrumento de Desenvolvimento Infantil (Early Development Instrument – EDI) foi adaptado para o português e utilizado como uma medida de avaliação do PIM na referida pesquisa, que foi conduzida em 2011 e finalizada em 2012.

Esse estudo foi importante por várias razões, entre elas a possibilidade de parceria com a emérita universidade canadense, com a colaboração de profissionais da equipe do economista James Heckman.

Para avaliação EDI, foram escolhidos oito municípios do Estado, cujas características deveriam ser, proporcionalmente, similares entre si. A amostra foi composta por 670 crianças, sendo 433 do grupo PIM e 237 do grupo controle. O objetivo era saber, de modo efetivo, quais diferenças poderiam ser identificadas na criança egressa do PIM, quando de sua entrada na escola. Avaliar, por meio da pesquisa, o desenvolvimento das crianças entre 4 e 6 anos de idade e coletar informações sobre os seguintes domínios do desenvolvimento: saúde,



bem-estar físico, competência social, maturidade emocional, linguagem e desenvolvimento cognitivo, habilidades de comunicação e conhecimento geral.

Os resultados revelaram pais mais presentes na vida escolar dos filhos; redução da vulnerabilidade para aprendizagem – que significa crianças mais responsivas às demandas da escola, mais interessadas e envolvidas nas atividades, especialmente os meninos – o que representa um fator protetivo; redução na vulnerabilidade para aprendizagem nas crianças cujas mães têm baixa escolaridade; maior impacto nas crianças que participaram por mais de dois anos em atividades do PIM, em termos das respostas esperadas, considerando-se a perspectiva educacional.

Na avaliação do EDI, os resultados indicam que as crianças que participaram do PIM por dois anos ou mais tiveram médias levemente maiores nos escores de EDI em todos os domínios do que as que participaram por um período menor de tempo, com exceção do domínio de bem-estar físico. O maior tempo de participação no PIM esteve também associado com menores porcentagens de vulnerabilidade entre as crianças.

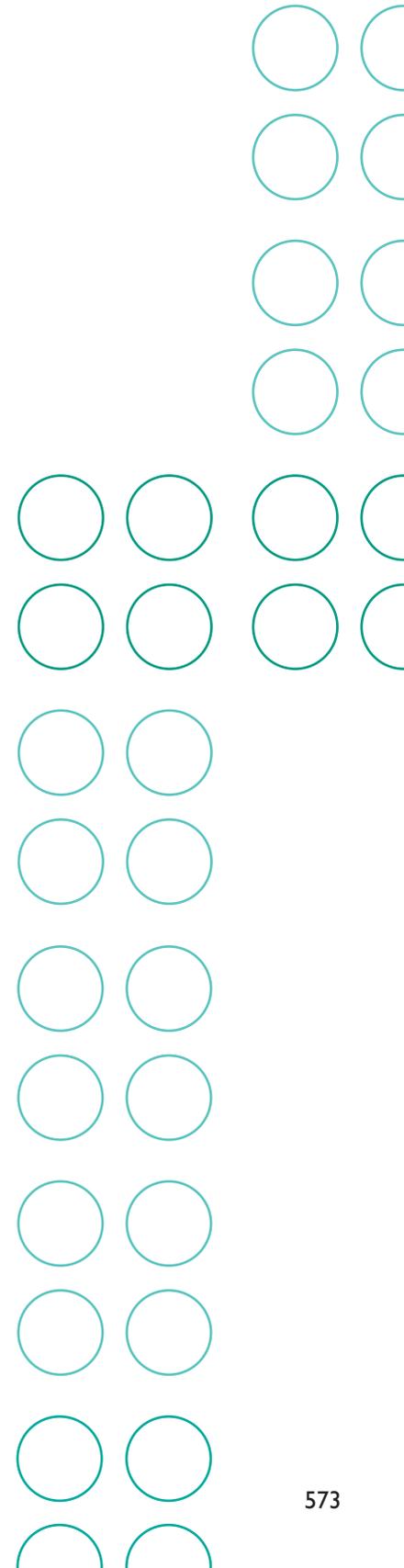
As considerações finais dos pesquisadores, depois do estudo, ressaltaram que uma importante limitação da pesquisa PIM-EDI foi a falta de avaliações das famílias e crianças no momento em que ingressaram no Programa que pudessem ser comparadas com os resultados obtidos pelas crianças quando ingressaram na escola. As famílias contempladas pelo PIM tendem a ser as que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social e, portanto, é plausível pensar que possam ter partido de situações de dificuldades e prejuízos potenciais ao desenvolvimento infantil muito maiores do que as crianças do grupo controle que não foram recrutadas pelo PIM. Assim, os benefícios obtidos pela participação no PIM podem ter possibilitado a essas famílias e crianças apenas equiparem-se às outras, o que nos leva a pensar que na ausência do programa resultados muito piores poderiam ser encontrados nessa população. Um indicador de que essa hipótese pode ser verdadeira foi o fato de as crianças do grupo controle terem apresentado renda familiar superior às crianças egressas do PIM, apontando para a possibilidade de que elas já estivessem em melhores condições em termos do seu desenvolvimento. Além disso, os autores concluem que um sistema de monitoramento, incluindo a avaliação do progresso das crianças no PIM, aplicado de maneira longitudinal, permitiria uma avaliação mais precisa e abrangente do impacto do PIM no desenvolvimento das crianças.

Em 2014, foi realizado pela Fundação Getúlio Vargas o projeto “Avaliação para melhora da relação custo-efetividade, qualificação e expansão do programa Primeira Infância Melhor (PIM)”. O trabalho buscou assessorar a Secretaria do Estado do RS na elaboração de mecanismos de acompanhamento, monitoramento e aferição de impactos do PIM, de forma a permitir o aprimoramento nos processos da gestão de políticas públicas na área de atendimento à primeira infância. Teve como foco a análise dos dados, pesquisas por métodos quali-

tativos e quantitativos, e avaliação de impactos do PIM. Em uma das avaliações, obteve-se um grupo amostral de 1600 entrevistados e abrangência geográfica de 39 municípios do RS com o PIM implantado. Entre as várias análises, citamos apenas algumas constatações. Na avaliação da qualidade dos serviços prestados, 96% consideram a qualidade do serviço como ótima ou boa, sendo que, destes, 53% consideram-no ótimo, 43% bom, 3% consideram-no regular e 1% ruim. No item percepção do entrevistado sobre o impacto do PIM em sua preparação para cuidar da criança, 87% das pessoas responderam que sim, há impacto e apenas 13% que não. Quanto à percepção do impacto do programa no desenvolvimento da criança, 95% responderam sim e apenas 5% não. Ainda, 95% disseram que consideram que as atividades que o PIM orienta vão contribuir para melhorar as condições de vida da criança no futuro. Por fim, quanto à realização dos objetivos do programa, percebe-se um padrão nas respostas. Cerca de 40% consideram o cumprimento dos objetivos ótimo, 55% bom, e o restante, regular, péssimo ou ruim, considerando: fortalecimento das competências das famílias no cuidado das crianças, favorecimento no desenvolvimento integral das crianças, favorecimento de uma infância feliz, ajuda para melhorar os cuidados com a saúde da criança e das gestantes e fortalecimento da capacidade de interação social das crianças. Quanto ao objetivo melhora da relação entre comunidades e a rede pública de atendimento, 28% consideraram ótimo; 54%, bom; e 18%, regular.

O amadurecimento de uma política pública está relacionado à sua capacidade de percorrer o ciclo sequencial e inter-relacionado de planejamento, implantação, implementação, monitoramento, avaliação e replanejamento de suas ações. Esse percurso favorece a análise de suas proposições e expectativas iniciais e promove tomadas de decisões e ajustes fidedignos às reais necessidades de aprimoramento. Nessa perspectiva, o PIM busca, constantemente, reconhecer seus desafios e organizar estratégias que justifiquem o investimento realizado e contribuam para o alcance de seus objetivos. A cultura de monitoramento e avaliação permanente adotada pela política tem contribuído para a qualificação de suas ações e, sobretudo, para o reconhecimento de sua relevância para a promoção da qualidade de vida das famílias e comunidades.

No que se refere à visibilidade, o PIM tem conquistado espaço significativo nos cenários nacional e internacional, enquanto ação efetiva na promoção do desenvolvimento integral infantil. Reconhecido e valorizado como exemplo de política pública voltada à primeira infância, desde 2003, vem influenciando o panorama social, político e econômico de municípios e estados do país. Desse modo, as demandas para replicar sua experiência por meio de apoio técnico e metodológico tem sido uma constante nos últimos anos. A estrutura de funcionamento do PIM, a metodologia e os resultados obtidos distinguem-no enquanto tecnologia social de baixo custo voltada para a primeira infância, creditando-lhe reconhecimento e valor social, para além do Estado. Como exemplo, os municípios de Vila Velha, no Espírito Santo; de Munhoz de Melo, no Paraná e de Fortaleza, no Ceará, cujos gestores e técnicos têm recebido apoio por meio de cooperações já formalizadas ou em formalização.



O PIM, desta forma, inclui em sua prática uma visão multidimensional do ser humano, do método que utiliza, da inter-relação entre o sujeito, o conhecimento e a pedagogia deste saber. Contudo, os desafios permanecem e colocam-se nesta trajetória, de maneira dinâmica e constante, o que exige de sua gestão, abertura para novas formas de fazer o mesmo, com mais qualidade.

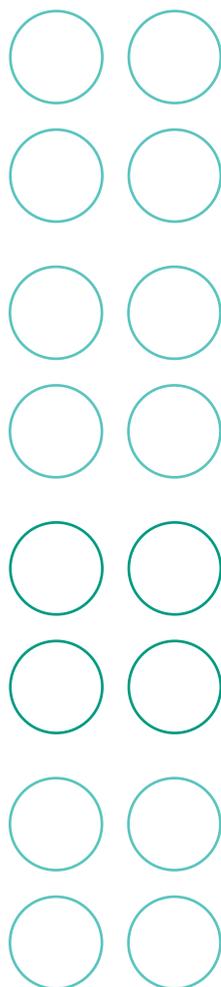
■ Atendimento do PIM a uma família de Cerro Largo – RS



Leila Iracema Santos

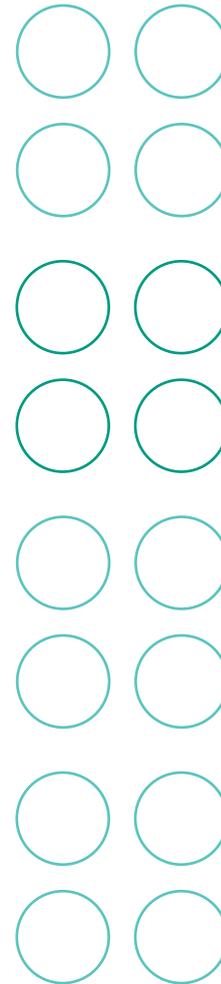


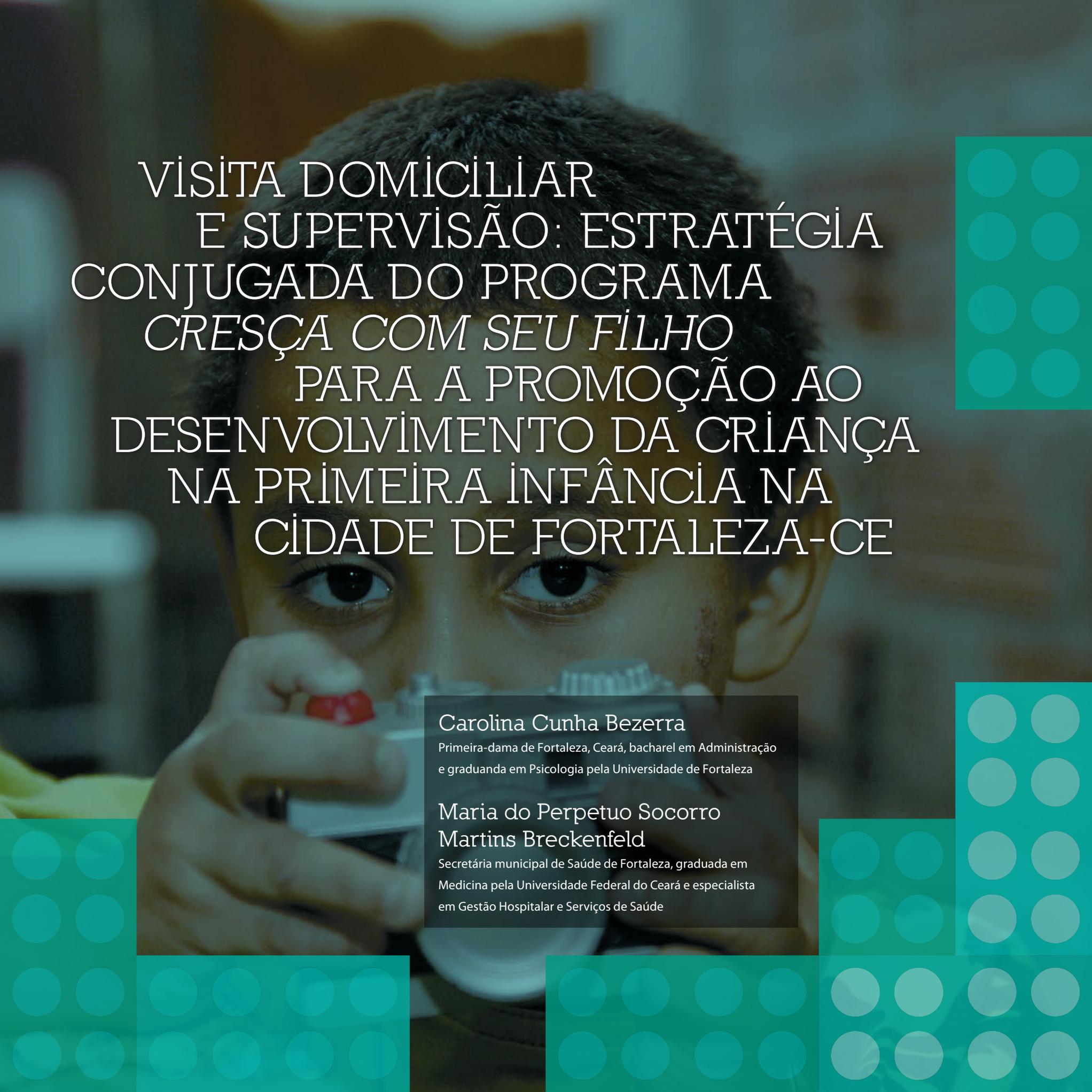
Belli Boniatti



REFERÊNCIAS

- BIS – Boletim do Instituto Saúde – 2015. Estratégias para Alcançar o Desenvolvimento Infantil Integral – São Paulo. “Experiência do Primeira Infância Melhor no Rio Grande do Sul” e “O Primeira Infância Melhor como Modelo de Acolhimento na Atenção Básica de Saúde”.
- BOWLBY, J. *Apego e perda: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 1969/1990. v. 1.
- BRUNER, J. *Cultura e educação*. São Paulo: Edições, 2008.
- PIAGET, J. *Seis estudos de psicologia*. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- RIO GRANDE DO SUL. Lei estadual nº 12.544/2006, de 3 de julho de 2006. Institui o Programa Primeira Infância Melhor – PIM – e dá outras Providências. Porto Alegre, RS: Ministério Público, 2006.
- _____. Lei estadual nº 14.594/2014, de 28 de agosto de 2014. Introduz modificações na Lei Estadual nº 12.544. Institui o Programa Primeira Infância Melhor e dá outras Providências. *Diário Oficial*, Porto Alegre, RS, 9 set. 2014. n. 173.
- SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: Unesco, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007.
- VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e linguagem*. Lisboa: Edições Antídoto, 1979.
- WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1998.





VISITA DOMICILIAR
E SUPERVISÃO: ESTRATÉGIA
CONJUGADA DO PROGRAMA
CRESCA COM SEU FILHO
PARA A PROMOÇÃO AO
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA
NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA
CIDADE DE FORTALEZA-CE

Carolina Cunha Bezerra

Primeira-dama de Fortaleza, Ceará, bacharel em Administração e graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza

Maria do Perpetuo Socorro
Martins Breckenfeld

Secretária municipal de Saúde de Fortaleza, graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará e especialista em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde

O programa *Cresça com Seu Filho*, implantado em dezembro de 2014, configura a iniciativa proposta pela gestão municipal de Fortaleza, Ceará, Brasil, para priorizar crianças e famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica para a promoção do desenvolvimento cognitivo, socioemocional, motor e de linguagem, no período de 0 a 3 anos de idade.

Objetivou-se nesse capítulo apresentar e refletir sobre a estratégia operacional conjugada do *Cresça com Seu Filho*, que agrega a visita domiciliar semanal e a supervisão sistemática enquanto ferramentas sincrônicas para consecução das habilidades necessárias visando potencializar as famílias e cuidadores para o desenvolvimento infantil.

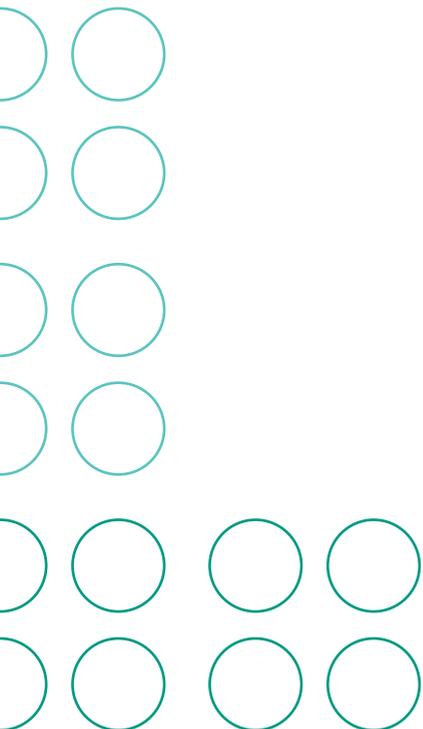
O eixo operativo do *Cresça com Seu Filho* traduz-se na oferta de visita domiciliar às famílias com crianças de 0 a 3 anos pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) conjugada à supervisão sistemática do profissional enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e de profissionais que compõem a supervisão regionalizada do programa. A estrutura operativa do *Cresça com Seu Filho* alicerça-se em três singularidades: equidade, transversalidade ao modelo de Atenção Primária do Brasil (Estratégia de Saúde da Família) e intersetorialidade. A visita domiciliar de fortalecimento do desenvolvimento na primeira infância dá-se a partir de um roteiro de atividades de fortalecimento do desenvolvimento infantil nos domínios motor, cognitivo, socioafetivo e da linguagem. A intenção é proporcionar às famílias apoio para que a criança alcance os marcos do desenvolvimento infantil para cada idade. A supervisão estabelece-se para fortalecer as habilidades dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de conduzir as visitas domiciliares de fortalecimento ao desenvolvimento da primeira infância e está delineada em duas modalidades: supervisão individual da visita domiciliar e a supervisão do grupo de Agentes Comunitários de Saúde.

O programa *Cresça com Seu Filho*, além de potencializar as capacidades, os conhecimentos e as habilidades das mães/pais/cuidadores para o desenvolvimento de suas crianças e de fortalecer os vínculos familiares, aprimora as habilidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para a promoção do desenvolvimento da Primeira Infância.

CRESÇA COM SEU FILHO EM INTERFACE COM A PRIMEIRA INFÂNCIA

Aspectos gerais sobre a iniciativa de Fortaleza (CE) em favor da Primeira Infância e do fortalecimento do desenvolvimento infantil em famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica

A iniciativa de Fortaleza, capital do estado do Ceará, no Brasil, em priorizar a primeira infância, etapa do desenvolvimento da criança compreendida de 0 a 6 anos, originou-se a



partir da compreensão sobre as evidências científicas da neurociência em relação ao desenvolvimento do cérebro e da rede neuronal, bem como do compromisso da política governamental municipal em priorizar investimentos significativos e de caráter duradouro em famílias residentes em áreas mais vulneráveis.

Vários estudos foram decisivos para nortear iniciativas de fortalecimento do desenvolvimento da criança demonstrando que esta fase da vida é definidora das características humanas como a linguagem, funções cognitivas e as emoções sociais (SHONKOFF; LEVITT, 2010; NAUDEAU et al., 2011; MOLINA; TORRES, 2013; ALEGRE, 2013).

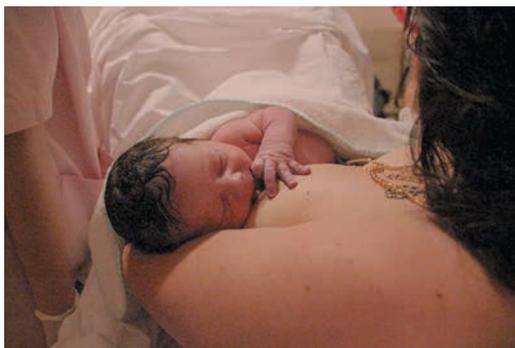
Por compreender que a estrutura da inteligência, das emoções e da percepção das crianças pode ser fortalecida e que a exposição às condições adversas podem dificultar a construção de identidade individual e coletiva das crianças e impactar negativamente no desenvolvimento das funções cognitivas superiores, o *Programa Cresça com Seu Filho* foi implantado em Fortaleza, objetivando apoiar as famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica, para promover o desenvolvimento integral das crianças no período da gestação aos 3 anos de idade (FORTALEZA, 2014).

Outro prisma relevante para a estruturação do *Cresça com Seu Filho* engloba a necessidade em ofertar às populações socialmente desfavorecidas melhores oportunidades para ampliar a estimulação do desenvolvimento da criança, bem como as competências em relação aos cuidados parentais, corroborando, assim, com as reflexões de Vegas e Santibáñez (2009) sobre os efeitos negativos da pobreza para o desenvolvimento durante os primeiros 6 anos de vida, que afetam o futuro da criança em relação à sua longevidade, saúde e produtividade, sendo necessária a propositura de intervenções adequadas para equalizar oportunidades para crianças de baixa renda.

Cabe ainda salientar o caráter intersetorial desta estratégia. Fundamentalmente, o *Cresça com Seu Filho* concebe em sua aplicabilidade uma compreensão plural para alcance dos ganhos positivos ao desenvolvimento da primeira infância. Sendo assim, a iniciativa alicerça-se em um modelo de gestão no qual as Secretarias Municipais da Saúde; Educação; Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Direitos Humanos confluem-se em prol da resolução de problemas ou dificuldades das famílias integrantes do programa.

Sob essas perspectivas, a estratégia operativa do *Cresça com Seu Filho* foi desenhada consubstanciada em experiências nacionais desenvolvidas, em Fortaleza, pelo Instituto da Primeira Infância (Iprede) e pelo programa Primeira Infância Melhor (PIM), no Rio Grande do Sul, que fomentam o desenvolvimento infantil e o empoderamento do cuidador, ampliando oportunidades de interação positiva com a criança.

Implantado desde dezembro de 2014, inicialmente em formato de projeto-piloto, a iniciativa foi apoiada financeira e tecnicamente pelo Ministério da Saúde, Banco Interamericano de



Desenvolvimento (BID), Universidade Federal do Ceará e Primeira Infância Melhor do Rio Grande do Sul. O programa é consoante ao Plano Municipal pela Primeira Infância de Fortaleza (PMPiF), sancionado pela Lei Municipal nº 10.221, de 13 de junho de 2014, que ratifica a prioridade em relação à criança, em especial à fase que compreende a Primeira Infância.

O eixo operativo do *Cresça com Seu Filho* traduz-se na oferta de visita domiciliar às famílias com crianças de 0 a 3 anos pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) conjugada à supervisão sistemática do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e de profissionais que compõem a supervisão regionalizada do programa. A intenção do programa baseia-se na aplicação de ações voltadas ao fortalecimento do desenvolvimento integral da primeira infância pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, por meio de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde sob a supervisão do enfermeiro, e em articulação concreta com a rede intersetorial do município de Fortaleza.

O presente capítulo objetiva apresentar e refletir a estratégia operacional conjugada do *Cresça com Seu Filho*, que agrega a visita domiciliar semanal e a supervisão sistemática enquanto ferramentas sincrônicas para consecução das habilidades necessárias para potencializar as famílias e cuidadores para o desenvolvimento cognitivo, socioemocional, motor e de linguagem das crianças em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

CRESÇA COM SEU FILHO: A ESTRATÉGIA CONJUGADA ENTRE VISITA DOMICILIAR SEMANAL E SUPERVISÃO SISTEMÁTICA

A estrutura operativa geral do *Cresça com Seu Filho*

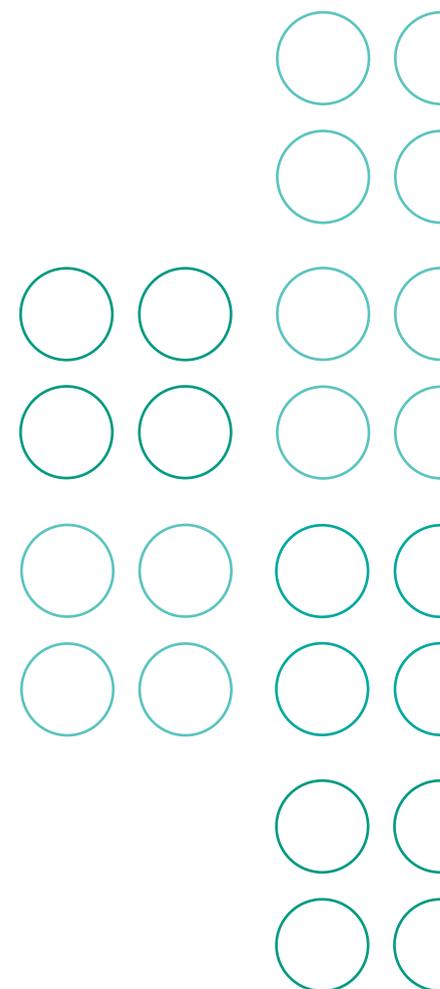
A estrutura operativa do *Cresça com Seu Filho* alicerça-se em três singularidades: equidade, transversalidade ao modelo de Atenção Primária do Brasil (Estratégia de Saúde da Família) e intersetorialidade.

A equidade concretiza-se a partir da seleção prioritária das famílias que integram o programa, a transversalidade é alcançada quando a equipe da Estratégia Saúde da Família potencializa ao reforçar e qualificar suas ações para o desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos, ofertando visitas domiciliares qualificadas e a intersetorialidade por abranger quatro Secretarias Municipais (Saúde, Educação, Cidadania e Direitos Humanos, Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome).

O *Cresça com Seu Filho* abrangeu, como primeira etapa, a seleção dos bairros vulneráveis. Foi realizada técnica de mapeamento georreferenciando para os seguintes indicadores, que indicam situação de vulnerabilidade social: taxa de mortalidade infantil acumulada nos



Eduardo Ogata



últimos cinco anos; incidência de sífilis congênita; Índice de Desenvolvimento Humano; taxa de gravidez na adolescência; taxa de mortalidade materna. Desse processo, os bairros de Fortaleza selecionados foram:

- **Secretaria Regional I:** Barra do Ceará, Cristo Redentor, Floresta, Jardim Iracema, Nossa Senhora das Graças, Pirambu e Vila Velha.
- **Secretaria Regional V¹:** Bom Jardim, Canindezinho, Conjunto Ceará I e II, Conjunto Esperança, Granja Lisboa, Granja Portugal, Genibau, Jardim Cearense, Mondubim, Parque Santa Rosa, Parque São José, Planalto Ayrton Senna, Presidente Vargas, Siqueira, Vila Manoel Sátiro, José Walter e Maraponga.
- **Secretaria Regional VI:** Barroso, Conjunto Palmeiras e Jangurussu.

A execução do *Cresça com Seu Filho* é responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde e concretiza-se a partir de dois elos: a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde e a supervisão das visitas domiciliares de responsabilidade do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

A visita domiciliar no *Cresça com Seu Filho*

A visita domiciliar de fortalecimento do desenvolvimento na primeira infância dá-se a partir de um roteiro de atividades de fortalecimento do desenvolvimento infantil nos domínios motor, cognitivo, socioafetivo e da linguagem. A intenção é proporcionar às famílias apoio para que a criança alcance os marcos do desenvolvimento infantil para cada idade.

A visita domiciliar do *Cresça com Seu Filho* é realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e estrutura-se com frequência semanal e duração aproximada de 1 hora. O Agente Comunitário de Saúde recebe supervisão do enfermeiro que orienta as atividades a serem desenvolvidas com a mãe/pai ou cuidador na tentativa de ampliar o desenvolvimento da criança.

A visita domiciliar contempla três momentos:

1. **Chegada:** Acolhimento, verificação do estado de saúde da criança (checagem da caderneta de saúde da criança, aferição do peso) e dos membros da família, *feedback* da semana anterior (se a família repetiu a atividade realizada na semana anterior) e organização do ambiente para a atividade da semana.

¹ Na Secretaria Regional V, o *Cresça com Seu Filho* está desenhado na modelagem experimental, sendo avaliado em relação ao impacto das ações, com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

2. **Atividade:** Explicação da atividade do dia e, em parceria com a mãe/pai e/ou cuidador, explicar, demonstrar e apoiar a realização da atividade planejada, facilitando o vínculo entre mãe/pai ou cuidador.
3. **Despedida (fechamento da visita):** avaliação das atividades pela mãe/pai ou cuidador; reforço da repetição da atividade durante a semana e agendamento da próxima visita.

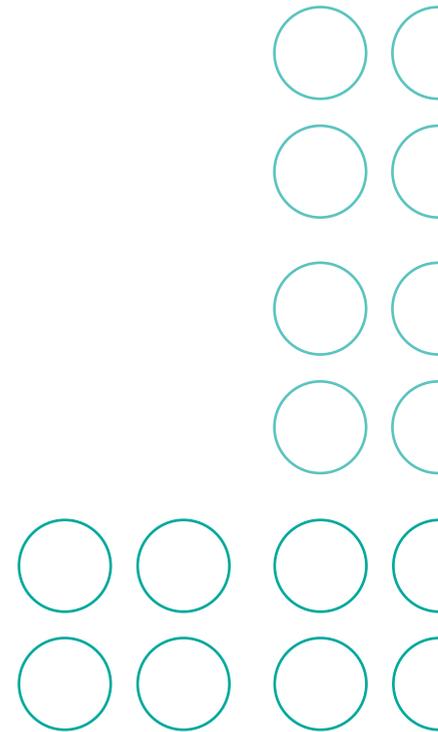
Para ofertar as visitas domiciliares, o Agente Comunitário dispõe do Guia de Visitas Domiciliares do Agente Comunitário de Saúde, contendo as atividades de acordo com a faixa etária da criança. As atividades propostas no Guia de Visitas Domiciliares do Agente Comunitário de Saúde foram construídas a partir da Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde e das atividades propostas no currículo de atividades do Programa Primeira Infância Melhor do Rio Grande do Sul. Além do Guia de Visitas Domiciliares, o Agente Comunitário de Saúde e o enfermeiro dispõem de um *kit* de apoio para realizar com a família a atividade proposta para a semana. O material engloba boneca, pandeiro, chocalho, bolas coloridas, blocos de encaixe, esteira e materiais complementares. Esse guia e o *kit* de apoio das atividades permitem ao Agente Comunitário de Saúde e ao enfermeiro ampliarem o desenvolvimento da criança e apoiar as famílias para que promovam o desenvolvimento cognitivo, socioemocional, motor e de linguagem, favorecendo o alcance dos marcos do desenvolvimento da criança em tempo esperado.

Trata-se, portanto, de uma ferramenta norteadora para o enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde no fortalecimento do desenvolvimento infantil que já integra as ações pertinentes ao funcionamento da Atenção Básica, conforme a Portaria nº 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde (PNAB), quando afirma constituir-se em atribuição dos membros das equipes de Atenção Básica, incluindo o Agente Comunitário de Saúde e o enfermeiro:

[...] Acompanhar por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média e uma visita/família/mês;

Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde;

Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;



Acervo Casa Angéla



Praticar cuidado familiar dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade [...] (BRASIL, 2012, p. 49).

A supervisão sistemática no *Cresça com Seu Filho*

A supervisão estabelece-se para fortalecer as habilidades dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de conduzir as visitas domiciliares de fortalecimento ao desenvolvimento da primeira infância e está delimitada em duas modalidades: supervisão individual da visita domiciliar e a supervisão do grupo de Agentes Comunitários de Saúde.

O desenho do plano de supervisão do *Cresça com Seu Filho*, construído em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), encontra-se estruturado em dois níveis:

1. **Grupo:** por meio de encontro semanal com todos os ACS envolvidos no programa.
2. **Individual:** supervisão *in loco* da visita domiciliar a partir da observação sistemática da visita domiciliar.

A periodicidade recomendada para os dois níveis de supervisão de campo é semanal e conduzida pelo profissional enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. O modelo da supervisão de campo inclui dois instrumentos básicos:

1. **Diário de campo:** objetiva nortear a supervisão com o grupo de ACS.
2. **Checklist:** voltado para aplicação de aspectos primordiais a serem supervisionados durante a visita domiciliar.

CRESÇA COM SEU FILHO: PERSPECTIVAS E POTENCIALIDADES

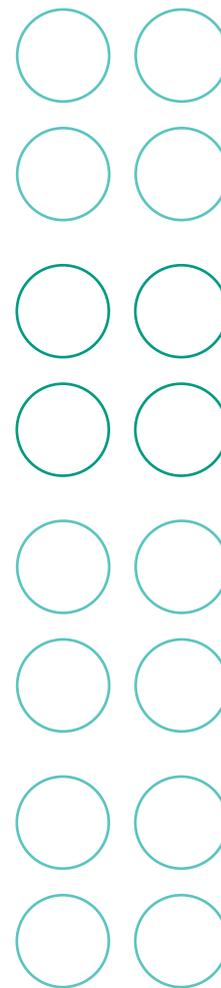
O programa *Cresça com Seu Filho*, além de potencializar as capacidades, os conhecimentos e as habilidades das mães/pais/cuidadores para o desenvolvimento de suas crianças e de fortalecer os vínculos familiares, aprimora as habilidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para a promoção do desenvolvimento da Primeira Infância e favorece as condições para a inserção das famílias integrantes do programa *Cresça com Seu Filho* na Rede de Proteção do Município.

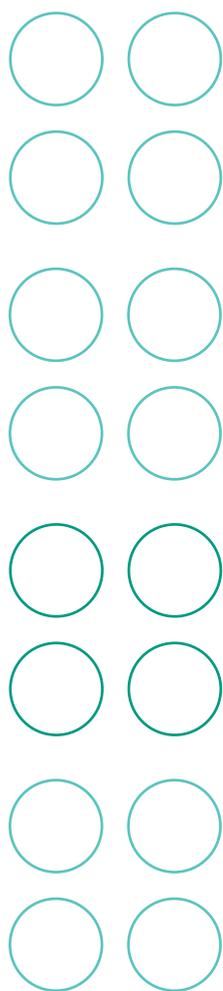
Convictos de nossa compreensão da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, do Estatuto da Criança e do Adolescente e da família enquanto elemento fundamental

da sociedade para promover o crescimento e bem-estar das crianças, o programa *Cresça com Seu Filho* inaugura um novo olhar ao desenvolvimento da Primeira Infância, reafirmando o compromisso com a criança da cidade de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

- ALEGRE, S. *El desarrollo infantil temprano: Entre lo político, lo biológico y lo económico*. Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina. Cuaderno 4, 2013.
- ANDERSON, L. M.; SHINN, C.; FULLILOVE, M. T.; SCRIMSHAW, S. C.; FIEL-
DING, J. E.; NORMAND, J. et al. The Effectiveness of Early Childhood Development
Programs. A Systematic Review. *American Journal of Medicine*, 2003, v. 24 (3S) p. 39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção
Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série
E. Legislação em Saúde).
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Cresça com Seu Filho: Funda-
mentos e Eixos Operacionais*, set. 2014.
- INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT PROGRAMME. *What is ICDP
and its strategy of intervention?* 2010. 17p. Disponível em: <[http://www.icdp.info/var/
uploaded/2013/06/2013-06-21_11-53-58_what_is_icdp.pdf](http://www.icdp.info/var/uploaded/2013/06/2013-06-21_11-53-58_what_is_icdp.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- MOLINA, H.; TORRES, A. *Gestión de políticas y programas de desarrollo infantil temprano*.
Banco Interamericano de Desarrollo. Módulo 1: Marco conceptual y fundamentos, 2013.
- NAUDEAU, S., KATAOKA, N.; VALERIO, A.; NEUMAN, M. J.; ELDER, L. K. *Como
investir na primeira infância: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos
de desenvolvimento da primeira infância*. Tradução: Paola Morsello. Washington, DC: The
World Bank, 2010; São Paulo: Singular, 2011.
- SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política
pública*. Brasília: Unesco; Rio Grande do Sul: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande
do Sul, 2007.
- SHONKOFF, J. P.; LEVITT, P. Neuroscience and the Future of Early Childhood Policy:
Moving from Why to What and How. *Neuron*, v. 67, n. 9, p. 689-691, 2010.
- VEGAS, E.; SANTIBÁÑEZ, L. *The Promise of Early Childhood Development in Latin America
and the Caribbean Issues and Policy Options*. Washington, DC: The World Bank, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Child and Adolescent Health
and Development. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development
of Young children: a review*. Washington, DC, 2004.





Eduardo Ogata



AGRADECIMENTOS

Gabinete da primeira-dama de Fortaleza
Grupo Técnico Municipal do *Programa Cresça com Seu Filho*
Ministério da Saúde
Banco Interamericano de Desenvolvimento.
Universidade Federal do Ceará
Instituto da Primeira Infância
Primeira Infância Melhor do Rio Grande do Sul







UNIDADE VI



Marco
Regulatório
Nacional da Primeira
Infância

O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA E O PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

Vital Didonet

Assessor do autor e dos relatores na Câmara dos Deputados e no Senado Federal do Projeto de Lei nº PL 6.998/2013) que se tornou a Lei 13.257/2016 e assessor para assuntos legislativos da Rede Nacional Primeira Infância

A aprovação, pelo Congresso Nacional, no início de 2016, e a sanção, sem vetos, pela Presidente da República, da Lei nº 13.257/2016, eleva a um novo patamar a legislação brasileira sobre os direitos da criança. Firmada sobre os princípios constitucionais e o arcabouço legal do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a nova lei traz políticas e ações direcionadas às crianças de até 6 anos de idade as lições de boas práticas de gestão governamental, a contribuição da experiência profissional e das evidências científicas sobre desenvolvimento infantil.

Sua particularidade está em focar a singularidade da criança nos primeiros 6 anos de vida e dar atenção à diversidade das infâncias brasileiras na dupla dimensão de sua existência: de ter valor em si mesma, com direito de ser vivida com plenitude, e a dinâmica do crescimento e desenvolvimento em direção à vida adulta.

Ela compõe-se de dois blocos: o dos princípios e diretrizes para a formulação e execução das políticas para a faixa etária compreendida como primeira infância e o de ações que assegurem boas condições de vida e desenvolvimento nos anos mais decisivos da formação da pessoa.

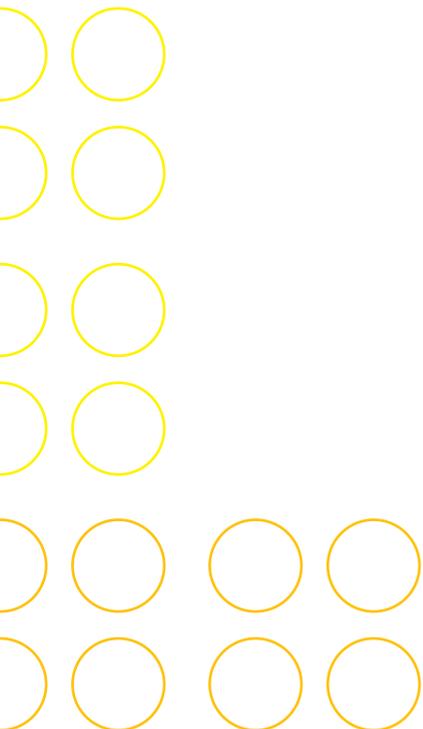
O processo participativo de construção dessa lei e grande parte de suas concepções e conteúdo têm estreita relação com a experiência de elaboração, com ampla participação social e governamental, do Plano Nacional Primeira Infância – PNPI 2010-2022, dos anos 2008 a 2010.

MARCO LEGAL

Marco avançado na legislação mundial sobre atenção à Primeira Infância

Podemos considerar a Lei nº 13.257, de 2016, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, como a lei mais avançada do mundo sobre políticas voltadas às crianças de até 6 anos de idade. Muitos países cuidam bem de suas crianças sem precisar de leis. Para aqueles que precisam – e o Brasil é um deles –, as leis que visam a garantir a atenção aos direitos da criança exercem um papel importante em direcionar investimentos, organizar a gestão dos serviços públicos, definir ações e avaliar seus impactos sobre a vida das crianças e o desenvolvimento infantil.

O Brasil é conhecido internacionalmente como uma nação com uma das legislações mais avançadas sobre os direitos da criança e do adolescente. A Constituição Federal de 1988 consagrou esses direitos, atribuindo à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar seu cumprimento com absoluta prioridade. E isso aconteceu um ano antes da Convenção



dos Direitos da Criança (CDC) das Nações Unidas. Fruto de uma ampla participação social na elaboração da nova Constituição, no período da redemocratização do país, os dispositivos constitucionais sobre os direitos da criança e o dever do Estado abriram o olhar para a criança como cidadã, titular de direitos humanos e direitos específicos da infância. Desdobrando aqueles dispositivos, o Estatuto da Criança e do Adolescente forjou o conceito de proteção integral e criou um sistema, inovador, de garantia de direitos.

A mudança de perspectiva, do “menor” para “criança”, dos grupos excluídos e vistos como marginais para o universo das crianças, das políticas focadas em segmentos sociais para as políticas universais, da complacência para o dever, da repressão para a promoção, do benefício para o direito, já operou uma grande transformação no modo de grande parte das instituições públicas e da própria sociedade olhar as crianças. Aquelas em situação de vulnerabilidade e de risco no seu desenvolvimento são vistas, primordialmente, como cidadãs e sujeitos de direitos, capazes e com um potencial de desenvolvimento como quaisquer outras. Ainda há setores conservadores, que reiteradamente fazem tentativas legislativas de retrocesso ao modelo anterior, do extinto Código de Menores. Mas a resistência para impedir perda de direitos adquiridos e manter a concepção avançada da Constituição e do ECA, sobre a criança e o adolescente, cresce na mesma medida da experiência exitosa adquirida na aplicação dos princípios afirmados pela Carta Magna e pelo pilar jurídico do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Em completa coerência com o ECA, não introduz ruptura nem fracionamento na concepção de “pessoa em peculiar processo de formação e desenvolvimento”. Em complemento aos dispositivos gerais do Estatuto, ajusta o binóculo para a especificidade dos primeiros 6 anos de vida. Podemos exemplificar esse papel da nova lei com a imagem de personagens no palco: enquanto o Estatuto coloca no cenário as crianças e os adolescentes, mas projeta luz mais intensa sobre a faixa etária da adolescência (essa era, em 1980, a grande questão a ser enfrentada, em oposição à visão do Código de Menores), a Lei nº 13.257/2016 abre esse foco para as crianças de 0 a 6 anos, a fim de que sejam vistas na sua peculiaridade. O processo de desenvolvimento humano é o mesmo, porém com particularidades decorrentes das especificidades da idade, que carecem de atenção específica. É apropriado dizer que o Marco Legal da Primeira Infância retira da penumbra as crianças, do período gestacional ao sexto ano de vida, e as traz para a visibilidade das políticas públicas.

Fontes bastante férteis alimentam a consciência de que o Brasil pode dar atenção mais ampla e cuidado mais qualificado para suas crianças durante os anos decisivos de suas vidas. Isso, para o bem das próprias crianças e para o desenvolvimento social e econômico do país. Legisladores, gestores de políticas sociais e profissionais da área dos direitos da criança têm um nível de conhecimento e experiências sólidas, que evidenciaram a oportunidade – e, mais do que isso –, a necessidade desse novo passo. Entre essas fontes, podemos alinhar:



Eduardo Ogata

- a) Os princípios e diretrizes da legislação superior (Convenções internacionais, a Constituição Federal, o ECA e leis específicas sobre temas ou áreas setoriais, como combate à violência, convivência familiar e comunitária, educação infantil etc.).
- b) A experiência nos mais diferentes campos da atuação profissional na atenção à família e à criança. Em cada um dos direitos elencados no Art. 227 da Constituição Federal há profissionais de elevada formação e reconhecida competência, cuja experiência tem algo a dizer para melhorar as políticas, os planos e as ações de atendimento à criança na primeira infância.
- c) A experiência de gestores públicos, federais, estaduais e municipais, nos diferentes setores da Administração – Direitos Humanos, Saúde, Educação, Cultura, Trabalho, Lazer, Segurança, Convivência Familiar e Comunitária, Situações de Risco e Vulnerabilidade, Violência etc. Uma grande quantidade de projetos e programas inovadores, experimentais ou já em fase de expansão, que têm a primeira infância como objetivo central, nas três esferas da federação, vem consagrando concepções e testando e aperfeiçoando formas de atuar que recomendam sua generalização para beneficiar mais crianças.
- d) As evidências científicas, que emergem da pesquisa acadêmica ou de campo. É notável o acervo de conhecimentos gerado pelas ciências, que se debruçaram sobre o desenvolvimento da criança da concepção aos 6 anos e, particularmente, até o terceiro ano de vida. Não levar em conta, na definição das políticas e ações para a primeira infância, o que a biologia, psicologia, psicanálise, medicina, em particular a pediatria e a psiquiatria, a pedagogia, sociologia e antropologia da infância, a neurociência, entre outras, informam sobre o desenvolvimento da criança seria irresponsabilidade com as crianças e comportamento perdulário do esforço e dos recursos públicos.

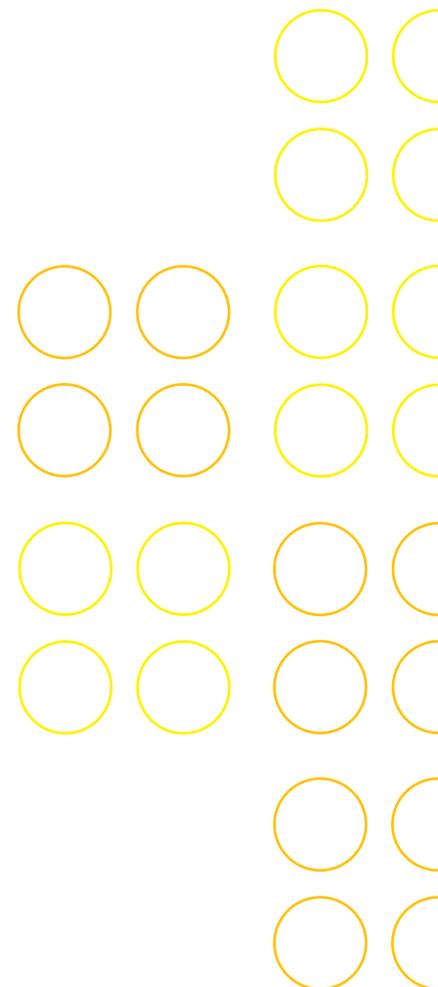
A Lei reconhece essas fontes ao estabelecer, como uma das diretrizes para a elaboração e execução das políticas públicas pela primeira infância, a articulação das dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional adquirida no atendimento dessa população.

Alguns itens do conteúdo da Lei

Trata-se de uma Lei bastante extensa (43 artigos), com dezenas de parágrafos e incisos – com uma abrangência de conteúdo que vai da definição da primeira infância aos princípios e diretrizes para a elaboração e execução das políticas públicas até a determinação de ações pontuais e concretas que assegurem melhores condições de vida e desenvolvimento infantil, da gestação ao sexto ano de vida. A escolha desse período se deve ao fato de ser ele o mais



Eduardo Ogata





sensível de toda a existência humana às experiências do meio social e físico. As vivências da criança nos seis primeiros anos marcam a vida toda, “para o bem ou para o mal”: constroem sólida estrutura física, afetiva, social, cognitiva e linguística, ou inserem inibidores do potencial humano. Daí a necessidade do cuidado integral da criança nesses chamados “períodos sensíveis”¹.

É interessante observar que a Lei define primeira infância apenas pela idade, sem caracterizá-la com aspectos sociais, culturais ou de desenvolvimento da pessoa. Segue a forma do ECA definir criança e adolescente, porém com uma precisão mais acurada: “6 anos ou 72 meses”. A intenção do legislador é evitar ambiguidades tais como as decorrentes da expressão presente na Constituição Federal: “até 5 anos”, que, para alguns vai até 4 anos, 11 meses e 30 dias e, para outros, até o último dia antes de a criança fazer 6 anos. Evita-se, assim, a judicialização, presente em decisões sobre idade de ingresso na pré-escola e no Ensino Fundamental.

A parte promissora de mudança mais profunda e, ao mesmo tempo, inovadora é a que trata dos princípios e diretrizes para a elaboração e execução das políticas públicas para a primeira infância. Aparentemente simples e, talvez para muitos, evidentes, eles são revolucionários, como se pode ver: atender ao interesse superior da criança e sua condição de sujeito de direitos e cidadã; incluir sua participação na definição das ações que lhe dizem respeito; respeitar a individualidade e ritmos de desenvolvimento de cada uma e valorizar a diversidade das infâncias brasileiras; reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços; adotar uma abordagem participativa, envolvendo a sociedade, os profissionais, os pais e as crianças na definição e no aprimoramento da qualidade das ações; articular os setores em ações interseoriais e promover uma cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.

A participação das crianças é um direito constante da CDC, das Nações Unidas. O ECA menciona esse direito, porém restrito a situações específicas em que a criança ou o adolescente são convidados a opinar (por exemplo, no caso de serem designados a uma família substituta – art. 28, § 1º, ou à adoção – art. 45, § 2º, art. 48, parágrafo único, art. 51, § 3º). A Lei nº 13.257 sinaliza para a escuta da criança desde a mais tenra idade, realizada por profissionais qualificados em processos de escuta adequados às diferentes formas de expressão infantil (art. 4º, parágrafo único).

¹ Montessori usou essa expressão, criada pelo cientista holandês Hugo De Vries, para explicar a particular sensibilidade que momentos da vida humana, na infância, têm a determinadas experiências (movimento, linguagem, música, leitura e escrita, matemática etc.). Outra expressão corrente, semelhante, é a de “janelas de oportunidade”. A neurociência vem confirmar e aprofundar o conhecimento sobre a estruturação do cérebro a partir do nascimento e nos primeiros anos de vida na interação com o meio social e físico, que os cientistas da educação haviam constatado.

Outro grande avanço na legislação é a determinação da intersetorialidade. O legislador quer superar a segmentação das políticas e planos que, de certa forma, expressam uma fragmentação do conhecimento e das ações voltadas à criança. Os debates durante a formulação dessa diretriz foram claros em afirmar que não se visa negar a importância e necessidade da especialização, mas articular as diferentes visões setoriais em uma concepção holística da criança capaz de formular uma política, planos e ações integrados que promovam o desenvolvimento integral da criança. É o que trata o art. 6º: “A Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada pela abordagem e coordenação intersetorial, que articula as diversas políticas setoriais em uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância”.

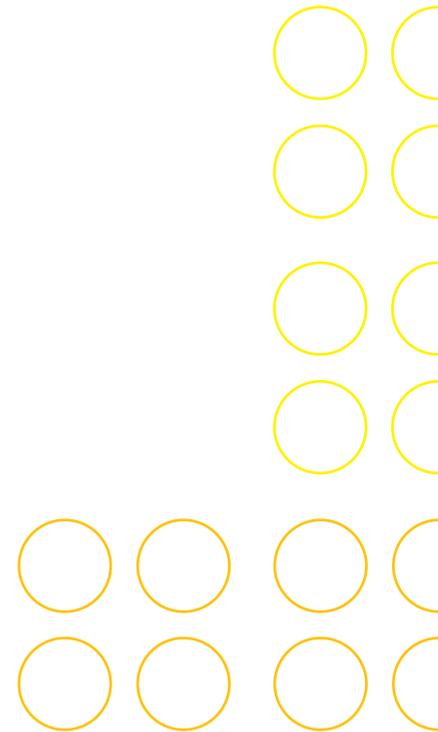
Para lograr êxito nesse empreendimento, a Lei recomenda a instituição de comitês intersetoriais de políticas públicas para a primeira infância, garantida, como não poderia deixar de ser, a participação dos Conselhos de Direitos.

Outro item relevante é a relação interfederativa: a corresponsabilidade dos entes federados na garantia dos direitos da criança requer permanente articulação do órgão de coordenação federal com as instâncias de coordenação estadual, distrital e municipal (art. 7º, § 2º). Nos termos da Lei (art. 8º), o pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância constitui objetivo comum de todos os entes da federação, segundo as respectivas competências, a ser alcançado em regime de colaboração entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios.

Esses propósitos, no entanto, precisam de instrumentos concretos e práticos que os operacionalizem. A Lei menciona o Plano Nacional pela Primeira Infância (art. 260, § 1º do ECA, na redação dada pelo art. 35 da Lei nº 13.257), elaborado pela RNPI, com vigência de 2010 a 2022, e determina que a União ofereça assistência técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na elaboração de planos estaduais, distrital e municipais para a primeira infância (art. 8º, parágrafo único).

Para que os princípios e diretrizes, assim como as ações de atenção à família, à gestante, ao bebê e à criança até 6 anos sejam realizados com a qualidade requerida, a formação inicial e continuada das profissionais torna-se exigência permanente. Por isso, a Lei determina a articulação das políticas para a primeira infância com as instituições de formação profissional (estas devem adequar os cursos às reais necessidades e características das crianças) e cooperar na especialização e atualização dos profissionais (art. 9º e 10).

O monitoramento, a coleta sistemática de dados, a avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços e a divulgação dos resultados são ações obrigatórias das políticas públicas para a primeira infância. Um grande serviço será prestado ao planejamento e ao aperfeiçoamento das ações pelo registro unificado de dados de crescimento e desenvolvimento da criança, que inclua as redes pública e privada.



Lilian Borges



Eduardo Ogata

Outro ponto inovador é a determinação de que a União informe à sociedade sobre a soma de recursos aplicados anualmente no conjunto de programas e serviços para as crianças na primeira infância e o percentual que os valores representam em relação ao orçamento realizado. Adicionalmente, ela deverá recolher informações sobre os valores aplicados pelos demais entes da Federação. Assim, espera-se ter uma noção mais aproximada do que sabemos hoje sobre o montante efetivamente investido na vida e desenvolvimento da criança. Sem esses dados, é possível fazer apenas aproximações e fica difícil avaliar o grau de cumprimento da prioridade absoluta dos direitos da criança e do adolescente. A ideia inicial era ir um pouco mais longe: propor a criação do Orçamento Primeira Infância, entendido como o conjunto de recursos destinados a atender as necessidades desses cidadãos de até 6 anos. Mas, como a iniciativa do Projeto de Lei era do Poder Legislativo, essa foi a fórmula que obteve aprovação quanto à juridicidade.

O capilar art. 227 da Constituição Federal atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de garantir os direitos da criança e do adolescente. A Lei da Primeira Infância trataria apenas das ações do Estado? Há algum espaço em que o Poder Legislativo pode, legitimamente, estabelecer direitos e responsabilidades da família e da sociedade ou do Estado para com elas? A resposta dada pelo legislador, nesta Lei, diz que sim. E nisso, não inova. Em relação à família, a Constituição Federal (Art. 229), o Código Civil (por exemplo no Art. 1.637), o ECA (art. 21, 22,24, 55...), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (art. 6º), entre outras, tratam de direitos e deveres da família e de organizações sociais de atendimento à criança. Aqui, porém, os dispositivos são mais abrangentes, não no sentido de estabelecer exigências, mas em reconhecer seus respectivos papéis.

No que diz respeito à família, a Lei nº 13.257 concentra-se em determinar o dever do Estado em executar políticas e programas que assegurem os meios para o cuidado e a educação de seus filhos. Diversas medidas são referidas, entre as quais o apoio à participação em redes de proteção e cuidado em seus contextos sociofamiliar e comunitário, à formação e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, visitas domiciliares e programas de promoção da parentalidade. E, no que tange à sociedade, o art. 12 elenca seis formas de participar, solidariamente, com a família e o Estado, na proteção e promoção da criança na primeira infância.

No cuidado à gestante e nutriz, ao bebê e à criança pequena, as atenções redobram. É assegurado o acesso aos programas e políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo, nutrição adequada às gestantes, atenção humanizada à gravidez e ao parto, ao puerpério e ao atendimento pré-natal, perinatal e pós-parto. A gestante saberá, com antecedência de três meses, em que maternidade será atendida para realizar o parto. Esses serviços serão assegurados também para mães que manifestarem desejo de entregar seu filho para adoção e para as que se encontram em situação de privação de liberdade. A gestante e a parturiente têm direito a um acompanhante de sua preferência durante o pré-natal, o parto e o período pós-parto. A gestante e mulher com filhos na primeira infância que se encontram

sob custódia em unidades de privação de liberdade devem estar em ambiente que atenda às normas sanitárias e assistenciais do SUS e o sistema de ensino deve assegurar a seus filhos o acesso à educação.

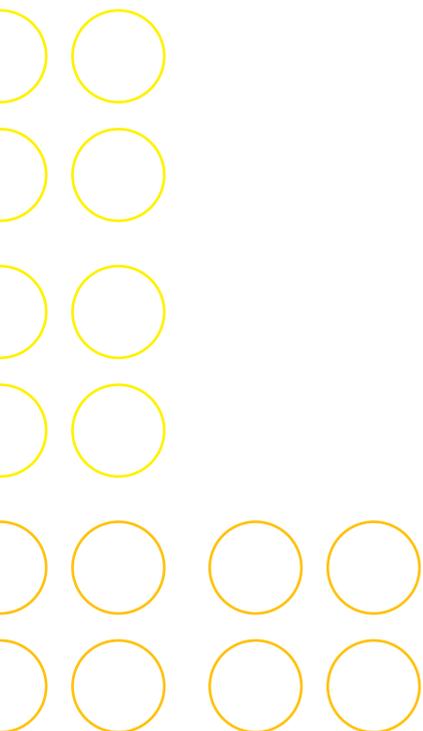
A licença paternidade de quinze dias, além dos cinco concedidos na Constituição Federal, nos moldes da licença maternidade estendida (Empresa Cidadã) é um dos pontos mais comentados e da qual se espera resultados significativos na relação do pai com o bebê e com sua esposa ou companheira. A formação do vínculo afetivo tem capitalizado mais argumentos favoráveis, mas os efeitos que essa licença poderá causar sobre a distribuição de responsabilidades entre a mulher e o homem no cuidado inicial da criança merecem ser considerados. No mesmo sentido dessa licença, está o direito ao abono de faltas ao trabalho do pai ou responsável para acompanhamento a consultas pré-natais e pediátricas.

Um pequeno artigo sobre a cultura e a criança (art. 15) tem grande significado para a infância e a sociedade: as políticas públicas deverão criar condições e meios para que, desde a primeira infância, as crianças tenham acesso à produção cultural e sejam reconhecidas como produtoras de cultura. O Marco Legal da Primeira Infância vê a criança não apenas no potencial e na perspectiva do futuro, mas como ativa, criadora, participante e contribuidora da vida social e cultural.

PROCESSO PARTICIPATIVO NA TRAMITAÇÃO LEGISLATIVA

O autor do Projeto de Lei nº 6.998, deputado Osmar Terra, e o Relator, na Comissão Especial da Câmara dos Deputados, criada para analisar a proposição, deputado João Ananias, manifestaram desejo de debater, amplamente, o projeto com o governo e a sociedade, visando colher o maior número possível de contribuições, com vistas ao seu aprimoramento. Além das audiências públicas, a Comissão Especial, em articulação com Assembleias Legislativas, governos estaduais e municipais e organizações da sociedade civil, realizou seminários em quatro estados (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo e Ceará). Outros quatro estavam programados (Bahia, Mato Grosso do Sul, Tocantins e Roraima), mas não houve tempo, por ser ano eleitoral. As Redes Estaduais Primeira Infância, que pertencem à RNPI, dos estados do Mato Grosso do Sul, da Bahia, do Ceará, de Pernambuco e do Rio Grande do Norte realizaram seminários convidando grande número de entidades, especialistas e profissionais para debaterem e apresentarem sugestões ao projeto.

Entre as organizações da sociedade civil que tiveram papel de protagonistas na promoção de debates e apresentação de sugestões, bem como no empenho para acelerar o processo legislativo, destacam-se a Rede Nacional Primeira Infância, as Redes Estaduais Primeira Infância do Mato Grosso do Sul, da Bahia, do Ceará, de Pernambuco e do Rio Grande do Norte, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) e a Rede do Movimento Psicanálise,



Autismo e Saúde Pública (MPASP). Elas conseguiram reunir gestores públicos de áreas afins aos direitos da criança, o Ministério Público, Justiça da Infância e Adolescência, Conselhos de Direitos, Universidades, Centros de Pesquisa, Sistema de Saúde e Redes de Ensino, pesquisadores e especialistas de diferentes áreas. Algumas entidades empresariais e ONGs enviaram estudos e sugestões ao autor e ao relator.

Expressivamente importante foi o interesse do Poder Executivo em analisar o projeto de lei e formular um documento técnico de sugestões. Para tanto, constituiu um Grupo de Trabalho formado por representantes da Secretaria de Direitos Humanos, dos Ministérios da Educação, da Saúde, do Desenvolvimento Social, do Trabalho e da Justiça – aqueles cujas competências relacionavam-se a determinados conteúdos do projeto e também a Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República. Esse Grupo de trabalho mantinha contato frequente e reuniões com o relator e sua assessoria. O documento técnico foi encaminhado ao Relator, que acolheu a quase totalidade das sugestões.

Tão grande interesse de participação produziu um considerável acervo de sugestões que, analisadas pelo relator com sua assessoria, conduziam a sucessivas minutas de substitutivo. Essas eram novamente debatidas pela Comissão Especial e os demais participantes. Quando o texto chegou ao nível satisfatório, foi apresentado à Comissão Especial, debatido e, depois da negociação de alguns itens sobre os quais não havia consenso, foi votado e aprovado por unanimidade.

É digno de nota o esforço empreendido pelo autor, pelo relator, pela Presidente, por vários membros da Comissão Especial e pela Rede Nacional Primeira Infância, com a participação de expressivo número de organizações da sociedade civil, para que fossem retiradas assinaturas de um requerimento que pedia para o projeto ser debatido no plenário da Câmara dos Deputados. Embora tenha-se alcançado a retirada do número de assinaturas suficiente para invalidar o requerimento, ele foi à plenário. Mas uma bem articulada mobilização de deputados e deputadas favoráveis à rápida aprovação do projeto fez pronunciamentos contundentes e conseguiu rejeitar o requerimento.

No Senado Federal, o projeto foi distribuído à Comissão de Assuntos Sociais, Direitos Humanos, Educação, Finanças e Tributação. A tramitação no Senado Federal teve vários percalços, que foram sucessivamente afastados. Naquela casa foi consensual o entendimento de que seria melhor não proceder a alterações no projeto, a menos que houvesse falhas a corrigir, de sorte que pudesse ir à sanção no decorrer daquele mesmo ano de 2015. Um requerimento assinado por cerca de 60% dos senadores(as) e aprovado pelo Plenário pedia regime de urgência ao projeto. Assim, não tramitou nas Comissões, mas foi debatido e votado diretamente pelo plenário, sendo aprovado por unanimidade em memorável sessão no dia 8 de fevereiro. Foi esse o primeiro projeto de lei aprovado pelo Senado, em 2016.

A sanção ocorreu sem nenhum veto, revelando o alto grau de concordância com todos os dispositivos do projeto.



Lilian Borges

A REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA E O PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

Há uma relação de proximidade entre a Lei nº 13.257, que configura o Marco Legal da Primeira Infância, e o Plano Nacional pela Primeira Infância.

A experiência de quase uma centena de organizações, reunidas na Rede Nacional Primeira Infância – governamentais e não governamentais – em diálogo interno e também com instituições não pertencentes à rede e especialistas de diferentes áreas, na elaboração de um plano abrangente de todos os direitos da criança até 6 anos de idade, com visão de longo prazo (2010-2022), e a experiência de sua implementação, acompanhada da elaboração de centenas de Planos Municipais pela Primeira Infância, bem a experiência da implementação de outras políticas, planos e projetos federais, estaduais, municipais e de iniciativa de organizações da sociedade civil² desbravaram caminhos que foram úteis ao Poder Legislativo para definir a estrutura e o recheio do projeto de lei³ que deu origem ao Marco Legal da Primeira Infância.

As concepções básicas do Plano Nacional pela Primeira Infância sobre a criança e grande parte do conteúdo dos seus 13 capítulos de ações finalísticas e dos quatro capítulos das ações estratégicas vêm, nesta nova Lei, revestidas da forma de dispositivo legal. Entre essas, citam-se as de criança cidadã, sujeito de direitos, capaz e participante; única na singularidade e diversa na multiplicidade das infâncias; a atenção ao interesse superior da criança; a definição das políticas a partir da criança, em uma visão holística que supera a fragmentação e em vista do seu maior interesse; atuação intersetorial e interfederativa.

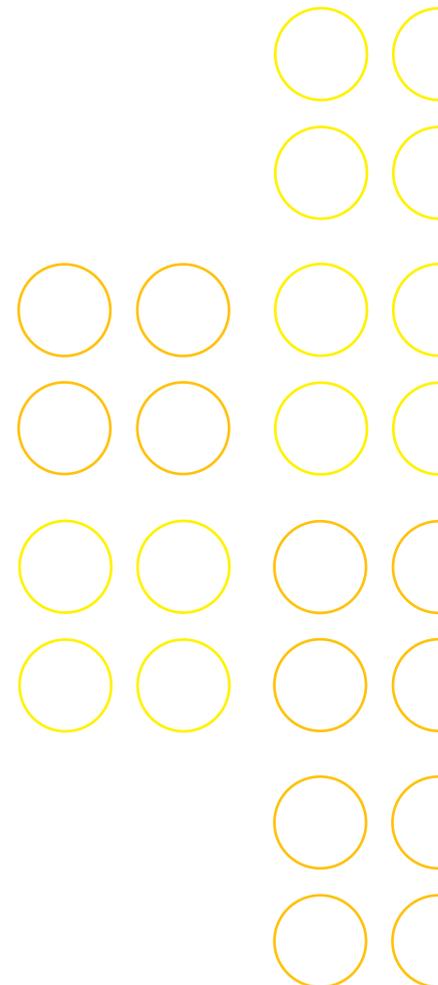
É parte constitutiva desse plano a perspectiva de que os estados, o Distrito Federal e os municípios também construam seus próprios planos pela primeira infância com as mesmas características do nacional. A RNPI levou à frente a análise dos entraves históricos, culturais e práticos da intersetorialidade na gestão de políticas e ações para as crianças e contribuiu com um texto de sugestões que certamente servirão a um dos desafios mais imponentes do Marco Legal da Primeira Infância: a intersetorialidade, que se enriquece das especializações setoriais e intrassetoriais e supera a fragmentação das ações verticais pelo diálogo e cooperação entre os setores.

² Citam-se, para exemplificar, os federais: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), Brasil Carinhoso; os estaduais: Primeira Infância Melhor (PIM), Mãe Coruja Pernambucana, Primeira Infância Ribeirinha (PIR); municipais: Primeiríssima Infância, São Paulo Carinhosa, Cresça com seu Filho, Semana do Bebê (realizado anualmente em mais de três centenas de municípios); de iniciativa de ONGs: Programa Prefeito Amigo da Criança e Creche para Todas as Crianças Primeiríssima Infância.

³ Deputado federal Osmar Terra com 13 deputados e deputadas que assinam com ele o PL 6.998/2013 e deputado João Ananias, relator, que apresentou o substitutivo, aprovado pela Comissão Especial, com poder conclusivo, na Câmara dos Deputados e, posteriormente, confirmado em votação pelo plenário do Senado Federal (PLC 14/2015), com parecer da senadora Fátima Bezerra.



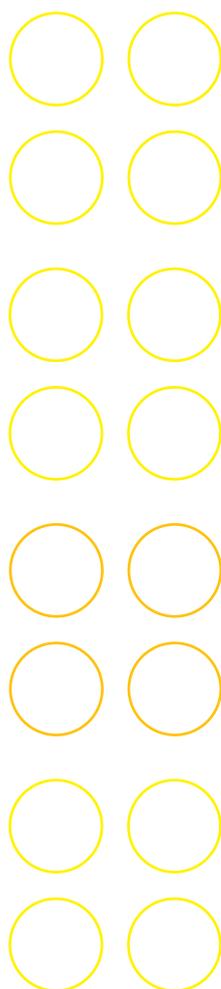
Eduardo Ogata



Percebem-se, por isso, nesses dois instrumentos – PNPI e Lei nº 13.257/2016, as ligações entre o preposto na norma legal e a exequibilidade prática, entre a vontade do legislador e a decisão da sociedade e do governo, entre o horizonte apontado e o caminho sendo trilhado. A revisão do plano, sob a luz da nova Lei, vai enriquecê-lo de novas linhas de trabalho e novas ações.

O caminhar do Plano Nacional pela Primeira Infância e das políticas públicas, dos planos e programas já em andamento, nas três esferas da Federação, será o *modus faciendi* mais efetivo para implementar o Marco Legal da Primeira Infância – tanto naquilo que já vem sendo ensaiado ou posto em prática quanto para as novas determinações.

Aí está grande parte da inteligência desta nova Lei: ter auscultado a experiência brasileira no desbravador caminho de colocar as políticas públicas e as ações setoriais a serviço da proteção e promoção integral da criança, visando à vivência plena da infância como valor em si mesma e na dinâmica da formação da pessoa no suceder da existência.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- _____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 mar. 2016. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm>. Acesso em: 22 abr. 2016.
- _____. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- MONTESSORI. M. *Pedagogia Científica: a descoberta da criança*. Tradução Aury Azelo Brunetti. São Paulo: Flamboyant, 1965.



Este livro foi impresso em papel couchê
pela Pancrom Indústria Gráfica Ltda.,
com tiragem de 5 mil exemplares.



“ A exposição à violência no ambiente doméstico e outras experiências adversas durante a infância são extremamente prejudiciais ao desenvolvimento de uma criança e podem ocasionar uma ampla gama de resultados negativos ao longo de toda a vida, incluindo os principais problemas emocionais e comportamentais, bem como aumento das taxas de mortalidade e morbidade. Ainda que, em uma perspectiva global, a atenção para o desenvolvimento da primeira infância venha aumentando, mais de 40% das crianças com menos de 5 anos de idade em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento não estão atingindo seu potencial pleno de desenvolvimento. ”

JAMES LECKMAN

Psiquiatra infantil da Universidade de Yale

“ A escolha do período da primeira infância deve-se ao fato de ser ele, entre todos os outros da existência humana, o mais sensível às experiências do meio social e físico. As vivências da criança nos 6 primeiros anos marcam a vida toda, “para o bem ou para o mal”, pois elas podem construir uma sólida estrutura física, afetiva, social, cognitiva e linguística, ou inserir inibidores do potencial humano. A partir desses conceitos, surge a necessidade do cuidado integral da criança nesses chamados “períodos sensíveis”. ”

VITAL DIDONET

Assessor para assuntos legislativos da Rede Nacional Primeira Infância

“ As mulheres na cidade de São Paulo fazem o dia a dia da cidade. Lutar como mãe, como mulher negra, é lutar por políticas públicas, é saber que escutar é muito importante. Lutamos pelas cotas e pela implementação da Lei nº 10.639. Como mãe, avó e bisavó de uma geração de jovens negros e negras, peço a diminuição da violência contra a juventude negra na cidade de São Paulo. ”

DONÉ KÍKA DE BESSEM

Religiosa da matriz africana, feminista, aposentada

“ Para aqueles que não sabem, é muito sofrimento morar na rua, ainda mais com uma criança. Ser mãe não é fácil, mas não é impossível, e eu cuido dos meus filhos com muito amor. ”

ALANA PEDRO TEIXEIRA

Representante das mães em situação de rua

“ A maior dificuldade de ser uma mãe cadeirante em São Paulo é a falta de acessibilidade na cidade. Ser mãe é infinitamente mais difícil do que ser cadeirante, mas a maternidade é possível em qualquer condição. ”

CAROLINA IGNARRA

Consultora na área de inclusão socioeconômica de profissionais com deficiência no mercado de trabalho