

# O FUTURO HOJE

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis  
Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional

ODM  
Saúde Brasil  
Volume  
**IV**



# O FUTURO HOJE

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis  
Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional

ODM  
Saúde Brasil  
Volume

**IV**



Brasília-DF  
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Série ODM Saúde Brasil, v. IV

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 5.000 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde

SAF Sul, Trecho 02, Bloco F, Torre II, Edifício Premium, Térreo, sala 18.

CEP: 70070-600 - Brasília - DF - Tels.: (61) 33068114

E-mails: [dapes@saude.gov.br](mailto:dapes@saude.gov.br)

Home pages: [www.saude.gov.br/dapes](http://www.saude.gov.br/dapes)

**Coordenação:**

Adson França

Liliane Mendes Penello

**Organização:**

Liliane Mendes Penello

Liliana Planel Lugarinho

**Elaboração de texto:**

Ana Carolina Dias Vieira

Carlos Daniel Moutinho Jr

Corina Helena Figueira Mendes

Ethel Resch

Flávia Figueiredo

João Carielo de Moraes

Jorge Ernesto Sérgio Zepeda

José Gomes Temporão

Julia Rodrigues Valle Milman

Julio Peres

Kelem Karem Gomes Barbosa

Kelma Medina Medeiros da Silva

Larissa da Costa Mendes

Liliana Maria Planel Lugarinho

Liliane Mendes Penello

Luiza Beatriz Acioli

Mikaelle Moreira Pedroza

Natércia Gomes de Sousa

Nicolas Ornellas

Patricia Azevedo Feitosa

Pedro Lima

Selma Eschenazi do Rosário

Sonia Augusta Leitão Saraiva

**Projeto gráfico, diagramação, capa e arte-final:**

Lúcia Helena Saldanha Gomes

**Revisão técnica:**

Alice Cerqueira Pinto

Corina Helena Figueira Mendes

Ethel Resch

Liliana Planel Lugarinho

Liliane Mendes Penello

Luiza Beatriz Acioli

Selma Eschenazi do Rosário.

**Revisão:**

Leonardo Lugarinho

**Diagramação:**

Wagner Ramirez

**Fotografias:**

Fernando Lemos

**Normalização:**

Delano de Aquino Silva – Editora MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde.

O futuro hoje : estratégia brasileira e brasileiras saudáveis : primeiros passos para o desenvolvimento nacional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

128 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série ODM Saúde Brasil ; v. IV)

ISBN 978-85-334-1753-3

1. Saúde da criança. 2. Saúde infantil. 3. Administração em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 613.95

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0606

*Titulos para indexação:*

Em inglês: Healthy Brazilian Kids Strategy: first steps forwards national development

Em espanhol: El futuro hoy: estrategia para niños brasileños saludables: los primeros pasos hacia el desarrollo nacional

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Dahlgreen e Whitehead.....	16
Figura 2 - Teoria dos Círculos Sociais Winnicott .....	17
Figura 3 – Linha do Tempo: a continuidade do cuidado para a vida.....	28
Figura 4 – Linha do Tempo/Plano de Implantação da Estratégia Brasileirinhos .....	29
Figura 5 – Vista por Satélite do Contexto Geográfico do Acre .....	76

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese de desafios e potencialidades dos municípios-polo/Oficina de gestores SUS, Estratégia Brasileirinhos 2010 .....	35
Quadro 2 – Matriz lógica preliminar de Campo Grande .....	55
Quadro 3 – Principais atividades de atenção à criança em Florianópolis.....	62
Quadro 4 – Ações para potencializar a linha da Estratégia Brasileirinhos em Florianópolis ....	66
Quadro 5 – Estratégias do apoio municipal da Estratégia Brasileirinhos.....	70
Quadro 6 – Modificadores da experiência local de Florianópolis.....	71
Quadro 7 – Avanços e desafios do município na atenção à mulher e à criança .....	72
Quadro 8 – Consolidado de expectativas/necessidades em formação.....	80
Quadro 9 – Desafios e Potencialidades no plano de ação local da Estratégia Brasileirinhos .....	84

## SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	7
2 INTRODUÇÃO.....	9
3 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS PARA A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA BRASILEIRINHOS .....	11
3.1 Determinação social e tendências à integração psíquica na produção de saúde: aproximando contribuições, articulando ações diferenciadas nas práticas de saúde.....	14
3.2 A contribuição da Neurociência .....	19
4 OBJETIVOS.....	25
4.1 Objetivos específicos.....	25
4.2 Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância .....	26
5 METODOLOGIA DE TRABALHO E ARRANJO DE GESTÃO .....	31
5.1 Arranjos de gestão: espaços colegiados da Estratégia Brasileirinhos .....	32
5.2 Atitudes avaliativas .....	33
6 PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA 2011 .....	37
7 AS EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO NOS MUNICÍPIOS-POLO.....	41
7.1 Campo Grande (MS) .....	43
7.2 Florianópolis (SC).....	58
7.3 Rio Branco (AC).....	75
7.4 Rio de Janeiro: Santa Marta e Chapéu Mangueira/Babilônia (RJ).....	87
7.5 Sertão do Araripe: Araripina e Santa Filomena (PE).....	96
REFERÊNCIAS .....	105
ANEXOS.....	111
Anexo A – Portaria MS/GM nº 2395/2009.....	111
Anexo B – Atribuições dos espaços do arranjo de gestão da Estratégia Brasileirinhos .	114
Anexo C – Minuta do termo de adesão .....	116
Anexo D – Quadro do Plano de Ação Nacional da Estratégia Brasileirinhos.....	120
Anexo E – Voo do Pássaro 2010.....	122
Anexo F – Demonstrativo sintético 2010.....	124
SOBRE OS AUTORES.....	125



# 1 APRESENTAÇÃO

...As atuações sobre os Determinantes Sociais da Saúde devem contar com a participação de todo o poder público, a sociedade civil, as comunidades locais e o setor empresarial, fóruns e organismos internacionais... O Ministro da Saúde e seu ministério são essenciais para que essa mudança mundial aconteça... Podem prestar seu apoio a outros ministérios na formulação de políticas voltadas à *promoção da equidade em saúde*. (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2008)

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional (Estratégia Brasileirinhos) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que visa fortalecer o conjunto de esforços em todo o país para articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até seis anos, etapa da vida designada no Brasil como 'Primeira Infância'. A Estratégia Brasileirinhos vem sendo construída pelo Ministério da Saúde desde 2007 – atendendo às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considerando a importância do desenvolvimento emocional primitivo na definição e configuração de padrões de saúde para a vida:

...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, e em particular o desenvolvimento físico, socioemocional e lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva as oportunidades na vida de uma pessoa e a possibilidade de gozar de boa saúde, já que afeta a aquisição de competências, a educação e as oportunidades de trabalho. (WHO, 2008)

Atendendo à necessidade de alinhamento da proposta da Estratégia Brasileirinhos ao arranjo institucional do Ministério da Saúde, tanto do ponto de vista de sua base conceitual, como da inserção de ações no Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia foi situada no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS, eixo - Promoção de Saúde, um dos sete que orientam o Programa de Aceleração do Crescimento em Saúde (PAC Saúde)/Mais Saúde) – o documento que resume o planejamento estratégico do Ministério da Saúde (2007 – 2011). Seu financiamento foi garantido pela área técnica de Saúde da Criança/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), entretanto o alcance de sua concepção incluiu, além dessa área, as áreas técnicas de Saúde da Mulher e Saúde Mental, o Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS)/Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS), o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)/Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS) e a Política Nacional de Humanização (PNH). Conclui-se que a natureza transversal e intersetorial da questão em foco – o cuidado integral da primeira infância – suscitava a escolha de uma abordagem matricial, neste caso um fator de grande relevância para a inovação na gestão do Ministério da Saúde.

A Portaria MS/GM nº 2395 de 7 de outubro de 2009, veio instituir a Estratégia Brasileirinhos, considerando marcos legais, contribuições institucionais e experiências nacionais e internacionais bem-sucedidas. A Constituição Brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente garantem às nossas crianças o direito à promoção e proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso do indivíduo. Esse direito é expresso no campo da Saúde como



eixo de um processo civilizatório, pela garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito do SUS.

O reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, da iniciativa Estratégia Brasileirinhos como uma proposição consistente para o fortalecimento e enfrentamento das iniquidades que interferem na saúde da mulher e da criança na primeira infância, alinha-se com o compromisso assumido pelo Governo Brasileiro de cumprir os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. A Estratégia, pela sua orientação intersetorial e transversal, repercute e contribui para o cumprimento de vários destes objetivos. São, porém, os Objetivos 4, 5 e 7 os mais visceralmente vinculados à Estratégia Brasileirinhos, uma vez que tratam da redução da mortalidade materna e infantil e da qualidade de vida.

O alinhamento com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal para o monitoramento e o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher, e o Pacto pela Vida, com a redução da mortalidade materna e infantil, completa e ilumina este conjunto de esforços em nosso país.

Assim, este trabalho se credencia a compartilhar e favorecer a interação das iniciativas nacionais já existentes pela garantia da vida, considerando as ações inovadoras na oferta de políticas e práticas que apontem alternativas e produzam novas realidades, que contribuam para a qualidade de vida das crianças desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades na perspectiva do crescimento e desenvolvimento integral.

## 2 INTRODUÇÃO

Esta publicação apresenta as origens e os caminhos da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (Estratégia Brasileirinhos) através de seus alicerces teóricos e metodológicos, objetivos e arranjos de gestão, assim como dos resultados do primeiro ano de sua implantação nos municípios-polo do Projeto Piloto da Estratégia Brasileirinhos.

A importância do Projeto Piloto Estratégia Brasileirinhos é contribuir para agregar esforços despendidos por várias iniciativas, propostas e inovações, para que, até 2015, o Brasil possa atingir suas metas de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento concertados nacional e internacionalmente e assim, atingir os Objetivos do Milênio.

O projeto Estratégia Brasileirinhos, ao focar o desenvolvimento emocional primitivo dos indivíduos, conferindo aos vínculos estabelecidos entre eles; o *status* de espaço potencial de produção de saúde, visa estimular a incorporação e implantação de ações de saúde nesta perspectiva, envolvendo todos os atores do campo numa rede de suporte em defesa do ambiente facilitador ao crescimento, desenvolvimento e amadurecimento das crianças no período da chamada Primeira Infância. As constatações dos autores que trabalharam por meio da psicologia e da psicanálise esta etapa precoce do desenvolvimento humano, como Winnicott (1975, 1983, 1987, 1988, 1990) e Bowlby (2002), cada vez mais se tornam atuais, diante das descobertas das neurociências (DAMÁSIO, 2005; MUSTARD, 2010) e da promoção da saúde mental na discussão sobre o desenvolvimento infantil e a qualidade de vida.

A compreensão ampliada de saúde como qualidade de vida do sujeito em interação com o meio em que vive, e com os vínculos aí estabelecidos, aponta para um conjunto de fatores intervenientes na produção de sua saúde que ultrapassa a determinação biológica. Nesta perspectiva é que a Estratégia Brasileirinhos se alinha ao pensamento de Winnicott (1975) de que ausência de doença pode ser saúde, mas não é o bastante para a vida. A ampliação do conceito de saúde, que já foi definida pela OMS como perfeito bem-estar biopsicossocial, orienta a Estratégia Brasileirinhos a buscar maior integração entre os chamados determinantes sociais e os fatores psíquicos no sentido da sua produção.

O capítulo 3, ***As Bases Conceituais e Teóricas para a Construção da Estratégia Brasileirinhos***, apresenta a apropriação crítica dos referenciais do campo dos determinantes sociais da saúde (DSS)<sup>1</sup> e do conceito de ambiente emocional facilitador como parâmetros na constituição e prática da Estratégia. Também neste Capítulo há uma reflexão sobre a contribuição das neurociências para a Estratégia Brasileirinhos.

O capítulo 4, ao tratar dos ***Objetivos***, privilegia a construção da *'Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância'* para assentar a apresentação dos objetivos da Estratégia Brasileirinhos. A integridade e a integralidade dos movimentos da Linha em diferentes sentidos são consideradas o eixo das ações propostas pela Estratégia, que conta com os princípios norteadores da intersectorialidade e da transversalidade, compreendidas segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), também no seu aspecto comunicacional entre instâncias e atores em relação, fugindo das inúmeras fragmentações que persistem entre disciplinas, profissões, práticas e conceitos, gestão e atenção neste campo de trabalho.

<sup>1</sup> Determinantes sociais da saúde podem ser sinteticamente definidos como a resultante do impacto das condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, na saúde de um indivíduo.

O objetivo de ampliação de acesso e redução de iniquidades na atenção à mulher e à criança, inovando nos aspectos de integração dos fatores psíquicos à produção de saúde, completam o desenho desta *Linha de Cuidado* como um dispositivo orientador da Atenção Primária à Saúde e da Promoção da Saúde, no âmbito do SUS.

No capítulo 5, **Metodologia de Trabalho e Arranjo de Gestão**, está descrita a construção da proposta metodológica do Projeto, que implica definições operacionais e ideológicas fundamentadas em referenciais teórico-conceituais. Nesse caso, a Estratégia Brasileirinhos aposta na direção da cogestão e gestão participativa, alinhados com os princípios da Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileiras.

A importância do manejo integrado das informações e conhecimentos produzidos na configuração do arranjo de gestão proposto entre as diversas instâncias para a construção compartilhada de uma Política Nacional voltada à Atenção Integral à Primeira Infância respeita as necessidades das diferentes regiões do país, ao definir ações de cuidado segundo as necessidades de nossas brasileiras e brasileiros.

O centro de atenção do Capítulo 6, **Perspectivas e Desafios para 2011**, apresenta as bases construídas para, assim, garantir, o **FUTURO HOJE**.

Em seguida aos quatro capítulos político-conceituais, são apresentadas as experiências de implantação nos seis municípios-polo, através das narrativas de seus Apoiadores Locais.

As cinco macrorregiões brasileiras estão retratadas nas suas diversidades e sobre como se dá, passo a passo, o trabalho de criação e implantação da Estratégia Brasileirinhos, seus caminhos, vicissitudes e potencialidades.

Agora, convidamos você a conosco pensar e construir a Estratégia Brasileirinhos, primeiros passos para o desenvolvimento nacional – uma proposta para a construção de uma política pública de atenção integral à Primeira Infância.

### 3 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS PARA A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA BRASILEIRINHOS

Estranhos assuntos esses, tão marginais às chamadas questões nacionais em que se centra o debate político. É que eles fervilham no pré-sal da existência humana, a camada mais submersa, talvez a mais rica. (OLIVEIRA, 2010)

A concepção ampliada de saúde adotada contemporaneamente considera que para uma vida rica em qualidade é muito pouco para o homem ser apenas são. Torna-se necessário agregar à ausência de doenças a intensidade de experiências de vida e expressões de criatividade que permitam a superação dos fatores geradores de mal estar e sofrimento que limitam e desqualificam o viver. Hoje estamos convencidos de que a potência ou a capacidade individual para manejar com maior autonomia as questões vivenciais, está vinculada a experiências relacionais dos primórdios da vida, quando são definidos padrões pessoais do viver e do conviver.

Argutos observadores do desenvolvimento emocional primitivo, John Bowlby e Donald Winnicott – trabalhando no campo da pediatria, psicanálise e etologia, em meados do século passado – indicavam a importância destas considerações – na formação de padrões adaptativos à vida, repercutindo desde cedo na liberdade de cada ser humano para usufruir a sua própria experiência de vida. Insistiram, então, na adoção de um conceito ampliado de saúde que incluísse também os aspectos psicológicos. Bowlby havia sido convidado em 1950 para assessorar a Organização Mundial da Saúde (OMS) na área de saúde mental de crianças sem lar e anteriormente Winnicott trabalhara como psiquiatra consultor do Plano de Evacuação do Governo e no Plano de Abrigos para a evacuação de Ofordshire atendendo crianças afastadas de seus pais e famílias durante a Segunda Guerra Mundial.

Estas experiências marcantes foram incorporadas às suas obras, sustentando valiosas teorias no campo da psicanálise, e influenciando muitos outros autores, para o trabalho que queremos aqui discutir, associado à determinação social da saúde, que é o desenvolvimento emocional primitivo e os cuidados com a primeira infância e sua relação com políticas públicas de saúde.

Com o conceito de ambiente facilitador do crescimento e amadurecimento dos seres humanos sugeriu-se que o ambiente inicial da vida de um novo ser coincide com o corpo da mãe incluindo sua própria condição de existência, suas redes de sustentação, suas fantasias e desejos e suas construções imaginárias ou reais como ambiente de suporte para o filho. A ideia da ‘mãe suficientemente boa’ – como aquela capaz de apresentar intuitivamente ao seu filho aquilo que ele necessita como provisão rumo ao seu crescimento e amadurecimento incluindo as possíveis falhas nesse caminho; – chama atenção para o fato de que a provisão ofertada pela mãe biológica pode ser executada por uma figura substituta através de vínculo amoroso, criativo e não burocrático.

Para o autor, nesta fase de desenvolvimento do lactente, o amor só pode ser efetivamente expresso em termos de cuidado neste ambiente favorável à confiabilidade. A mãe suficientemente boa é o ambiente facilitador para a efetivação do processo maturacional da criança pequena, provendo chances à criança de se tornar uma pessoa real, em um mundo real, e de crescer de acordo com seu potencial herdado. Em relação ao amadurecimento,

compreende-se como um processo jamais finalizado, e sempre ‘adaptativo’ do ponto de vista evolucionário, que tem sido considerado importante indicador de saúde a contribuir decisivamente para o desenvolvimento social:

A base para uma sociedade é a personalidade humana total [...] não é possível que as pessoas consigam ir mais além na construção da sociedade do que de seu próprio desenvolvimento pessoal. (WINNICOTT, 1989, p. 193).

É neste sentido que se propõe uma compreensão bastante peculiar do desenvolvimento da personalidade humana total e sua constituição sempre frente a um “outro” com o qual estabelece vínculos sugerindo uma configuração em círculos que se amplia e se expande antes mesmo de sua concepção, desde o desejo e o corpo da mãe na sua gestação até uma a participação social mais ampla depois do nascimento.

Considerando a importância do desenvolvimento emocional primitivo na definição e configuração de padrões de saúde para a vida, um grande esforço para atender às recomendações da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) e da OMS, no sentido da produção de ações, estratégias e políticas voltadas para a primeira infância, vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2007 a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, primeiros passos para o desenvolvimento nacional.

A Estratégia Brasileirinhos surgiu com a rica discussão em torno da formulação do Programa de Aceleração do Crescimento na Área da Saúde (PAC/Saúde, 2007) visando aprofundar e integrar as Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras articulando-as a um padrão de desenvolvimento nacional comprometido com crescimento, bem estar e equidade no acesso à saúde do povo brasileiro. Desta iniciativa resultou o “*Mais Saúde*”, Plano de Metas do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), constituído em torno de sete grandes eixos, dentre os quais, a promoção da saúde. Nesta oportunidade, ficou muito clara nossa expectativa em revigorar o trabalho a partir da área da saúde por um projeto civilizatório, e dentro desta perspectiva, produzir saúde, cidadania e democracia, tornando-se fundamental considerar a constituição de nossos cidadãos, desde as etapas mais precoces da vida.

Em decorrência deste momento, foi produzido no âmbito do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), com participação de todas as Secretarias do MS, o documento-base para desenho da Estratégia Brasileirinhos.

Vale ressaltar que o Projeto para implementação da Estratégia Brasileirinhos pautou-se no documento-base construído em parceria pelo DAPES/SAS/MS e o IFF/FIOCRUZ em resposta à demanda conjunta da elaboração de uma Política de Atenção Integral à Primeira Infância no país. Neste sentido, o desenho do projeto planejou sua Coordenação Técnica e Executiva pelo Instituto Fernandes Figueira, unidade técnica científica da FIOCRUZ, com o apoio da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde, área responsável dentre outras, pela relação Desenvolvimento e Saúde, principalmente no que se refere ao impacto dos grandes empreendimentos sobre a Saúde e o Ambiente. Coloca-se, portanto, em discussão a concepção ampliada de ambiente, que inclui o ambiente emocional facilitador ao desenvolvimento dos cidadãos, considerada eixo desta Estratégia. Além das coordenações mencionadas, a Coordenação Nacional está constituída por uma coordenação adjunta, apoiador matricial, colaboradores e apoiadores locais. Estas funções se desdobram em ações de apoio à implantação nacional e local da Estratégia Brasileirinhos.

O Brasil possui 14.210.000 crianças na faixa etária de zero a quatro anos, o que corresponde a 7,59% da população total (BRASIL, 2008). De acordo com o Censo Escolar de 2007, apenas 17,1% das crianças de até três anos estão matriculadas em creches, enquanto 77,6% das crianças de quatro a seis anos freqüentaram pré-escola. Portanto, mais de 80% das crianças menores de três anos estão sendo educadas e cuidadas em ambiente doméstico, pelos progenitores (em geral, a mãe) ou por um cuidador substituto. Por esta razão, decidimos trabalhar pela maior interação e ampliação das ações de saúde com novas ofertas voltadas para a Primeira Infância, em sintonia com o relatório final da CNDSS que sugere intervenções que adotem como referência os princípios e estratégias da 'promoção da saúde', estabelecidos numa série de seis Conferências Internacionais (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jacarta, México e Bancoc), entre 1986 a 2005. Destaca-se a primeira delas, na qual foi lançada a Carta de Ottawa, com o objetivo de contribuir para o combate e a superação de problemas geradores de iniquidades na área e desenvolvimento saudável dos cidadãos. O documento reconhece que paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade são requisitos fundamentais para a saúde dos povos identificando como condições-chave para promover a saúde o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

A Portaria MS/GM nº 2.395, de 7 de outubro de 2009, veio instituir a Estratégia Brasileira considerando marcos legais, contribuições institucionais e experiências nacionais e internacionais bem sucedidas: a Constituição Brasileira; o Estatuto da Criança e do Adolescente; as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e Aleitamento Materno, de Saúde Mental, da Atenção Primária, o Planejamento Familiar, a Política Nacional de Humanização, dentre outras, aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); o Compromisso Brasileiro com os Objetivos do Milênio (ODM), especialmente o 4º, voltado para a Redução em 2/3 da mortalidade de menores de 5 anos até 2015; o Pacto pela Vida (Portaria GM 325, 2008), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neo-natal (PR, 2004), o Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal, firmado entre os Governos Estaduais e Federal; Pastoral da Criança, OMS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Organizações Não Governamentais e Redes de Instituições voltadas para o Cuidado com a Primeira Infância, Experiências Nacionais e Internacionais exitosas e Políticas Públicas Regionais e Nacionais de setores outros que não a Saúde, mas neste campo e na perspectiva intersectorial. A Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) foi designada para a Coordenação Técnica da Estratégia Brasileirinhos.

A Estratégia Brasileirinhos traz como preocupação central não apenas o desafio de trabalhar nacionalmente pela articulação e interação das múltiplas iniciativas nesse campo sabidamente multisectorial, o que já torna esta proposta bastante ousada, mas também a necessidade de prover novas ofertas de cuidado na perspectiva de fortalecimento dos vínculos entre os pais, suas crianças pequenas e a rede social que os cerca, considerando estágios precoces do desenvolvimento humano com intervenções sobre uma série de determinantes que incidem sobre o chamado "ambiente facilitador".

Questão que se torna ainda mais importante diante da chamada transição dos cuidados na infância, fenômeno observado em todo o mundo, relacionado com alguns progressos no sentido da igualdade de oportunidades para as mulheres – nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mais de dois terços de todas as mulheres em idade ativa trabalham atualmente fora de casa – o que merece ser festejado, mas que passa a representar, com as pressões econômicas crescentes, preocupações para milhares de mães: as pressões laborais não refletem novas oportunidades, mas novas necessidades.

Se o cuidado com as crianças pequenas era um assunto predominantemente privado e familiar, agora se tornou, em grande medida, uma atividade que decorre fora de casa e em que os governos e as empresas privadas estão cada vez mais envolvidos, pois uma grande parte das crianças passa seus primeiros anos de vida não nas suas casas com as respectivas famílias, mas em algum tipo de estrutura de cuidados à infância. E embora este não seja o quadro predominante da realidade brasileira, sabe-se que um quarto das famílias em nosso país, depende de uma renda feminina.

Em artigo publicado no jornal *O Globo*, de 2 de maio 2010, Rosiska Darcy de Oliveira traz à tona temas tangenciados e confidenciados na sociedade como as escolhas sobre a maternidade, as condições da gravidez e do parto, as leis que tolhem ou propiciam liberdades e o temor atávico da violência sexual. Todas essas questões tornadas realidade para o corpo feminino afligem as mulheres uma vez que elas sabem que habitam um corpo cujo destino é gerar outros. Ainda segundo a articulista, respeito e escuta é o que aspiram as mulheres para que possam efetivamente contribuir com reformas modernizadoras de estruturas de acolhimento que tornem a vida familiar viável e não o ponto cego das relações sociais.

Nesse sentido, tem sido necessário recorrer a uma compreensão mais cuidadosa do que são e como atuam os determinantes sociais da saúde e pensar neste âmbito, as intervenções sobre as tendências à integração psíquica e ao ambiente facilitador.

### **3.1 Determinação social e tendências à integração psíquica na produção de saúde: aproximando contribuições, articulando ações diferenciadas nas práticas de saúde**

Apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século 20, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens. A própria história da OMS oferece interessantes exemplos dessa tensão, observando-se períodos mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais. A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença. Observa-se este trecho do relatório da segunda sessão da Comissão de Especialistas em Saúde Mental da OMS:

O mais importante princípio a longo prazo para o trabalho da OMS, na promoção da saúde mental, em contraste com o tratamento de distúrbios psiquiátricos, é o estímulo à incorporação no trabalho de saúde pública, da responsabilidade pela promoção da saúde física e mental da comunidade (WHO, 1951).

Já a Conferência de Alma Ata, no final dos anos 1970, e as atividades inspiradas no lema 'Saúde para Todos no Ano 2000' recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. No Brasil, trouxe elementos decisivos para a sustentação da Reforma Sanitária Brasileira, num período ditatorial de nossa história recente, em que diferentes e importantes atores, como representantes de instituições de ensino, assistência, órgãos de classe, partidos políticos, sociedades médicas e de especialistas da saúde e outros representantes da sociedade civil discutiam sua relação com o regime democrático. 'Democracia e Saúde' passaria a ser o tema em debate e a discussão prosseguirá ampliando-se para a compreensão de que 'Democracia é Saúde'.

Nos anos 1980, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente deu lugar a uma maior ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 (WHO, 2008).

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde do Brasil são os determinantes econômicos, culturais, psicológicos, comportamentais entre outros, que influenciam a ocorrência e a distribuição na população dos problemas de saúde e seus fatores de risco. A CNDSS escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008) para balizar as intervenções sobre os DSS e promover a equidade em saúde contemplando os diversos níveis que devem incidir sobre os determinantes proximais (vinculados aos comportamentos individuais), intermediários (relacionados às condições de vida e trabalho) e distais (referentes à macroestrutura econômica, social e cultural). A escolha deste modelo foi justificada por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS, além de servir como base para orientar a organização de suas atividades e os conteúdos do seu relatório final.

Na próxima parte, discutiremos o Modelo de Dahlgren e Whitehead e a importância do ambiente facilitador na produção da saúde com a contribuição de Donald Winnicott. Este modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal na qual se situam os macro determinantes.



Figura 1 – Modelo de Dahlgreen e Whitehead, 1990.



Fonte: (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008)

Em relação ao tema em questão, interessa, particularmente, discutir as duas primeiras camadas: os indivíduos estão na base do modelo, com suas 'características individuais de idade, sexo e fatores genéticos' que exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde; o 'comportamento e os estilos de vida individuais' estão situados no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também dos DSS, como acesso ao trabalho, habitação, informações, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

A Estratégia Brasileirinhos apoia-se na ideia de que a integração do ser humano ao ambiente social em que vive é precedida de múltiplas experiências do chamado 'ambiente facilitador' de origem, e conforme anteriormente colocado, este ambiente resulta da interação de fatores genéticos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. Considerar, portanto, as repercussões destes fatores na relação mãe-bebê ou cuidador-bebê e seus efeitos sobre a saúde de ambos, incluindo a saúde mental é tarefa que nos cabe enquanto profissionais e gestores da área da Saúde, trazendo para a saúde pública o desafio de formulação de um modelo de determinação de saúde que apresente muito claramente a articulação entre seus determinantes sociais e as tendências à integração psíquica do sujeito.

Assim, a Estratégia Brasileirinhos ao eleger o Ambiente Emocional Facilitador como um dos pilares de sustentação das ações que propõe para os cuidados com a primeira infância, sugere que se busque a explicitação do componente psicológico dentro dos modelos que já o consideravam na determinação da saúde sem, entretanto, aprofundá-lo. Por sua vez, uma outra possibilidade é a de adotar para esta compreensão ampliada a proposta de Winnicott, que sugere uma configuração em círculos que se ampliam e se expandem desde o desejo e o corpo da mãe, o ambiente facilitador, à participação social mais ampla.

Figura 2 - Teoria dos Círculos Sociais Winnicott



Para exemplificar, no caso do Modelo de Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008), pode-se destacar a camada situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS para que mais claramente possamos perceber que, embora os autores nos alertem para a questão fundamental de como os comportamentos dos indivíduos se expressam na relação com a sociedade, não explicitam que há um momento não tão curto assim em termos de tempos de vida e impactos na produção de saúde, em que ‘ainda não existe um indivíduo’ capaz de optar e manejar seu livre arbítrio. O motivo, diria Winnicott (1983, p. 40) é que “há um momento do desenvolvimento humano em que não se pode falar em um bebê, a não ser que a ele esteja vinculado sua mãe ou figura que a substitua!”

Esta peculiaridade experimentada pelos seres humanos no que diz respeito à sua constituição como sujeito desde estudos recentes que demonstram a importância das experiências intrauterino, das vivências da gravidez da mulher e suas consequências na saúde física e mental do bebê até a constatação nos primórdios da vida de que há uma dependência absoluta do lactente em relação a um ‘outro’ para existir, leva-nos a reconhecer que existem etapas do desenvolvimento deste novo ser, nas quais ele não existe por si só. Isto quer dizer que na etapa de dependência completa, que se associa aos primeiros meses de vida, não há como falar do bebê, sem associá-lo à sua mãe, ou à quem cuida dele. Para Mahler, Pine e Bergman (1977) o nascimento biológico do homem e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo. O primeiro é um evento bem delimitado, dramático e observável; o último, um processo intrapsíquico de lento desdobrar:

O processo de separação/individuação normal começa em torno do quarto, quinto mês e vai até o trigésimo, trigésimo sexto [...] caminhando de um período simbiótico até a aquisição pela criança de um funcionamento autônomo na presença da mãe e da prontidão em termos de desenvolvimento para a funcionamento psíquico independente, gerador de prazer. (MAHLER; PINE; BERGMAN, 1977, p. 15)

Esta citação nos ajuda a sustentar o porquê de consideração tão destacada para esta etapa da vida, a caminho da individuação para o desenvolvimento saudável: o florescimento da capacidade para andar e afastar-se mantendo certo controle sobre ir e vir, desenvolvimento da linguagem, utilização do pronome ‘eu’, reconhecer e nomear o outro, diferenciação e identidade de gênero, dentre outros de igual magnitude na constituição do ser humano.

A aproximação entre as constatações anteriores e a observação de que os modelos de determinação da saúde estudados pela CNDSS tendem a considerar seus determinantes a partir de um “indivíduo e suas inter-relações”. O que significa, como vimos, um longo caminho já percorrido em termos de crescimento e desenvolvimento pessoal e nos alerta para a existência de um ‘tempo-espaço epidemiológico’ relacionado à etapa da dependência completa e relativa de um ser humano em relação a outro, que pode se constituir como ambiente facilitador ao crescimento. Este, resguardado num período da vida chamado primeira infância, não encontra correspondência em termos de suas peculiaridades e necessidades de cuidados e intervenções, nos modelos teóricos de determinação social da saúde.

No discurso de abertura do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e do VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, que trouxe como tema “A epidemiologia na construção da saúde para todos: métodos para um mundo em transformação”, o atual Ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, faz a seguinte afirmação:

...No campo da promoção da saúde o desafio para os epidemiologistas é o de produzir conhecimentos para a compreensão dos atuais determinantes da saúde: o entendimento de que múltiplos aspectos materiais e imateriais configuram o espaço/ território investigado, engendrando praticamente todas as dimensões da existência humana, demandam novos discursos e abordagens que alcancem aprofundar a perspectiva multi ou transdisciplinar, incorporando dimensões não comumente utilizadas nos estudos epidemiológicos. Estas transformações que trouxeram novos elementos para se pensar a relação entre espaço, tempo, saúde e doença, são fundamentais para melhor compreensão da proposição de determinantes da saúde e estabelecer como estes se expressam no adoecer e morrer [...] (TEMPORÃO, 2008, p. 10).

Esta abordagem nos levou à sugestão da constituição da saúde atrelada à constituição dos sujeitos em seu crescimento rumo à cidadania, ou seja, uma configuração em que se inclui o ambiente facilitador ao pensar o processo saúde-doença, expandindo sua compreensão para além dos resultados expressos na maneira pela qual em uma determinada sociedade e um dado contexto histórico, se organizam a produção e o trabalho.

O desenho de qualquer modelo deve expressar, portanto, esta compreensão fundadora em termos de determinação de vida e saúde. Conforme podemos observar na Figura 2, sugere-se uma configuração em que a mãe, vinculada ao seu bebê, representa, com seu corpo e sua mente, o ambiente inicial da vida do filho, o primeiro território vivencial; e se ela mesma como indivíduo, encontra-se exposta a toda série de determinações sociais, como mostram os diferentes modelos, ela passa a representar o ambiente total a ser considerado, cuidado e protegido – por um dado espaço de tempo e objeto de eleição de ações promotoras de saúde. Aqui, podemos oportunamente agregar a proposição de Milton Santos sobre as noções de “espaço e território”, onde se produz saúde ou doença: o espaço é aquilo que resulta da relação entre a materialidade das coisas e a vida que as animam e transformam. A configuração territorial é uma produção histórica resultante dessas relações. As ações provêm das necessidades humanas: materiais, espirituais, econômicas, sociais, culturais, morais, afetivas. Sistemas de objetos e de ações interligam-se. A dimensão da comunicação no meio ‘técnico-científico-informacional’ produz-se também através da circulação de palavras, imagens, rumores, afetos. Os elementos simbólicos contribuem de modo significativo para a configuração territorial e, certamente, para o processo do adoecer, individual e coletivo. Isto nos leva a pensar que o processo saúde-doença seja equacionado em seus determinantes sociais.

Entretanto, tratando-se de uma contribuição de Winnicott à compreensão da relação entre a determinação social e o desenvolvimento emocional primitivo do bebê, através da conformação deste ambiente facilitador ao crescimento saudável, torna-se fundamental registrar que o autor não utiliza o conceito “determinação” como uma imposição da natureza que independe do concurso de outros fatores para sua concretização. Plastino (2009) fala em tendências ou linhas de força que a natureza imprime ao homem, favorecendo o movimento espontâneo da vida, a autopoiese, a autocriação subjetiva e a criação. Não se tratando de determinações, as tendências requerem acontecimentos históricos para virem a ser, ou se atualizarem. Neste contexto de um ambiente favorável, o infante humano atinge a integração, personalização e realização, de forma absolutamente criativa e original. Assim, somente cada sujeito sabe dizer das vicissitudes de seu sentimento de existir, de ser real ou da ausência deles, todos fundamentais em sua vida, demarcando a diferença entre saúde e doença.

Também a ideia de “modelo”, como algo terminado e reproduzível, não é adequado ao pensamento de Winnicott. Para exemplificar, basta recuperar sua participação e compartilhamento na produção dos famosos “rabiscos” que expressavam tão intensamente a emergência de conteúdos psíquicos de seus pacientes, na atualização de questões de sua história. Então, mais à vontade poderíamos falar em configuração e arranjo de tendências que possibilitam a integração psíquica e seu papel na produção de saúde, como uma construção plasticamente e estruturalmente mutável mediante a interação, integração e realização destas mesmas tendências num dado ambiente.

Recentemente descobriu-se como um lar estável, qualquer que seja sua conformação em termos de figuras parentais, não apenas capacita as crianças a encontrarem a si mesmas e aos outros, mas também faz com que elas comecem a se qualificar como membros da sociedade, num sentido mais amplo. Isto se deve ao desenvolvimento da capacidade de identificação com estes mesmos pais e, em seguida, com agrupamentos cada vez maiores e começa quando a mãe ‘entra em acordo’ com seu bebê. O pai, neste caso, é o agente protetor que liberta a mãe para que ela se dedique ao bebê.

A ressaltar, a lembrança de que estas são funções que podem ser, a partir de um dado momento, desempenhadas ou não pela mãe ou pai biológicos, incluindo outros familiares, vizinhos, babás ou educadoras de creches e pré-escola, capazes de prover continuidade no cuidado. E a continuidade do cuidado representa segundo Bowlby (2002) e Winnicott, característica central do conceito de ambiente facilitador:

...é unicamente pela provisão ambiental (presença da mãe ou ausência dela por tempo que não se prolongue para além da capacidade do bebê em manter viva sua imagem) que o bebê em estado de dependência pode ter uma continuidade em sua linha de vida. (WINNICOTT, 1989, p. 48).

Falhas neste aporte em termos de características essenciais da vida familiar e sentidas pela criança como privação, está na gênese da tendência e do comportamento antissocial (WINNICOTT, 1987).

### 3.2 A Contribuição da Neurociência

Uma nova geração de profissionais da saúde mental vem demonstrando que a cognição superpõe-se ao cérebro, modificando a dinâmica funcional do mesmo em períodos críticos do desenvolvimento (PERES et al., 2005).

O interesse sobre o desenvolvimento infantil e suas correlações encefálicas emergiu no final do século XIX, a despeito das limitações metodológicas para investigação científica. Mais recentemente, estudos sobre o aprendizado infantil (e também com animais em laboratório) têm documentado a existência de um conjunto de etapas cruciais – períodos críticos – para o desenvolvimento psicológico normal.

Antes dos estudos formais sobre a privação dos cuidados maternos serem realizados, alguns exemplos de isolamento social foram relatados, como o de crianças mantidas com o mínimo contato social (isoladas em sótão, quartos fechados, florestas, etc.). O filme “O Enigma de Kaspar Hauser”, de Werner Herzog (1974), retrata a história verídica de Kaspar Hauser revelando que a exclusão social não o privou apenas da fala, mas de uma série de raciocínios, contudo, logo que lhe foram ensinadas as primeiras palavras e com o seu posterior contato com a sociedade, ele pôde, paulatinamente, aprender a falar. Anos depois se desenvolveu no campo da música. Outro caso de um menino com aproximadamente 12 anos de idade e encontrado na França em 1799, aparentemente abandonado pelos pais e que cresceu na floresta sem contato humano, não mostrou progressos na socialização (BLUMER, 1935). Aos cuidados do médico Jean-Marc-Gaspar Itard, nunca falou, mas aprendeu a ler uma palavra (leite). Amala e Kamala, conhecidas como meninas-lobo, viveram entre lobos e foram encontradas em uma caverna na Índia em 1920 pelo reverendo Singh. Suas idades presumíveis eram de 2 e 8 anos e, após encontrá-las, Singh levou-as ao orfanato que mantinha na cidade de Midnapore, iniciando, assim, o processo de socialização das duas garotinhas. Apesar de estarem fisicamente saudáveis, elas não falavam, não sorriam, demons-travam poucas expressões faciais e não andavam eretas: uivavam e mostravam destacada acuidade visual à noite. Comiam e bebiam como lobos, lançando a cabeça à frente e lambendo os líquidos. Amala, a mais jovem, morreu um ano após ser encontrada. Kamala viveu por mais oito anos sem, contudo, aprender a falar, ler, assim como usar o banheiro. Conseguiu ficar em pé após seis anos. Chorou pela primeira vez por ocasião da morte de Amala e se vinculou lentamente às pessoas que cuidaram dela bem como às outras crianças com as quais conviveu. Sua inteligência permitiu-lhe comunicar-se por gestos, inicialmente, e depois por palavras rudimentares, aprendendo a executar ordens simples (LEYMOND, 1965).

Esses são exemplos interessantes que trazem reflexões sobre o desenvolvimento da personalidade a partir da privação dos cuidados maternos, ou substitutos, e reforçam a importância decisiva do ambiente e respectivos estímulos no processo de formação da personalidade. É difícil, no entanto, avaliar o que correu exatamente com essas crianças; não se sabe se elas apresentavam, a princípio, um retardado mental e tampouco se conhece a natureza, o início ou grau de isolamento social. Posteriormente, mais informações sobre a privação do contato social e especialmente afetivo materno, foram obtidas a partir de estudos com métodos científicos sobre crianças que cresceram em instituições públicas.

Spitz (1945, 1946, 1947) comparou o desenvolvimento de crianças mantidas em instituições para menores abandonados e crianças criadas em um Lar ligado a mulheres detentas. Ambas as instituições eram razoavelmente limpas e forneceram uma alimentação adequada, assim como cuidados médicos similares. Os bebês no Lar foram tratados pelas mães detentas, que dedicavam afeto e cuidados aos seus filhos durante o tempo atribuído cada dia. Na instituição para menores abandonados, as crianças foram tratadas por enfermeiros, cada um responsável por sete crianças isoladas em seus berços, cobertos na lateral – com muito menos contato com outros seres humanos e em condições de privação sensorial e

social, quando comparadas às crianças assistidas pelas mães na prisão. No final do primeiro ano, as crianças com privação sensorial e social apresentaram índices de depressão e retardo mental significativos em comparação às crianças estimuladas pelas mães.

Outros estudos com o controle da privação materna foram realizados com primatas em laboratórios e o conjunto dos resultados sugere que existe um período crítico ao desenvolvimento de habilidades sociais, tanto em macacos como em seres humanos (HARLOW, 1958, 1965; SUOMI et al., 1975).

A partir dos métodos de mapeamento das conexões entre os neurônios, foi possível demonstrar prejuízos anatômicos decorrentes de algumas privações sensoriais (COWAN et al., 1972). Estudos celulares e cognitivos sobre períodos críticos de aprendizagem mostram que a interação com o ambiente modifica a eficácia das redes neurais preexistentes, sensibilizando expressões distintas de comportamentos (KANDEL, 1998, 2000, 2001). Conforme esses estudos, o processo de desenvolvimento e amadurecimento encefálico envolve a correlação entre a estrutura e a função, ou seja, o desenvolvimento de determinada função depende do amadurecimento de seu correspondente substrato neural anatômico.

A Neurociência mostra que cada pessoa reage ao estresse de uma maneira particular. O mesmo estímulo estressor pode ativar diferencialmente o gene do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) em neurônios do hipotálamo, que estimula a secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) (INSEL et al., 2003). Os resultados apóiam a importância das afetivas e cuidadosas interações mãe-filho durante a vida neonatal para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis na vida adulta (FISH et al., 2004).

Atualmente, vários estudos com neuroimagem avaliam os períodos críticos do desenvolvimento da criança. As tecnologias de neuroimagem funcional estão entre os mais importantes de diversos avanços recentes que prenunciam a correção das classificações estancadas de desordens neurológicas, psiquiátricas e psicológicas (PERES et al., 2005; PERES; NASELLO, 2008). É consenso que a comunicação entre os neurônios, com rica variedade de neuromediadores, simultâneas sinapses excitatórias e inibitórias estão envolvidas em processos cognitivos de aprendizagem (PERES; NASELLO, 2008). Convincentes evidências revelam que as citocinas e suas interações com diferentes neurotransmissores e vias neuroendócrinas estão relacionadas à patofisiologia da função cerebral. Assim, a evolução do sistema nervoso central infantil pode ser dinâmica e saudável, especialmente se a criança é provida dos cuidados maternos (PERES, 2009).

É consenso na literatura científica o significativo impacto de diferenciados cuidados maternos no bem-estar ou no estresse e depreciação da vida do neonatal. As pesquisas continuam em curso e os avanços tecnológicos trarão progressivamente a identificação mais precisa de circuitos neurais associados ao desenvolvimento infantil saudável. O ambiente facilitador ao desenvolvimento saudável dos primórdios da vida requer cuidados que a Neurociência passa a investigar com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os determinantes psíquicos da Saúde.

Para isso, estratégias e políticas da Saúde endereçadas ao desenvolvimento infantil devem ser exeqüíveis e com objetivos precisamente demarcados. Este é o caso das intervenções postuladas pela Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis que objetiva:

Integrar ações para o desenvolvimento saudável de crianças de zero a 06 anos de idade, estimulando habilidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais. Baseado nos achados neurocientíficos aqui revisados, o projeto vem atender a necessidade premente do investimento na boa qualidade da relação mãe/bebê para contribuir com o desenvolvimento saudável de nossa Nação.

Segundo Young (2010) Programas de Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI)<sup>2</sup> vem sendo estimulados por cientistas que destacam duas descobertas fundamentais em relação ao desenvolvimento humano: as respostas de uma pessoa a estímulos internos e externos dependem dos importantes circuitos e processos formados no cérebro e as experiências positivas e negativas da primeira Infância influenciam a formação destes processos e redes de circuitos.

Nesta direção Grunewald & Rolnick (2010) destacam que a qualidade de vida de uma criança e as contribuições que ela dá quando adulta à sociedade podem remontar aos seus primeiros anos de vida. Se este período de vida incluir apoio para o crescimento em cognição, linguagem, habilidades motoras, adaptativas e funcionamento sócio-emocional, a criança terá maior probabilidade de ser bem sucedida na escola, e mais tarde contribuir para a sociedade (ERICKSSON; KURZ; RIEMER, 1999). Inversamente, sem apoio durante estes primeiros anos, aumenta a probabilidade de a criança abandonar a escola, necessitar de benefícios da Previdência Social e cometer crimes. As análises de custo-benefício dos investimentos em Programas de Desenvolvimento Infantil<sup>3</sup> mostram um retorno que se estende de três dólares a quase nove dólares para cada dólar investido.

Para Mustard (2010), as evidências históricas deixam para as neurociências duas questões não resolvidas: (i) como a vida inicial afeta o desenvolvimento humano e se relaciona ao risco de problemas de saúde física e mental na vida adulta? e (ii) que circuitos biológicos estão envolvidos, e como as condições do desenvolvimento da primeira Infância afetam estes circuitos?

Portanto, as investigações e as descobertas neste campo do conhecimento vieram fortalecer as contribuições dos autores que trabalharam com base na psicologia e na psicanálise o desenvolvimento emocional primitivo, reiterando a importância da inclusão da promoção da saúde mental, quando se trata de saúde pública. Para Damásio (2004, p. 15):

...Elucidar a neurobiologia dos sentimentos e das emoções que os percebem altera a nossa visão do problema mente-corpo, um problema cujo debate é central para a compreensão daquilo que somos. A emoção e as várias reações com ela relacionadas estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos, estão alinhados com a mente...

Porém, o mais interessante desta contribuição à nossa proposição, se dá quando Damasio questiona o valor prático desta nova perspectiva:

...O êxito ou o fracasso da humanidade depende em grande parte do modo como o público e as instituições que governam a vida pública puderem incorporar essa nova perspectiva da natureza humana em princípios, métodos e leis capazes de reduzir o sofrimento humano e engrandecer o seu florescimento..." (DAMASIO, 2004, p.16).

<sup>2</sup> Programas que promovem o crescimento e desenvolvimento de crianças menores de zero a seis anos, são o melhor investimento para desenvolver o capital humano necessário ao crescimento econômico.

<sup>3</sup> Programa Head Start, de responsabilidade do US Department of Health and Human Services, iniciado em 1965.

O autor citado nos coloca aspectos éticos de grande relevância, também discutidos no curso “As interfaces das clínicas da primeira infância”, organizado pela Comissão de Saúde Primária da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil (ABENEPI, 2009), ao concordar que mesmo onde aparentemente não existe sujeito, como na criança que ainda não fala, nos casos de autismos, na criança intimidada, deve-se supor uma subjetividade à espera de ser interrogada.

Assim a escuta da pequena criança e seus cuidadores é **uma questão ética que sustenta o direito da criança de constituir-se como sujeito**, especialmente se estiver neste processo, enfrentando impasses. E esta constatação só ocorrerá se pais ou cuidadores atentos, incluindo profissionais de saúde, estiverem presentes e implicados, capturados por um interesse especial na criança, opondo-se sempre à ideia de que o corpo do bebê seja tomado e lido como um puro organismo, pois não há humano sem vida psíquica. E esta presença constante e experiente junto ao bebê possibilita o suporte à construção de seu aparelho psíquico, permitindo que o cérebro ofereça sua plasticidade neural à inscrição dos processos simbólicos. Diz-se assim que os pais são os primeiros e imprescindíveis mestres do cérebro.





## 4 OBJETIVOS

A Estratégia Brasileirinhos tem como objetivo principal fornecer elementos para implantação de uma política de atenção integral à primeira infância no âmbito do SUS e promover junto a segmentos-chaves como a Educação, Assistência Social, Justiça, Direitos Humanos, Trabalho, Cultura, entre outros, as parcerias necessárias para a implantação de uma política pública de proteção à primeira infância.

A primeira infância é considerada o período de vida em que a criança aprende mais intensamente a ser, a fazer, a relacionar-se e a construir seus valores.

As ações da Estratégia Brasileirinhos visam à compreensão das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras em sua articulação com um novo padrão de desenvolvimento; comprometido com crescimento, bem-estar e equidade no acesso à saúde da população brasileira. Apoiam-se no consenso internacional de que a geração de crianças saudáveis é indispensável para o desenvolvimento de uma nação.

Já mencionamos que o SUS pode ser considerado a maior contribuição da área ao desenvolvimento de um projeto civilizatório para o país que concretiza a articulação de princípios, diretrizes e ações nesta perspectiva acreditando no pilar fundamental dos vínculos estabelecidos entre os atores para essa construção. Se expressa a partir da grande área da saúde fortalecendo as ações de Promoção na Atenção Primária à Saúde integrando-as aos demais níveis de atenção da rede. Busca inovação de dispositivos de cuidado apoiando-se na Política Nacional de Humanização.

O estabelecimento de padrões saudáveis que qualificam a vida apresenta estreita relação com um ambiente acolhedor de origem, na diversidade possível de arranjos familiares. Este ambiente mostra-se vulnerável às manifestações da violência gerada pelas desigualdades, impactando e comprometendo a produção de saúde. O reconhecimento internacional sobre a importância deste período, em que a criança dá os seus primeiros passos no mundo justifica o foco numa política integrada que sustente a caminhada destes pequenos brasileiros em direção à sua cidadania.

### 4.1 Objetivos específicos

No sentido de atender ao objetivo maior do projeto, foi iniciada a proposta de construção da Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância e para melhor compreensão apresentamos suas ações subdivididas em dois grandes grupos:

1. Garantia da vida da mulher e do bebê, sendo o principal indicador a diminuição da taxa de mortalidade, com foco em:
  - a) Pré-natal: ampliar a captação precoce (primeiros três meses) para 90% das mulheres grávidas em no mínimo seis consultas, cuidado diferenciado e em continuidade para mulheres em situação de vulnerabilidade ou risco, caso de adolescente grávida que rejeita a gravidez, mulher com transtorno depressivo, indígena, negra, usuária de álcool, tabaco e outras drogas, mulher deficiente e em situação de prisão.

- b) Parto: Garantir parto humanizado atendendo o direito da mulher de saber onde e com quem terá o seu filho: ampliar a vinculação entre as equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família) e as equipes das maternidades.
  - c) Puerpério: Incentivar o aleitamento materno exclusivo por seis meses ampliando dispositivos ofertados à mulher para favorecer sua opção em amamentar.
2. Garantia de desenvolvimento saudável e qualidade de vida com capacidade de brincar.

Sobre a capacidade de brincar, alguns autores mencionam a importância dessa condição para o desenvolvimento psíquico saudável. Para Donald Winnicott, um estudioso do assunto, o brincar é uma experiência originária e universal, intimamente ligada à expressão do potencial criativo. Sua teoria refere-se ao ato de criação como a aptidão que todo ser humano possui para ver o mundo e experimentá-lo em termos originais. Considera a capacidade de brincar como uma conquista no desenvolvimento emocional de todo bebê. Algo decisivo no processo de simbolização e que se inicia a partir do nascimento pela gradativa interação do bebê com o ambiente externo, pelos cuidados a ele dispensados. Quando a criança brinca, ela constrói o mundo e nesse sentido, brincar é uma atividade que pode ser considerada como um dos operadores de subjetividade e sendo processos que perduram por toda uma existência. Encontramos no pensamento de Winnicott o respaldo para afirmar que, tanto para a criança como para o adulto, brincar é ser capaz de explorar o espaço a fim de descobrir, construir e transformar o território existencial que o cerca. Assim, cada um poderá desenvolver a autonomia necessária para dar sentido ao seu percurso de vida e também estabelecer parcerias importantes para o alcance e manutenção de uma vida mais saudável para todos.

Encontramos nas palavras do poeta Pablo Neruda, os argumentos para reivindicar garantia de desenvolvimento saudável e qualidade de vida com capacidade de brincar:

Em minha casa tenho reunido brinquedos pequenos e grandes, sem os quais não poderia viver. A criança que não brinca não é criança, mas o homem que não brinca perdeu para sempre a criança que vivia nele e que lhe fará muita falta. Tenho edificado minha casa também como um brinquedo e brinco nela de manhã à noite. (NERUDA, 1974; 2004, p. 312)

## 4.2 Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância

O importante conceito apresentado sobre a capacidade de brincar foi utilizado como referência para a construção lúdica da Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância, por cada município, com uso de recursos expressivos.





Fotos dos grupos de trabalho na oficina do Rio de Janeiro

Como o eixo referencial proposto é a construção da Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância, tornou-se necessário que os municípios designados como pilotos dessa experiência, partissem do recurso de imagem da Linha do Tempo a fim de facilitar a cartografia das ações necessárias à implementação da Estratégia Brasileirinhos em cada uma dessas regiões. Trata-se de uma representação gráfica para facilitar o mapeamento da visão que cada município tem hoje sobre o que faz com respeito à política aqui proposta, e também projetar a visão de onde quer e pode chegar, a partir da definição do que deseja realizar e como pode fazer para atingir suas metas. Ou seja, traçar as ações necessárias para o alcance de seus objetivos, tendo em conta a realidade do contexto regional específico e a explicitação da responsabilidade de cada ator envolvido.

Figura 3 – Linha do Tempo: a continuidade do cuidado para a vida.



Figura 4 – Linha do Tempo/Plano de Implantação da Estratégia Brasileirinhos.



Estamos nos referindo a uma ferramenta conceitual-metodológica que auxilia na visualização das ações já existentes e que merecem ser ampliadas, bem como facilita a identificação da necessidade de incorporação de tecnologias específicas, de natureza relacional, produtoras de vínculos conforme os pressupostos da Estratégia Brasileirinhos.

É uma linha em movimento que visa à cobertura de todas as etapas que compõem o campo de atuação da Estratégia, buscando a continuidade e a integração dos processos, para que um fluxo de ações considerando a lógica de produção de vínculos entre os atores envolvidos nessa trajetória seja estabelecido. Assim, trata-se de uma Linha que atravessa dimensões temporais e espaciais. Linha de continuidade da vida.

É com base nessa linha do tempo que os projetos singulares e coletivos relativos a cada um dos segmentos que compõem o seu traçado podem ampliar as ações de promoção de saúde e assistência com fortalecimento da consciência sanitária visando diminuir as vulnerabilidades da mulher e do bebê às violências desde o planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério até os seis anos de vida, considerando os determinantes sociais de saúde.

## 5 METODOLOGIA DE TRABALHO E ARRANJO DE GESTÃO

Para a construção da metodologia de trabalho da Estratégia Brasileirinhos e de um Plano de Metas para sua implantação, utilizamos todos os dispositivos ofertados pela Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) exemplar no que diz respeito à ideia do que é uma política pública de natureza transversal. Mais ainda, esta política inicia a proposição ousada de buscar o humano que se revela no espaço da micropolítica de atenção dentro de e constituindo o nosso SUS, que até então só parecia poder apresentar, mesmo que orgulhosamente, sua macroestrutura. Desde os anos 1990, com a proposta da reforma da reforma, Campos (2006) explicitava esta necessidade de aprimorar a Reforma Sanitária Brasileira, incluindo este aspecto do trabalho intenso a ser realizado sobre a potência dos vínculos entre os principais atores do SUS para a produção de saúde.

Além disso, buscou-se conhecer por revisão bibliográfica e visitas *in loco* as estratégias já implantadas ou em processo de implantação em nosso país consideradas também exemplares nesta perspectiva. Tomamos assim como marcos referenciais o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) do Estado do Rio Grande do Sul, o Mãe Coruja Pernambucana, o Mãe Curitibana<sup>4</sup>, a Experiência de Sobral (CE) (SILVA, 2007) e outros, que fazemos questão de citar pelo pioneirismo, ousadia e trabalho árduo para efetivação de propostas desta magnitude.

Sobre a Cogestão e Gestão participativa como Princípio Norteador da Estratégia Brasileirinhos, o desafio maior diz respeito à alteração nos modos de comunicação e de interação dos agentes institucionais. Implica, portanto, em fomentar a capacidade de envolver todos os integrantes comprometidos com a temática nas decisões de gestão e na produção de consensos sobre os processos de trabalho, como um modo inovador de fazer política. Esses processos definem de forma transparente quem faz o que, para que e quem e sob que condições, permitindo a construção de marcos institucionais mais solidários e co-responsabilizados.

Outra diretriz estruturante da proposta metodológica da Estratégia Brasileirinhos é a convicção de que os modos de gestão influenciam sobremaneira os meios de cuidar e que, portanto, é necessário que os trabalhadores tomem a gestão como objeto de seu trabalho, assim como a gestão precisa estar a serviço das necessidades de saúde – finalidade da produção de saúde.

Também foram retomadas as seguintes diretrizes consensuadas e pactuadas do SUS, mas com diferentes dificuldades de efetivação:

- A defesa e qualificação da vida das crianças são pressupostos ético-políticos de uma sociedade justa e igualitária;
- Todo brasileiro/a tem direito a uma equipe de saúde que cuida dele e com quem contrata processos de co-responsabilização;
- Toda mulher tem direito de saber onde e com quem vai ter o seu filho e os ser-

<sup>4</sup> Mãe Coruja Pernambucana. Disponível em <<http://maecorujape.blogspot.com/>>. Acesso em Abr. 2010.

Primeira Infância Melhor. Disponível em <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/>>. Acesso em Abr. 2010.

Mãe Curitibana. Disponível em <<http://www.curitiba.pr.gov.br/publico/secretaria.aspx?id=483&servico=33>>. Acesso em Abr. 2010.

Relatório final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em <[http://determinantes.saude.bvs.br/docs/relatorio\\_cndss.pdf](http://determinantes.saude.bvs.br/docs/relatorio_cndss.pdf)>. Acesso em Abr. 2010.



- viços e equipes/profissionais devem definir em contratos de gestão processos, fluxos e responsabilidades para que a garantia se efetive;
- Os serviços e equipes de saúde devem definir responsabilidades inequívocas pelo cuidado, condição para o fortalecimento de vínculos terapêuticos entre equipe e população/rede social.

Isto implica dizer que a necessidade de prover novas ofertas de cuidado na perspectiva de fortalecimento dos vínculos entre os pais, suas crianças pequenas e a rede social que os cerca, precisou ser considerada intrinsecamente ao desafio de trabalhar nacionalmente pela articulação e interação das múltiplas iniciativas nesse campo sabidamente multissetorial. Para cada contexto que configura os municípios pólos, será preciso compreender quais são os fatores diferenciais entre as ações já existentes e o que propõe a Estratégia Brasileirinhos sobre os estágios precoces do desenvolvimento humano.

Do ponto de vista metodológico um desenho foi sendo construído em torno dos eixos transversalização das ações e inovação nas intervenções sobre o ambiente facilitador. Inicialmente a concepção de um projeto-piloto que servisse de experimentação do método e ao mesmo tempo subsídio para a formulação da política, efeito demonstrativo das potencialidades. A definição das estratégias operativas, suas metas e ações foram, portanto, delimitadas para efetiva conformação às realidades dos territórios e demais instâncias decisórias em espaços ampliados de gestão. Estes espaços foram construídos com o intuito de permitir uma dinâmica reflexiva, propositiva, mobilizadora de protagonismos e co-responsabilizações no cotidiano do fazer saúde.

Neste sentido, um ator chave foi convidado à cena desde o início da implantação da Estratégia: o apoiador institucional local. A função do apoiador exige alguns requisitos básicos, sobretudo, capacidade de construção de um campo de experimentação cuja dinâmica é essencialmente interativa: acompanhar processos, provocar discussões, fazer ofertas e construir junto com as equipes alternativas para a ação, superando aquilo que foi apontado como necessário de ser mudado. Esse tipo de trabalho requisita contato freqüente, trocas cotidianas e interação afetiva, o que permite fazer do apoiador uma referência para a implantação da Estratégia. Assim, apoiar é fazer análises coletivas para se conhecer as forças que constituem os campos e produzir ações para mudar a qualidade da atenção à saúde da mulher e criança.

## **5.1 Arranjo de gestão: espaços colegiados da Estratégia Brasileirinhos**

Os espaços de gestão da Estratégia Brasileirinhos se configuraram como uma aposta no coletivo, com respeito às diferenças, em função de se constituir como uma experiência em curso. Trabalhamos com as seguintes instâncias<sup>5</sup>:

- I - Coordenação Nacional – Representada pelo Instituto Fernandes Figueira, unidade da Fiocruz.

<sup>5</sup> Ver anexo B: Atribuições dos Espaços do arranjo de gestão.

Esta Coordenação tem um desenho que pode ser observado em duas dimensões: (i) político-institucional – representada pela coordenadora técnica adjunta e executiva; (ii) técnico-consultivo: apoiadores locais, facilitadores, consultores, colaboradores e administrativo.

II - Comitê Técnico Consultivo Nacional – É o espaço mais inclusivo com participação das instâncias de Governo e sociedade civil organizada.

A reunião do Comitê Técnico Consultivo Nacional se dá por meio de oficinas ampliadas, trimestrais, com representantes nomeados pela Portaria GM nº 2.395, de 07 de outubro de 2009, e convidados de acordo com os temas em pauta.

III - Grupo Executivo Nacional - Grupo de Trabalho para acompanhamento da implementação do Plano Nacional da Estratégia Brasileirinhos.

A Coordenação técnica deste grupo é responsabilidade da Coordenação Nacional da Estratégia Brasileirinhos em cogestão com o DAPES/SAS/MS, com encontros bimestrais.

IV - Grupo Executivo Local – É o Grupo Executivo local de planejamento e operacionalização da Estratégia Brasileirinhos no município

A Coordenação técnica deste grupo é responsabilidade do apoiador local em gestão com o representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) perante a Estratégia.

No ano de 2010 foram realizadas quatro Oficinas ampliadas da Estratégia Brasileirinhos: A primeira ocorreu em fevereiro de 2010, com o tema “Experiências e Iniciativas da Área da Saúde voltadas à Primeira Infância”, com a participação do Ministério da Saúde, da Sociedade Civil e outras instâncias de governo, como o Programa Primeira Infância Melhor da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, do Programa Mãe Coruja Pernambucana, do Governo do Estado de Pernambuco, e do Carioquinhas Saudáveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Com o tema “Cartografia dos Municípios-polos”, aconteceu em junho a segunda oficina. A Ética do Cuidado e a Capacitação Profissional e de Cuidadores no Âmbito do SUS para o Fortalecimento do Vínculo Mãe (cuidador) – Bebê e Redes de Suporte ao Desenvolvimento foi o tema da terceira oficina realizada em setembro. Em dezembro de 2010 foi realizada a quarta oficina da Estratégia com o tema “Atenção Integral à Primeira Infância: Implantação da Estratégia Brasileirinhos passo a passo, perspectivas e parcerias estratégicas para o desenvolvimento de brasileiras e brasileirinhos saudáveis”.

Concomitante a este movimento o Grupo Executivo Nacional reuniu-se seis vezes no ano de 2010, com a Coordenação Nacional da Estratégia, com o objetivo de mobilizar iniciativas de articulação e integração intra Ministério da Saúde, interministeriais, com a sociedade civil organizada e organismos internacionais envolvidos com a atenção à primeira infância, além de planejar as ações de apoio e monitoramento da implementação local da Estratégia<sup>6</sup>.

## 5.2 Atitudes avaliativas

A avaliação é uma investigação sistemática sobre o valor, o mérito e a importância de intervenções (ações, programas e políticas públicas) ou de um de seus componentes, que

<sup>6</sup> Ver anexo C: Plano de Ação Nacional de implantação da EBBS, 2010.

além de atender ao compromisso ético e legal de prestar contas a sociedade sobre a utilização de recursos públicos, se traduz como uma necessidade premente para o processo de tomada de decisões dos gestores.

As mudanças para a transformação da sociedade devem estar pautadas em processos analíticos racionais e críticos que promovam a institucionalização do processo avaliativo e que implique os atores institucionais. A avaliação deve fazer sentido para os envolvidos, gerando resultados e aprendizado (MINAYO; ASSIS; Souza, 2005).

Nesse sentido, ao refletirmos sobre o processo de avaliação, é preciso que se considerem quatro dimensões (DANNEMANN; PENNA FIRME; LETICHEVSKY, 2005):

1. Utilidade - o porquê de realizar a avaliação;
2. Viabilidade – é preciso ser exeqüível sob a perspectiva prática, na relação custo e benefício e como Política;
3. Ética – priorizando os valores dos envolvidos e,
4. Precisão – deve ser balizada por parâmetros técnicos na sua execução assim como na apresentação de seus resultados.

Sob esta ótica, buscando incrementar e promover uma cultura avaliativa nos municípios-polo, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis no seu primeiro ano de implantação utilizou metodologias para articulação entre apoiadores, pesquisadores, facilitadores e gestores das três esferas de Governo. Foram realizadas e apoiadas oficinas, reuniões, grupos de trabalho, participação em eventos políticos e científicos, buscando incentivar a sinergia das proposições da Estratégia com as agendas setoriais.

Com olhar avaliativo e o objetivo de integrar as potencialidades das três esferas de gestão do SUS, para o pleno desenvolvimento da Atenção Integral da Primeira Infância, segundo o compromisso de implementação da Estratégia, foi realizada uma oficina com representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde de cada município e das áreas técnicas do Ministério da Saúde, que apresentou como produto: (i) um plano de ação preliminar de cada município, construído com base na avaliação de potencialidades e desafios identificados na Cartografia de Iniciativas voltadas para a Primeira Infância e para a implementação da Estratégia Brasileirinhos e (ii) uma agenda de trabalho compartilhada entre as três esferas de gestão e a Coordenação Nacional da Estratégia.

A matriz lógica proposta para o Plano de Ação contemplou a descrição do problema; objetivo/meta; atividades a serem desenvolvidas; recursos necessários para o desenvolvimento das atividades; resultados esperados; responsáveis; prazos; mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados.

Abaixo, no Quadro 1, apresentamos a síntese da produção sobre os desafios e as potencialidades de cada município-polo definidos na Oficina de Gestores SUS, realizada no Rio de Janeiro em 4 e 5 de novembro de 2010, com a presença de gestores municipais, estaduais e técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, a destacar, Área Técnica da Criança, Área Técnica da Mulher e Departamento de Atenção Básica.”

Quadro 1 – Síntese de desafios e potencialidades dos municípios-polo / Oficina de Gestores SUS, Estratégia Brasileirinhos 2010.

<b>Campo Grande</b>	
<b>Desafios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantir o pré-natal e o parto humanizado por meio de capacitação dos profissionais para atuarem como facilitadores na promoção do vínculo entre mãe e bebê.</li> <li>2. Sensibilizar os profissionais para atuarem como facilitador na criação do vínculo entre mãe e bebê.</li> </ol>
<b>Potencialidades</b>	Metodologia da Rede Amamenta Brasil que apresentou bons resultados no município.
<b>Florianópolis</b>	
<b>Desafios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar a Rede Amamenta Brasil</li> <li>2. Estruturar a Caderneta da Mulher.</li> <li>3. Unificar as bases de dados intersetorial (serviço social, saúde e educação) para que todos tenham acesso a uma ficha única da criança e do adolescente.</li> <li>4. Ampliar o número de CRAS e articular com a rede básica.</li> </ol>
<b>Potencialidades</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa Capital Criança.</li> <li>2. Programa Creche Amiga da Amamentação.</li> <li>3. Programa de Atenção Escolar.</li> <li>4. Programa Floripa 40 (trabalha hábitos alimentares com as crianças e adolescentes).</li> </ol>
<b>Rio Branco</b>	
<b>Desafios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta rotatividade dos profissionais de saúde.</li> <li>2. Integração da rede para o cuidado.</li> </ol>
<b>Potencialidades</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualificação das maternidades dentro de um processo integrado,</li> <li>2. Readequação das redes hospitalares para o acesso aos familiares</li> <li>3. Parto humanizado.</li> </ol>
<b>Rio de Janeiro</b>	
<b>Desafios</b>	1. Multiplicidade de políticas e fragmentação de ações de cuidado materno-infantil.
<b>Potencialidades</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento da cobertura de saúde da família</li> <li>2. Programa Primeira Infância Completa (educação)</li> <li>3. Sinergia nas linhas de cuidado voltados para a criança.</li> <li>4. Promoção de protagonismo infantil.</li> <li>5. Promoção de paternidade responsável.</li> </ol>
<b>Sertão do Araripe (Araripina e Santa Filomena)</b>	
<b>Desafios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausência de informação.</li> <li>2. Baixa cobertura da assistência</li> <li>3. Baixa qualidade da atenção básica.</li> <li>4. Altos índices de violência contra a mulher e a criança.</li> <li>5. Deficiência da referência do pré-natal de alto risco.</li> <li>6. Deficiência no incentivo ao aleitamento materno.</li> </ol>
<b>Potencialidades</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carência de creches.</li> <li>1. Aumento de cobertura do pré-natal em Araripina.</li> <li>2. O Centro de Saúde da Mulher.</li> <li>3. Assistência social.</li> <li>4. Implantação do Mãe Coruja no estado.</li> </ol>

Cada Plano de Ação municipal será desenvolvido localmente, para ser implementado até o final de 2011. Seu desdobramento será acompanhado ao longo deste período pela coordenação nacional da Estratégia.



## 6 PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA 2011

Sabemos como problemas complexos nos colocam, em condição de ação sempre aquém das necessidades, e sempre aproximativa do ponto de vista da eficácia, exigindo ciência, ação racional e, ao mesmo tempo, criação, arte, razão estética. Neste sentido, buscamos atender às duas questões que sintetizam estes desafios, e que utilizamos como eixos da Estratégia Brasileirinhos: como efetivar a articulação e transversalização entre as diversas ações pretendidas e como assegurar a inclusão de novos desafios na agenda, como a promoção de saúde inovando na inclusão de intervenções sobre o ambiente emocional facilitador.

A possibilidade de oferta de novas compreensões e novos aportes procedentes de áreas afins, assim como a formação e a capacitação dos profissionais de saúde, cuidadores e gestores nesta nova lógica, além de recursos financeiros para esta iniciativa ampliada com novos esforços intersetoriais, certamente ocupa todas as linhas e entrelinhas desta proposta. Ela está relacionada a um ponto relevante do debate político da reforma do setor saúde que é o enfrentamento da desigualdade e da iniquidade. Sabemos que não se constrói um projeto político nesta área, que assegure de forma sustentável e permanente o acesso universal aos bens e serviços e que garanta os direitos do cidadão, sem a decisão política de assegurar os recursos necessários para o financiamento do sistema de saúde. E assim possibilitando investimentos na infraestrutura, aplicação de novas tecnologias, manutenção de quadros de profissionais de qualidade e fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Para alcançar este objetivo, é preciso que a saúde seja pensada e priorizada nos planos de desenvolvimento como componente estratégico e não como um agente secundário. Tal posição recoloca as bases sobre as quais os determinantes de saúde devem ser equacionados. A desigualdade social quando manifestada no campo da saúde é, portanto, a expressão mais perversa do modelo de desenvolvimento e não será plenamente solucionada sem que outras variáveis sejam de fato equacionadas.

A partir dos conceitos estabelecidos anteriormente, pode-se compreender que as estratégias de atenção à saúde da mulher, só estarão completas, se passarem a incluir ações que considerem as vicissitudes de manejo das questões levantadas desde o momento do planejamento familiar, pré-natal, gravidez, parto, pós-parto e estendendo-se pelo menos até o final do primeiro ano de vida do bebê – compreendida como Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância. Portanto, torna-se fundamental, assim, proteger este “ambiente facilitador” nos primórdios da vida para um desenvolvimento pleno na concepção de estratégias e políticas voltadas para a saúde materno-infantil.

A Estratégia de Saúde da Família e as ações, programas e políticas de suporte ao trabalho e renda, assim como o estímulo à produção de redes sociais, o vínculo fortalecido com equipamentos sociais como as creches e as escolas voltadas para a criança até seis anos junto a seus familiares, e os dispositivos culturais, guardam possibilidades imensas de abrigar trabalhos efetivos sobre o ambiente facilitador e os determinantes sociais da saúde.

Destacadamente apontamos para a importância da detecção precoce da depressão materna como evento sentinela, ou seja, aquele suficientemente estudado e comprovado

como provocador de determinadas patologias, que precisa ser registrado e acompanhado em sua remissão e até sua completa evolução. Mitos como a 'maternidade ideal' e o 'instinto materno' precisam também de acolhimento e escuta para sua necessária desconstrução.

Prover ações em defesa deste ambiente facilitador nos convoca à disponibilização de novos enfoques que enriqueçam estas políticas públicas instituídas, voltadas principalmente para as mulheres e crianças, incluindo as políticas para os homens, para a saúde mental, com contribuições da PNH, do trabalho de construção de Redes e, principalmente, da Atenção Básica, locus privilegiado da maioria das ações, através da Estratégia de Saúde da Família exitosa em nosso país.

Ainda trabalhando com perspectivas e desafios desta iniciativa ousada, vislumbramos como desdobramentos, a parceria com organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Atendendo a convite da Organização Pan-Americana da Saúde – o encontro com a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, aconteceu em evento realizado na sua sede em Washington DC, Estados Unidos da América, nos dias 24 a 28 de setembro de 2010, por oportunidade do 51º Encontro de Ministros dos Países membros da organização, e lançamento do livro Determinantes ambientais e sociais da saúde<sup>7</sup>, integrando as questões ambientais e agendas de saúde.

Em uma breve cerimônia de apresentação, o Ministro da Saúde do Brasil, Dr. José Gomes Temporão, disse, *"Eu estou muito feliz de participar do lançamento deste livro. É um exercício muito importante para ampliar os horizontes e fazer novas pontes entre o conhecimento da saúde e o conceito de meio ambiente"*.

A OPAS, representada pela sub-diretora Dra. Socorro Gross, reconheceu formalmente na iniciativa brasileira, uma inovação importante incorporada à proposta da Estratégia: o marco teórico-conceitual que sustenta o eixo do desenvolvimento emocional primitivo e o ambiente produtor de saúde para a vida, enriquecendo a discussão dos determinantes sociais de saúde – relevante nessa proposta – e a construção metodológica de uma política pública centrada em três eixos: o intraministerial (Ministério da Saúde), o interministerial e a sociedade civil, e o nível local (municípios-polos da Estratégia). Também o recorte destes municípios, que representam a diversidade sócio-econômico-cultural das diversas regiões brasileiras foi avalizada.

Este encontro OPAS - Estratégia Brasileirinhos trouxe a seguinte proposição:

- Construção de um termo técnico de cooperação internacional entre o Brasil, Colômbia, Uruguai, Peru, Chile e Jamaica com intercâmbio de experiências entre estes países da América Latina e Caribe.
- Inclusão do marco teórico conceitual apresentado pela Estratégia Brasileirinhos, no Plano de Construção de Política Integral de Saúde da Criança (Salud de la Niñez) – OPAS/OMS – 2011
- Avaliação da Construção metodológica da proposta Estratégia Brasileirinhos em três eixos, com apoio na intersectorialidade, para apropriação na estruturação das políticas internas da OPAS e na colaboração entre países membros.

<sup>7</sup> Livro organizado pelo Dr. Luiz Augusto Galvão, Gerente da Área Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental/OPAS.

Em contrapartida, a OPAS contribuirá tecnicamente e com recursos no sentido de apresentação teórico conceitual e práticas, experiências regionais e capacitação de pessoas que enriqueçam a implantação da Estratégia Brasileirinhos. As ações definidas nesse evento estão sendo delineadas, com projeto de serem implementadas em 2011.

Quanto ao Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, a Estratégia Brasileirinhos foi chamada para colaborar, com a revisão do Kit Família Brasileira Fortalecida, surgindo daí uma nova parceria que está se estruturando. A Estratégia, a convite do UNICEF, participou como observadora da Primeira Semana do Bebê do Município de Acará no Estado do Pará, em novembro/10<sup>8</sup>.

Para concluir, apresentamos uma reflexão bastante interessante que envolve a luta de toda a sociedade pela redução das iniquidades, tomada do artigo inédito “Ambiente facilitador e a Determinação Social da Saúde”, de Penello (2009). Examinando do ponto de vista psicanalítico a relação entre democracia e liberdade, a autora busca sua associação ao ambiente-facilitador para o desenvolvimento do indivíduo em e para a sociedade em que vive assim como a sua repercussão/determinação sobre a própria saúde e dos demais. Utiliza como suporte a esta reflexão a seguinte proposição:

A democracia é uma aquisição de uma dada sociedade, que num certo momento conta com maturidade suficiente no desenvolvimento emocional de uma proporção de indivíduos que a compõem, a ponto de existir uma tendência em direção à criação, à recriação e a manutenção da máquina democrática. (WINNICOTT, 1989, p. 192).

Sobre democracia, parece possível encontrar um conteúdo latente importante quando é usado o termo: a relação de uma sociedade democrática com a maturidade de seus membros saudáveis. Se partirmos da observação psiquiátrica individual, maduro é o indivíduo normal, saudável, que age de acordo com sua idade cronológica e seu contexto social, com um grau apropriado de desenvolvimento emocional.

Algumas categorias básicas da máquina democrática são o voto livre e secreto, não só para que as pessoas escolham, lógica e illogicamente, mas também para que se livrem e removam seus líderes. E essa escolha permitirá mais ou menos celeremente a caminhada do projeto/processo civilizatório de uma dada cultura. Essa capacidade de influência de cada um sobre o todo, e deste sobre todos e cada um, é característica importante do desenvolvimento de uma sociedade, estando relacionada à possibilidade de amadurecimento da personalidade individual ao longo da vida, e dependente de todos os equipamentos que esta mesma sociedade coloca à disposição de seus cidadãos para este fim. Em seu livro *Desenvolvimento como Liberdade*, Amartya Sen (2000) enfatiza a importância de eliminar todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercerem sua condição de cidadão.

Portanto, se democracia é maturidade, maturidade é saúde e se saúde é desejável, então vamos trabalhar para sua promoção, reconhecendo que um de seus fatores essenciais repousa no homem comum, na mulher comum e no lar comum dos brasileiros – devendo este fator ser seriamente considerado no desenho de políticas públicas para a área.

<sup>8</sup> A Coordenação Nacional da Estratégia Brasileirinhos participou da 11ª. Semana do Bebê de Canela no Rio Grande do Sul em maio de 2010, com desdobramentos que incluem a incorporação da metodologia especialmente no aspecto de mobilização da sociedade civil para a importância do tema desenvolvimento emocional primitivo e produção de saúde.



A questão de saber se as crianças de hoje vão ganhar ou perder com as mudanças em curso no ambiente de cuidado na primeira infância, não dependerá exclusivamente, como sabemos da área da saúde (Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 2008). Iniciativas como a criação da licença parental estendida com aceitação e compreensão da sua importância pela maioria da sociedade; a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços ofertados nas áreas da educação e assistência social, diante da realidade de cada país, com as cores do município onde acontece o dia-a-dia das pessoas; o trabalho de consciência sanitária a ser realizado em diferentes mídias; a continuidade de programas de erradicação da miséria e da fome como o Programa Bolsa Família, entre outros, deverão necessariamente se articular a todas as ações de saúde, nesta perspectiva.

Então a formação de pessoal e sua capacitação ganham destaque para que possa trabalhar devidamente motivado, bem remunerado e respeitado pela comunidade. As constatações provenientes dos países da OCDE até agora, sugerem que não há atalhos ou opções de baixo custo que não comprometam o futuro das crianças (BENNET, 2008). Na ausência de políticas específicas e bem financiadas destinadas a proporcionar serviços de qualidade às crianças vulneráveis, é provável que a transição para os cuidados fora de casa contribua para alimentar a espiral das desigualdades. E se quisermos evitar que esta possibilidade se torne realidade, os governos federal, estadual e municipal deverão construir políticas transversais especialmente voltadas para o cuidado com a primeira infância. É com esta compreensão e responsabilidade que trabalhamos na perspectiva do setor saúde pelo crescimento da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – primeiros passos para o desenvolvimento nacional.

## 7 AS EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO NOS MUNICÍPIOS-POLO

Novos paradigmas científicos estruturam-se a partir de uma noção de saber fragmentária, incompleta, por vezes contraditória. O saber pode ser construído e expressado a partir dos mais diversos discursos – inclusive o narrativo.

Neste sentido, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis convoca também a pensarmos e produzirmos novas expressões de saberes, estimulando a construção de narrativas que dialoguem com os referenciais teóricos metodológicos, com os marcos políticos e com os contextos e atores locais. Tudo isso, e muito mais, através da lente do olhar, dos registros de campo, das inquietações de bordo do apoiador local e sua equipe na trajetória de fazer valer os princípios da Estratégia para garantir um futuro saudável e feliz a brasileirinhas e brasileirinhos.

Os textos a seguir, refletem diversidades de expressões, estilos pessoais, tudo no enquadre ético e do desejo de partilhar os caminhos que estão sendo trilhados.

Conheça agora as experiências da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis nos municípios-polo, seus desafios e se motive com as soluções locais que vem sendo construídos em Campo Grande (MS), Florianópolis (SC), Rio Branco (AC), Rio de Janeiro, nas comunidades Santa Marta e Chapéu Mangueira / Babilônia (RJ) e no Sertão do Araripe, mas especificamente em Araripina e Santa Filomena (PE).

LINHA DE CUIDADO DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE



## 7.1 Campo Grande (MS)

### Perspectivas de Implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis em Campo Grande / MS

Kelem Karem Gomes Barbosa  
Kelma Medina Medeiros da Silva

#### Cartografia

Conhecida como Cidade Morena devido a sua terra de tom avermelhado, Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, conta com uma população de 755.104 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009) e destaca-se em décimo primeiro lugar no ranking das capitais brasileiras considerando o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000).

Escolhida como uma das cinco cidades piloto para o desenvolvimento da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Estratégia Brasileirinhos, demonstra em sua cartografia que dispõe de potencialidades fundamentais para promover ações voltadas à atenção materno-infantil que possam ser reaplicadas nacionalmente.

Atualmente a população que se encontra na faixa etária de 0 a 6 anos é de 82.597, o que corresponde a aproximadamente 10% da população. A média de nascidos vivos ao ano é de 12 mil crianças, sendo cerca de oito mil gestações acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde.

Os principais equipamentos sociais que atendem as mulheres e crianças são: dezenove Centros de Referência de Assistência Social – CRAS que desenvolvem o Programa de Atenção Integral à Família atendendo gestantes e nutrizes e ofertando, dentre outras atividades, cursos de inclusão produtiva; dois Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; dois Conselhos Tutelares (Norte e Sul) e noventa e cinco Centros de Educação Infantil – CEINF que atendem em período integral 16.800 crianças de zero a cinco anos.

O sistema de saúde da rede básica possui a cobertura da Estratégia Saúde da Família de 29,1% que é estruturada atualmente por 67 equipes todas com Equipes de Saúde Bucal e no mínimo um profissional de assistência social atuante nas 28 unidades. Destas, seis unidades contam com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, constituído por uma equipe de oito profissionais de diferentes áreas de conhecimento que tem como objetivo atuar em parceria com os profissionais ofertando diretamente o apoio às equipes e às unidades.

As demais 28 unidades de saúde possuem a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS e abrange 48,93% de cobertura, totalizando 56 unidades e alcançando cobertura geral da atenção básica em 77,94% no município.

Dentro da atenção básica, o serviço de odontologia possui ainda sete Policlínicas Odontológicas que prestam atendimento a comunidade escolar de 06 a 14 anos e três Odontomóveis, cujo atendimento é realizado nas crianças de 06 meses a 5 anos que frequentam os Centros de Educação Infantil.

A atenção de média complexidade conta com nove Unidades de Pronto Atendimento; catorze Centros Especializados tendo como destaques o Centro de Atendimento à Mulher – CEAM com equipe multidisciplinar para atenção e encaminhamento ao Planejamento Familiar cirúrgico, e referência à Mastologia e Patologia Cervical, atendimento de gestantes adolescentes e mulheres pós aborto; um Centro de Especialidades Infantil – CEI composto por equipe multidisciplinar para acompanhamento do Programa de Atendimento Multiprofissional para a Prevenção da Obesidade Infantil (PAMPOI) e de distúrbios de aprendizagem e psicoafetivos para a faixa etária de 0 a 14 anos; cinco ambulatórios de referência para gestação de alto risco; um Centro de Saúde do Homem, referência para cirurgias de vasectomia; um Centro Especializado de Doenças Infecto-parasitárias – CEDIP ofertando dentre outros atendimentos o tratamento às vítimas de violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis e um ambulatório para tratamento de infertilidades.

No campo da saúde mental, foram criados, até o momento, seis Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo dois CAPS II adulto, um CAPSAD para atendimento ao uso de álcool e drogas, um CAPS III de atendimento de urgências e emergências, um CAPSI para atenção à criança e adolescente e um CAPS Pós-Trauma de atenção às situações de violências e eventos traumáticos recentes.

Na atenção hospitalar, o município conta com cinco maternidades, sendo que quatro delas dispõem de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul é referência para cirurgia de laqueadura tubária e para o aborto legal, e a Associação de Amparo à Maternidade e à Infância – AAMI conta como mais uma referência para a cirurgia de vasectomia.

## **Destaque das ações em desenvolvimento para crianças e gestantes:**

### **1 - O Programa de Apoio à Gestante**

Na assistência ao pré-natal, o Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC demonstrou que no ano 2009, o percentual de gestantes que teve acesso a sete ou mais consultas de pré-natal foi de 74% e que 72% foram captadas no primeiro trimestre da gestação. Ainda assim houve um aumento da taxa de mortalidade materna que alcançou 6 óbitos (dois casos suspeitos de H1N1), índice que elevou o indicador para 48,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

No ano 2001, foi instituído o Programa Municipal de apoio à Gestante “Mãe Morena”, que recebeu esse nome em homenagem à cidade conhecida como “Cidade Morena” e tem por objetivo garantir o atendimento recomendado no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - SISPRENATAL do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações que aumentem a captação precoce no primeiro trimestre de gestação, reduza as taxas de morbimortalidade materna e infantil e oferte pré-natal de qualidade à gestante.

No “Programa Mãe Morena”, a primeira consulta pode ser realizada tanto pelo médico como pelo enfermeiro que cadastra a gestante no SISPRENATAL e entre outras ações solicita 16 exames que integram o Programa Estadual de Proteção à Gestante para detecção

precoce de 12 doenças. É entregue nesse momento uma sacola com agenda ilustrada contendo orientações fundamentais sobre a gravidez e a gestante, a partir deste momento, passa a ter garantia de retorno agendado para suas consultas médicas e odontológicas. Mensalmente é ofertada, nas unidades de saúde, atividades educativas com o objetivo de preparar a gestante para o entendimento da fase gravídica-puerperal, assim como para a prestação de cuidados adequados com o recém-nascido. No protocolo dos agentes comunitários de saúde é preconizado também o acompanhamento mensal por meio de visitas domiciliares. Durante toda a gestação são realizadas vacinas e outros exames de forma a prevenir doenças que possam comprometer a saúde da mãe ou o desenvolvimento do bebê.

## **2 - A Rede Amamenta Brasil**

No ano 2008, foi iniciada uma ação de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em continuidade às ações desenvolvidas nos hospitais.

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia fomentada pelo Ministério da Saúde para promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde.

Apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais, essa ação é construída por uma metodologia de ensino-aprendizagem que tem como referencial a educação crítico-reflexiva, valorizando o saber de cada profissional e reconhecendo que aprender é um processo integrado e qualitativo, substituindo a concepção pedagógica tradicional que pode resultar numa prática fragmentada e descontextualizada.

Durante a realização das oficinas, toda equipe das unidades de saúde se voltam para esta atividade, ficando o atendimento interrompido por 6 horas, permitindo assim a participação de todos os trabalhadores.

Em Campo Grande, já foram sensibilizados 1604 profissionais de saúde de 39 unidades e formados 34 tutores que têm como principal objetivo promover a discussão da prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho da unidade básica de saúde local e pactuar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, de acordo com a realidade de cada equipe e comunidade.

## **3 - O atendimento da Odontologia nos Centros de Educação Infantil**

Como foi mencionado, diante da necessidade sentida de realizar a educação em saúde desde a primeira infância, a saúde bucal do município adaptou três ônibus que se transformaram em consultórios odontológicos móveis e que visitam de forma itinerante os centros de educação infantil.

As ações desenvolvidas vão desde a escovação supervisionada e aplicação de flúor a ações educativas com pais e educadores e peças teatrais para as crianças e atendimento terapêutico, que, por serem realizados no próprio local chegam a 94% os tratamentos completados.

A equipe, em sua maioria composta por profissionais odontopediatras, busca manter uma relação inicial lúdica com a criança, que uma vez sentindo-se em seu próprio espaço de convivência demonstra-se mais receptiva ao tratamento, evitando assim a criação de traumas e resistências.

#### **4 - O Centro de Atenção Psicossocial Pós-Trauma**

Desde o ano 2005, Campo Grande conta com o Núcleo de Prevenção à Violência, que, desde a sua implantação, já capacitou aproximadamente dois mil profissionais para o reconhecimento dos sinais e sintomas de alerta e para o tratamento das vítimas de violências em geral. Setenta e duas unidades do município estão capacitadas para realização da notificação dos casos e as unidades de saúde da rede básica são referendadas para realizarem em toda a rede de saúde o seguimento das ocorrências identificadas, ofertando o apoio e os encaminhamentos necessários para o acionamento da rede de proteção.

No entanto, para o tratamento de pessoas em situação de *stress* pós-traumático observou-se que não havia um local específico para o atendimento e a maioria dos usuários não se enquadrava na política de atendimento dos CAPS tradicionais. Foi então criado o CAPPT - Centro de Atenção Psicossocial Pós-Trauma, uma unidade para o atendimento exclusivo de pessoas em situação de violência doméstica ou sexual e os vitimizados por eventos traumáticos recentes.

Por meio de equipe constituída por diferentes profissionais de saúde mental, o chamado Projeto Terapêutico Singular – PTS discute a proposta de articular um conjunto de ações para o atendimento integral e efetivo para o usuário. Dessa forma o acompanhamento terapêutico da equipe busca atenuar o sofrimento e facilitar o rompimento do ciclo da violência.

#### **A Estratégia Brasileirinhos apresentada a Campo Grande**

Em um município que possui gestão plena de seus recursos, que tem como prática realizar no ano anterior a programação anual de suas ações, é sempre recebida com reservas a inserção de novas estratégias que não estejam previstas.

O período de adesão e reconhecimento da necessidade do trabalho ocorre em diversas instâncias, e, desde a apresentação do trabalho ao gestor até o momento em que se iniciam as ações, são inúmeras as articulações que precisam ser realizadas.

É como tecer uma nova rede: para iniciá-la é preciso o encontro de diferentes fios que depois de entrelaçados a milhares de pontos se transformam em uma peça aberta, inteira e única.

O primeiro momento da implantação da estratégia foi de reconhecer no próprio município as ações já desenvolvidas voltadas para atenção materno-infantil. No entanto foi unânime reconhecer que um olhar voltado à saúde mental materno-infantil com o incentivo da gestão, não era ainda um ponto estabelecido como prioridade.

Há cerca de sete meses do primeiro ponto entrelaçado pela coordenação da Estratégia Brasileirinhos, Campo Grande tem estabelecido diálogos intersetoriais que têm demonstrado que novos caminhos poderão ser trilhados a partir do fortalecimento de ações já existentes no município.

## **Primeiras Experiências da Implantação da Estratégia Brasileirinhos em Campo Grande**

### **1 - A UBSF Los Angeles**

A Unidade Básica de Saúde da Família Los Angeles é localizada em uma região de grande vulnerabilidade social, onde aproximadamente 100% da população buscam os serviços do SUS. O atendimento é feito por duas equipes, que atendem cerca de oito mil pessoas.

A procura pelo atendimento de consultas é elevada, comprometendo o trabalho das equipes em ampliar as ações de promoção da saúde. Por tal motivo, a criação da terceira equipe de saúde da família com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento é um anseio muito grande da população e dos profissionais de saúde da região.

Reconhece-se que um modelo de educação em saúde que estabeleça vínculos entre a comunidade e as equipes é uma estratégia fundamental para que a população desenvolva atitudes de co-responsabilidades com a própria saúde.

A primeira intervenção realizada pela equipe técnica da Secretaria se deu diante da necessidade de problematizar a discussão de dois óbitos infantis ocorridos na área, de duas crianças indígenas gemelares. A metodologia escolhida foi por meio da narrativa de um caso semelhante ao ocorrido na área, e o sentimento que essa ação despertou nas equipes foi, em um primeiro momento, o de afastar qualquer atitude que pudesse configurar omissão ou falha no acompanhamento de saúde da família.

No entanto, o episódio fez eclodir o problema que, segundo os próprios profissionais, mostrava-se como mais desafiador: desenvolver de fato uma atenção integral à saúde das crianças daquela comunidade.

Em uma roda de conversa com os profissionais, após um levantamento realizado pelos agentes comunitários de saúde, foram reconhecidas as crianças de zero a cinco anos em situação de risco e vulnerabilidade.

Os casos apresentavam variações de problemas: internações hospitalares de repetições, prematuridades, desnutrição, alimentação e higiene inadequadas, sendo evidentes os casos reincidentes de violência doméstica, com foco na negligência familiar.

Os profissionais sentiam-se impotentes em orientar as mães quanto aos cuidados minimamente necessários para com a saúde da criança e percebiam que o efeito era sempre insuficiente. As notificações junto ao Conselho Tutelar se tornaram rotineiras e ineficazes, uma vez que as intervenções pontuais daquele órgão de proteção raramente modificavam a atitude dos pais e cuidadores, e quase sempre a solução visualizada pelas equipes era a de encaminhar a criança para o Centro de Educação Infantil, por acreditarem que tão somente neste espaço a criança receberia a atenção que seu familiar não conseguia oferecer.

Percebia-se que o determinante social naquela região superava protocolos e condutas individuais do sistema de saúde e foi então que sugerimos buscar alternativas para o fortalecimento da rede de proteção local.

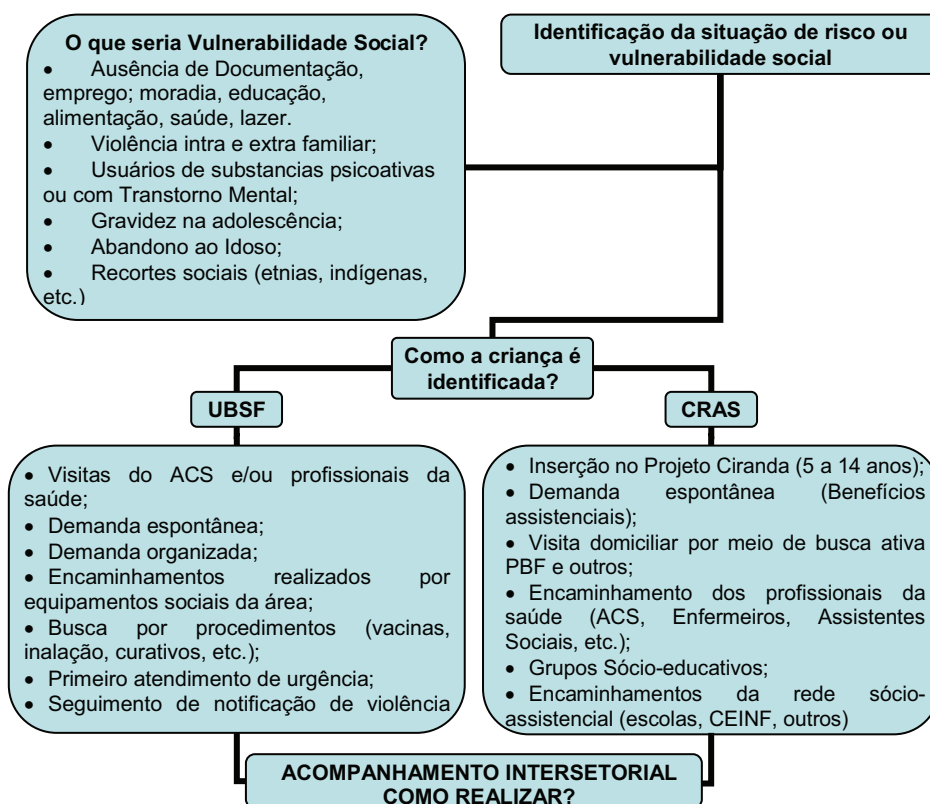


Segundo Terris (1996), buscar a qualidade de vida considerando a promoção da saúde:

Amplia o universo das ações possíveis, recompõe a característica multifatorial e multidisciplinar nos fenômenos de saúde e ressalta a importância da ação intersectorial, da participação ativa dos indivíduos e da comunidade ao nível local

Baseados nessa afirmação, foi realizado um primeiro encontro da rede local que contou com a participação dos profissionais do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e da Unidade de Saúde da Família. A proposta foi construir um fluxograma analisador de como a criança era identificada na área pelos dois equipamentos sociais e em que momento as ações de cada unidade se complementavam.

Fluxograma 1 - Identificação da situação de risco ou vulnerabilidade social.



Após a primeira discussão entre as equipes, a elaboração de um instrumento de monitoramento dos casos atendidos e encaminhados entre si foi a primeira proposta encontrada para o reconhecimento dos casos de maior vulnerabilidade. Reuniões mensais com a rede local também foram sentidas como necessárias para a aproximação das pessoas e planejamento das ações intersectoriais.

Na segunda reunião, o grupo estava mais fortalecido, contando com a presença de representantes dos dois centros de educação infantil da área.

Após quatro meses de encontros, o grupo tem se organizado para reconhecer suas potencialidades, apresentando uns aos outros as ações que desenvolvem e discutindo os casos de maior vulnerabilidade. Em pouco tempo de troca de experiências e estudos de casos, já é perceptível uma maior disponibilidade dos profissionais em buscar alternativas locais para resolução dos conflitos sociais.

## 2 - As Oficinas com Adolescentes

A gravidez na adolescência é um determinante social de saúde que está colocado no município diante de indicadores que demonstram situações adversas.

O sistema de informações de nascidos vivos do município - SINASC apresentou em 2009 um índice de 18 adolescentes para cada cem gestações. No entanto, o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento - Sisprenatal, que monitora o pré-natal realizado pelo SUS, aponta um índice de 34 adolescentes para cada cem gestações.

Essa discrepância nos demonstra que as adolescentes que dispõem de acesso a projetos de vida estruturados, preferem adiar para a vida adulta a escolha de ser mãe. No entanto as adolescentes que encontram dificuldades em exercer seus direitos e experiecia muito mais cedo a maternidade, sendo essa muitas vezes vivenciada sozinha sem a presença do companheiro.

De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, o fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo que envolve a construção do ser, e o projeto de vida nasce das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e da auto-estima, a consciência da responsabilidade pessoal para a conquista das melhorias, e o vislumbre de oportunidades ou perspectivas de futuro (BRASIL, 2010).

A estratégia de propor novas abordagens de educação em saúde para o profissional da atenção básica iniciou em maio de 2010 com a realização de oficinas com adolescentes nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS. A proposta maior não seria tão somente estimular os adolescentes a discutir os assuntos de maior relevância nesse ciclo da vida, mas essencialmente de sensibilizar os profissionais na perspectiva de desenvolver uma escuta qualificada, promovendo previamente um encontro entre os jovens e os profissionais nos espaços que eles frequentam.

Antes de cada oficina há um momento de preparação quando facilitador e cofacilitador planejam as ferramentas que poderão utilizar para estimular os adolescentes a discutirem os temas que são divididos em três perspectivas: prevenção à violência e cultura da paz; prevenção ao uso de álcool e drogas; saúde sexual e reprodutiva.

A oficina é mediada por profissionais, em sua maioria psicólogos, dos serviços do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSAD, do DST/AIDS e do Núcleo de Prevenção à Violência e contam com a participação de dois co-facilitadores das unidades de saúde da área e dos profissionais do CRAS que estejam atuando nas atividades desenvolvidas com os adolescentes por meio do Programa “Projovem”.

O material utilizado é diversificado: jogos interativos que discutem valores, sonhos, projetos de vida e situações de risco; vídeos com situações relatadas por adolescentes que vivenciaram situações de risco ou vulnerabilidade, e permanentemente uma pequena caixa de dúvidas disposta durante toda a oficina para que os adolescentes escrevam os anseios e receios com que se confrontam diariamente.

Até o momento, 8 oficinas foram realizadas com a participação de cerca de 60 profissionais e 200 adolescentes. O processo tem apresentado bons resultados, principalmente pela adesão dos profissionais que, após a sensibilização das oficinas, ampliaram as ações desenvolvidas nas áreas e solicitam com maior frequência a utilização dos materiais educativos para adolescentes e que se encontram disponíveis aos técnicos nos distritos sanitários de saúde.

### **3 - O Programa Mãe Morena**

Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso às gestantes e ao recém-nascido, do pré-natal ao puerpério e na atenção neonatal, na perspectiva dos direitos da cidadania, é uma das prioridades do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, adotado pelo Ministério da Saúde.

A atenção à saúde mental da gestante é uma ação a ser implementada na perspectiva de inovação do Programa Municipal de Apoio à Gestante, visando auxiliar na formação do vínculo entre mãe-bebê que deve ser estabelecido desde a gestação.

Elaborar um fluxo de acolhimento às gestantes adolescentes, às identificadas em situação de risco ou de violência, às usuárias de substâncias psicoativas e àquelas que apresentem sinais e sintomas de transtornos mentais, incluindo a depressão pós-parto são ações intrasetoriais em fase de elaboração pela área técnica de saúde da mulher em parceria com os apoiadores da Estratégia Brasileirinho[s].

Na Maternidade do Hospital Municipal “Vó Honória”, foi implantado recentemente o agendamento de consultas antes da alta da maternidade, a todas as puérperas e seus bebês, assegurando que a mulher escolha o local em que deseja realizar a consulta de puerpério e da criança independente do local em que ela resida.

Essa ação deve ser gradativamente estendida a todos os hospitais do município, com o objetivo de facilitar o acesso do bebê e da puérpera à primeira semana de saúde integral, momento em que poderão ser avaliadas as condições de saúde da criança e da mãe, o incentivo ao aleitamento materno e o apoio às dificuldades apresentadas, a orientação para o planejamento familiar e para o acompanhamento da criança.

A partir da constituição do GEL, diferentes propostas de apoio à gestante e às nutrizes elucidaram possíveis ações intersetoriais que deverão fazer do “Mãe Morena” um serviço de atenção intersetorial à gestante.

### **4 - As Reuniões com os Grupos de Apoio**

Durante esse período de implantação alguns momentos de apresentação da Estratégia Brasileirinho e seus objetivos ou mesmo de reuniões de trabalho a fim de construir novas ações se fizeram necessários:

- Apresentação da Estratégia Brasileirinho às coordenadorias da Secretaria de Saúde e aos respectivos distritos sanitários, à equipe do NASF e a equipe do CEI - Centro de Especialidades Infantil;
- Reuniões para discussão de estratégias de intervenção junto à saúde mental e à Coordenadoria de Políticas de Humanização do SUS.

Alguns *feedbacks* começaram a surgir com propostas interessantes e inovadoras em consonância com os objetivos da Estratégia. Uma delas foi a proposta do CEI Itinerante, em razão de a equipe multidisciplinar do Centro de Especialidades haver justificado a necessidade de desenvolver um trabalho junto às equipes de atenção básica para fortalecer a detecção e intervenção precoce do desenvolvimento infantil. A necessidade sentida se justifica diante do fato de que muitas crianças são identificadas com problemas de desenvolvimento em idade escolar, sendo que, em muitos casos, considerando a proximidade da equipe junto à família, a intervenção, já na primeira infância, poderia ter sido realizada.

A ideia é que semanalmente os profissionais do CEI participem de rodas de conversas com as equipes de atenção básica, agendem consultas compartilhadas na perspectiva do apoio matricial, subsidiem material de estudo para as equipes e informativo para as famílias em um tempo inicialmente planejado para cerca de quatro a cinco encontros por unidade de atenção básica.

Para implantar essa proposta, o primeiro momento pensado foi o de convidar os gestores das unidades para conhecer o trabalho desenvolvido no CEI a fim de que despertem a necessidade de fortalecer as ações de prevenção, detecção e intervenção precoce junto às famílias nas unidades de atenção básica, o que vem sendo articulado pelos apoiadores locais da Estratégia Brasileirinhos.

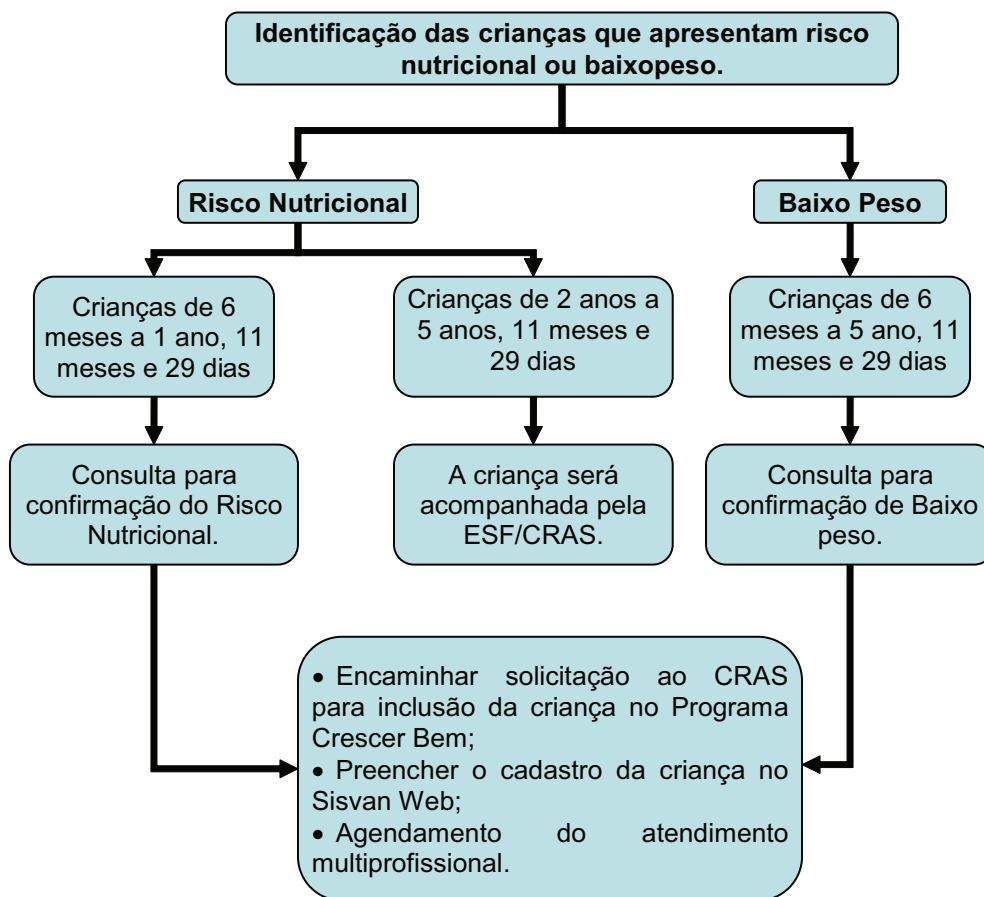
Outra ação que vem sendo realizada é a sensibilização dos profissionais das unidades de saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Esta atividade vem sendo desenvolvida por uma Terapeuta Ocupacional com especialização específica para esse acompanhamento. A proposta é que toda a equipe possa auxiliar na identificação de crianças potencialmente com atraso no desenvolvimento se sintam mobilizadas a realizarem as orientações de atividades que estimulam o desenvolvimento da criança e que podem ser realizadas pelas famílias.

## **5 - Programa Crescer Bem**

O Programa “Crescer Bem” foi elaborado a partir da necessidade de acompanhar o estado nutricional das crianças que apresentam baixo peso e sejam integrantes de famílias que se encontrem em situação de vulnerabilidade social.

A ação de inclusão e acompanhamento das famílias foi elaborada pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde Pública e Secretaria Municipal de Políticas e Ações Sociais e Cidadania.

Fluxograma 2 – Identificação das crianças que apresentam risco nutricional ou baixo peso.



As crianças incluídas neste programa serão beneficiadas mensalmente com uma cesta nutricional, com o acompanhamento mensal do estado nutricional e acompanhamento psicossocial. As famílias serão encaminhadas para atividades educativas, ações de geração de renda e qualificação profissional.

As ações educativas previstas para abordagem junto às famílias desenvolverão desde assuntos específicos como o preparo de alimentos nutritivos e de baixo custo, à importância do estímulo ao desenvolvimento infantil e atividades de fortalecimento do vínculo entre as famílias.

Para que esses momentos ocorram serão agendados encontros mensais com os pais e as crianças onde será trabalhada a importância do brincar, do afeto e da interação entre as famílias como formas de promover o desenvolvimento saudável da criança.

## 6 - O Grupo Executivo Local

Constituir um grupo intersetorial de trabalho, que possa identificar e promover ações conjuntas entre os trabalhos já desenvolvidos e até mesmo criar mecanismos para que o foco da promoção e do crescimento e desenvolvimento integral da primeira infância sejam reorganizados dentro de sua entidade, apresenta-se como um grande desafio.

Na intersectorialidade a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, são constantes para enfrentar problemas complexos. Muitas são as ações já desenvolvidas por cada segmento, no entanto integrá-las harmonicamente visualizando potencialidades e respeitando os limites de cada um depende de uma ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e às particularidades de cada participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações. Ações que não necessariamente implicam na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que implicam na acumulação de forças, na construção de sujeitos, e na descoberta da possibilidade de agir (CAMPOS, 2000).

Os primeiros contatos com as entidades escolhidas no município para compor o Grupo Local foram realizados por duas vias: a formal, onde oficialmente os objetivos da estratégia e a necessidade da parceria eram sucintamente esclarecidos; e a informal em que o contato pessoal com integrantes das entidades se fez importante para assegurar representatividade no trabalho a ser implantado.

A primeira reunião foi um encontro produtivo, com a participação das autoridades municipais responsáveis pelas secretarias de Assistência Social, Saúde e Educação e representantes da Fundação de Esportes e de Cultura. Em um levantamento prévio das atividades já desenvolvidas foram identificadas as ações de maior relevância que poderiam ser fortalecidas diante das ações do GEL.

Diante da indicação dos representantes de cada entidade, na segunda reunião o grupo constituído pôde iniciar a primeira discussão acerca das ações que realiza nas comunidades, e é interessante observar que a equipe, com um sentimento assim por eles denominado, iniciou um processo de “sonhar” com as ações que, a partir da provocação da Estratégia Brasileirinhos poderiam ser fortalecidas no município.

O grupo, no entanto, entendendo que o sucesso das ações depende de um processo de planejamento integrado intra e intersectorialmente, ponderou sobre a necessidade de um tempo para apresentar, fomentar e articular a proposta junto às suas equipes e à gestão. Nesse momento, a equipe de apoiadores da Estratégia Brasileirinhos enfatizou sua disponibilidade em participar ativamente das discussões intrasetoriais.

As reuniões do Grupo Executivo Local ficaram estabelecidas inicialmente como quinzenais e a elaboração de um planejamento de trabalho para o ano 2011, bem como a apresentação das ações desenvolvidas por cada parceiro, foi o formato escolhido para as primeiras reuniões do grupo. Nesse momento a organização combinada para a condução dos trabalhos nos reportou ao modelo dos trabalhos do grupo local intersectorial da região do Bairro Los Angeles.

Segundo Paiva (2000), a construção de uma rede envolve uma postura ativa e persistente, com algumas etapas que não podem ser desconsideradas. A principal é o contato e a exaustiva discussão com pessoas e organizações envolvidas para que ocorra a sensibilização.

O Grupo Executivo Local foi constituído com a participação da Secretaria Municipal de Saúde Pública; Secretaria Municipal de Políticas e Ações Sociais e Cidadania; Secretaria Municipal de Educação, Fundação Municipal de Cultura; Fundação Municipal de Esporte e

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Em 27 de outubro de 2010, foram publicadas no Diário Oficial de Campo Grande (DIOGRANDE), sua composição e respectivas competências.

## **O Plano de Ação para o ano 2011**

Em um momento inédito de implantação de uma política, foram reunidos em uma única Oficina os apoiadores locais e ministeriais da Estratégia Brasileirinhos, e os coordenadores das instâncias municipais, estaduais e federal das áreas técnicas de saúde da mulher, da criança e da atenção primária para elaboração do Plano de Ação da Estratégia Brasileirinhos a ser desenvolvido em 2011.

Inicialmente foi preciso reconhecer qual problema de maior magnitude poderia ser escolhido para o enfrentamento, dentro da ótica dos objetivos da estratégia.

Posteriormente foram identificados duas potencialidades e dois desafios e a partir desse panorama construímos o Plano de Ação para o ano 2011.

A escolha realizada pela equipe de gestores foi a de potencializar uma determinada região do município para o desenvolvimento de ações de fortalecimento da atenção materno-infantil.

A região do grande Los Angeles, composta por 17 bairros, com uma população de cerca de quarenta mil pessoas, foi a escolhida para o desenvolvimento da ação e será considerada piloto para as ações da Estratégia Brasileirinhos no município.

Os equipamentos sociais da área são: quatro unidades de saúde da família com cem por cento de cobertura, quatro centros de educação infantil, dois Centros de Referência de Assistência Social, cinco escolas municipais, sendo uma de tempo integral, uma incubadora de desenvolvimento produtivo com apoio da prefeitura que disponibiliza o espaço, a infraestrutura e a qualificação da comunidade e, próximo à região, temos o Hospital-Maternidade Municipal "Vó Honória" que atende as gestantes de risco habitual.

A estratégia planejada foi a de envolver gestores e técnicos em uma grande oficina no início do ano para o planejamento de ações a serem potencializadas no local.

A partir da primeira oficina e da construção de indicadores de monitoramento de processo, serão realizadas quatro oficinas nas unidades de saúde da área e os equipamentos próximos para a construção do Plano de Trabalho Local para a Atenção às Linhas de Cuidado Materno-Infantil.

Quadro 2 – Matriz lógica preliminar de Campo Grande

<p><b>DESAFIOS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sensibilização dos profissionais para atuação como facilitadores na criação do vínculo mãe – bebê</li> <li>Potencialização da rede de atenção materno-infantil utilizando os recursos existentes.</li> </ol> <p><b>POTENCIALIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A metodologia Rede Amamenta Brasil já desenvolvida adaptando-a como estratégia para trabalhar as linhas de cuidado da criança e da mulher;</li> <li>A rede municipal de proteção integral à criança e a mulher existente no município.</li> </ol>						
<p>Descrição do Problema</p> <p>Adesão insuficiente dos profissionais para o desenvolvimento da atenção integral à criança e à mulher</p>						
<p>Objetivo/Meta</p> <p>Sensibilizar os profissionais que atuam na região da Grande Los Angeles para o fortalecimento dos cuidados materno – infantil</p>						
<p>Ações/Estratégias para alcançar os objetivos/met</p>	<p>Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)</p>	<p>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</p>	<p>Resultados esperados</p>	<p>Responsáveis</p>	<p>Prazos</p>	<p>Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados</p>
<p>Fortalecimento do Programa Mãe Morena e da atenção integral à criança de 0 a 6 anos na região do Grande Los Angeles</p>	<p>Realizar oficina para elaboração do plano de ação para fortalecer o Programa Mãe Morena e da atenção integral da saúde da criança de 0 a 6 anos na Grande Los Angeles considerando a linha do tempo estabelecida pela EBBS.</p> <p>Oficina com as áreas técnicas da mulher e da criança do Ministério da Saúde e Secretarias Estadual e Municipal de Saúde para a adaptação da metodologia crítica reflexiva nas linhas de cuidado materno infantil</p>	<p>Espaço físico, consultoria, produção de material e logística</p>	<p>PPlano de ação elaborado para o desenvolvimento da EBBS em 2011; PParceiros locais sensibilizados para o apoio ao plano de ação.</p>	<p>AApoiadores Locais; CN EBBS; MS; Coordenação da Atenção Básica (SMS); SES.</p>	<p>Abril 2011</p>	<p>Plano de ação EBBS 2011 concluído.</p>
		<p>Espaço físico, consultoria, produção de material, logística.</p>	<p>Profissionais sensibilizados e com metodologia e plano de trabalho local elaborados.</p>	<p>Apoiadores Locais; Coordenação da Atenção Básica (SMS); SES</p>	<p>Maio 2011</p>	<p>Proposta metodológica elaborada.</p>
	<p>Oficina <i>in loco</i> com as equipes das UBSF da região da Grande Los Angeles.</p>	<p>Espaço físico, consultoria, produção de material e logística</p>	<p>100% das oficinas realizadas;</p> <p>Participação de 80% da equipe nas oficinas.</p>	<p>Apoiadores Locais; Tutores da rede amamentada; Coordenação da Atenção Básica (SMS); SES</p>	<p>Jun. 2011</p>	<p>Número de oficinas realizadas;</p> <p>Número de participantes em cada oficina.</p>



Acredita-se que a metodologia utilizada na Rede Amamenta poderá ser um eixo norteador para a discussão das equipes e espera-se que, a partir desse evento, com as estratégias elaboradas na primeira oficina de gestores e a ação do Grupo Executivo Local, o município possa alcançar resultados significativos que poderão servir de modelo de atenção para toda capital.



## 7.2 Florianópolis (SC)

### **Integração de Políticas Públicas para a Primeira Infância em Florianópolis: Percorso de Implantação da Estratégia Brasileirinhos**

Jorge Ernesto Sérgio Zepeda  
Carlos Daniel Moutinho Jr.  
Sonia Augusta Leitão Saraiva

#### As ofertas e demandas da Estratégia Brasileirinhos

A Estratégia Brasileirinhos é uma estratégia do Ministério da Saúde que se propõe estimular, apoiar e estudar experiências piloto municipais de integração de políticas públicas voltadas para a primeira infância, período que vai da concepção até a entrada na escola, ou dos 0 aos 6 anos de idade. Seus objetivos principais são a identificação e fortalecimento de ações já existentes, na saúde e em outros setores, e a construção de novas ações na lógica da Estratégia Brasileirinhos. Esta “lógica” poderia ser traduzida como um foco nas políticas e ações promotoras de um ambiente saudável para o desenvolvimento infantil, com ênfase no fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, pais/cuidadores e crianças pequenas e no apoio intersetorial às famílias mais vulneráveis.

Apesar de ser uma política induzida pelo nível federal para os municípios, a Estratégia Brasileirinhos não está baseada em incentivo financeiro e não se caracteriza como um programa ou pacote de ações. Propõe um levantamento de iniciativas já existentes e a construção de novas ofertas de cuidado de forma transversal e intersetorial, com base em referenciais teóricos sobre determinação social da saúde e o desenvolvimento infantil. Suas ofertas principais são as oficinas nacionais de troca de experiências, o apoio técnico e financeiro ao apoiador municipal e a produção e disponibilização de materiais de referência para gestores, técnicos e sociedade civil sobre promoção do desenvolvimento infantil. Apresenta ainda a perspectiva de sistematizar aspectos das experiências municipais piloto como diretrizes de uma política de Estado voltada para a Primeira Infância.

A Estratégia Brasileirinhos foi entendida em Florianópolis como uma convocação para aglutinação de atores em torno da imagem-objetivo de uma política intersetorial integrada de promoção de saúde mental na primeira infância. As demandas iniciais ao município foram a definição de um apoiador, a participação em oficinas nacionais, um levantamento de ações já existentes (cartografia de ações municipais) e a constituição de um grupo executivo local, além do registro e sistematização da experiência. As maneiras particulares de cada município piloto responder a estas demandas conformam a produção de caminhos da própria Estratégia Brasileirinhos, e são o fio condutor deste relato.

#### **Passos de implantação da Estratégia Brasileirinhos**

Para compor o cenário de implantação da Estratégia Brasileirinhos no município, inicialmente apresentarei uma síntese das ações voltadas para atenção à gestante e à criança, principalmente no setor saúde e no âmbito da atenção primária. Defenderei a perspectiva

da cartografia não como ação transversal prévia às demais, mas como processo longitudinal e participativo com potencialidade de contribuir na formação de compromissos.

A seguir, farei um relato da implantação e condução inicial do Grupo Executivo Local, na forma particular do Comitê Executivo Intersetorial da Estratégia Brasileirinhos em Florianópolis. Nesta descrição, serão apresentadas algumas estratégias micropolíticas que acredito merecer reflexão, sobre o papel do apoiador, sobre a construção do GEL como coletivo de gestão e condução de práticas inovadoras e sobre as formas de introdução dos referenciais da Estratégia Brasileirinhos nas práticas municipais existentes.

Por fim, introduzo brevemente a discussão do monitoramento e avaliação da Estratégia Brasileirinhos, sugerindo alguns possíveis indicadores de sua implantação e dos resultados na integração de práticas e políticas municipais para a Primeira Infância.

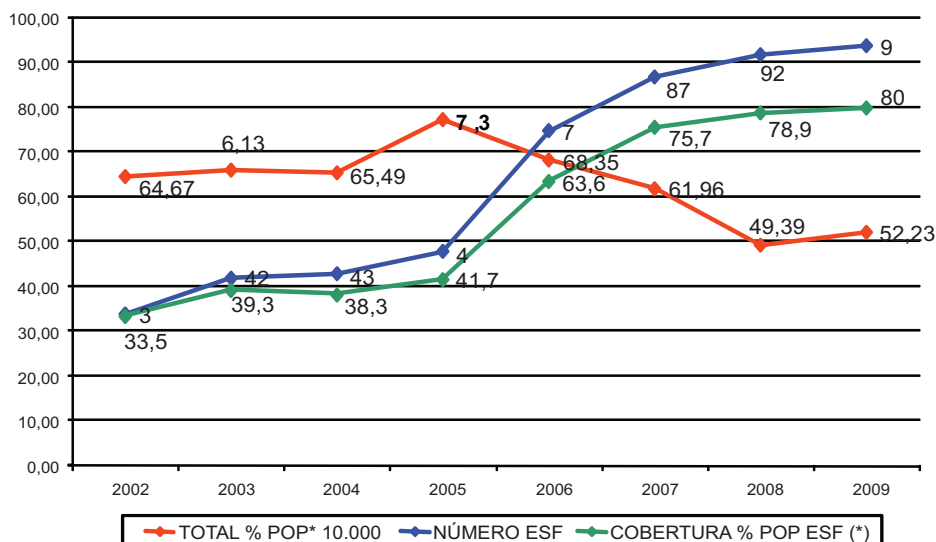
### **Cartografia de ações voltadas para a primeira infância**

A cartografia de ações de Florianópolis pode ser dividida em dois movimentos complementares: o mapeamento de ações existentes e seu compartilhamento com os demais atores do município. O mapeamento contempla a organização dos serviços municipais da saúde, as ações programáticas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) voltadas para qualificar o cuidado de gestantes e crianças e uma análise de quais destas ações poderiam ser potencializadas na lógica da Estratégia Brasileirinhos. Foi produzida pelo próprio apoiador municipal, a partir de textos e documentos municipais e conversas com técnicos. O posterior compartilhamento deste mapa com outros atores da SMS e do Comitê Intersetorial ampliou os espaços de articulação da Estratégia no município e deu origem aos eixos de ação do Comitê.

### **Cenário de implantação da Estratégia Brasileirinhos**

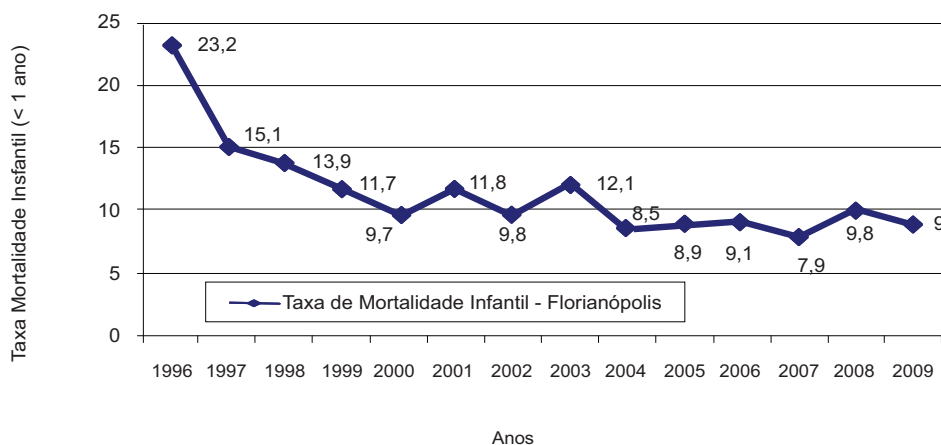
Desenvolver a experiência piloto da Estratégia Brasileirinhos foi visto como oportunidade de experimentar e qualificar processos assistenciais e gerenciais numa área com cenário inicial favorável. Florianópolis tem uma das menores populações entre as capitais brasileiras (408 mil habitantes em 2010), com 97% de urbanização e um dos melhores IDH (0,875 em 2000, considerado alto). O município vem trabalhando há alguns anos com priorização de ações voltadas para gestantes e crianças, principalmente na atenção primária à saúde. A mortalidade infantil se mantém em um dígito desde 2004, mais de 90% dos nascidos vivos tiveram gestações com quatro ou mais consultas de pré-natal, e tivemos apenas cinco mortes maternas nos últimos cinco anos. A expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis mostra correlação com a diminuição de internações hospitalares por algumas condições denominadas Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), um indicador utilizado na avaliação de desempenho de sistemas de saúde que demonstra a efetividade da atenção primária em prevenir agravos através do cuidado continuado de condições crônicas como hipertensão arterial.

Gráfico 1 - Evolução do número de ESF e Internações por Causas Sensíveis à Atenção  
**Florianópolis – 2002-**



Fonte: (BRASIL, 2009)

Gráfico 2 - Série Histórica de Mortalidade Infantil em Florianópolis



Fonte: (BRASIL, 2010)

### A opção pela atenção primária

Entre 2005 e 2010, a SMS implanta uma série de mudanças com eixo central no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS). Com a assinatura da Portaria SS/GAB nº 283/2007, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passa a ser o modelo da atenção primária do município, a porta de entrada preferencial dos serviços e a ordenadora da rede de saúde. O número de Equipes de Saúde da Família salta de 47 em 2004 para 100 em junho de 2010, divididas em 49 Centros de Saúde com ESF/ESB e garantindo uma cobertura de 83% da população cadastrada pelos Agentes Comunitários de Saúde, ou 85% de cobertura pelo parâmetro do DAB/MS (maio de 2010).

Em 2008, o Ministério da Saúde cria a política dos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, voltados para o fortalecimento da atenção primária e ampliação de sua clínica

e do escopo de suas ações. O município de Florianópolis credencia no mesmo ano os primeiros NASF, com profissionais que já vinham desenvolvendo experiências de apoio matricial na rede de saúde. Em 2009 amplia para sete NASF e define uma política municipal para sua organização, gestão e atuação, no modelo do apoio matricial, expressa na Instrução Normativa 001/2010 da SMS. As equipes de saúde mental regionais, já existentes desde 2006 em cada distrito sanitário, são incorporadas aos NASF, integrando os psiquiatras e psicólogos com outros apoiadores em equipes ampliadas de apoio matricial. Os NASF de Florianópolis passam a ser compostos por um ou mais profissionais de sete categorias (profissional de educação física, farmacêutico, nutricionista, assistente social, pediatra, psicólogo e psiquiatra).

O município está dividido administrativamente em cinco Distritos Sanitários (DS), com área de abrangência e geoprocessamento definidos. Cada NASF de Florianópolis está vinculado a um Distrito Sanitário, e seu território de atuação foi definido de forma a garantir cobertura da totalidade de ESF do município. Os serviços municipais de média complexidade ambulatorial, exames especializados e urgências também são divididos regionalmente, com a construção e/ou reforma de 4 policlínicas de especialidades e 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h.

Toda a rede de saúde do município – centros de saúde, UPAs, policlínicas e CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) - é integrada através de um prontuário eletrônico informatizado. Neste prontuário, além de todas as informações de saúde do indivíduo, seu histórico de exames e procedimentos, há o acesso imediato a consultas especializadas e de urgência, já que o mesmo prontuário se acessa nas policlínicas de especialidades e nas UPAs. O prontuário único é sabidamente um instrumento potencial na construção de planos e ações mais integrados para os usuários, facilitando a comunicação entre profissionais e evitando duplicidades.

### **Atenção à Gestante e à Criança**

A atenção à criança em Florianópolis é organizada a partir do Programa Capital Criança, que visa à atenção integral à mulher no seu ciclo gravídico e puerperal e à criança em seu crescimento e desenvolvimento de zero a dez anos de idade. O Programa é desenvolvido nos centros de saúde da rede municipal, em articulação com as maternidades. Seus principais eixos de atuação são o monitoramento dos nascimentos e a priorização do atendimento de gestantes, puérperas e crianças.

Com a organização da APS como ESF, o Capital Criança passa de programa a rotina municipal de atenção à gestante e criança, com o cuidado centrado nas ESF, com retaguarda e suporte dos pediatras dos NASF e ginecologistas das policlínicas. O município conta com dezenas de tutores da Rede Amamenta, focada em ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno, e desenvolve grupos de planejamento familiar em todos os centros de saúde. Diversos centros de saúde realizam grupos multiprofissionais para gestantes, casais grávidos e novos pais.

Quadro 3 - Principais atividades de atenção à criança em Florianópolis

<b>Gestantes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pré-natal realizado em todos os Centros de Saúde, com médico e enfermeiro, acesso facilitado (sem fila, 100% regulado) a exames de rotina, vacinação, USG obstétrico.</li> <li>- Pré-natal de alto risco realizado pelos ginecologistas das policlínicas, com acesso também facilitado via regulação.</li> <li>- Consulta de puerpério previamente agendada pela equipe do Capital Criança na maternidade.</li> </ul>
<b>Crianças 0 - 10 anos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita da Agente Educadora nas maternidades, com a entrega de um kit com material de higiene, cuidados de saúde e folhetos educativos sobre os primeiros cuidados com o recém-nascido, no momento da alta hospitalar;</li> <li>- Agendamento de consulta neonatal precoce, entre o quinto (5o) e o sétimo (7o) dia de vida, com o médico de família da Unidade Local de Saúde de sua área de abrangência;</li> <li>- Agendamento de consultas, conforme calendário do Protocolo de Atenção à Criança, para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com dia e hora marcados, para crianças de zero a dez anos de idade, alternando entre médicos de família, enfermeiros e pediatras;</li> <li>- Monitoramento diferenciado dos recém-nascidos em situação de risco pela ESF, a partir da seleção do risco ao nascer, baseado nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;</li> <li>- Vacinação contra a tuberculose (BCG) e a primeira dose da vacina contra Hepatite B nas primeiras 12 horas de vida dos recém-nascidos nas maternidades públicas e privadas de Florianópolis.</li> <li>- Segurança nutricional: Programa de Fórmulas Especiais (para crianças até 02 anos) e Programa Hora de Comer (para crianças de 06 meses até 06 anos de idade com desnutrição grave);</li> </ul>
<b>Puérperas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita das Agentes Educadoras nas maternidades para o agendamento de consulta para a puérpera, entre o quinto (5o) e o sétimo (7o) dia pós-parto com enfermeira ou médico de família, no Centro de Saúde da área de abrangência de sua residência.</li> </ul>

## Saúde do Escolar e do Adolescente

Florianópolis conta com um Programa de Saúde nas Escolas (PSE) desde 2008, atualmente disseminado como prática de saúde em mais de vinte centros de saúde da rede municipal. O PSE cria uma articulação sustentada entre escolas e centros de saúde no território através de técnicos articuladores (um da escola e um do centro de saúde), ações comuns e fluxos definidos para atendimento das crianças. A implementação se dá por meio de oficinas conjuntas entre comunidade escolar e Equipe de Saúde da Família da área onde a escola se localiza. Nas oficinas são apresentados os instrumentos do PSE e construída uma "agenda saúde-escola", com planejamento anual e inclusão de temas e ações no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola.

Entre os destaques do Programa como espaço potencial para desenvolvimento da Estratégia Brasileirinhos, apontamos a articulação intersectorial sustentada e bem-sucedida entre saúde e educação (não por acaso, a coordenadora do PSE na secretaria de Educação representa esta Secretaria no Comitê Municipal da Estratégia Brasileirinhos) e o trabalho com adolescentes sobre questões relacionadas a planejamento familiar, sexualidade e autocuidado. Atualmente, a saúde do adolescente é um dos temas centrais da ação dos NASF junto às ESF, e está prevista para o final de 2010 a construção do Plano Municipal de Saúde do Adolescente, em oficina com gestores e técnicos da assistência.

## Floripa Saudável 2040

Projeto de integração entre centros de saúdes e creches para prevenção de doença cardiovascular, em parceria com a Sociedade de Pediatria do estado. Consiste em ações programadas de monitoramento de peso, circunferência abdominal, pressão arterial e dentes cariados de crianças de 2 a 5 anos, realizadas na creche pela ESF, com apoio de nutricionista e pediatra do NASF. As crianças com risco aumentado são encaminhadas para consultas no centro de saúde. Os pais recebem material educativo e toda a comunidade escolar – pais, crianças e educadoras – participa de oficinas e reuniões de educação em saúde.

O projeto foi implantado como piloto em uma dupla unidade de saúde + núcleo de educação infantil (creche) e nos primeiros três anos obteve índices de redução de sobrepeso e obesidade das crianças entre 28 e 60%, motivo que levou à sua adoção como modelo para a rede de saúde e despertou o interesse do Ministério da Saúde. Além dos resultados demonstrados, traz o diferencial de ser uma intervenção de saúde pública baseada em evidências: programas de educação em saúde nas escolas têm demonstrado efetividade em promover aumento de atividade física e redução de agravos à saúde preveníveis, e acredita-se que tenham o potencial de modificar os hábitos da família.

Além de um projeto na área de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas, traz as perspectivas do cuidado com as crianças e da capacitação de pais e educadores, e integra de forma bem sucedida equipes de saúde e de educação infantil, razão pela qual foi identificada como cenário potencial para construção da Estratégia Brasileirinhos. Em 2011 serão iniciadas mais cinco experiências, uma em cada distrito sanitário. Atualmente as ESF dos cinco centros de saúde selecionados estão sendo capacitadas para as ações de monitoramento, atendimento e educação em saúde do projeto.

## Apoio matricial e linha de cuidado em saúde mental

A partir de 2006, a rede de Saúde Mental (SM) do município foi reorganizada com base na Estratégia de Saúde da Família, com conversão das equipes de SM da atenção primária, que trabalhavam como equipes ambulatoriais, em equipes de apoio matricial às ESF. Em 2009, estas equipes regionais foram incorporadas às equipes NASF, ampliando a abrangência das ações e discussões de saúde mental para outros profissionais além dos psicólogos e psiquiatras. As ESF apoiadas pelos NASF atendem a maior parte dos transtornos mentais comuns, como ansiedade, depressão e crises do ciclo vital.

Florianópolis também possui quatro Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo um para atendimento de crianças, um para adultos e dois para atendimento de usuários com problemas relacionados a álcool e outras drogas. Os CAPS são responsáveis pelo atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como as psicoses e o abuso de crack, e para usuários que necessitam de atendimento semi-intensivo.

Como corresponsáveis pelo cuidado nos territórios das ESF, as equipes de saúde mental inseridas nos NASF passaram a assumir um papel de articulação entre as ESF e os CAPS, favorecendo a organização do fluxo dos usuários entre os serviços. Esta articulação acontece através de reuniões mensais entre profissionais dos 4 CAPS e das equipes de saúde mental / NASF, por distrito sanitário, abertas à participação de outros profissionais dos NASF



(por ex., pediatras) e das ESF. O agrupamento dos profissionais passa a ser pelo território, e não pela formação ou pelo serviço.

Nesses encontros são elaborados e acompanhados projetos terapêuticos centrados nas necessidades dos usuários. Os casos que não necessitam mais de acompanhamento nos CAPS podem passar a ser acompanhados pela equipe de saúde mental / NASF distrital ou podem ter atendimento em mais de um serviço, sempre mantendo o vínculo com a equipe de saúde da família. Com isso, os CAPS podem assumir um papel de serviços de maior complexidade, dando suporte técnico nas suas especificidades e racionalizando a rede de serviços, assumindo o cuidado ou apoiando nos casos em que os recursos das equipes de saúde da família e de saúde mental foram esgotados.

Para construção deste modelo de atenção, uma técnica da área de saúde mental da SMS apoiava os distritos sanitários e as equipes de saúde locais na reorganização das agendas, encaminhamentos, reuniões, e na resolução de conflitos. Este modelo de atuação foi utilizado e aprofundado na implantação dos NASF, com a definição de uma gestão compartilhada entre os distritos sanitários e a gerência da atenção primária, em que esta atua como apoio. Pode-se dizer que as iniciativas de apoio matricial no município foram implantadas e são conduzidas através de estratégias de apoio institucional.

Atualmente todas as equipes de atenção primária (ESF/NASF) e saúde mental (CAPS) do município trabalham direta ou indiretamente com o modelo de apoio matricial. As gerências de saúde mental e atenção primária, por sua vez, trabalham com estratégias de apoio institucional, dando suporte às coordenações de CAPS, equipes dos distritos sanitários e equipes NASF. Os profissionais da assistência e da gestão se familiarizam com a função de apoio, e os espaços definidos por este modelo ampliam as possibilidades de conversações e a conectividade da rede, facilitando a implantação de uma estratégia transversal baseada em apoiador, como a Estratégia Brasileirinhos.

### **Comitês Intersetoriais na saúde mental**

Merece destaque a experiência da área de saúde mental com comitês intersetoriais, em especial o Comitê de Prevenção e Combate ao Crack, que serviu de modelo para o GEL, ou Comitê Executivo Intersetorial da Estratégia Brasileirinhos. Este comitê envolveu as secretarias de saúde, segurança, educação e assistência social, além da RBS TV, em um movimento articulado que definiu ações para cada parceiro e modificou a agenda das secretarias a partir das discussões e do compartilhamento de informações.

A dinâmica do trabalho do Comitê consistiu na definição de marco legal (Portaria), nomeação de representantes, apresentação das ações de cada secretaria para as demais e definição de uma agenda pactuada, a partir dos pontos comuns e pontos vazios, com ações comuns e ações para cada parceiro. A assistência realizou uma pesquisa sobre o usuário de crack, a educação produziu e disseminou material em sala de aula, a RBS TV realizou uma campanha na mídia, a saúde contribuiu com os atendimentos da rede de saúde mental descritos acima.

Como exemplo de resultado, as informações compartilhadas mostraram para a secretaria de segurança que os pontos de consumo e de venda de crack não eram os mesmos,

o que provocou uma mudança na rotina das rondas policiais. Tomamos este exemplo para demonstrar a possibilidade de modificação nas agendas setoriais a partir do diálogo e do trabalho compartilhado entre setores diversos, objetivo que também perseguimos com o Comitê Municipal da Estratégia Brasileirinhos. Atualmente, o comitê do crack teve sua temática ampliada para políticas relacionadas a abuso de álcool e outras drogas, e estamos buscando pontos de contato entre os macro-objetivos deste comitê e o da Estratégia Brasileirinhos, como a integração dos territórios da saúde, educação e assistência social.

## **Função de apoio e construção do Grupo Executivo Local**

### **Cartografia como dispositivo analisador e agregador**

Um facilitador evidente da construção da cartografia e da “penetração” da Estratégia Brasileirinhos no município foi a posição do apoiador como gerente de atenção primária, pelo acesso a informações e a conversas com técnicos. Não foi preciso perguntar o que as equipes da atenção primária estavam realizando, ou solicitar dos programas estratégicos relatórios de ação, grande parte da cartografia foi montada de memória. Por outro lado, esta facilidade pode ter limitado o envolvimento inicial de outros profissionais na cartografia, identificada mais tarde como dispositivo importante de mobilização, alinhamento conceitual e demonstração de viabilidade da Estratégia.

Nas primeiras semanas após a entrada de Florianópolis na Estratégia Brasileirinhos, a discussão se manteve restrita a alguns dirigentes da secretaria de saúde. Para a cartografia, fizemos um levantamento de apresentações e documentos já existentes e conversamos com técnicos dos programas estratégicos. Portanto, esta primeira cartografia tem o ponto de vista estrito da saúde, e da gestão, apesar de incluir ações intersetoriais como o Programa de Saúde nas Escolas.

Num esforço de apropriação e compartilhamento da Estratégia Brasileirinhos, preparamos uma comparação entre suas propostas de ação, expressas no documento de referência, e algumas ações em curso no município, identificando iniciativas e espaços existentes para potencialização. Esta potencialização poderia ser feita pela incorporação de temas e enfoques relacionados ao cuidado e desenvolvimento infantil, pela ampliação das parcerias ou pelo apoio à disseminação das práticas exitosas. Utilizamos esta cartografia comparada nas conversas iniciais com técnicos da saúde para demonstrar o caráter transversal da Estratégia Brasileirinhos. Ao longo destas conversas, fomos incluindo ações intersetoriais em construção e iniciativas locais das equipes de saúde, dando mais materialidade à apresentação.

Nossa intenção era evitar que a Estratégia Brasileirinhos fosse identificada como uma ação programática, ou mais uma tarefa paralela para as equipes de saúde, sem integração com tudo que já era feito para promoção do desenvolvimento infantil.

Começamos a construir um texto coletivo. Por exemplo, os grupos ou cursos de novos pais existentes poderiam ser utilizados, com apoio dos NASF, como espaços de discussão e vivência da importância do holding para o desenvolvimento infantil. Os grupos de gestantes poderiam abrir espaço para troca de experiências entre as mulheres sobre a construção do papel de mãe, e envolver os pais. As oficinas do PSE com adolescentes poderiam

discutir o projeto de vida das adolescentes que querem engravidar e abrir espaços para a voz dos pais adolescentes. Os grupos de orientação alimentar com mães de crianças desnutridas poderiam ser convertidos em espaços para discussão da relação de cuidado, com a alimentação como um componente desta. E assim por diante.

Quadro 4 – Ações para potencializar a linha da Estratégia Brasileirinhos em Florianópolis

<b>Ações propostas para a Estratégia Brasileirinhos</b>	<b>Ações em curso no município</b>
Criação de estratégias e ações interdisciplinares com o objetivo de melhor configurar o universo psicossocial da mãe e sua rede de sustentação com especial atenção à mãe adolescente	Grupos de adolescentes nas unidades de saúde e escolas Grupos de gestantes com discussão sobre maternagem e vinculação Grupos de novos pais integrados à puericultura Discussão de saúde sexual e reprodutiva nas escolas
Criação de ofertas sanitárias adequadas para o período da infância, com ênfase no primeiro ano de vida e faixa entre 2 e 6 anos	Rotinas de atendimento de gestantes e crianças, com consultas garantidas Grupos e cursos de gestantes e novos pais com ESF e NASF
Estimular o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e a amamentação até os 2 anos de vida	Oficinas e ações de promoção do aleitamento e formação de tutores da Rede Amamenta Floripa
Prover para as equipes de atenção básica/ equipes de referência apoio matricial especializado, apoio institucional e processos de formação permanentes	Experiências de apoio matricial em saúde mental e NASF como referência para todas as ESF Experiências de apoio institucional na saúde mental e atenção primária
Fomentar a integração dos equipamentos sociais do território, propondo ações, projetos e estratégias intersetoriais na perspectiva da produção de políticas públicas saudáveis;	Programa de Saúde nas Escolas Iniciativas de integração entre centros de saúde e creches, como as Creches Amigas da Amamentação e o Programa Floripa Saudável 2040
Adoção de medidas socioeducativas e interseoriais para realização de atividades e ações para redução da gravidez na adolescência	Oficinas Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE) Ênfase nas ações de saúde do adolescente no planejamento dos NASF
Capacitação e qualificação de cuidadores de crianças da rede social intra e extra familiar	Grupos de educadoras infantis em creche com profissionais do NASF

### **Construção do Grupo Executivo Local como Comitê Intersetorial**

A composição e formato do GEL foram definidos em reunião com o secretário de saúde, com base em parcerias bem sucedidas nos comitês intersetoriais liderados pela área da saúde mental. Além da educação e assistência, incluímos as secretarias municipais de segurança (parceira no comitê de combate ao crack) e a de esportes e cultura (visando ampliação do escopo da Estratégia Brasileirinhos), e dois órgãos do setor judiciário, Promotoria da Infância e Vara da Infância, grandes encaminhadores de famílias para atendimento na saúde e na assistência. Numa crítica desta primeira composição, deixamos de fora parceiros importantes como a secretaria estadual de saúde (gestora das maternidades públicas e do hospital infantil) e não incluímos entidades da sociedade civil.

Definidos os parceiros, passamos imediatamente à criação de um marco legal, uma portaria do prefeito municipal publicada em Diário Oficial indicando as atribuições do comitê e apontado os componentes. Esta estratégia já havia sido utilizada no comitê do crack. A portaria dava respaldo político à articulação intersetorial, definindo-a como ação do governo municipal e não apenas da saúde.

As duas primeiras reuniões do Comitê tiveram a função principal de alinhamento conceitual entre os participantes, com apresentação da Estratégia Brasileirinhos pelo apoiador. Iniciou-se a identificação de ações em curso e a discussão de novas ações na linha da Estratégia Brasileirinhos. Diversificamos as estratégias de captação de parceiros, com avanço pelo interior das secretarias, ampliando o convite dos representantes para outros técnicos interessados ou estratégicos, e identificação de profissionais da rede e do nível central com interesse no tema. Entre as reuniões, foi enviado material teórico de referência para todos os contactados.

Começaram a se desenhar propostas de ação conjunta: treinamento da guarda municipal sobre acesso à saúde, educação, assistência social; concurso de redação sobre a ética do cuidado entre as secretarias de educação e segurança; definição das referências entre saúde, educação e assistência nos territórios; reuniões de pactuação de fluxos de encaminhamento entre setor judiciário e setores assistenciais para facilitar acesso dos usuários; propagação de experiências locais como grupos de apoio a educadoras infantis.

Apesar das boas ideias, faltava a definição de um plano de ação geral que sustentasse o comitê. A troca de experiências e o conhecimento sobre o que o outro fazia eram interessantes, porém não manteriam o coletivo. Além das ações pactuadas, deveríamos ser capazes de garantir uma articulação sustentada, não pontual. Os parceiros precisavam identificar a oferta da Estratégia Brasileirinhos como uma estratégia integradora e potente.

### **Abertura do Comitê para a sociedade civil**

Entre a segunda e a terceira reunião do comitê, identificamos uma fundação social que poderia ser um parceiro interessante no trabalho da Estratégia Brasileirinhos. O Instituto Comunitário da Grande Florianópolis – ICom – estava solicitando à SMS dados de atendimento e de situação de saúde de crianças e adolescentes para elaboração de um relatório sobre a infância na cidade. O objetivo deste projeto, chamado Sinais Vitais, era sistematizar, analisar e disponibilizar dados para direcionar os investimentos públicos e privados na área da criança e do adolescente. Fomos chamados a contribuir na equipe técnica que realizava o diagnóstico, e convidamos o Instituto para participar da reunião seguinte do Comitê da Estratégia Brasileirinhos.

A participação do ICom dinamizou o Comitê, trazendo uma visão externa das maiores necessidades relacionadas à infância e adolescência. Fomos provocados a trabalhar pela integração das bases de dados e dos fluxos de atendimento das secretarias municipais. Discutimos a falta de ações relacionadas à gestação na adolescência. As provocações encontraram ressonância nos atores presentes. Pactuamos trabalhar por esta integração entre as secretarias e ao mesmo tempo levantar experiências exitosas de integração entre setores no nível local para disseminação, agindo simultaneamente nas frentes macro e micropolítica.

O relatório final do Projeto Sinais Vitais foi apresentado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e apontou sugestões de ações derivadas das principais carências e violações de direitos identificadas. Entre as sugestões, a integração dos dados sobre crianças e adolescentes da saúde, da educação e da assistência social através da definição de um número de identificação comum, e uma ação pública integrada voltada para as gestantes adolescentes. A sinergia de objetivos entre o Comitê da Estratégia Brasileirinhos e o Icom cria um ambiente facilitador da implantação destas propostas, que por sua vez estão em acordo com as diretrizes da Estratégia Brasileirinhos.

## **Um plano de ação para a Estratégia Brasileirinhos**

A partir das definições das primeiras reuniões do Comitê, estruturamos três eixos para o plano de ação da Estratégia Brasileirinhos em Florianópolis:

1. Definição de número de registro único para identificação das crianças nos sistemas da saúde, educação e assistência a partir do próximo ano, com registro ainda na maternidade. No momento, estamos analisando a viabilidade técnica do registro na maternidade e da unificação dos números nos sistemas de informação. A imagem objetivo é a de base de dados comum, com troca de informações e sinergia de ações.
2. Definição de referências inequívocas entre saúde, educação e assistência social no nível local. No momento, estamos discutindo a referência entre escolas/creches e centros de saúde e aguardando a expansão dos CRAS, em fase de contratação das equipes. A imagem objetivo é a de territórios integrados com ações complementares.
3. Compartilhamento de boas práticas de cuidado materno-infantil, preferencialmente intersetoriais, priorizando duas linhas temáticas: (a) ações de apoio a gestação e paternidade, com ênfase na adolescência; (b) ações de apoio a educadores infantis (creches) e pais na promoção do desenvolvimento infantil. A imagem objetivo é a ampliação de ações intersetoriais para fortalecimento dos vínculos de cuidado entre pais e filhos, e a promoção de ambientes familiares e institucionais facilitadores do desenvolvimento.

Este plano de ação foi trabalhado em oficina nacional da Estratégia Brasileirinhos e, no momento de finalização deste relato, aguardava aprovação do Grupo Executivo Local / comitê intersetorial municipal. Com este passo, a definição de um plano compartilhado e a pactuação de ações, o Grupo Executivo Local se realiza enquanto dispositivo efetivo de implantação da Estratégia Brasileirinhos, favorecendo a articulação de uma agenda comum entre os setores envolvidos com a Primeira Infância no município.

## **Reflexão em primeira pessoa sobre a função de apoiador**

Assim como o cenário identificado na cartografia define um conjunto de possibilidades para a implantação da Estratégia Brasileirinhos, também características do apoiador municipal, como a formação, experiências anteriores com o tema e o lugar institucional podem definir caminhos diferentes para as experiências municipais. A reflexão sobre as estratégias do apoio é parte integrante da análise da experiência piloto.

Sou médico de família, com alguns anos de experiência no acompanhamento de gestantes e crianças. Tenho interesse pessoal no tema das relações precoces, e durante minha residência realizei grupos reflexivos com educadoras infantis e mães/pais sobre relação de apego e desenvolvimento infantil. Além de apoiador da Estratégia Brasileirinhos, ocupo há alguns meses a função de gerente de atenção primária em saúde do município. Este relato também reflete minha formação e história nos recortes que privilegiei na apropriação da Estratégia, e na mediação da tensão entre os papéis de apoiador da estratégia e gerente da secretaria de saúde.

O apoiador, diferente de um consultor, supervisor ou do gerente, deve se implicar nas soluções que ajuda a construir, propagar as mudanças que propõe, criar condições para ampliação das potencialidades que identifica. Seu objeto são as práticas e os processos de trabalho dos coletivos que apóia. O apoiador dispara um processo junto a um coletivo, aciona movimentos de mudança das práticas de saúde e acompanha este processo de mudança. Sua função de referência, presença e constância de objetivo garantem certa regularidade ao processo de mudança.

Na construção municipal da Estratégia Brasileirinhos tenho buscado me envolver diretamente na construção e condução técnica de algumas ações, como forma de introduzir princípios e diretrizes no fazer cotidiano das equipes. Participo de reuniões com profissionais, modifico documentos, integro grupos de trabalho, assumo tarefas. Minha formação médica ou a posição de gerente, em momentos diferentes, conferem legitimidade e facilitam algumas inclusões. Enfatizo temas relacionados a promoção do desenvolvimento infantil nas conversas e ações pactuadas, sem necessariamente apresentar as sugestões como parte da Estratégia Brasileirinhos. Introduzo o tema de maneira sutil e busco a adesão das equipes.

Em alguns momentos, a Estratégia Brasileirinhos funcionou como um modificador de agenda da gerência de atenção primária: priorizando envolvimento direto com ações que possuam sinergia com os objetivos da Estratégia, dedicando mais energia a espaços que possam facilitar sua implantação, valorizando ações das equipes de saúde com potencial de contribuir para o desenvolvimento da Estratégia Brasileirinhos enquanto política efetiva. É preciso destacar que esta priorização se faz em meio a um campo de disputas de múltiplas tarefas e demandas burocráticas, administrativas, políticas, de atores externos, áreas programáticas, categorias profissionais.

Outro forma de atuar como apoiador é a promovendo a formação de coletivos transversais em torno de tarefas ou problemas relacionados aos objetivos da Estratégia Brasileirinhos, agrupando profissionais da assistência, gerentes e coordenadores, especialistas de determinadas áreas, parceiros de outros setores. A diversidade de lugares institucionais possibilita a formação de uma rede de compromissos que atravessa o organograma da instituição, conferindo um caráter quase «viral» para a disseminação da Estratégia Brasileirinhos no município. As pessoas sensibilizadas funcionam como apoiadores locais, muitas vezes através de ações rotineiras de suas equipes.

Quadro 5 – Estratégias do apoio municipal da Estratégia Brasileirinhos

ESPAÇO/ AÇÃO	ATUAÇÃO DO APOIADOR
Grupo de trabalho para construção de iniciativa Creches Amigas da Amamentação	Proposta de incluir na rotina das creches piloto da iniciativa grupos com educadoras infantis sobre dilemas da relação de cuidado
Reformulação dos grupos de mães de crianças desnutridas (ESF + NASF)	Estímulo aos profissionais para trabalhar tema da relação entre vínculo pais-filho e crescimento e desenvolvimento infantil
Oficina de planejamento dos NASF, com produção de diretrizes para atuação no município	Inclusão de propostas de multiplicação de grupos de gestantes e novos pais integrados com rotina de pré-natal e puerpério trabalhando questões de paternidade e cuidado
Núcleo de Prevenção de Violência - intersetorial	Contribuição na definição de competências da saúde no atendimento da violência contra criança e adolescente
Caderneta municipal da gestante	Inclusão de tópicos sobre maternagem, vinculação e saúde mental
Construção do comitê municipal de mortalidade infantil, materna e de MIF	Acompanhamento e facilitação da integração com a supervisão de atenção primária dos distritos sanitários

### Modificadores da experiência local

A implantação da estratégia, ou de seus dispositivos equivalentes, acontece em contexto complexo, com fatores favoráveis e desfavoráveis. Estas condições não ideais encontradas são modificadores das experiências particulares, e sua análise pode contribuir para (1) demarcar variações entre experiências semelhantes – *o que diferenciou o contexto de implantação da estratégia em cada município piloto?* - e (2) apontar fatores facilitadores para a reprodução das experiências exitosas – *o que havia de particular em minha experiência que pode ser estimulado para aumentar as chances de êxito em outras experiências?*

Este contexto institucional deve ser avaliado para explicitação tanto dos fatores relacionados com êxito, quanto da relação entre a implantação da Estratégia e os resultados alcançados. Se não levarmos isso em conta, podemos estabelecer falsas associações entre uma intervenção e mudanças que ocorram em seguida. Várias iniciativas podem ser consideradas variáveis independentes e interligadas que influenciam resultados e mudanças que não poderiam ser explicados em uma relação simples de causa-efeito. Esta é uma distinção por vezes difícil. *O que eu teria feito como gerente, mesmo sem a oferta e convocação da Estratégia Brasileirinhos?*

O quadro a seguir aponta os principais modificadores identificados na análise dos primeiros seis meses da experiência piloto de Florianópolis.

Quadro 6 – Modificadores da experiência local de Florianópolis

**FAVORÁVEIS****Relacionados ao contexto**

Lugar institucional do apoiador como gerente da APS  
 Experiência prévia da SMS com comitês intersetoriais  
 Liderança do secretário junto a outras secretarias e ao prefeito  
 Cobertura de ESF e priorização da APS  
 Equipes NASF em todo o município  
 PSE implantado na rede básica de saúde  
 Rotinas de atenção à gestante e à criança bem definidas  
 Experiência da rede de saúde com apoio matricial e institucional

**Relacionados ao processo**

Definição precoce de um marco legal entre secretarias  
 Identificação de pessoas com interesse na área entre os parceiros  
 Envolvimento do apoiador na discussão de ações específicas na linha da Estratégia Brasileirinhos  
 Apresentação sutil da Estratégia Brasileirinhos às equipes  
 Identificação e fortalecimento de ações potentes

**DESFAVORÁVEIS****Relacionados ao contexto**

Pouco tempo do apoiador para dedicação exclusiva à Estratégia Brasileirinhos  
 Lugar institucional do apoiador limita priorização de um único tema na agenda  
 Maternidades não estão sob gestão do município

**Relacionados ao processo**

Poucos espaços de discussão promovidos entre os atores identificados como parceiros  
 Limitação dos convidados para o Comitê  
 Indefinição inicial de plano de ação para agregação de atores  
 Demora em incluir entidades da sociedade civil  
 Não ter realizado evento político de demarcação da Estratégia Brasileirinhos no município

**Lições aprendidas e perspectivas**

A boa cobertura e a organização da atenção primária podem ser destacadas como principais facilitadores da implantação da Estratégia Brasileirinhos em Florianópolis, considerando que o principal âmbito de atuação previsto para a Estratégia é a atenção primária. A existência dos NASF dando apoio às ESF em áreas críticas para a saúde materno-infantil, como pediatria e saúde mental, e reforçando o papel da ESF de coordenação do cuidado e vínculo preferencial da população também pode ser considerada parte deste cenário favorável.

Houve uma opção inequívoca de valorização da Atenção Primária, expressa na ampliação do número de ESF e na definição legal da coordenação da rede de saúde pela APS. Em 2009, a relação de consultas básicas por habitante/ano foi de 1,4, com incremento de 75% em relação a 2004. Percebe-se uma ampliação do acesso, que foi maior nas áreas de vulnerabilidade ou interesse social, e da coordenação do cuidado.

A integração de outras especialidades médicas e não médicas como apoio matricial a APS, desde 2006, antes da criação do NASF, foi também de fundamental importância na formação de uma rede pautada pela integralidade. Houve facilitação do acesso da população a outras práticas e campos do saber, e foi instituída uma ferramenta prática de educação



permanente. Hoje, a experiência de Florianópolis em apoio matricial é referência nacional, com técnicos do município atuando nacionalmente como colaboradores do Ministério da Saúde na qualificação de equipes NASF de outros municípios, particularmente para redução da mortalidade infantil nas regiões norte e nordeste do país.

Da organização da atenção à gestante e à criança, merecem destaque as dimensões do acesso, com garantia das consultas regulares para gestantes e crianças em toda a rede municipal, e da integralidade, expressa nos grupos multiprofissionais, atividades educativas para gestantes e novos pais, visitas das agentes educadoras nas maternidades. Merece destaque a integração das maternidades com a atenção primária expressa no agendamento de consultas com ESF antes da alta. Os espaços de gestão compartilhada do cuidado entre NASF e ESF, as experiências de integração intersetorial do PSE e dos comitês da saúde mental também podem facilitar a implantação da Estratégia Brasileirinhos.

Diversas iniciativas locais das equipes da atenção primária, algumas das quais integradas com a educação, podem inspirar ações na linha da Estratégia Brasileirinhos: as propostas em expansão das creches amigas da amamentação e do Floripa Saudável 2040; curso de gestantes com ensino do manejo (*handling*) do bebê; grupo reflexivo de educadoras de creche com NASF; grupos de mães de crianças desnutridas com foco na relação de cuidado; visita domiciliar multiprofissional para recém nascidos com fatores de risco.

Na cartografia, foram identificadas não só as fortalezas, mas também algumas lacunas e desafios. Temos falhas na vinculação com a maternidade na hora do parto e ainda há gargalos no fluxo de atenção à violência contra a criança. Alguns destes pontos deverão pautar os trabalhos do Comitê Intersetorial e da própria equipe da SMS no percurso da construção da Estratégia Brasileirinhos no município. A cartografia também fica registrada para o município como um exercício de autocrítica.

Quadro 7 – Avanços e desafios do município na atenção à mulher e à criança

#### **Avanços**

Opção municipal pela APS  
 Cobertura de ESF  
 Indicadores de saúde da mulher e da criança  
 Organização do atendimento de gestantes e crianças (Capital Criança)  
 Integração com ESF na alta da maternidade  
 Rede Amamenta Floripa  
 PSE como articulação sustentada entre saúde e educação  
 Grupos de planejamento familiar em todos os Centros de Saúde  
 Política municipal dos NASF  
 Experiências locais exitosas (ex, Floripa Saudável 2040)  
 Grupos de gestantes e novos pais  
 Linha de cuidado em saúde mental  
 Protocolo Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual para violência sexual até 72h  
 Experiência dos comitês intersetoriais na saúde mental  
 Experiência municipal em função de apoio

#### **Desafios**

Integração com maternidades para hora do parto  
 Definição de competências no fluxo de atenção à violência contra criança e adolescente  
 Ampliação de ofertas intersetoriais voltadas para adolescentes  
 Integração entre saúde e assistência social nos territórios  
 Estabilidade das equipes da atenção primária

A criação do Grupo Executivo Local (ou comitê executivo intersetorial) através de marco legal é uma definição inicial importante, que pode facilitar a articulação dos atores se bem conduzida. Este comitê definiu uma agenda, com duas ações desafiadoras estruturantes da intersectorialidade - o número de registro comum de crianças e a integração de equipamentos sociais nos territórios - e um plano de disseminação de iniciativas locais inovadoras, conformando uma rede de boas práticas de cuidado.

Ficam como desafios a adesão plena das entidades convidadas e a capilarização das ações propostas pelo interior das secretarias. Talvez seja necessário definir pautas específicas para agregar alguns parceiros. A construção conjunta de ações para crianças e adolescentes com a Fundação Municipal de Esportes, a discussão dos encaminhamentos dos órgãos do sistema judiciário, o registro de crianças nas maternidades e o treinamento dos guardas municipais como agentes sociais são exemplos destas pautas. São linhas de fuga geradas pelas conversações paralelas do comitê, desdobramentos para desenvolvimento em outros espaços.

O comitê da Estratégia Brasileirinhos pode ser visto como uma arena de onde emergirão novos compromissos, ou vínculos, entre técnicos, gestores, pais e cuidadores, aumentando a conectividade das redes institucionais de cuidado. Acreditamos na potencialidade destas conexões em operar mudanças sutis nas práticas destas pessoas e coletivos, favorecendo a construção de ambientes de desenvolvimento mais saudáveis para as crianças pequenas e realizando as ofertas da Estratégia Brasileirinhos em seus próprios modos de produção.

## LINHA DE CUIDADO DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO



## 7.3 Rio Branco (AC)

### Notas preliminares sobre a implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis no município do Rio Branco

Patrícia Azevedo Feitosa

“O indivíduo é sempre em contexto” (GUERRIERO, 2008).

#### Introdução

No início de 2010, o município de Rio Branco, representado por seu prefeito, foi convidado a participar como município-polo do projeto Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (Estratégia Brasileirinhos), cuja duração se estenderia por dois anos. Tal projeto tem por objetivo construir uma política que integre as ações voltadas à primeira infância que garanta qualidade de vida às crianças de zero a seis anos, estimulando suas competências e habilidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais.

A Estratégia Brasileirinhos tem sua fundamentação teórica embasada em diversos autores ligados à psicanálise, psiquiatria e pediatria, dentre eles o pediatra inglês Donald Winnicott, que considerava a constituição de territórios vivenciais da criança como essencial para seu desenvolvimento saudável. Neste sentido, o meio, representado pela mãe, e família de forma geral, desempenha um papel primordial para o amadurecimento emocional saudável.

Para iniciar a Estratégia, foi necessário que cada cidade escolhida, inicialmente cinco, realizasse um levantamento da situação da primeira infância, examinando os principais indicadores municipais do setor saúde, educação e assistência social em seu município. Após esta etapa, cada município deveria procurar priorizar a primeira infância dentro do seu conjunto de disposições políticas e estruturais, para o desenvolvimento das crianças, buscando propostas sinérgicas que potencializassem suas ações.

#### Rio Branco

Complexidade e diversidade são as características fundamentais da região amazônica formada por mais de 5 milhões de km quadrados de terras e águas, onde se encontra a maior biodiversidade da terra (SILVA, 2006).

Rio Branco é a capital do Acre, um dos nove estados da Amazônia Legal, e concentra 45,22% da população (319.825 habitantes) do estado. O Índice de Desenvolvimento Humano de Rio Branco é 0,754. (IBGE, 2010, ACRE 2009).

Figura 5 – Vista por Satélite do Contexto Geográfico do Acre.



Fonte: (GOVERNO DO ESTADO DO ACRE, 2010)

### **Ações correlatas a crianças menores de seis anos**

Em Rio Branco, não existe nenhum programa ou projeto específicos para a criança e a mulher nos principais segmentos da gestão pública municipal: saúde, educação e assistência social. Ao se iniciar o levantamento de dados para construir a cartografia, percebe-se uma forte lacuna nesse seguimento. Observa-se também que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pelo setor saúde é feito de forma precária.

No âmbito do controle social, Rio Branco tem instituídos os Conselhos de Assistência Social, de Direitos da Criança e do Adolescente, de Educação, de Saúde, de Segurança Alimentar e Nutricional e dois Conselhos Tutelares.

Por força de Lei Municipal, em Rio Branco, a Licença Maternidade já é de seis meses desde 2007, assim como a Licença Paternidade é de 15 dias. A partir de 2009, todas as crianças nascidas nos serviços públicos de Rio Branco recebem, via correio, um certificado da Prefeitura Municipal, parabenizando-as pelo nascimento e dando-lhes as boas-vindas.

### **1 - Saúde**

Rio Branco possui uma rede de atenção básica de saúde em fase de organização e optou pela Estratégia Saúde da Família (ESF) como dispositivo para implantar a atenção primária em saúde.

Atualmente a cobertura da ESF em Rio Branco é de 27,5%, mas vem diminuindo sua capacidade operacional, em função de vários fatores já conhecidos e amplamente discutidos na realidade brasileira, como os problemas de fixação de profissionais, diferenças salariais e alta rotatividade, e principalmente, as questões vocacionais pela saúde pública por parte dos profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros.

Com relação à saúde materna, a proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal, com quatro ou mais consultas, chegou a 81% em 2009, sendo que somente 57% das gestantes fizeram sete ou mais consultas. A taxa de partos cesarianas na principal maternidade de Rio Branco ultrapassa 50% e o número de mortes maternas chegou a 109 por 100 mil nascidos vivos, em 2009. A gravidez na adolescência também é um problema grave no município, tendo chegado à proporção de 24,9% em 2009.

A taxa de mortalidade infantil vem caindo nos últimos anos, e, em 2009, chegou a 17,15/1000 nascidos vivos. As principais causas de óbito em menores de um ano estão relacionadas ao componente neonatal, onde grandes investimentos estruturais e de qualificação profissional têm sido feitos desde 2009, como decorrência do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil (PNRMI), ao qual Rio Branco aderiu.

Rio Branco tem em torno de 20 mil famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. Além disso também participa do Programa Nacional de Suplementação do Ferro, para crianças menores de dois anos e gestantes e, a partir de dezembro de 2010, terá o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em funcionamento, como ação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil. A cobertura vacinal é satisfatória alcançando 98,43% em 2009.

As ações estratégicas de promoção do aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável também estão implantadas. São 20 tutores da Rede Amamenta Brasil e 17 tutores da Estratégia Nacional de Promoção de Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) em Rio Branco.

O Plano de Qualificação das Maternidades, com foco na Política Nacional de Humanização, implantado a partir de 2010, nas maternidades contempladas no Pacto (PNRMI), tem sido uma grande ferramenta na construção do atendimento de qualidade e mais afetivo às usuárias, o que se realiza dentro da Maternidade Bárbara Heliodora e já tem conseguido transpor os muros e chegar à rede básica, a partir de rodas de conversa entre os diferentes níveis de atenção.

Estas rodas de conversa têm por objetivos estabelecer o melhor fluxo, a vinculação, o atendimento em rede e, principalmente, a humanização do atendimento. Protocolos têm sido elaborados, e vislumbramos, em curto prazo, importante melhoria na qualidade do atendimento da mãe e do bebê, bem como na qualidade dessa atenção.

## **2 - Educação**

O direito à educação em creches e pré-escolas para crianças de zero a seis anos está assegurado na Constituição Federal de 1988, direito este reafirmado no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. A tradução deste direito em diretrizes e normas, no âmbito da educação nacional, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9394, de 1996, representou um marco histórico de grande importância para a educação infantil no Brasil. A inserção da educação infantil na educação básica, como sua primeira etapa, é o reconhecimento de que a educação começa nos primeiros anos de vida. Conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, cabe ao município oferecer o acesso ao ensino infantil, conforme o Art. 11., item V – “oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas (...)”.

Em Rio Branco, nos últimos oito anos, houve grandes avanços no que concerne à oferta do ensino infantil, com o aumento mais que triplicado da oferta de vagas nas chamadas pré-escolas. O avanço também ocorreu do ponto de vista estrutural, reformas e construções, adequações e ampliações, e ainda o fortalecimento da qualidade técnica através da formação continuada e atualização conforme os atuais parâmetros nacionais.

No entanto, no que se refere ao número de creches públicas municipais, ainda existe um déficit importante, que deve ser registrado e considerado.

No ano de 2009 havia 8.778 alunos matriculados nas escolas de ensino infantil, excluídas as creches. Nestas, cerca de 800 crianças de dois a três anos estavam matriculadas. Rio Branco contém número considerável de creches comunitárias informais, mas esse dado ainda não está disponível na Secretaria Municipal de Educação.

### **3 - Assistência Social**

No setor Assistência Social, o atendimento, assim como a oferta de equipamentos à primeira infância se dá através dos sete Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e pelo Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). No entanto observa-se uma lacuna neste seguimento, no que se refere ao apoio técnico deste setor às creches institucionais ou comunitárias.

#### **Estratégia Brasileirinhos e Rio Branco: trajetória, reflexões e perspectivas**

Rio Branco iniciou sua participação na Estratégia Brasileirinhos em fevereiro de 2010. Foi um momento formal, quando da realização da I Oficina da Estratégia Brasileirinhos em Brasília, da qual o prefeito de Rio Branco, Senhor Raimundo Angelim participou.

Em maio foi escolhida a apoiadora local da Estratégia Brasileirinhos, durante a visita das técnicas da coordenação nacional, Dra. Liliana Lugarinho e Sra. Alice Cerqueira. Como desdobramento desta visita inicial e definido quem desempenharia a função de apoiador, iniciou-se o processo de levantar informações, principalmente dos demais setores além da saúde. Tal cartografia seria necessária para a II Oficina da Estratégia Brasileirinhos que se realizou em junho de 2010.

A II Oficina da Estratégia Brasileirinhos foi o momento de contato das técnicas que ficaram como referência em Rio Branco com a apoiadora, Sra. Patricia Azevedo, nutricionista da Secretaria de Estado de Saúde, e a representante do Secretário Municipal de Saúde e Diretora de Assistência à Saúde, Sra. Adriana Evangelista, que apresentou o trabalho já realizado.

A cartografia contemplou dados epidemiológicos e de cobertura de serviços, bem como fotos e destaques para pontos positivos e desafios para implantação de uma estratégia ousada como a Estratégia Brasileirinhos.

A partir de junho, e até julho, foram realizados contatos e visitas às secretarias de educação, saúde e assistência social. Houve boa receptividade nas secretarias de saúde e de assistência social, já na secretaria de educação não se conseguiu contatar diretamente os gestores e gerentes principais da pasta.

Verificou-se como produtor realizara uma apresentação coletiva da Estratégia Brasileirinhos para o gestor municipal e seus quadros técnicos executores. Foi então preparado o I Encontro Intersectorial sobre a Estratégia Brasileirinhos, para julho de 2010, cujos convidados foram as secretarias já referidas, seus gerentes de Unidades de Saúde, coordenadores de Centros de Referência em Assistência Social e diretores de Creches e Escolas de ensino infantil. Tal preparação contou com o apoio do Gabinete do Prefeito. Mas os recursos financeiros foram da Secretaria de Estado de Saúde.

Na tarde que antecedeu o encontro foi realizada uma Sala de Situação no Gabinete do Prefeito sobre a Estratégia Brasileirinhos, momento em que o prefeito reuniu a maior parte do seu secretariado para apresentar a Estratégia. Ali foi apresentada pela Dra. Liliana Lugarinho e Psicóloga Selma Eschenazi a proposta da Estratégia Brasileirinhos e seu fundamento teórico-conceitual. Esse momento sensibilizou muitos dos secretários presentes, e alguns deles participaram de todo o encontro, que continuou no dia seguinte.

Assim como o prefeito, toda a platéia, bastante concentrada apreciou a fala da Psicóloga Selma Eschenazi sobre Desenvolvimento Emocional Infantil, principal conferência do Encontro. Nesse Encontro também foi veiculado o material distribuído pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, um vídeo canadense chamado "As origens da Violência", que também causou algum impacto.

Durante o evento, não foi possível realizar trabalhos em grupos por questões de espaço, e, a partir de uma dinâmica realizada com a platéia – com a utilização de uma poesia de Thiago de Mello contextualizada e conduzida pela Psicóloga Selma – foi distribuída uma planilha para coletar as necessidades de formação e qualificação de toda a plateia que oscilou entre 90 e 103 pessoas nos turnos manhã e tarde.

Motivados pelo I Encontro as pessoas não tiveram dúvidas sobre suas necessidades de qualificação, e os temas que mais apareceram foram propostas relativas a cursos sobre desenvolvimento infantil e violência intrafamiliar (Quadro 8).

O resultado geral de I Encontro foi muito positivo, pelo aspecto de partilhar um novo olhar sobre o desenvolvimento infantil e sobre a necessidade de se debruçar-se sobre o tema. Ouviu-se de todos os seguimentos presentes quão impactante foi fazer essa reflexão. Por outro lado a expectativa estava posta. E agora?

O consolidado das expectativas foi enviado à coordenação nacional, gabinete do prefeito e demais secretários. A ideia foi buscar viabilizar algumas formações ou atualizações através das linhas de financiamentos do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, bem como por meio de recursos locais.

Uma das frentes de trabalho do apoio local da Estratégia Brasileirinhos em Rio Branco foi a criação do Grupo Executivo Local, sem formato definido até setembro de 2010. No entanto, mesmo antes da Oficina Estratégia Brasileirinhos, ocorrida no Rio de Janeiro em novembro de 2010, a portaria criando o Grupo Executivo da Estratégia Brasileirinhos em Rio Branco foi emitida (Ver Portaria 484/2010, p.86).

Para o coletivo de Apoiadores da Estratégia Brasileirinhos foi dada a oportunidade pela coordenação nacional, de um importante momento de qualificação, através de uma



palestra do professor Eduardo Passos, da Universidade Federal Fluminense (UFF), numa oficina para os Apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) de Campo Grande, que estava acontecendo em Brasília. Ali foi possível esclarecer de forma quantitativa o papel do Apoiador, que tem um trabalho a longo prazo, para usar as palavras do professor Eduardo, “o apoiador é um infiltrado”, transcendendo a colaboração técnica e a assessoria de qualidade.

Na Oficina Estratégia Brasileirinhos ocorrida em novembro no Rio de Janeiro, com as equipes das áreas técnicas do Ministério da Saúde: criança, mulher, adolescente e atenção básica, foi realizado um plano de trabalho, a partir da ‘linha do tempo’, para os meses de dezembro de 2010 e seis primeiros de 2011 (Quadro 9).

## Conclusão

Rio Branco é uma capital jovem em muitos sentidos, com mais de 20% da sua população com idade menor que seis anos. Possui menos de 100 anos de existência e há 48 anos é capital de Estado. Geralmente se acredita que numa cidade menos populosa, os problemas sociais serão menores, mas não é o caso; de Rio Branco que já apresenta as mazelas de uma cidade desenvolvida: a violência, a drogadição e as vulnerabilidades consequentes. Mas, apesar dos problemas, a possibilidade de detectá-los e propor medidas resolutivas parecer ser maior quando a cidade é menor.

A Estratégia Brasileirinhos traz para Rio Branco a emersão de um aspecto das políticas para infância pouco discutido, falado e até setorizado, que é o desenvolvimento emocional infantil, que nos coloca a todos, partícipes da execução das políticas públicas de saúde, educação e assistência social a refletir e repensar formas e modos de fazer.

Afinal somos todos cuidadores. Ao trabalho!

Quadro 8 – Consolidado de expectativas/necessidades em formação

<b>I Encontro sobre a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis Estratégia Brasileirinhos)</b> Rio Branco – Município Piloto <b>03 de agosto de 2010</b>	
<b>Temas centrais</b>	<b>Variações/complementos</b>
<b>1. Educação Infantil</b>	- Formação continuada; - Universalizar para dinamizar; - Aspectos motivacionais pra quem trabalha com 1ª infância; - Atualização para professores e pais para lidar com crianças especiais
<b>2. Como lidar com a agressividade de crianças pequenas</b>	- Manejo de conflitos entre crianças com estratégias de conciliação; - Origens da Agressão
<b>3. Interação entre Família e Escola</b>	- Relação Escola x Família e o papel dos educadores;
<b>4. Formação de Educadores em Prevenção à violência doméstica</b>	- Cultura de Paz; - Prevenção e manejo da violência familiar e com crianças; - Como identificar sinais de violência (inclusive psicológica) e como manejar; - Como identificar e abordar pessoas predispostas à violência

continua

continuação

<b>5. Desenvolvimento Infantil (DI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação de educadores em DI;</li> <li>- Atualização p/ funcionários administrativos em DI;</li> <li>- Desenvolvimento emocional e da fala em crianças vítimas de violência;</li> <li>- Capacitação das equipes da ESF em DI e aspectos psicológicos;</li> <li>- Desenvolvimento Psíquico da Criança (como fazê-las se sentirem mais seguras);</li> <li>- Psicologia do desenvolvimento humano;</li> <li>- Educação emocional;</li> <li>- Fases do Desenvolvimento Infantil;</li> <li>- Psicopedagogia;</li> <li>- Crescimento e Desenvolvimento;</li> <li>- Atualização para trabalhadores dos CRAS em DI;</li> <li>- Aspectos psicossociais da criança;</li> <li>- Capacitar lideranças comunitárias e religiosas sobre o DI;</li> <li>- Dinâmicas direcionadas para o cuidado infantil</li> </ul>
<b>6. Formação e Atualização no ECA</b>	
<b>7. A importância da Brincadeira</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorização do brincar na educação infantil;</li> <li>- O brincar na infância;</li> <li>- Criar e capacitar educadores para atuação em praças e parques;</li> </ul>
<b>8. Desenvolvimento da sexualidade infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexualidade da criança de 0 a 6 anos</li> </ul>
<b>9. Comunicação entre Pais e Filhos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagem familiar pelas equipes da ESF;</li> <li>- Como criar os filhos;</li> <li>- Educação familiar e a influência da mídia;</li> <li>- Relacionamento familiar (pais e filhos)</li> </ul>
<b>10. Saúde da criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção das doenças infectocontagiosas na 1ª infância;</li> <li>- Atualização nos Programas de saúde voltados para a 1ª infância;</li> <li>- Humanização da atenção à saúde da criança e do adolescente;</li> <li>- Novas estratégias de abordagem no atendimento em saúde à criança;</li> <li>- Aspectos nutricionais para a 1ª infância;</li> <li>- Atendimento integral criança pequena;</li> <li>- Prevenção na saúde infantil através da melhor atenção à saúde gestacional;</li> <li>- Capacitação/ Atualização sobre Crescimento e Desenvolvimento infantil</li> </ul>
<b>11. Direitos e Deveres dos Pais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como orientar e trabalhar com os pais/familiares de crianças de 0 a 6 anos;</li> <li>- Bases para a formação de grupos de pais;</li> <li>- Direitos e Deveres dos pais e da escola;</li> <li>- Família: Estrutura, Direitos e Deveres;</li> </ul>
<b>12. Saúde Mental da Mulher</b>	
<b>13. Orientação à pais/familiares de crianças de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagem com Crianças sem família/ abrigadas;</li> <li>- Manejo com crianças que tem familiares (pais) em situação de prisão ou uso de drogas;</li> <li>- Redução de Danos;</li> <li>- Como abordar e tratar crianças filhas de mulheres vítimas de violência;</li> </ul>
<b>14. Intersetorialidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O papel da rede intersetorial na construção de adultos saudáveis;</li> <li>- Como praticar a intersetorialidade;</li> </ul>
<b>15. Dinâmicas para trabalhar Grupos</b>	

## Portaria nº 484/2010

Sujeita a alterações

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, Capital do Estado do Acre, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 a 2015;

Considerando os objetivos e metas do Pacto pela Vida de 2008, definido pela Portaria GM nº325, de 21 de fevereiro de 2008, do Ministério da Saúde, entre os quais consta o estabelecimento da redução de mortalidade materna e infantil;

Considerando o pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pela Presidência da República em 8 de março de 2004, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, e pelo Conselho Nacional de saúde – CNS, que visa monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando a Portaria GM nº2395, de 7 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, que institui a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (Estratégia Brasileirinhos) e define Rio Branco como uma das cinco cidades que sediará experiências piloto da referida Estratégia;

Considerando que a primeira infância é reconhecidamente o período de vida em que a criança aprende mais intensamente a ser, a fazer, a relacionar-se e a construir seus valores; e

Considerando a necessidade de integrar e articular as ações dos diversos setores, como saúde, assistência social, geração de renda, voltados para mulheres e crianças, para aumentar a sua efetividade,

RESOLVE:

Art. 1º INSTITUIR no âmbito do Município de Rio Branco o Grupo Executivo Local (GEL) responsável pelo planejamento e operacionalização da Estratégia Brasileirinhos no Município.

Art. 2º O GEL têm como competências e atribuições:

I – Articular e Integrar as áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde, Educação, Assistência Social e demais áreas locais voltadas para a 1ª infância para a formulação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação local;

II – Elaborar um Plano de Ação para operacionalização da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas;

III – Dialogar permanentemente com a Coordenação Nacional e com as instâncias do Município, visando o cumprimento do Plano;

IV – Apoiar o município no cumprimento do Plano, inclusive na produção de informações a serem consolidadas;

V – Produzir informações consolidadas sobre a implementação do Plano.

Art. 3º O GEL terá a seguinte composição:

- a) um representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) um representante da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social;
- c) um representante da Secretaria de Educação;
- d) um representante da Fundação Garibaldi Brasil;
- e) um representante da Coordenadoria Municipal de Juventude;
- f) um representante da Coordenadoria Municipal de Mulher.

Art. 4º O Apoiador local é o coordenador do Gel em co-gestão com o representante da SEMSA. Tem como atribuições:

- I) Mobilizar os integrantes do GEL;
- II) Fomentar a realização dos encontros periódicos deste grupo;
- III) Registrar as memórias de reunião do GEL;

VI) Atualizar a SEMSA e o representante da SEMCAS das atividades em desenvolvimento;

V) Encaminhar informações à Coordenação Nacional das atividades com monitoramento e avaliação à implantação do Plano Municipal em períodos previamente acordados.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Registre-se,

Publique-se,

Cumpra-se.

GABINETE DO PREFEITO DE RIO BRANCO, CAPITAL DO ESTADO DO ACRE, EM 29 DE OUTUBRO DE 2010.

Raimundo Angelim Vasconcelos  
Prefeito de Rio Branco

Quadro 9 - Desafios e Potencialidades no plano de ação local da Estratégia Brasileirinhos.

Planejamento Familiar		Pré-natal		Parto		Puerpério		1º anos de vida	
Desafios	Potencialidades	Desafios	Potencialidades	Desafios	Potencialidades	Desafios	Potencialidades	Desafios	Potencialidades
Descontinuidade da aquisição dos métodos anticoncepcionais (pelo MS)	Adequação das UBS para melhorar acesso dos usuários	Faltas rotatividade dos profissionais da APS (Médicos e Enfermeiros)	Adequação das UBS para melhorar acesso dos usuários	Faltas rotatividade dos profissionais	Apoio político para implantação de estratégias	Descontinuidade da aquisição dos métodos anticoncepcionais	Adequação das UBS para melhorar acesso dos usuários	Faltas rotatividade dos profissionais da APS (Médicos e Enfermeiros).	Adequação das UBS para melhorar acesso dos usuários
Elevado índice de gravidez na adolescência (em redução)	Apoio político para implantação de estratégias		Elaboração de protocolos integrados de cuidado com a gestante e criança: entre a APS, MAC. (PNRMI)	Qualificação dos profissionais em UTI neonatal (PNRMI)	Qualificação dos profissionais em UTI neonatal (PNRMI)	Faltas rotatividade dos profissionais da APS.	Apoio político para implantação de estratégias	Falta e rotatividade dos profissionais da APS.	Apoio político para implantação de estratégias
PROESF e outras iniciativas do MS não contemplam municípios com baixa cobertura da SF.			Apoio político para implantação de estratégias	Ampliação e implantação de novas UTIs (PNRMI)	Ampliação e implantação de novas UTIs (PNRMI)	Qualificação dos profissionais das maternidades e AB - processo integrado (PNRMI)		Puericultura: com baixa qualidade na formação	investimento em saneamento, limpeza pública, reforma de praças e parques
Péssima estrutura das unidades das ESF.	Especialização/residências nas áreas neonatal, G.O., pediatria	Péssima estrutura das unidades das ESF.	Especialização/residências nas áreas neonatal, G.O., pediatria	Especialização/residências nas áreas neonatal, G.O., pediatria	Especialização/residências nas áreas neonatal, G.O., pediatria	Péssima estrutura das unidades das ESF.	Ampliação do número de creches	Péssima estrutura das unidades das ESF.	Ampliação do número de creches
Ampliação da ESF		Ampliação da ESF	Qualificação dos profissionais das maternidades e AB - processo integrado (PNRMI)	Readequação das Unidades hospitalares conforme RDC 36	Readequação das Unidades hospitalares conforme RDC 36	Ampliação da ESF	Ampliação da ESF	Ampliação da ESF	
Faltas rotatividade dos profissionais da APS.		Faltas rotatividade dos profissionais da APS.	Rede Amamenta e ENPACS (PNRMI)	Rede Amamenta e ENPACS (PNRMI)	Rede Amamenta e ENPACS (PNRMI)	Faltas rotatividade dos profissionais da APS.	Rede Amamenta e ENPACS (PNRMI)	Faltas rotatividade dos profissionais da APS.	Rede Amamenta e ENPACS (PNRMI)
Integrar das redes de cuidado (AB, MAC)		Integrar redes de cuidado (AB, MAC) (PNRMI)		Integrar redes de cuidado (AB, MAC) (PNRMI)	Qualificação dos profissionais das maternidades e AB - processo integrado (PNRMI)	Integrar redes de cuidado (AB, MAC) (PNRMI)	Qualificação dos profissionais das maternidades e AB - processo integrado (PNRMI)	Integrar redes de cuidado (AB, MAC) (PNRMI)	

continua

continuação

I - Sistematização dos principais desafios e potencialidades identificados na "Linha do Tempo" para qualificação da atenção à gestação até os primeiros anos de vida:

Planejamento Familiar	Pré-natal		Parto		Puerpério		1º anos de vida	
	Implantação do Fórum da Rede Perinatal (PNRMI)		Implantação do Fórum da Rede Perinatal (PNRMI)				Implantação do Fórum da Rede Perinatal (PNRMI)	
Sensibilização de outros setores para o cuidado a criança								
Efetivação/mobilidade do grupo gestor Local								
Alto índice de gravidez na adolescência			Alto índice de gravidez na adolescência		Comitê de Prevenção e Investigação de mortalidade materna e infantil em funcionamento			



## 7.4 Rio de Janeiro: Santa Marta e Chapéu Mangueira/Babilônia (RJ)

### **Vicissitudes da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis no município do Rio de Janeiro: o encontro da Casa da Árvore com a atenção primária nas comunidades Santa Marta e Chapéu Mangueira / Babilônia.**

Ana Carolina Vieira  
Julia Milman  
João de Moraes  
Larissa da Costa Mendes  
Pedro Lima

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (Estratégia Brasileirinhos) tem como principal meta a construção de uma política integrada para a primeira infância, população de zero a seis anos. Seu objetivo é garantir a todos os brasileiros a qualidade de vida desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais, através de novas ofertas de cuidado aliadas às tradicionais. A Estratégia Brasileirinhos tem como perspectiva ir além da sobrevivência, trabalhar pelo crescimento e desenvolvimento integral da criança, incluindo aqueles que participam do seu entorno: pais, cuidadores, profissionais de vários setores, em especial, saúde, educação e assistência social.

Esta iniciativa busca fortalecer, ampliar e potencializar o conjunto de ações já desenvolvidas em todo o país, articulando intersetorialmente os esforços em prol do desenvolvimento integral da criança. Para tanto, a Estratégia se apóia numa concepção de saúde ampliada, na integração do ser humano ao ambiente social, que vem precedido de múltiplas experiências do chamado 'ambiente facilitador' dos primórdios de sua vida. Tal ambiente é primeiramente proporcionado por outro ser humano que lhe devota cuidados fundamentais, em geral, a mãe ou seu substituto, tendo este uma importância capital no desenvolvimento infantil.

Este componente da saúde é extremamente importante na expressão do potencial do indivíduo e na sua capacidade de interação e produção social, que afetam a fruição e o exercício pleno de sua cidadania, assim como o desenvolvimento mais amplo da sociedade em que vive.

Neste contexto, compreendendo-se o setor a saúde como a corresponsabilização dos diversos atores envolvidos e a comunidade como participante ativo, privilegia-se a prevenção e a promoção da saúde como campos relevantes para a realização do diálogo inter-setorial, com a reorientação dos serviços de saúde pela atenção básica, dissolvendo a lógica dos especialismos, da biologização e medicalização do cuidado.

#### **Rio de Janeiro (RJ)**

A gestão municipal de saúde adotou o programa 'Saúde Presente', que tem como focos da gestão a revisão de três pontos estratégicos: os processos administrativos, o sistema



de pronto atendimento (urgência/emergência) e a atenção primária. Com relação a este terceiro ponto, o maior desafio é mudar a realidade de cobertura de apenas 3,5% de atenção primária para a população carioca. Neste sentido, foi criado um dispositivo territorial chamado Clínica da Família, que contribuiu para que, em novembro de 2010, a cobertura da atenção primária chegasse a quase 15% da população, ou seja, mais de 800 mil pessoas (DOHMANN, 2010)<sup>9</sup>.

Em outubro de 2010, os gestores municipais de saúde do Rio de Janeiro, um dos seis municípios-polo da Estratégia Brasileirinhos, selecionaram as comunidades Santa Marta (Botafogo) e Chapéu Mangueira e Babilônia (Leme) para a experiência piloto de implantação da Estratégia no município. Estas comunidades se caracterizam por inicialmente por:

1. Estarem localizadas na Zona Sul da cidade, na Área Programática 2.1;
2. Terem implantadas a política de segurança pública do Estado do Rio de Janeiro denominada Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) e,

Estarem em processo de implantação de dispositivos, como a Clínica da Família, para a ampliação da atenção primária com perspectivas de 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além destes fatores, uma parceria da Estratégia Brasileirinhos com a organização não-governamental Casa da Árvore foi motivo para a eleição de ambas as comunidades como campo de intervenção da pesquisa da Estratégia no Rio de Janeiro.

A inserção da Casa da Árvore nessas comunidades traz à pesquisa um olhar diferenciado e sensível para as condições singulares de cada lugar, como sua posição geográfica, a demanda da população, os projetos sociais já desenvolvidos e a personalidade da comunidade.

A experiência de trabalho desenvolvida pela Casa da Árvore junto a crianças moradoras de comunidades populares e de seus cuidadores vai ao encontro dos objetivos da Estratégia e cria a expectativa de vir a ser o elemento que impulsionará a implantação da Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro.

## **A Casa da Árvore**

A Casa da Árvore é um projeto de extensão do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fundada em 2001, a Casa da Árvore tem como objetivo disseminar uma política de valorização dos cuidados com as crianças, auxiliando pais, familiares, educadores e equipes de saúde – agentes desses cuidados – na construção e manutenção de um ambiente favorável ao desenvolvimento infantil, estimulando a construção de redes sociais e afetivas que contribuam para a promoção da saúde mental e prevenção dos efeitos da violência - seja social, cultural e/ou familiar – nas comunidades em situação de risco social.

A Casa da Árvore promove a difusão de uma ética e de uma política de valorização da infância e dos cuidados com as crianças. Desenvolvendo ações que propiciem a interação entre as crianças e os diversos atores envolvidos com esses cuidados, estimulando a manifestação do potencial criativo de cada um; ampliando os seus repertórios de condutas, enri-

<sup>9</sup> Hans Dohmann é Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. O Globo, Opinião (seção), 20/11/2010

quecendo seus recursos psíquicos e sua capacidade de trocas sociais, de modo a garantir as condições necessárias para o desenvolvimento saudável dos futuros cidadãos e a qualidade de vida para todos.

As ações da Casa da Árvore ocorrem a partir de três eixos de atuação: 1. as estruturas da Casa da Árvore; 2. atuação em instituições de atendimento à infância e, 3. formação profissional.

## **1 - A Estrutura Casa da Árvore**

A Estrutura Casa da Árvore é um trabalho pioneiro no Brasil, baseado no modelo da Maison Verte, criada há mais de 30 anos na França pela psicanalista Françoise Dolto. As chamadas 'Estruturas Dolto' visam prevenir problemas de socialização e violência, facilitando a integração social das crianças e dos familiares.

Inspirando-se no que há de inovador na Maison Verte, o projeto brasileiro foi adequado à realidade local de forma atenta às questões sociais do país, criando as Estruturas Casa da Árvore. Tais estruturas são "lugares de acolhimento" que recebem gestantes, crianças de zero a seis anos, acompanhadas pelos pais ou por um responsável, e crianças de seis a 12 anos, mesmo que desacompanhadas. São espaços de convivência, onde afloram as questões que se colocam no cotidiano dos que frequentam, sejam elas de origem social, psicológica, educacional ou inter-relacional. Situada como espaço intermediário entre o núcleo familiar e o convívio social mais amplo, a Casa da Árvore propicia que se coloquem em pauta as questões que advêm destes âmbitos, possibilitando assim, o reposicionamento social e subjetivo dos que ali convivem.

Hoje existem três Estruturas: no Morro do Chapéu Mangueira e Babilônia (Leme), no Morro do Turano (Rio Comprido), na Ilha da Conceição (Niterói).

## **2 - Atuação em instituições de atendimento à infância**

Desde 2003, o desenvolvimento das atividades da Casa da Árvore, aliado a uma ampla reflexão sobre as questões relacionadas à prevenção da violência e de transtornos psíquicos como consequência de situações traumáticas, levou à construção de uma linha de atuação em outras instituições de atendimento à infância, como as creches comunitárias. Estas, por serem espaços amplamente privilegiados na constituição da subjetividade, e na formação básica e estrutural do ser humano, passam a ocupar, na proposta de trabalho da Casa da Árvore, um espaço também privilegiado. Neste eixo de trabalho, a Casa da Árvore intervém nos três agentes que se entrelaçam nestas instituições: a criança, seus pais/responsáveis e a própria organização institucional. Desde 2006, a equipe da Casa da Árvore coordena um núcleo de estudos e pesquisa relacionado às especificidades deste trabalho.

Atualmente a Casa da Árvore atua nas seguintes instituições: creche Dona Marcela, no morro do Chapéu Mangueira (Leme), creche filantrópica Fazer Arte, em Botafogo e na creche Mundo Infantil, no morro Santa Marta (Botafogo).

### 3 - Formação profissional

O terceiro eixo de trabalho da Casa da Árvore é a proposta de formação de profissionais capacitados a trabalhar na especificidade das comunidades em situação de desamparo social, incluindo psicólogos, educadores e demais profissionais voltados para a infância. Neste sentido são produzidas atividades de capacitação permanente de psicólogos envolvidos, grupos de estudo, seminários internos, supervisão, treinamento e capacitação de profissionais de educação infantil, produção de artigos e material de formação.

A fim de viabilizar seu funcionamento e a ampliação de suas atividades, através do patrocínio de empresas apoiadoras, a Casa da Árvore tornou-se uma organização não governamental, mantendo ainda sua vinculação extensionista com a UERJ. Em setembro de 2010 foi qualificada pela Prefeitura do Rio de Janeiro como uma Organização Social (OS) na área da Saúde.

#### **A Estratégia Brasileirinhos Rio de Janeiro e Casa da Árvore: primeiros passos**

O encontro entre a Estratégia Brasileirinhos e a Casa da Árvore se dá pela afinidade de olhares para a criança e para o cuidado. Por tal afinidade, a Casa da Árvore foi convidada, em um primeiro momento, a participar das Oficinas organizadas pela Estratégia Brasileirinhos para construção da Estratégia já em 2009.

Ambas as propostas estão voltadas para o investimento na construção de um ambiente onde a infância e o cuidado com a mesma devem ser valorizados. A criança e tudo que está em seu entorno, a maternidade e os laços sociais, devem ser prioridade. Na Casa da Árvore, o brincar e a palavra são as principais ferramentas de trabalho. O brincar é um instrumento importante de expansão e expressão na infância, sendo assim, é uma das melhores formas de se ter acesso ao mundo infantil. A proposta é fornecer um ambiente onde a palavra é dirigida à criança e onde sempre estão em pauta o sujeito do inconsciente e o cidadão.

Através do brincar a criança exercita sua criatividade, se apropria do mundo, além de elaborar suas questões. A criança saudável é aquela que brinca, expressando a riqueza de seu mundo interno.

Os profissionais que atuam na Casa da Árvore são psicanalistas e estão ali para ouvir e se fazerem escutar. É fornecida uma presença atenta e respeitosa de um profissional que vislumbra a dor de viver e acompanha os pequenos em seu trajeto. O objetivo do trabalho é ajudá-los na expressão de seu sofrimento, colocando palavras, onde antes só existiam atos e situações incompreensíveis. Existe um espaço de escuta e de criação, onde a criança pode falar de sua história, apropriar-se da mesma e, assim, tornar-se protagonista e um ser de ação na comunidade e em sua família. A aposta é de propiciar a essas crianças novos caminhos de expressão subjetiva, dando a elas a possibilidade de dar sentido e elaborar as situações vividas. Espera-se que esta prática possa se traduzir em modelo para as ações da Estratégia Brasileirinhos nas comunidades cariocas selecionadas, propiciando uma forma de entrar no território que inclua ouvir as crianças, as famílias, os profissionais de saúde numa perspectiva de comunidade ampliada.

A criança deve ser pensada como protagonista de sua história e um ser ativo dentro do ambiente em que vive. A proposta do trabalho da Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro tem como princípio a criança como um personagem atuante, que não é objeto passivo de cuidados, mas sim ativo nesta relação.

De acordo com Luis Claudio Figueiredo<sup>10</sup>, a criança precisa ser vista como um ser que habita e compartilha o mundo humano. Os cuidados dirigidos a ela são também fornecidos pela mesma aos seus cuidadores. Neste sentido, é preciso pensar em práticas integradas e integradoras que circundam este sujeito em desenvolvimento.

Segundo referencial da psicanálise para a questão do cuidar, a função do cuidado estende-se para figuras de alteridade que não se restringem ao núcleo familiar. Figueiredo apresenta essas figuras como agentes de cuidado, que podem ser: os pais, o médico, a enfermeira, o professor, o amigo e outros. Transpondo essa ideia para a pesquisa da implantação da Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro, podemos considerar tanto a comunidade quanto os profissionais da atenção primária de saúde como agentes cuidadores. Este agente é outro “englobante”, o ambiente social e físico.

De acordo com o autor citado, o agente de cuidado possui como função acolher, hospedar, agasalhar e alimentar. O cuidador, cumprindo adequadamente seu papel, fornece um sentimento de continuidade, seja ela somatopsíquica ou relacionada às referências identitárias e simbólicas. No entanto, uma vez que, a existência humana não é estável, a continuidade não está garantida, é preciso que ela seja construída e ressegurada ao longo da vida.

Diante dos percalços da vida – das necessidades e desejos e das relações com os outros –, a continuidade não está assegurada e precisa ir sendo construída e reconstruída a cada passo, tarefa do agente de cuidados que dá sustentação: ele, para usar uma linguagem coloquial, ‘segura a barra’. Frequentemente, são famílias, grupos e instituições os objetos mais aptos a oferecer holding ao longo da vida, principalmente quando o que está em jogo é a continuidade na posição simbólica do sujeito no mundo.... (FIGUEIREDO, 2009, pg. 125- 126).

Desta forma, a fim de promover um espaço onde a continuidade é construída e reconstruída constantemente por todos os atores que estão envolvidos com a primeira infância, é fundamental o trabalho que visa potencializar as ações e programas a ela dirigidos. A partir do que foi apresentado por Figueiredo, sobre “práticas integradas e integradoras”, tendo os agentes de cuidado como integrantes das mesmas, é possível entender a rica relação que se construiu no encontro da Estratégia Brasileirinhos com a Casa da Árvore.

Na pesquisa da Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro participam quatro psicólogos (psicanalistas) com experiência nas práticas e produção de conhecimento do grupo de estudiosos e profissionais da Casa da Árvore para, juntos com o apoiador local da Estratégia Brasileirinhos e dois apoiadores adjuntos que serão contratados pela gestão municipal de saúde. A equipe da Estratégia Brasileirinhos do Rio de Janeiro pretende trabalhar no fortalecimento das ações a serem executadas, fornecendo apoio aos agentes cuidadores nos territórios escolhidos, às crianças, à comunidade e aos profissionais.

<sup>10</sup> Conferência realizada por Luis Claudio Figueiredo no VIII Encontro Nacional sobre o Bebê e I Encontro Internacional sobre o Bebê, no dia 12 de novembro de 2010.

## **Pilares para a inserção nas comunidades: mapeando fissuras e tecendo vínculos**

Tendo como propósito propiciar a aplicação do conceito ampliado de saúde para a vida de brasileiras e brasileiros, faz-se necessário delinear os pilares que sustentarão as propostas de trabalho da Estratégia Brasileirinhos nas comunidades cariocas.

A perene reflexão sobre o trabalho efetivado entre todos os integrantes da ação abre espaço para uma tessitura conjunta e potente de ações dirigidas 'para' e 'com' a população, edificando um espaço ventilado de troca e de produção de novos sentidos. Desse modo, lança-se mão da possibilidade da construção de grupos de discussão, com reuniões sobre temas pertinentes, orientação e discussão de estratégias sobre o diálogo intersetorial e encontros de profissionais de diferentes equipamentos.

O resultado esperado consiste na promoção de condições para qualidade das ações dos profissionais envolvidos e a criação de uma rede de apoio mútuo e de formação continuada, que envolva tanto os profissionais quanto a comunidade, numa visão ampliada em torno da saúde e dos cuidados infantis. A realização de um pacto voltado à promoção da saúde em uma perspectiva intersetorial entre profissionais e comunidade tem como meta a efervescência de uma comunidade ampliada e participativa.

Através das discussões geradas nas oficinas da Estratégia Brasileirinhos, delineou-se um desafio inicial a ser enfrentado pelo coletivo do Rio de Janeiro: a multiplicidade de políticas e a fragmentação de ações de cuidado materno-infantil. No manejo desta questão objetiva-se potencializar e sistematizar as ações nos diversos Programas e as experiências locais em sintonia com o foco da Estratégia Brasileirinhos e desenvolvê-las sinergicamente nos dois territórios pólo.

Inicialmente far-se-á o reconhecimento e familiarização dos territórios, das equipes e das comunidades. Para tanto é necessário identificar os dispositivos para troca de saberes e construção de sentidos, mapearem-se as redes de apoio locais, visitar os equipamentos e estudar a viabilização de possíveis parcerias. Tendo em pauta a cartografia inicial da estratégia, será definido o plano de trabalho específico, de acordo com o perfil e a necessidade de cada local.

### **As comunidades: iniciando as cartografias**

A inserção deve comportar um olhar atento e sensível para as condições particulares de cada lugar: sua posição geográfica, a demanda da população, os projetos sociais já desenvolvidos e a personalidade da comunidade são alguns exemplos. Neste sentido, apresentamos a seguir breves narrativas historicizando as comunidades.

### **Chapéu Mangueira e Babilônia**

As comunidades do Chapéu Mangueira e Babilônia convivem lado a lado e possuem uma via principal de entrada que define o início de seus territórios: para a direita encontra-se o Chapéu Mangueira, para a esquerda a Babilônia. Cada comunidade possui sua própria associação de moradores e se encontram em uma área geograficamente privilegiada entre a mata atlântica e o mar.

A capacidade de ação e reivindicação é um traço existente na personalidade dessa região. Nessa história, destaca-se em 1954 a inauguração do Posto de Saúde Comunitário, construído em mutirão; a fundação, em 1960, da Associação de Moradores do Chapéu Mangueira e a elaboração, pelos moradores em 2005 de uma lei que impede a construção de novas moradias.

Porém muito há que se potencializar neste traço ativo comunitário, na direção de construir e fortalecer atividades culturais, educacionais, de saúde, ambientais e esportivas. Direção que pode ser ainda mais explorada com a implantação, em 2010, da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), o que talvez evidencie uma forte mudança na dinâmica comunitária: propicia-se o fim do assalto pela guerra diária armada e abre-se caminho para a aposta de uma existência com traços mais constantes e permanentes.

A Estrutura Casa da Árvore no Chapéu Mangueira está localizada em cima do Posto de Saúde Comunitário (Renée Delome) e foi inaugurada em 2004. Sua inserção se deu a partir da Associação de Moradores. Após esta primeira vinculação e com o início do trabalho, foram-se ampliando os laços com outros dispositivos locais, tais como: a creche Dona Marcela, onde atualmente é realizado um trabalho de sensibilização com as educadoras na vivência com as crianças; a Associação de Moradores, com seus diferentes diretores; o reforço escolar, a escolinha Tia Percília, uma pediatra do Posto comunitário, e um grupo de atendimento psicológico vinculado a UFRJ.

## **Dona Marta**

A origem do nome da comunidade Santa Marta é sempre motivo de controvérsia: “Dona Marta” ou “Santa Marta”?

O nome surgiu em 1860, quando um padre chamado Clemente comprou as terras do atual bairro de Botafogo e batizou um dos morros com o nome de sua mãe, Marta. Foi ele quem sugeriu a abertura de uma via a partir da enseada de Botafogo, que veio a se chamar Rua São Clemente.

O morro começa seu processo de ocupação no sentido inverso ao usual, isto é, de cima para baixo. Uma das primeiras construções foi a capela, que ainda resiste ao tempo, no alto do morro. Construída com a ajuda do padre Veloso, essa capela seria um local de descanso. De acordo com uma passagem da Bíblia, Jesus teria descansado, em sua caminhada, na casa de Marta. Com o mesmo propósito de descanso, a capela recebeu o nome de capela de Santa Marta.

Assim sendo, o nome do acidente geográfico é Dona Marta, enquanto que a comunidade chama-se Santa Marta, visto que sua população possui forte devoção religiosa. A história e a identidade dos moradores da favela se têm se construído em torno dessa crença. Nos anos 1980, a mídia acabou trocando o nome da comunidade; também os evangélicos que moram ali, por não acreditarem em santos, começaram a chamar a comunidade de Dona Marta.

A ocupação da área começou, por volta de 1940, por famílias que vieram principalmente do norte fluminense e do sul de Minas Gerais. A partir do início da década de 1960,

como em todo Rio de Janeiro, produz-se um grande fluxo de nordestinos em direção ao morro. A migração cessou juntamente com os limites geográficos da favela.

De acordo com dados recentes da Associação de Moradores do Santa Marta, existem na comunidade em torno de duas mil casas construídas e aproximadamente oito mil moradores.

### **Considerações finais**

Atualmente, observa-se um grande esforço, despendido pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, no sentido da expansão da rede de Atenção Primária no Rio de Janeiro. Ainda que as Unidades Tradicionais estejam incluídas neste movimento, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um importante instrumento na implantação e reorganização deste nível de atenção.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (...) considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2007).

A escolha por compor no trabalho da pesquisa piloto no Rio de Janeiro a ESF com a tecnologia de trabalho com crianças e comunidades produzida pela Casa da Árvore não é, portanto, aleatória.

Apostando na importante tarefa de cuidar de quem cuida, na intersetorialidade, na transversalidade das ações e na ampliação e efetividade da rede de cuidado, a equipe da Estratégia Brasileirinhos trabalhará fortalecendo e potencializando a ampliação da ESF no Rio de Janeiro em prol de uma infância saudável e feliz nas comunidades Chapéu Mangueira e Babilônia e, Santa Marta.

A criança pode ser a porta de entrada para a família e a ESF a porta de entrada para garantia de cuidado integral a elas.

LINHA DE CUIDADO DOS MUNICÍPIOS DE ARARIPINA E SANTA FILOMENA  
NO SERTÃO DO ARARIPE (PE)

**Vida**  
**PARTICIPE DA CORRIDA POR UM MUNDO MELHOR.**

**MUITOS FAZEM JUNTOS** vale a pena

**Crítica faz bem**

**MAS PESSOAS DESCOBRINDO SUA IMPORTÂNCIA**

**VITÓRIA**

**Seu filho não é feito de plástico.**

**3º ANO**

**1º ANO**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**GESTAÇÃO**

**IDENTIDADE**

**Maria da Penha**

**GRATIDÃO**

**Participação**

**Participação**

**Redes Sociais**

**Visão de mundo**

**Caminho de mãos. Essa marca é feita para a vida inteira.**

**Meu Brasil brasileiro**

**Educação**



## 7.5 Sertão do Araripe: Araripina e Santa Filomena (PE)

### Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis no Sertão Pernambucano: Unindo Forças e Fortalecendo Vínculos

Mikaelle Moreira Pedroza  
Apoiadora local Estratégia Brasileirinhos Araripina.  
Natércia Gomes de Sousa  
Assistente Social. Coordenadora do Programa Mãe Coruja no Sertão do Araripe.

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – no Sertão Pernambucano está presente nos municípios de Araripina e Santa Filomena. Esses municípios fazem parte do Território da Cidadania do Sertão do Araripe, sendo os representantes da região nordeste no projeto. A atuação da Estratégia Brasileirinhos nesses municípios está fundamentada nos pressupostos da Reforma Sanitária de atendimento integral ao cidadão que vive iniquidades sociais, vulnerabilidade e exclusão, considerando-se os determinantes sociais da saúde.

Constituído por 10 municípios, o Sertão do Araripe tem a população estimada em 2009 de 257.821 mil habitantes (IBGE, 2009), concentrando 3,7% da população de Pernambuco. Araripina é o município mais populoso com 79.877 mil habitantes, sendo 52% na área urbana e 48% equivalente à área rural. Santa Filomena é um município com 14.694 habitantes, com 83% da população concentrada na área rural.

Configuram-se então duas realidades heterogêneas que precisam ser consideradas durante nossa trajetória de trabalho a ser desenvolvida. De um lado município de médio porte com população predominantemente urbana e de outro, um município de pequeno porte, com população rural considerável, menos institucionalizado, com menor desenvolvimento econômico e político e demandando a estruturação de serviços públicos organizados que ofereçam o acesso a população.

Esses dois municípios não fogem à regra da realidade do semiárido e sertão pernambucano. A maioria apresenta desigualdades sociais, problemas básicos de saúde, carência de serviços escolares de qualidade e fragilidade na garantia de direitos fragilizados. Ademais, a situação se agrava quando falamos de crianças, que por sua vulnerabilidade, são as que mais sofrem em contextos de pobreza e desigualdade.

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH da Região é 0,692 inferior ao de Pernambuco, 0,705. As cidades de Araripina e Santa Filomena possuem respectivamente IDH de 0,650 e 0,582, tendo o primeiro o maior IDH do Araripe e o segundo configurando-se como um dos menores da região (IBGE, 2009). Esta situação aponta para a urgente necessidade do desenvolvimento e, ao mesmo tempo, melhor qualidade de vida.

O contexto já indica a dimensão do nosso desafio para congregarmos ações de saúde, educação e assistência social que promovam o desenvolvimento equânime das condições biopsicossociais em todas as fases da vida.

Neste artigo são apresentadas descrições e considerações a partir da construção de uma cartografia dos municípios, bem como as políticas de atenção materno-infantil já em andamento na região, além da construção das ações implantadas pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhas Saudáveis no território. Não se tem a pretensão de apresentar um modelo a ser seguido, mas o de relatar as idas e vindas de um processo inicial, baseado na construção coletiva para a transformação da realidade encontrada.

Dentro dessa estratégia, configura-se o sonho de enfrentar o desafio de construir políticas públicas intersetoriais, articuladas, integradas e fortalecidas, voltadas para a garantia dos direitos das gestantes e crianças de zero a seis anos, promovendo-se ainda, o fortalecimento dos vínculos afetivos entre pais e filhos e entre profissionais e usuários dos equipamentos sociais, e o resgate na da importância do cuidar.

### **Desenhando a rede em defesa da vida**

Antes de darmos materialidade ao trabalho da Estratégia Brasileirinhos nos municípios, é importante contextualizar a cartografia feita em Araripina e Santa Filomena com o objetivo de delinear a situação de saúde, assistência e educação no território, desenhando a rede a favor da vida, solo fértil para a atuação da estratégia. Essa construção possibilitou um olhar avaliativo diante das nossas práticas, visualizando os caminhos já percorridos e os sucessos alcançados, bem como os novos a serem seguidos e galgados com um trabalho mais fortalecido. A cartografia proporcionará um diálogo com os esforços de promovermos reflexões e ações que sejam satisfatórias para as crianças dessas regiões.

A Atenção Primária é prioritária na assistência a saúde, representando o primeiro contato do cidadão com o SUS. Os municípios de Araripina e Santa Filomena estavam abaixo da média de cobertura da região do Araripe, com 39,25% e 71,55% respectivamente. Destacamos que a cobertura ideal preconizada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é de uma equipe para cada 2.400 habitantes. Contudo, no processo de regionalização e territorialização que foi deflagrado em 2010 na região, ambos os municípios credenciaram e implantaram novas equipes junto ao Ministério da Saúde, avançando para 45,45% e 100% de cobertura respectivamente, contribuindo para maior acesso da população aos serviços de saúde. No entanto, é mister salientar o desafio que se põe aos gestores quanto à contratação de profissionais devido à precariedade dos vínculos e de uma política de recursos humanos ainda não bem definida. Além disso, é necessário primar pela qualidade da atenção, estabelecendo linhas de cuidado, internalizadas pela rede, que, no momento, são frágeis na garantia de boa atenção à população.

Observamos na cartografia a necessidade de ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde em Araripina, que possuem cobertura de 91,59%, realidade que poderá ser melhorada com a convocação de novos agentes de saúde recém concursados, ampliando para 100% o atendimento à população. Salientamos que o momento de organização na área de recursos humanos pode favorecer a reorganização, investindo-se em profissionais qualificados e conscientes da sua responsabilidade de cuidar do outro com compromisso e envolvimento, acima de tudo ético.

Quanto aos serviços de apoio à Estratégia Saúde da Família, nenhum dos dois municípios possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em Araripina está sendo creden-

ciada uma equipe que ainda se encontra em processo de implantação. Santa Filomena já se encontra em fase de elaboração para solicitação da modalidade NASF 3.

O Núcleo pode ser constituído como um fortalecedor dos trabalhos de promoção da saúde, sendo um indutor da política de educação permanente, qualificando a atenção primária dos municípios, que, na nossa visão, necessita de uma mudança de comportamento em prol de uma saúde humanizada.

Embora sejam municípios diferentes em diversos aspectos, apresentam características semelhantes quando se considera a necessidade do fortalecimento da atenção primária, principalmente para a redução da mortalidade infantil, cujas médias, entre 2000 e 2007, são de 32,36/1000 NV em Araripina e 25,52/1000 NV em Santa Filomena, taxa de mortalidade infantil bem acima da taxa estadual de 18,5/1000 NV (DATASUS/SIM/SES/PE). É importante registrar que no município de Araripina no ano de 2008, segundo a informação do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS, foi observado que nas gestações de mães entre 10 a 14 anos, houve 24 nascidos e 01 óbito neonatal, o que corresponde uma taxa de mortalidade neonatal para essa faixa de 41,7/1000 NV que é considerada extremamente alta.

Esta realidade vem se modificando a cada ano com as ações do Programa Mãe Coruja Pernambucana na região, a partir de 2007. Contudo a garantia da vida no sertão do Araripe, ainda demanda nosso olhar mais atento, de vigilância a todo caminhar. Em relação ao acompanhamento da gestação, de acordo com dados do DATASUS (2008), 91,49% das gestantes fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, em Araripina. Em Santa Filomena essa porcentagem foi de 98,46%. Avaliar a qualidade desse pré-natal é primordial para contribuir para a redução da mortalidade infantil na nossa região. Quanto aos recém-nascidos nesse mesmo ano 8,87% apresentaram baixo peso ao nascer no município de Araripina, e 3,77% em Santa Filomena. Pode-se falar ainda da frequência de gestantes adolescentes que em 2008 conforme dados do DATASUS, em Araripina correspondeu a 24,34% acima da observada em toda a região que foi de 23,35%. Em Santa Filomena 20% das gestantes em 2008 eram adolescentes.

Cumpramos destacar que a gravidez na adolescência constitui um imenso desafio para as políticas públicas da região no contexto da promoção da saúde, articuladas com a educação, compreendendo o adolescente como sujeito do seu ambiente físico, social, econômico e político, buscando reorientar os serviços para ações intersetoriais, parcerias e redes de apoio, visando contribuir de forma relevante para o empoderamento dos adolescentes, promovendo também a reflexão sobre os diversos fatores que afetam a sua vida no âmbito biológico, psicossocial, cultural e da sexualidade.

Em relação à atenção especializada, Araripina constitui um dos polos hospitalares da região, com duas unidades, um hospital de natureza privada e outro classificado como sem fins lucrativos, sendo este hospital Amigo da Criança, atuando no fortalecimento do aleitamento materno e garantindo o registro civil na unidade. Em 2009, a média de partos foi de 130,92 (MS/DATASUS, 2009), concentrando a maior média de partos da região, dando um indicativo de que há um bom potencial para resolução clínica obstétrica. Já no município de Santa Filomena configura-se uma assistência mais fragilizada, uma vez que não possui estabelecimento de saúde com internamento hospitalar.

Segundo dados do CNES em maio de 2009, a primeira referência para os partos hospitalares foi o município de Ouricuri que por distar 80 km, não é de fácil acesso para a população. Neste município, a média atual de partos em 2009 foi de 11,50, destes 5,42 foram de partos normais e 6,08 de partos cesáreos (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, 2009).

A rede de saúde mental está organizada na lógica de serviço do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS apenas no município de Araripina, pois Santa Filomena não dispõe de nenhum serviço de apoio, ainda que regional. Percebemos a fragilidade na rede de atenção à saúde mental, que necessita de estruturação e de uma nova forma de trabalho, potencializando o CAPS na perspectiva de promoção da saúde mental e não apenas do cuidado com as pessoas já adoecidas.

Todo esse contexto de saúde instituído no território de cidadania passa por um processo de mudança com a regionalização que está posta pelo SUS. Entretanto a saúde da população, em particular das gestantes e crianças, não se restringe ao acesso a serviços de saúde. A realidade social dessas mulheres e famílias é fator preponderante para a saúde. Assim faz-se necessário uma política intersetorial, ampliando o olhar da assistência para as condições de vida da população, bem como para o acesso ao emprego e à educação qualificada, dentre outras demandas sociais que interagem com a saúde.

Quanto aos serviços educacionais percebemos a necessidade de requalificar os espaços escolares para que a educação infantil se desenvolva em um ambiente adequado, com parques infantis, quadras de esportes, qualificando e viabilizando o brincar, além de melhorar a assistência nas creches, proporcionando uma educação para o desenvolvimento. Em Araripina para atendimento a crianças de 0 a 3 anos são oferecidas quatro creches, que, segundo o Censo Escolar de 2010 possuem 321 crianças matriculadas. Contudo, apresentam problemas quanto à estrutura física e escassez de recursos humanos. Em Santa Filomena são duas creches que também apresentam dificuldades na estrutura física e notada evasão, tendo em seu total 41 crianças matriculadas para um quantitativo de 719 crianças nessa faixa etária (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP, 2010).

A Assistência Social de ambos os municípios busca conformidade com os programas sociais do governo federal, oferecendo ações voltadas para as questões específicas locais. Araripina possui um total de 12.810 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (ABRIL 2010), do total de 17.236 famílias cadastradas no Cadastro Único (CADÚNICO MARÇO/2010). Santa Filomena tem um total de 2.592 beneficiárias para 3.996 famílias cadastradas pelo programa Bolsa Família (MARÇO 2010).

Quanto aos serviços de proteção social especial apenas Araripina possui o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) trabalhando com crianças e adolescentes com direitos violados por ocorrência de violência física, psicológica, sexual, trabalho infantil, negligência e mendicância, tendo em 2009 acompanhado 120 crianças, a maioria delas vítimas de violência sexual. Todo este aparato social deve ser fortalecido no âmbito da intersetorialidade para o desenvolvimento de um trabalho articulado com as demais políticas públicas, tendo papel fundamental na quebra do ciclo vicioso da exclusão.

Assim, assume grande importância a consolidação desta rede de promoção e proteção social, que poderá proporcionar o aprimoramento das políticas públicas e qualificar os

serviços socioassistenciais oferecidos aos usuários, principalmente no fortalecimento das ações voltadas para a primeira infância.

Por todas essas características e peculiaridades encontradas na cartografia, a mudança dessa realidade é um desafio imenso que impõe atitudes ousadas, exigindo esforços e compromissos de todos os atores sociais envolvidos no processo.

Quando se debruça sobre os resultados obtidos com a cartografia, vislumbra-se de forma mais aprofundada das nossas realidades e identifica-se os setores mais fragilizados, que demandam olhar mais atento para a construção coletiva de diversas ações em prol do desenvolvimento integral das crianças sertanejas.

### **A mudança de olhar com o programa mãe coruja pernambucana.**

É neste cenário de desafios e potencialidades que em 2007 foi implantado no Sertão do Araripe o Programa Mãe Coruja Pernambucana, instituído através da Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009, na perspectiva de reduzir as taxas de morbi-mortalidade expressas pelos indicadores e estudos estatísticos, principalmente aqueles que estão diretamente ligados à mortalidade infantil e materna. Foi priorizada esta regional (IX GERES) por deter os piores indicadores sociais, visando uma co-responsabilidade entre gestores, usuários, profissionais e sociedade como um todo. Este programa tem como objetivo garantir a atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, bem como às crianças de 0 a 5 anos, incentivando o fortalecimento dos vínculos afetivos e criando uma rede solidária para redução da mortalidade materna e infantil. Visa também a melhoria de indicadores sociais, através de eixos estratégicos articulados da saúde, educação e assistência social, que incluem: a notificação da gravidez pela rede de saúde, o acompanhamento de pré-natal, nutricional e, o estímulo à autonomia socioeconômica com geração de renda, a erradicação do analfabetismo, o direito à documentação e direito à profissionalização. Assegura-se, assim o que está previsto na Constituição que, saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e proteção da saúde.

O Programa Mãe Coruja é permeado pelos princípios da Política Nacional de Humanização e pelos próprios princípios do SUS, enfatizando a importância do cuidado ao binômio mãe-bebê e da necessidade de assegurar os direitos e a cidadania dessas famílias. Para tal criou uma rede solidária de atenção integral à saúde que, a partir de um comprometimento ético, vem fortalecendo a humanização, promovendo cuidado, cidadania, reinserção social, fortalecendo vínculos familiares, protegendo, tratando, recuperando e produzindo saúde e vida no Sertão Pernambucano.

As ações do Mãe Coruja vêm melhorando indicadores e causando mudanças de comportamento voltadas para o olhar integrado. Desta forma tornam-se reconhecidas as transformações ocorridas a partir de uma política pública instituída, construída com base na participação e na quebra de paradigmas. Os desafios ainda são muitos, mas a ousadia de trabalhar na perspectiva da parceria, agregando novas forças e abrindo janelas, engrandece a corrente em favor da vida.

## **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: nossos caminhos**

É nesta perspectiva de fortalecimento das políticas públicas do território ora deflagrada pelo Programa Mãe Coruja que a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis chega ao Território de Cidadania para fortalecer a rede.

Em maio de 2010 a Estratégia Brasileirinhos chega ao sertão do Araripe para conhecer de perto a realidade do povo sertanejo. Em momento de sensibilização, gestores municipais, técnicos dos municípios, do Mãe Coruja, do Estado e do Ministério da Saúde estiveram reunidos para troca de conhecimentos entre a realidade das nossas gestantes e crianças e a proposta da estratégia em somar esforços para a garantia da vida. Fizemos uma visita ao município de Araripina que apresentou suas condições de saúde, com dificuldades e potencialidades a fomentar. A ocasião promoveu a reflexão de que o caminho a se seguir continua sendo o de integralidade, de parceria e trabalho articulado para fortalecimento das redes de assistência à saúde da mulher e da criança. Percebemos em olhares e perguntas a curiosidade que se apresentava em torno da estratégia de como potencializar nossas ações.

Em julho foi visitado o município de Santa Filomena para também sensibilização da estratégia aos gestores, técnicos e sociedade civil. Com uma apresentação baseada na estruturação da rede de saúde, educação e assistência do município, pontuamos os principais desafios e os resultados já alcançados. Essa visita gerou nos participantes expectativas em relação ao desenvolvimento da estratégia no âmbito local.

A escolha de ambos os municípios no universo de dez que compõem o Território de Cidadania se deu pelo fato do Programa Mãe Coruja entender que Araripina e Santa Filomena, apesar de realidades distintas e ao mesmo tempo tão parecidas, necessitam que se potencialize as ações voltadas para área materno infantil. Destaca-se ainda que Araripina é também um município prioritário pelo Ministério da Saúde para redução da mortalidade infantil pelo Pacto de Redução da Mortalidade.

O processo deflagrado trouxe a expectativa de uma parceria entre o Programa Mãe Coruja Pernambucana, municípios e Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Desde então, definiu-se a figura de um apoiador local com o papel de promover a discussão trazida pela estratégia, articulando a rede de atenção à primeira infância, desenvolvendo o apoio matricial no campo da promoção da saúde e despertando para a corresponsabilidade de todos.

Iniciava-se uma ação de mobilização e a nossa figura das apoiadoras surgia como agente importante no processo de transformação. Isso causou inicialmente uma inquietude, afinal seria muita responsabilidade afinar as parcerias entre Estratégia Brasileirinhos e Mãe Coruja, uma vez que esta parte da construção da história de mudanças no Araripe. Porém, tomamos a angústia não foi tomada como paralisadora, mas como impulsionadora para a deflagração de novas atitudes.

Foi então planejado um momento inicial com secretários, considerados como atores fundamentais para o alicerce das atividades. Aprofundando a discussão em torno da Estratégia Brasileirinhos, foi trazida a reflexão sobre as ações desenvolvidas para crianças de 0 a 6 anos, visualizando-se como podemos melhorá-las. O exercício do pensar trouxe à tona o quanto as ações estão desarticuladas, algumas sobrepostas e com desperdício de recursos e, principalmente, possibilitou um paralelo da teoria x prática, de como está se fazendo e de

que forma iremos operacionalizar a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis será operacionalizada para o fortalecimento das políticas na garantia de um desenvolvimento pleno para nossas crianças.

Durante esse momento foi apresentada a proposta da Estratégia Brasileirinhos para constituição dos Comitês Executivos Locais como espaço de construção coletiva e disseminação da Estratégia. As apoiadoras já tinham identificado em cada município atores indispensáveis como bons condutores de políticas transformadoras. Entretanto, deixamos a priori, a cargo dos secretários a definição de como e de quem seriam as pessoas indicadas para formação do grupo. Apesar dos gestores terem apreendido a função deste espaço, foi sentida a necessidade da participação de outros colaboradores.

A partir daí, para o enfrentamento dos desafios de sensibilizar, congregar, de construir políticas competentes em favor da primeira infância, foi constituído o Comitê Executivo Local – CEL, formado por profissionais das Secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura dentre outros atores importantes na construção desse processo de mudança, como Ministério Público, Pastoral da Criança, Conselhos e Mãe Coruja.

Criado em ambos os municípios, o CEL está em processo de oficialização por meio de portaria municipal, constituindo-se como marco legal, fortalecendo a necessidade de uma ação integradora entre gestores e sociedade civil aliada à vontade política.

A primeira reunião do Comitê em Araripina e em Santa Filomena mostrou a sensibilidade dos participantes para as questões relacionadas à primeira infância e as expectativas em torno da Estratégia Brasileirinhos na contribuição da atenção a esse público. Nesse processo visualizou-se um mundo novo, em um mundo de possibilidades e de preciosas qualidades foram identificadas em cada ator presente, já se vislumbrando como seria instigante e desafiador estes caminhos. A dinâmica utilizada inicialmente trouxe à tona o entendimento das pessoas como promotoras de políticas públicas. Em seguida houve a reflexão sobre como estão se desenvolvendo ações sobrepostas, visão esta também identificada pelos gestores em momento anterior. Mais uma vez, reafirmou-se a magia e a grandiosidade do trabalho em equipe, e o grupo mostrou-se amadurecido para a compreensão da Estratégia já indicando o que precisaria melhorar, quais as nossas deficiências, os possíveis caminhos e quais os novos atores fundamentais na composição deste grupo ora em formação.

Abre-se aqui um parêntese aqui para a reflexão de que o papel do apoiador seria também o de valorizar e potencializar o surgimento de lideranças e para isto também precisaria constituir-se enquanto líder, fortalecendo o grupo e possibilitando um caminhar único e firme com seus próprios passos.

O CEL representa uma das maiores ferramentas no processo de mudança e construção coletiva tendo como base a experiência do Programa Mãe Coruja que mostrou quanto o poder da coletividade pode fomentar e promover ações ousadas e vitoriosas. Existem algumas diferenças na composição dos Comitês em cada município, cada grupo tem as suas potencialidades e desafios a serem superados; todavia, observa-se uma característica comum a ambos, a vontade de fazer uma nova história, de potencializar o que temos e produzimos mudanças.

A experiência da formação do CEL, ainda que inicial, aponta para o desafio do exercício constante da ação-reflexão-ação e da construção coletiva demonstrada em alguns depoimentos e opiniões dos membros que compõem os Comitês:

*“A Estratégia Brasileirinhos amplia e fortalece as ações possibilitando que as nossas ideias saiam do papel”*

(ACS Comitê Executivo Araripina)

*“O Mãe Coruja fortaleceu a rede do município... eu acredito que a Estratégia Brasileirinhos vai aprimorar ainda mais esse trabalho.”*

(Representante Comitê Executivo Santa Filomena)

*“Podemos construir um plano intersetorial para a área materno-infantil”*

(Representante governamental Comitê Executivo Araripina)

*“A família e seus hábitos são fatores diretamente relacionados à primeira infância e não é fácil a transformação desses hábitos, mas não é impossível, só teremos êxito se passarmos a enxergar a criança como um todo, dentro do seu ambiente familiar, melhorar a qualidade de vida das crianças não é apenas desenvolver ações voltadas para elas, e sim, melhorar a qualidade de vida da família como um todo.”*

(Representante governamental Comitê Executivo Santa Filomena)

Além do entendimento da Estratégia, é importante o trabalho na lógica do empoderamento do grupo, para que ele tenha a percepção do poder de articulação dentro de um sistema, percebendo que as ações voltadas para a garantia de direitos de crianças são um investimento na própria comunidade.

Salienta-se que para a construção desse processo, as oficinas Estratégia Brasileirinhos e encontros de apoiadores são momentos salutares para o nosso fortalecimento de todos, pois a oportunidade de trocar experiências e angústias vivenciadas durante cada fase da caminhada, apesar das diferenças estabelecidas entre os municípios da Estratégia Brasileirinhos, tem oferecido um espaço para reflexão e orientação em busca do melhor direcionamento a ser seguido.

## **Olhando para o futuro...**

A beleza de um trabalho está nos processos, no processo de descoberta do novo, no olhar diferenciado para aquilo que virou rotina, na união das pessoas, na participação de todos, na construção da democracia com ação, na maestria de congregar toda uma rede em prol do desenvolvimento integral da primeira infância, em deixar de lado nossas vaidades e compartilhar nossas potencialidades, em reconhecer as suas próprias fraquezas e a importância do outro no desenvolvimento do ser. É essa a riqueza que se deseja com a Estratégia Brasileirinhos, que é desafiadora, mas não é impossível quando se propõe que as nossas crianças vivam num ambiente saudável, no seu mundo, no seu tempo e tendo o direito pleno de ser criança.



Fica-se com a clareza da importância da estruturação sistemática da rede para a continuidade das ações. No entanto, é nítido que os apoiadores não são atores principais, mas co autores de um processo de mobilização social em que a comunidade, esteja ela no papel de profissional, de gestor, de usuário, todos têm uma função fundamental na construção e condução do seu caminhar, do que deseja e almeja para seus filhos. Encontrarmos ou indicarmos caminhos aqui a serem traçados seria talvez pretensioso, uma vez que os caminhos a serem percorridos serão construídos e compartilhados com os diversos atores envolvidos, mas percebe-se que um dos desafios a serem enfrentados será o de potencializar um sistema de planejamento, monitoramento e avaliação, qualificando os gestores para o acompanhamento qualitativo das ações. A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis na nossa compreensão vem para reforçar as estruturas na mobilização de recursos e acima de tudo nos compromissos éticos com a vida.

Em meio aos desafios postos e aos nossos sonhos por territórios saudáveis e com saúde plena, reafirma-se a certeza de que é preciso fazer muito mais por nossas gestantes e crianças. É preciso congrega gestores, profissionais, sociedade, famílias, comunidades e vários outros setores como atores organizados, constituídos ou não, para que em conjunto se busque o caminho da garantia de brasileirinhos saudáveis.

## Referências

ACRE. Governo do Estado do. **Portal de Informações do Governo do Estado do Acre – Planejamento Estratégico 2007 - 2010**. Disponível em: <[http://www.ac.gov.br/images/stories/plan\\_estrat\\_gov\\_acre\\_2007\\_2010\\_vf.pdf](http://www.ac.gov.br/images/stories/plan_estrat_gov_acre_2007_2010_vf.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2010.

ACRE. Governo do Estado do. **Portal de Informações do Governo do Estado do Acre – Sobre o Acre: Histórico**. 2008. Disponível em:<[http://www.ac.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1392#historico1](http://www.ac.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1392#historico1)>. Acesso em: 12 abr. 2008.

ACRE. Governo do Estado do. **Acre em números 2009**. Disponível em <[www.ac.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc...75...](http://www.ac.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc...75...)>. Acesso em: 12 abr. 2008.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Interface Comunic., Saúde, Educ., v. 8, n. 14, p.73-92, set./fev. 2003.

BENNET, J. Políticas da infância para crianças de zero a três anos em países da OCDE. In: CICLO DE SEMINÁRIOS INTERNACIONAIS EDUCAÇÃO NO SÉCULO XXI: modelos de sucesso. **Anais...** Rio de Janeiro, SENAC/ Departamento Nacional, 2008.

BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantias dos direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 99, 2009.

BLUMER, H. Review of the wild boy of aveyron by Jean-Marc-Gaspar Itard. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 40, 540-541, 1935.

BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais Distrito Federal. Brasília: CONASS, 2007. 262 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, 2010d. Série A. Normas e manuais técnicos.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. In. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Rede Amamenta Brasil**: portal da saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30133](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133)>. Acesso em: 15 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil**: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 118 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.395** de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua Implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde**: direito de todos: 2008-2011. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: PNDS, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <[http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20041202141358.pdf](http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041202141358.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2010.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. **Notícias**. 2009. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **A reforma da reforma**: repensando a saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. Estratégia em defesa da criança saudável: cogestão e não-violência como postura existencial e política. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 201-203, abr./jun. 2010.

CECATTO, Grasiela Maria. **A função materna e o desenvolvimento infantil**. 2008. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php>>

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CN-DSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Disponível em: <[http://www.conasems.org.br/files/EBBS\\_CONASEMS\\_25\\_05\\_10\\_Liliane.pdf](http://www.conasems.org.br/files/EBBS_CONASEMS_25_05_10_Liliane.pdf)>. Acesso em: jun. 2010.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERTÃO DO ARARIPE PERNAMBUCANO. Núcleo Intermunicipal de Saúde. **Plano de Regionalização da Saúde**. Recife, 2009.

COWAN, W. M. et al. The autoradiographic demonstration of axonal connections in the central nervous system. **Brain Res.**, [S. l.], v. 37, p. 21-51, 1972.

DAMÁSIO, A. **Em busca de Espinosa**: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DANNEMANN, A. C.; PENNA FIRME, T.; LETICHEVSKY, A. C. Setting up the Brazilian evaluation network: a challenging work with no boundaries. **Ensaio**: aval. pol. públ. Educ.[on line], [S. l.], v. 13, n. 49, p. 523-533, 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9. n. 1, p. 7-14, 2004.

ERICKSON, M; KURZ-RIEMER, K. **Infants, toddlers, and families**: a framework for support and intervention. New York: The Guildford Press, 1999.

FISH, E. W. et al. Epigenetic Programming of Stress Responses through Variations in Maternal Care. **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, [S. l.], v. 1036, p. 167-80, Dec. 2004.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: \_\_\_\_\_. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo, HUCITEC, 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, UNICEF. **A transição dos cuidados na infância**. Florença: Centro de Pesquisa Innocenti da UNICEF, 2008. (Innocenti Report Card no 8).

GRUNEWALD; ROLNICK. Um investimento produtivo: desenvolvimento da primeira infância. In: DESENVOLVIMENTO da primeira infância: da avaliação à ação: uma prioridade para o crescimento e equidade. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Síntese das reflexões da reunião sobre ética em pesquisa qualitativa em Saúde, Guarujá, SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S1413-81232008000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1413-81232008000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jul. 2008.

HARLOW, H. F. The nature of love. **Am. Psychol.**, [S. l.], v. 13, p. 673-685, 1958.

HARLOW H. F.; DODSWORTH, R. O.; HARLOW, M. K. Total social isolation in monkeys. **Proc. Natl. Acad. Sci.**, USA, v. 54, p. 90-97, 1965.

HERZOG, W. **Jeder für sich und gott gegen alle**. Alemanha: ZDF Produções, 1974. Traduzido como: *O enigma de Kaspar Hauser*.

INSEL, T. R. Is social attachment an addictive disorder? **Physiol. Behav.**, [S. l.], v. 79, n. 3, p. 351-357, ago. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 out. 2010.

\_\_\_\_\_. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 out. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. **Indicadores do Censo Escolar de 2010**. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em 23 out. 2010.

KANDEL, E. R. A new intellectual framework for psychiatry. **Am. J. Psychiatry**, [S. l.], v. 155, n. 4, p. 457-469, 1998.

\_\_\_\_\_. Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiological research. **J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.**, [S. l.], v. 13, p. 290-300, 2001.

KANDEL, E. R.; SCHUARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. **Principles of Neural Science**. [S. l.]: McGraw-Hill, 2000.

LANTZMAN, Mauro. **O apego**. Disponível em: <<http://www.pet.vet.br/puc/oaapego.pdf>> Acesso em: 27 out. 2010.

LEYMOND, B. **Le développement social de l'enfant et del'adolescent**. Bruxelles: Dessart, 1965. p. 12-14.

MAHLER, M. S.; PINE, F.; BERGMAN, A. **O nascimento psicológico da criança**: simbiose e individuação. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. & SOUZA, E. R. (Orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MIOTO, R. C. T. A. Maternidade na adolescência e a (des) proteção social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 83, 2005.

MOUTINHO JR, C. D.; SILVA, J. J. C. **A atenção primária em saúde em Florianópolis**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Apresentação no Taller Comunidad de Práctica em Atención Primaria em Salud. Organización Panamericana de Saude – Departamento de Atención Básica, 30-31 ago. 2010.

MUSTARD, F. J. O desenvolvimento da primeira infância e o cérebro: a base para a saúde, o aprendizado e o comportamento durante a vida toda. In: \_\_\_\_\_. **Desenvolvimento da primeira Infância**: da avaliação à ação: uma prioridade para o crescimento e equidade. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010.

NERUDA, P. **Confesso que vivi**: memórias. 23. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2004.

OLIVEIRA, R. D. Quem diria. In: **Jornal O Globo**, Rio de Janeiro, 2 maio 2010.

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha**. Sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo: Summus, 2000.

PENELLO, L. M.; PASCHE, D. F. **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis** primeiros passos para desenvolvimento nacional. Documento subsídio para elaboração do PAC-Saúde. [2009]. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/node/9518>>.

- PERES, J. F. P.; NASELLO, A. G. Psicoterapia e neurociências: um encontro frutífero e necessário. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 21-30, 2005.
- PERES, J. F. P.; Traumatic memories: bridging the gap between functional neuroimaging and psychotherapy. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 478-488, 2008.
- PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P.; NASELLO, A. G. Psychological dynamics affecting traumatic memories: implications in psychotherapy. **Psychology and psychotherapy: theory, research and practice**, v. 78, n. 4, p. 431-447, 2005.
- PERNAMBUCO. Governo do Estado de. Secretaria Estadual de Saúde. **Análise de situação em saúde da Região do Araripe em Pernambuco**. Pernambuco, 2009.161 p.
- PERNAMBUCO. Governo do Estado de. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo Operacional do Programa Mãe Coruja Pernambucana**. Pernambuco, 2007.
- PENELLO, L. **O ambiente facilitador e a determinação social da saúde**. (Artigo inédito, 2009, mimeo).
- PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (Org.) **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 53-88.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de desenvolvimento humano**. 2000. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/hdr/hdr2000/docs/RDH1por.pdf>>.
- RELATÓRIO da segunda sessão da Comissão de Saúde Mental, **Technical Report**, Genebra, n. 31, 1951.
- SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.
- SARAIVA, S. A. L.; CREMONESE, E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- SEM, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SILVA, Hilton. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. **Novos Cadernos NAEA**, v. 9, n. 1, jun. 2006. p. 77- 94.
- SILVA, A. C. **Saúde da família, saúde da criança**: a resposta de Sobral. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2007.
- SPITZ, R. A. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. **Psychoanal Study Child**, [S. l.], v. 1, p. 53-74, 1945.

\_\_\_\_\_. Hospitalism: a follow-up report on an investigation described in Volume 1, 1945. **Psychoanal Study Child**, [S. l.], v. 2, p. 113-117, 1946.

SPITZ, R. A. WOLF, K. Analytic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. **Psychoanal Study Child**, [S. l.], v. 2, p. 313-342, 1947.

TEMPORÃO, J. G. **A epidemiologia na construção da saúde para todos**: métodos para um mundo em transformação. Discurso proferido na abertura do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e do VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre, 2008, mimeo.

TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposições estratégicas para uma política pública voltada para a primeira infância. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 187-210, abr./jun. 2010.

TERRA, O. Um grande avanço. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 204-207, abr./jun. 2010.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública, p.37-44. In: PROMOCIÓN de la Salud Pública: una antología. Washington DC: OPS, 1996.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Imago, 1988.

\_\_\_\_\_. **Privação e delinqüência**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

\_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

\_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, 1975

\_\_\_\_\_. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation**: health equality through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneve: WHO, 2008.

YUONG, M. (Org.). **A Agenda da DPI**: reduzindo a lacuna in desenvolvimento da primeira infância: da avaliação à ação: uma prioridade para o crescimento e equidade. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010.

## ANEXOS

### Anexo A – Portaria MS/GM nº 2.395/2009



Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

#### **PORTARIA Nº 2.395, DE 7 DE OUTUBRO DE 2009**

***Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que investimentos para a geração de crianças saudáveis são indispensáveis para o desenvolvimento de uma nação;

Considerando o direito da criança à promoção e proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, garantido pela Constituição brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a política de atenção integral à saúde da criança brasileira, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 a 2015, e

Considerando os objetivos e metas do Pacto pela Vida em 2008, definidos pela Portaria Nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, entre os quais consta o estabelecimento da redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pela Presidência da República em 8 de março de 2004, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite -CIT, e pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, que visa monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando o Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal, firmado entre os governos estaduais e federal;

Considerando que a primeira infância é reconhecidamente o período de vida em que a criança aprende mais intensamente a ser, a fazer, a relacionar-se e a construir seus valores;

Considerando a necessidade de inovação na oferta de políticas e práticas que apon-tem alternativas e produzam novas realidades que contribuam para a qualidade de vida



das crianças desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais na perspectiva do seu crescimento e desenvolvimento integral, resolve:

Art. 1º Instituir a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis com o objetivo de construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde e fortalecer aquelas tradicionalmente dirigidas a mulheres e crianças, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos.

Parágrafo único. A estratégia será implantada a partir de projeto piloto contemplando uma cidade com mais de cem mil habitantes de cada macrorregião, a saber: região Norte, Rio Branco; região Nordeste, Recife; região Centro-Oeste, Campo Grande; região Sudeste, Rio de Janeiro; e região Sul, Florianópolis.

Art. 2º Criar o Comitê Técnico-Consultivo para assessorar, monitorar e avaliar a implantação/implementação da estratégia.

§ 1º O Comitê Técnico-Consultivo terá a seguinte composição:

I - três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS; a saber:

a) Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

b) Área Técnica de Saúde da Mulher; e

c) Política Nacional de Humanização;

II - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS;

III - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS;

IV - um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/MS;

V - um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS;

VI - um representante da Secretaria-Executiva - SE/MS

VII - um representante da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ;

VIII - um representante do Instituto Fernandes Figueira - IFF/FIOCRUZ;

IX - um representante da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano - REDEBLH/FIOCRUZ;

X - um representante da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal - RENOSP;

XI - um representante da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

XII - um representante da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP;

XIII - um representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO; e

XIV - um representante da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn.

§ 2º A Coordenação do Comitê Técnico-Consultivo ficará a cargo da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

§ 3º Compete ao Comitê, ao final de 2011, com base nos resultados do projeto piloto, apresentar ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e ao Conselho Nacional de Saúde - CNS proposta para incorporação da estratégia à Política de Atenção Integral à Saúde da Criança para implementação em todo o País.

Art. 3º Os recursos para o funcionamento do Comitê Técnico- Consultivo e a implementação da Estratégia serão de responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/ DAPES/SAS, correrão por conta da funcional programática 10.243.1312.6176.0001-Implementação de Políticas de Atenção á Saúde da Criança.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

DOU-194 PG-115 SEÇ-1 DE 09.10.09

## **Anexo B – Atribuições dos espaços de gestão da Estratégia Brasileirinhos**

Atribuições da Coordenação Nacional, Comitê Técnico Consultivo Nacional, Grupo Executivo Nacional, Grupo Executivo Local e Apoiador Institucional local.

I - Coordenação Nacional – Representada pelo Instituto Fernandes Figueira, unidade da Fiocruz.

Atribuições:

- (i) Formular, planejar, implantar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da Estratégia em parceria e co-gestão com as diferentes instâncias relacionadas,
- (ii) Desempenhar a coordenação geral executiva do projeto,
- (iii) Promover a interação efetiva do arranjo de gestão,
- (iv) Promover articulação político-institucional intraministerial e interinstitucional,
- (v) Administrar os recursos financeiros vinculados ao projeto,
- (vi) Garantir apoio técnico e logístico, quando couber, disponibilizando técnicos e profissionais especializados, assim como recursos pedagógicos e tecnológicos de formação,
- (vii) Participar de todas as etapas do projeto nos Grupos de Gestão Locorregionais e nos grupos de trabalho referentes aos objetivos específicos, no que couber;
- (viii) Produzir e divulgar conhecimento neste campo,
- (ix) Disseminar a EBBS com o objetivo de transformá-la em Política de Estado voltada para a Atenção Integral à Primeira Infância no Brasil,
- (x) Estabelecer as bases da Estratégia para cooperação internacional neste campo.

II - Comitê Técnico Consultivo Nacional – É o espaço mais inclusivo com participação das instâncias de Governo e sociedade civil organizada.

Atribuições:

- (i) Apoiar a formulação das diretrizes da EBBS;
- (ii) Apoiar o monitoramento e avaliação da EBBS; e
- (iii) Fomentar a troca de experiências e práticas relacionadas à Estratégia para fortalecimento de ações inovadoras no SUS.

III - Grupo Executivo Nacional - Grupo de Trabalho para acompanhamento da implementação do Plano Nacional da EBBS.

Atribuições:

- (i) Articulação e integração das áreas técnicas do Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e sociedade civil organizada no apoio à formulação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação da EBBS;
- (ii) Avaliar a implementação do Plano, ajustando as condições operacionais e corre-

ção de rumos durante o processo de execução;

- (iii) Dialogar permanentemente com a Coordenação Nacional e com os municípios, visando o cumprimento do Plano;
- (iv) Apoiar os municípios no cumprimento do Plano, inclusive na produção de informações a serem consolidadas;
- (v) Produzir informações consolidadas sobre a implementação do Plano.

Este grupo é formado por um representante das áreas técnicas do Ministério da Saúde, a saber: Departamento de Ações Programáticas – DAPES/SAS, Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS, Política Nacional de Humanização – PNH/SAS, Departamento de Gestão da Educação – DEGES/SGTES, Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS/SVS, e um representante da Sociedade Civil Organizada.

IV - Grupo Executivo Local (GEL) – É o Grupo Executivo local de planejamento e operacionalização da EBBS no município

Atribuições:

- (i) Articular e Integrar as áreas técnicas da Secretaria Municipal da Saúde, Educação, Assistência Social e demais áreas locais voltadas para a 1ª Infância para a formulação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação local da Estratégia,
- (ii) Elaborar um Plano de Ação para operacionalização da EBBS,
- (iii) Dialogar permanentemente com a Coordenação Nacional e com as instâncias do Município, visando o cumprimento do Plano,
- (iv) Apoiar o município no cumprimento do Plano , inclusive na produção de informação a serem consolidadas,
- (v) Produzir informações consolidadas sobre a implementação do Plano.

A Coordenação Executiva deste grupo é responsabilidade do apoiador local em gestão com o representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) perante a Estratégia.

Este apoiador local da Estratégia tem como atribuições:

- (i) Mobilizar os integrantes do GEL;
- (ii) Fomentar a realização dos encontros periódicos deste grupo;
- (iii) Registrar as memórias de reunião do grupo;
- (iv) Atualizar a SMS e o representante da Secretaria Estadual de Saúde (SES) das atividades em desenvolvimento;
- (v) Encaminhar informação à Coordenação Nacional das atividades com monitoramento e avaliação referentes à implementação do Plano Municipal em períodos previamente acordados;
- (vi) Produzir e publicizar, por intermédio da Coordenação Nacional, conhecimento a respeito das inovações advindas do projeto.

## Anexo C – Minuta do termo de adesão



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro  
MINUTA

### TERMO DE ADESÃO

Termo de adesão do Município de  
XXXXXXX à Estratégia Brasileirinhas e  
Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros  
Passos para o Desenvolvimento  
Nacional.

Pelo presente instrumento, a UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DA SAÚDE, doravante designada MS, neste ato representada pelo Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão, CPF/MF nº xxxxxxxxxxxxxxxx, RG nº xxxxxxxxxxxxxxxx, domiciliado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX e o MUNICÍPIO DE xxxxxxxxxxxxxxxx, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito, xxxxxxxxxxxxxxxx, CPF/MF nº xxxxxxxxxxxxxxxx, domiciliado e ilustríssimo Senhor Secretário Municipal de xxxxxxxxxxxxxxxx, CPF/MF nº xxxxxxxxxxxxxxxx, RG nº XXXXXXXX, domiciliado XXXXXXXX, celebram entre si o TERMO DE ADESÃO mediante as seguintes cláusulas e condições.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Adesão ao Projeto “Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional”, doravante simplesmente denominado “Estratégia Brasileirinhos”.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETIVO da Estratégia Brasileirinhos

O objetivo geral da Estratégia Brasileirinhos é desenvolver e implantar em territórios selecionados a tomada de medidas de proteção à Primeira Infância – da gestação até os seis anos – garantindo o desenvolvimento integral da criança com foco no vínculo estabelecido entre ela e o seu cuidador.

##### § 1º. Objetivos específicos da Estratégia Brasileirinhos:

- I - Favorecer a implantação e a implementação de estratégias intersetoriais integradas com foco prioritário na Primeira Infância (intervalo etário de zero a seis anos), a fim de garantir e qualificar a vida das crianças brasileiras, baseada em dois grandes pilares: (i) transversalidade e articulação de iniciativas e (ii) fatores psíquicos na produção de saúde.
- II - Definir ações no campo da saúde, com a perspectiva de integrar agendas em sinergia de esforços para a otimização de recursos e ampliação dos efeitos na forma da melhoria da saúde da Primeira Infância, com destaque para:

- 2.1 - Garantir a vida da mulher e do bebê em prol da redução da mortalidade infantil; e
- 2.2 - Garantir o desenvolvimento saudável e a qualidade de vida estimulando a capacidade de brincar nos espaços de desenvolvimento das políticas públicas em questão.
- III - Produzir conhecimento e produtos que relatem as experiências de organização do trabalho, propostas de desdobramento, definição de indicadores de acompanhamento e resultados das ações implementadas nos diferentes níveis governamentais em associação com iniciativas da sociedade civil – no sentido de pavimentar o caminho para a produção de uma política pública de Estado voltada para os cuidados com a Primeira Infância.

### CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES

A coordenação geral do projeto é do Ministério da Saúde representado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O arranjo de gestão da Estratégia Brasileirinhos tem como princípio a gestão colegiada com participação proativa dos representantes das instituições responsáveis pelo projeto em todo processo de formulação, análise, decisão e desenvolvimento.

Espaços de gestão do projeto:

- I - Coordenação Nacional - O Instituto Fernandes Figueira, unidade da Fiocruz responsável pela Coordenação Técnica Nacional da Estratégia Brasileirinhos nos termos dessa parceria, formaliza o seu compromisso com Gestor Municipal comprometendo-se à (i) Formular, planejar, implantar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da Estratégia em parceria e co-gestão com as diferentes instâncias relacionadas, (ii) Desempenhar a coordenação geral executiva do projeto, (iii) Promover a interação efetiva do arranjo de gestão, (iv) Promover articulação político-institucional intraministerial e interinstitucional, (v) Administrar os recursos financeiros vinculados ao projeto, (vi) Garantir apoio técnico e logístico, quando couber, disponibilizando técnicos e profissionais especializados, assim como recursos pedagógicos e tecnológicos de formação, (vii) Participar de todas as etapas do projeto nos Grupos de Gestão Locorregionais e nos grupos de trabalho referentes aos objetivos específicos; (viii) Produzir e divulgar conhecimento neste campo, (ix) Disseminar a Estratégia Brasileirinhos com o objetivo de transformá-la em Política de Estado voltada para a Atenção Integral à Primeira Infância no Brasil, (x) Estabelecer as bases para cooperação internacional neste campo.
- II - Comitê Técnico Consultivo Nacional - É o espaço mais inclusivo com participação das instâncias de Governo e sociedade civil organizada. Tem como atribuições: (i) Apoiar a formulação das diretrizes da Estratégia Brasileirinhos; (ii) Apoiar o monitoramento e avaliação da Estratégia Brasileirinhos; (iii) Fomentar a troca de experiências e práticas relacionadas à Estratégia para fortalecimento de ações inovadoras no SUS. A reunião do Comitê Técnico Consultivo Nacional se dá por meio de oficinas ampliadas com representantes nomeados na portaria GM Nº 2395 de 07 de Outubro de 2009 e convidados em acordo com os temas em pauta.

- III - Grupo Executivo Nacional - Grupo de Trabalho para acompanhamento da implementação do Plano Nacional da Estratégia Brasileirinhos. Tem como competências e atribuições: (i) Articulação e integração das áreas técnicas do Ministério da Saúde, CONASS, CONASSEMS e sociedade civil organizada no apoio à Formulação, Planejamento, Implementação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia Brasileirinhos, (ii) Avaliar a implementação do Plano, ajustando as condições operacionais e correção de rumos durante o processo de execução, (iii) Dialogar permanentemente com a Coordenação Nacional e com os municípios, visando o cumprimento do Plano, (iv) Apoiar os municípios no cumprimento do Plano, inclusive na produção de informações a serem consolidadas, (v) Produzir informações consolidadas sobre a implementação do Plano. Este grupo é formado pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas – DAPES/SAS, Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS, Política Nacional de Humanização – PNH/SAS, Departamento de Gestão da Educação – DEGES/SGTES, Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS/SVS e Sociedade Civil Organizada. A Coordenação Executiva deste grupo é responsabilidade da Coordenação Nacional da Estratégia Brasileirinhos em co-gestão com o DAPES/SAS/MS.
- IV - Grupo Executivo Local – É o Grupo Executivo local de planejamento e operacionalização da Estratégia Brasileirinhos no município. Tem como competências e atribuições (i) Articular e Integrar as áreas técnicas da Secretaria Municipal da Saúde, Educação, Assistência Social e demais áreas locais voltadas para a 1ª Infância para a formulação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação local, (ii).Elaborar um Plano de Ação para operacionalização da Estratégia Brasileirinhos, (iii) Dialogar permanentemente com a Coordenação Nacional e com as instâncias do Município, visando o cumprimento do Plano, (iv) Apoiar o município no cumprimento do Plano , inclusive na produção de informação a serem consolidadas, (v) Produzir informações consolidadas sobre a implementação do Plano. O Apoiador local é o Coordenador do GEL em co-gestão com o representante da SMS. Tem como atribuições (i) mobilizar os integrantes do GEL; (ii) fomentar a realização dos encontros periódicos deste grupo; (iii) registrar as memórias de reunião do GEL; (iv) Atualizar a SMS e o representante da SES das atividades em desenvolvimento; (v) Encaminhar informação à Coordenação Nacional das atividades com monitoramento e avaliação referentes à implementação do Plano Municipal em períodos previamente acordados.

#### CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Mediante o exposto o município de XXXXXXXX, UF, através deste documento formaliza sua participação na Estratégia Brasileirinhos, pelo período de vigência do projeto, comprometendo-se de forma co-gestora com os objetivos e premissas do mesmo, assim como com a garantia de condições mínimas para o bom desenvolvimento do projeto nesse município, incluindo: (i) Coordenar o Grupo de Gestão Locorregional do projeto;(ii) Elaborar de um Plano de Ação Local, (iii) Participar no processo de monitoramento e avaliação do projeto; (iv) Disponibilizar espaço físico adequado às atividades previstas no projeto locorregional (v) Disponibilizar carga horária suficiente de profissionais do seu quadro de funcionários para realização das ações previstas no Plano de Ação Local da Estratégia Brasileirinhos, (vi) Apoio logístico, técnico e de insumos para o adequado funcionamento das atividades previstas na Estratégia Brasileirinhos.

#### CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde e a Coordenação Nacional da “Estratégia Brasileirinhos”, neste ato representando o Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, formaliza seu compromisso diante do gestor municipal para apoio ao desenvolvimento do projeto, assumindo no âmbito do projeto supracitado: (i) a coordenação geral executiva do projeto; (ii) a intermediação das relações entre os parceiros do projeto zelando pelo bom desempenho dos compromissos assumidos; (iii) o acompanhamento da execução físico-financeira do projeto realizada pelo Instituto Fernandes Figueiras/Fiocruz, e (iv) o apoio técnico ao desenvolvimento do projeto.

#### CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS

O presente Termo de Adesão não envolve a transferência de recursos financeiros entre os partícipes.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DO PRAZO

O presente Termo de Adesão entrará em vigor na data de sua assinatura e vigorará por tempo indeterminado.

#### CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES

As alterações do presente Termo de Adesão poderão ser feitas a qualquer tempo, pela vontade das partes e por intermédio de instrumentos aditivos.

#### CLÁUSULA NONA – DA DENÚNCIA

O presente Termo de Adesão poderá ser denunciado mediante comunicação escrita à outra parte, com antecedência de 30 dias, resguardada a responsabilidade das obrigações decorrentes do período em que esteve em vigência.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – DA PUBLICAÇÃO

O extrato do presente instrumento será publicado no Diário Oficial da União, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente TERMO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA Brasileirinhos em três vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas presentes.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Ministro da Saúde

\_\_\_\_\_  
Prefeito Municipal

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
Testemunhas



## Anexo D – Quadro do Plano de Ação Nacional da Estratégia Brasileirinhos

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	META	AÇÃO
	✓ Construção de pacto de compromisso com gestores:	✓ Garantir as condições político-institucionais para a implementação da EBBS nos territórios-piloto	✓ Mobilização do GAB/MS dos prefeitos e secretários municipais de saúde, entre outros; ✓ Reunião de trabalho (fórum público, seminário, entre outros) com apoiadores e lideranças locais, para (1) fazer conhecer a estratégia; (2) pactuar condições para implementação da estratégia; (3) preparar 1º encontro do comitê local
	✓ Constituição de espaço coletivo (comitê local, fórum, câmara técnica, colegiado), agregando a diversidade e pluralidade de instituições/serviços públicos e não-governamentais, para a conformação de agenda positiva de trabalho (plano de ação, sistematicamente revisado)	✓ Constituir grupo de trabalho representativo, com capacidade técnica e liderança para a condução da agenda da EBBS  Nomeado pelo gestor local; inclusão das câmaras de vereadores e poder judiciário	✓ Identificação com gestores locais de organizações e iniciativas no campo da 1ª infância; ✓ Reunião-executiva de trabalho, coordenado pelo gestor local em parceria com apoiador MS, visando mobilização de entidades e definição dos parâmetros de constituição do Comitê ✓ Propor minuta de orientação da constituição do Comitê Local (Comitê Nacional); ✓ Preparação e realização da 1ª reunião do Comitê para pactuação da EBBS e das primeiras atividades do Comitê Local
	✓ Pactuação com gestores das estratégias operacionais do EBBS, adequando-as às singularidades de cada território (considerando sua dinâmica e cultura institucional, de gestão e de organização territorial, acertos, êxitos e desafios, entre outros),	✓ Construção de estratégias de composição de agendas que garantam uniformidade ao conjunto de experiências-piloto, garantindo a inclusão de singularidades territoriais	✓ Pactuação de agenda de trabalho, garantindo sua revisão sistemática desde processos avaliativos
		✓ Constituir grupos específicos de trabalho (ex. saúde nas escolas; enfrentamento situações de violência, entre outros);	✓ Verificar em cada situação a necessidade de grupos de trabalho, cuidando-se para não fomentar segmentação entre iniciativas (diretrizes da integração das ações no território)
	✓ Elaboração e pactuação de agenda inicial de trabalho, que deverá incluir o levantamento de experiências/ações em curso e/ou previstas para a 1ª infância;	✓ Conhecer a situação da 1ª infância no território e inventariar ações/iniciativas e resultados já obtidos no território (elaborar agenda de trabalho a partir do SUS que dá certo)	✓ Organizar reuniões do Comitê Local, com vistas à obtenção de informações sobre a situação da 1ª infância no território: 1) Estimativa rápida da situação da 1ª infância no território (MS: propor matriz metodológica); 2) Identificação de ações, projetos e iniciativas com foco na 1ª infância, com a indicação quando possível de resultados obtidos; 3) Apresentação das potencialidades sociais, econômicas e institucionais para a qualificação da 1ª infância no território/município; 4) Apresentação das principais dificuldades, problemas e desafios para a qualificação da 1ª infância no território/município; 5) Quais medidas são consideradas como importantes para a superação das dificuldades apresentadas (proposições iniciais do plano de trabalho local)  Estas informações deverão ser sistematizadas e analisadas no espaço de gestão local da EBBS, subsidiando a elaboração do Plano de Ação e Plano de Acompanhamento Avaliativo.

continua

continuação

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	META	AÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar impacto das medidas sobre (1) situação da 1ª infância no território e (2) sobre a organização/mobilização social em torno da defesa da 1ª infância</li> <li>✓ Lembrar que esta experiência é piloto e, portanto, a produção de conhecimento é também um de seus objetivos centrais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Constituir um plano de acompanhamento avaliativo, com a indicação de metas e indicadores de monitoramento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inclusão do “olhar avaliativo” em todas as “fases” da EBBS;</li> <li>✓ Incluir no processo de avaliação “resultados” e “processos”;</li> <li>✓ Identificar/produzir para cada ação respectivos indicadores de acompanhamento/avaliação;</li> <li>✓ Contratação da tarefa/função de sistematização das experiências e elaboração de documentos técnicos em todos os espaços de “gestão da EBBS – nacional e local”, bem como em cada uma das frentes de trabalho nos serviços/território</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorar Plano de Trabalho elaborado pelo Comitê Local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de encontros presenciais entre coordenações locais e apoiadores do MS, visando (1) aprimorar processo de implementação de ações e (2) acompanhar e monitorar o plano de ação;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ampliar as trocas inter-experiências, possibilitando acionamento de estratégias de inteligência coletiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estabelecer processo de comunicação entre os distintos grupos locais, fomentando a construção de processos de “trocas/cooperação lateral”;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de encontros de trabalho entre os Comitês Locais/Grupo Executivos – construir agendas de reuniões, envolvendo inclusive o Comitê Nacional</li> <li>✓ Realização de visitas técnicas entre equipes para disseminação de “boas práticas” para a promoção da 1ª infância</li> <li>✓ Fomentar a produção de materiais técnicos</li> </ul>

**Anexo E – Voo do Pássaro 2010**






<b>Voo do Pássaro ano de 2010</b>	
<b>COORDENAÇÃO NACIONAL</b>	
<b>DATA</b>	<b>AÇÃO</b>
23/fev	Realizada a I Oficina da EBBS - 80 participantes
10/mar	Reunião do Grupo Executivo Nacional - 18 participantes
24/mar	Reunião do Grupo Executivo Nacional - 18 participantes
8/abr	Visita ao IFF para verificar o local onde será instalada a EBBS
13/abr	Apresentação da EBBS no Ministério dos Esportes e Lazer
19/abr	Reunião interna no MS: pacto pela redução da mortalidade infantil. Grupo executivo e demais membros da EBBS - 15 participantes
24/abr	Elaboração do perfil de atividades do Grupo Executivo Local e Grupo Executivo Nacional.
26/abr	Apresentação da EBBS no Instituto Fernandes Figueira
27/abr	Apresentação do Diretor do DAPES, José Telles, no IFF sobre saúde materno-infantil.
29 e 30/abr	Visita de Implantação ao Município de Campo Grande.
06 e 07/maio	Visita de Implantação ao Município de Rio Branco.
12, 13 /maio	Visita de Implantação ao Município de Florianópolis
13/mai	Participação na 11ª Semana do Bebê de Canela
14/mai	Apresentação EBBS no Seminário Internacional da Semana do Bebê em Canela
20/mai.	Reunião com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para definições quanto à implantação da EBBS naquele Município.
25, 26, 27 e 28/ mai	Apresentação da EBBS no XXVI Congresso do CONASEMS.
01, 02 e 03/jun	Visita para Implantação da EBBS no Sertão de Araripe
07, 08, 09/jun	2ª Oficina da EBBS em Brasília: apresentação dos municípios-polo e realização de plenária para os próximos passos - 60 participantes
10/jun.	Apresentação da EBBS no II Seminário Sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde
17/jun.	Participação na 14ª Reunião Plenária da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
23/jun.	Reunião da equipe EBBS com a Coordenação da Casa da Árvore e a discussão do documento "Proposta de Valorização dos Cuidados Infantis através da Potencialização e do Fortalecimento das Equipes da Estratégia de Saúde da Família na Comunidade da Rocinha – Rio de Janeiro"
29/jun.	Participa como Painelista da IV Conferência de Saúde Mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorial.
29/jun.	Celebração do Termo de Cooperação nº. 14 do MS com a FIOCRUZ para apoio à EBBS
30/jun.	Reunião preparatória para a implantação da EBBS no Sertão do Araripe
06/jun.	O Grupo Executivo Nacional da EBBS se reúne em Brasília e define estratégias para o avanço na intersetorialidade.
7,8 e 9/jun.	Implantação da EBBS no Município de Santa Filomena - Sertão do Araripe/PE
12 e 13/jul	Participa da Reunião Anual do Comitê Consultivo do projeto Infância Saudável no Núcleo de Estudos da Violência (NEV), no campus da Universidade de São Paulo.

continua

continuação

<b>Voo do Pássaro ano de 2010</b>	
<b>COORDENAÇÃO NACIONAL</b>	
<b>DATA</b>	<b>AÇÃO</b>
15/jul.	Participa do evento “Políticas de Saúde para Crianças e Adolescentes: 20 Anos do Estatuto da Criança e do Adolescente”.
18 a 21/7	Participação no 9º Congresso da Rede Unida “Saúde é Construção de Vida no Cotidiano
2 e 3/ago.	A equipe local da EBBS, em Rio Branco, realiza a sua I Oficina, com a participação da coordenação nacional.
5 e 6/ago.	Participação da 1ª Semana Bebe em Penápolis/SP
10 e 11/ago.	I ENCONTRO APOIADORES em Florianópolis - 20 participantes
16/ago.	Participação no Seminário do Instituto Alfa e Beto – Centro RJ
20/ago.	Apresentação da EBBS no Fórum Nacional da 1ª Infância - SP
23/ago.	Participa da visita da Prof. Perri da Columbia University na Maternidade Escola da UFRJ – encontro com pediatras
24 e 25/ago.	Reunião da Coordenação Nacional com a equipe da EBBS em Brasília para preparar a III Oficina
25 a 31/ago	Reunião com áreas técnicas do MS: DAB; ATSMental; DAPES; SGETS/DEGES; Secretário da SAS; PNH; ATSMulher; ATSCriança.
01/set.	III Oficina Brasília - 70 participantes
2/set	Reunião com a Secretaria Nacional de Assistência Social/MDS
3/set	participação na Oficina de Treinamento para Apoiadores, promovida pela PNH
15 de set.	Oficina com as áreas técnicas do Ministério da Saúde - 26 participantes
15/set	reunião com representante do Hospital Albert Einstein
24/set	Apresentação da EBBS para a OPAS/ Washington
28/set	Reunião com o Gerente de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS/Washington, Luiz Augusto Galvão.
29/set	Apresentação da EBBS para a Direção da OPAS/ Washington
19/out.	Reunião da Coordenação Nacional da EBBS em Brasília
20/out.	Participa da Oficina UNICEF – Revisão do Kit Família Brasileira Fortalecida
21/out.	Reunião do Grupo Executivo Nacional - 18 participantes
4 e 5/nov	II Oficina de Apoiadores Locais da EBBS e Gestores - Rio de Janeiro
6/nov	Reunião dos Apoiadores da EBBS (RJ) - 18 participantes
9/nov	MDS- Reunião com o Departamento de Proteção Social Básica/ MDS
9/nov	Vídeoconferência da Rede de Cooperação pela Primeira Infância promovida pelo Banco Mundial.
15/nov	A EBBS coordena mesa no VIII Encontro Nacional sobre o Bebê e I Encontro internacional sobre o Bebê
23/nov.	Participa da Avaliação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil
23 e 24/nov	Participa da 1ª Semana do Bebê de Acará/Pará, a convite do UNICEF.
23 e 24/nov.	Participa do VII SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA
26 a 30/nov.	III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, promovida pela ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento)
01, 02 E 03/dez.	Participa do I Encontro do Mãe Coruja/SES/PE, em Recife.
01,02, 03 de dez.	Participa da Avaliação do Projeto de Qualificação Das Maternidades /PRMI
8/dez.	IV OFICINA DA EBBS/ Brasília -DF

## Anexo F – Demonstrativo sintético 2010

	Implantação	7 Viagens com participação dos gestores, profissionais e comunidade	Municípios polo: Araripina/PE (junho) Campo Grande/MS (abril) Rio Branco/AC (maio) Florianópolis/SC (maio) Santa Filomena/PE (julho) Rio de Janeiro/RJ (maio)
	Favorecer a constituição de grupos executivos locais da EBBS	2 Grupos Executivos Locais com marcos legais publicados, outros já constituídos mas, ainda não formalizados em Portaria	FLORIANÓPOLIS: Portaria Municipal 029/2010 do Comitê Executivo Intersetorial da EBBS em Florianópolis CAMPO GRANDE: Decreto 11.358 de 26 de outubro de 2010
	Definir apoiadores locais e assistentes de pesquisa	Apoiadores locais:7 Assistentes de pesquisa: 3	
	Identificar e selecionar facilitadores (x) por estado e efetuar o acompanhamento das atividades definidas	Cada Estado já tem seu facilitador	
	Promover o intercâmbio e avaliação de resultados		
	Promover reuniões do Grupo Executivo Nacional.	Realizados 4 Encontros	Participaram 87 pessoas
	Promover reuniões do Comitê Executivo Nacional.	Realizadas 4 Oficinas Ampliadas em Brasília	Participaram 210 pessoas
	Realizar encontros para formação de apoiadores	Realizados 4 Encontros	FLORIANÓPOLIS BRASÍLIA RIO DE JANEIRO
	Promover a formação e interação de Grupos de Trabalho com a capacitação e desenvolvimento de Fóruns de discussão por meios virtuais.	GRUPO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL CONSTITUÍDO	20 PARTICIPANTES

## **SOBRE OS AUTORES**

### **Ana Carolina Dias Vieira**

Psicóloga (PUC-Rio). Mestranda em Psicologia Clínica (PUC-Rio). Psicanalista em formação do Circulo Psicanalítico do Rio de Janeiro. Terapeuta do Instituto Cultural Freud. Psicóloga da Casa da Árvore e possui experiência em Saúde Mental e Dependência Química. Colaboradora da Pesquisa Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro / RJ.

### **Carlos Daniel Moutinho Jr**

Médico de Família. Diretor de Atenção Primária da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis / SC.

### **Corina Helena Figueira Mendes**

Psicóloga e advogada. Doutora e Mestre em Ciências – Área de conhecimento: Saúde da Criança e da Mulher (Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz). Especialista em Psicologia Médica (Faculdade de Ciências Médica / Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Tecnologista em Saúde Pública (Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz). Pesquisadora e consultora nas áreas de avaliação, violência, saúde da mulher, criança e adolescente. Colaboradora da Estratégia Brasileirinhos.

### **Ethel Resch**

Psicóloga, Mestre em Psicologia, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, representante da Anvisa no Comitê Técnico Consultivo Nacional da Estratégia Brasileirinhos.

### **Flavia Figueiredo**

Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde -ENSP/FIOCRUZ.Área de atuação: Planejamento em Saúde. Colaboradora da Estratégia Brasileirinhos

### **João Carielo de Moraes**

Psicólogo (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade de Salamanca / Espanha). Psicanalista. Membro da Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro. Psicólogo da Casa da Árvore. Assistente de Pesquisa Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro / RJ.

### **Jorge Ernesto Sérgio Zepeda**

Médico de Família. Gerente de Atenção Primária da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis. Apoiador Local da Estratégia Brasileirinhos em Florianópolis / SC.

### **José Gomes Temporão**

Ministro da Saúde. Médico. Doutor em Medicina Social (Universidade Estadual do Rio de Janeiro). Mestre em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz). Especialista em Doenças Tropicais (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Membro da Academia Nacional de Medicina.

### **Julia Rodrigues Valle Milman**

Psicóloga (PUC-Rio). Mestre em Políticas Públicas e Formação Humana (Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Pesquisadora da Fiocruz no projeto de pesquisa “Estudo sobre o perfil de 200 adolescentes e suas famílias em uma comunidade em Santa Teresa”. Psicóloga da Casa da Árvore. Assistente de Pesquisa da Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro /RJ.

### **Julio Peres**

Psicólogo clínico. Doutor em Neurociências e Comportamento pela Universidade de São Paulo. Pós-doutorado pela Universidade Pensilvânia (EUA). Consultor da EBBS.

### **Kelem Karem Gomes Barbosa**

Enfermeira (Universidade Federal de Goiás); Especializando em Gestão de Políticas Públicas, Sociais e Saúde da Família (Instituto Libera Limes). Possui experiência na elaboração e coordenação de Projetos Sociais voltados ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. Assistente de Pesquisa da Estratégia Brasileirinhos em Campo Grande/MS.

### **Kelma Medina Medeiros da Silva**

Psicóloga. Gerência Técnica do Programa da Criança e Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande / MS. Apoiadora Local da Estratégia Brasileirinhos em Campo Grande / MS.

### **Larissa da Costa Mendes**

Psicóloga Clínica. Especialista em Clínica com Crianças (PUC-Rio). Mestranda em Psicologia Clínica (PUC-Rio). Psicóloga da Casa da Árvore. Colaboradora da Pesquisa Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro / RJ.

### **Liliana Maria Planel Lugarinho**

Médica. Mestre em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fiocruz). Especialista em Regulação de Saúde Suplementar (MBA/FGV/Rio). Coordenadora Adjunta da Estratégia Brasileirinhos.

### **Liliane Mendes Penello**

Médica psiquiatra. Mestre em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fiocruz). Psicoterapeuta de grupo. Especialista em Gestão Hospitalar e em Gestão de C&T em Saúde. Coordenadora Técnica da Estratégia Brasileirinhos.

**Luiza Beatriz Acioli**

Psicóloga. Especialista em Gestão Estratégia do SUS pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Assessora do Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Apoiadora matricial da Estratégia Brasileirinhos.

**Mikaelle Moreira Pedroza**

Fisioterapeuta Sanitarista (Universidade Estadual da Paraíba). Especialização em Serviços de Saúde Pública (IBPEX). Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (Universidade de Pernambuco). Coordenadora do Programa Mãe Coruja Pernambucana na Região do Sertão e Apoiadora Local da Estratégia Brasileirinhos em Santa Filomena (Sertão do Araripe/PE).

**Natércia Gomes de Sousa**

Assistente Social. Especialista em Administração e Planejamento de Projetos Sociais (Universidade Gama Filho). Coordenadora do Programa Mãe Coruja no Sertão do Araripe. Apoiadora EBBS em Araripina (Sertão do Araripe / PE).

**Nicolas Ornelas**

Psicólogo Clínico (PUC-Rio). Terapeuta do grupo REATE (Rede de Ação e Acompanhamento Terapêutico), possui experiência em Saúde Mental e Dependência Química. Apoiador Adjunto da Estratégia Brasileirinhos no Rio de Janeiro/RJ.

**Patrícia Azevedo Feitosa**

Nutricionista da Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Apoiadora Local da EBBS em Rio Branco / AC.

**Pedro Lima**

Médico. Assessor do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Apoiador Local da EBBS no Rio de Janeiro / RJ.

**Selma Eschenazi do Rosário**

Psicóloga e Psicanalista. Mestre em Psicologia – Estudos da Subjetividade (Universidade Federal Fluminense). Especialista em Psicanálise (Universidade Santa Úrsula / RJ). Especialista do Trabalho (Resolução 02/01 do CFP). Psicóloga da Divisão de Saúde do Trabalhador do Instituto Nacional do Câncer. Consultora da Estratégia Brasileirinhos.

**Sonia Augusta Leitão Saraiva**

Médica psiquiatra, Gerente de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis/SC.





ISBN 978-85-334-1753-3



9 788533 41753 3

Disque Saúde  
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério  
da Saúde

