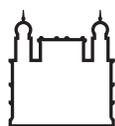


CORINA MENDES

Sumário da Pesquisa Avaliativa da Implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

1ª EDIÇÃO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Rio de Janeiro
2012

Copyright © 2012 - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

A reprodução do todo ou parte deste documento é permitida somente para fins não lucrativos e com a autorização prévia e formal dos autores.

Título original: “Sumário da Pesquisa Avaliativa da Implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis”.

Tiragem desta edição: 300 exemplares
Impresso no Brasil

1ª edição: 2012.

Coordenação:

Corina Helena Figueira Mendes

Equipe de pesquisa:

Cristiane Rocha, Daniel de Souza Campos, Lidianne Albernaz e Paula Saules Ignácio

Assessoria em avaliação em saúde:

Suely Ferreira Deslandes

Revisão técnica:

Suely Ferreira Deslandes

Revisão ortográfica e gramatical:

Quattri Design

Capa:

Lidianne Albernaz

Diagramação:

Quattri Design

Pesquisa realizada com o apoio do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

S956 Sumário da pesquisa avaliativa da implantação da estratégia
brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis / Corina Helena
Figueira Mendes (coordenadora) – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

50f. : il.

Sumário de Pesquisa.

ISBN: 978-85-64976-04-7

1. POLÍTICAS PÚBLICAS. 2. PRIMEIRA INFÂNCIA. 3.
CRIANÇA. 4. AVALIAÇÃO. I. MENDES, Corina Helena Figueira. II.
DESLANDES, Suely Ferreira. III. ALBERNAZ, Lidianne. IV. ROCHA,
Cristiane. V. CAMPOS, Daniel de Souza. VI. IGNÁCIO, Paula
Saules.

CDD 320

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
PERCURSO DA PESQUISA AVALIATIVA	9
Abordagens metodológicas e análise dos dados	9
Operacionalização da pesquisa	10
Participantes da pesquisa	11
DESENHO AVALIATIVO	13
Marco teórico da EBBS	13
Modelo lógico da EBBS	14
Dimensões avaliativas da EBBS	16
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO NOS SEIS MUNICÍPIOS PILOTO	17
Caracterização dos municípios piloto e contextos da implantação	17
Dispositivos da EBBS no campo: Grupo Executivo Local e Apoiador Local	27
Grupo Executivo Local (GEL)	27
Apoiador Local	30
Análise das diretrizes	33
Fomento às iniciativas locais	33
Fortalecimento de vínculos	35
Fomento às grupalidades	39
Cogestão e gestão compartilhada	41
RECOMENDAÇÕES PACTUADAS	45
REFERÊNCIAS	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Área Programática de Saúde
CAP 2.1	Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 2.1
CN/EBBS	Coordenação Nacional da EBBS
CEINF	Centro de Educação Infantil
CIESPI	Centro Internacional de Estudos e pesquisas sobre a Infância
CMDCA	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDAC	Fundação de Cultura
FUNESP	Fundação de Esportes
GEL	Grupo Executivo Local
GEN	Grupo Executivo Nacional
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Postos de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SOPERJ	Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

INTRODUÇÃO

A primeira infância¹ é considerada um período fundamental da vida humana, quando se inicia o desenvolvimento físico, mental e emocional. É nesta fase que emergem as bases do processo de subjetivação, socialização, crescimento e aprendizagem que sustentarão o indivíduo (UNICEF, 2005).

A atenção integral a esta fase da vida influencia no sucesso escolar, no desenvolvimento de fatores de resiliência e na autoestima necessários para continuar a aprendizagem, a formação das relações e a autoproteção requeridas para a futura independência econômica e ao preparo para a vida familiar (UNICEF, 2011).

No Brasil, consoante ao compromisso brasileiro com metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, verificou-se a redução da taxa de mortalidade infantil. Entretanto, a situação da primeira infância ainda está muito aquém do esperado para um país que apresenta os indicadores econômicos brasileiros (Barros *et al.*, 2010). Segundo informações da Base de Dados² do Centro Internacional de Estudos e pesquisas sobre a Infância (CIESPI), em 2011 havia cerca de 20 milhões de crianças de zero a seis anos de idade, sendo que aproximadamente 45% delas vivem em famílias com renda *per capita* abaixo da linha da pobreza, o que as coloca diretamente vulneráveis às iniquidades sociais (CIESPI, 2012).

Em 2009, através da Portaria MS/GM nº 2.395 de 07 de outubro de 2009, foi formalizada Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), uma iniciativa do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz voltada para a primeira infância, com o objetivo de fortalecer, ampliar, potencializar e construir novas ofertas de cuidados em saúde para crianças de até seis anos e suas famílias. Sob a perspectiva da Estratégia, esses cuidados, necessários e prioritários, deveriam enfatizar o desenvolvimento psíquico infantil e ter início precocemente no planejamento familiar, passando pela gestação, parto e puerpério, considerando as determinações sociais da saúde (Brasil, 2009a; Brasil, 2010; Temporão & Penello, 2010).

Foi definido que a EBBS seria implantada, a partir de um projeto piloto, em seis municípios brasileiros que retratassem a diversidade nacional. A partir de critérios políticos e de gestão, que envolveram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), governantes dos âmbitos federal, estadual e municipal e, representantes da sociedade civil, foram selecionados como territórios piloto desta intervenção Rio Branco/Acre, Araripina e Santa Filomena - Sertão do Araripe/Pernambuco, Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro/Estado do Rio de Janeiro e Florianópolis/Santa Catarina (Brasil, 2010).

Em julho de 2011, atendendo ao previsto na Portaria MS/GM nº 2.395 e reconhecendo a importância da avaliação em saúde para fins técnicos, políticos e de controle social, foi formulado o projeto de pesquisa avaliativa da EBBS, cujos resultados são apresentados de forma sintética neste Sumário de Pesquisa.

Esta pesquisa avaliativa teve foco na implantação da EBBS, tendo analisado através de métodos científicos válidos e reconhecidos a correlação entre diferentes componentes da Estratégia com os contextos em que foi realizada a experiência piloto.

¹ No Brasil é considerado como primeira infância o período de zero a seis anos.

² Esta Base de Dados utilizou informações de diversas fontes, sendo duas principais: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap). Disponível em: <<http://www.ciespi.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=90>>.

A análise adotada neste estudo possibilita a melhor compreensão dos fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção³ (Brousselle *et al.*, 2011). A análise avaliativa do processo de implantação constitui o estudo das relações entre o contexto, as variáveis na implantação e os efeitos provenientes da intervenção (Denis & Champagne, 2008).

O foco da análise foi a avaliação do processo, que é a explicação da dinâmica interna da EBBS nos seus diferentes campos de intervenção, os seis municípios piloto, com vistas a reconhecer os fatores contextuais favoráveis ou desfavoráveis à realização do potencial da EBBS.

Portanto, o objetivo dessa pesquisa avaliativa foi analisar os modos de fazer no processo de implantação da EBBS nos seis municípios piloto, identificando suas potencialidades e seus limites com vistas a contribuir com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, e com demais iniciativas voltadas para a primeira infância.

O Sumário de Pesquisa apresenta de forma sintética os resultados da análise e recomendações elaboradas a partir de evidências consolidadas pelo o estudo e validadas pelos participantes. O Relatório Final de Pesquisa e, posteriormente os artigos científicos oriundos desta, permitirão o acesso a maiores informações sobre aspectos teóricos, metodológicos e de resultados.

Agradecemos a colaboração de todos os que participaram da pesquisa, em especial a Coordenação Nacional da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.

Almejamos que este estudo, além de cumprir os objetivos acadêmicos de construir e divulgar o conhecimento, possa contribuir para a melhoria da gestão local dos municípios piloto e para a proposição de iniciativas voltadas para a primeira infância.

³ Define-se intervenção como um sistema organizado de ações que tem por objetivo transformar uma “situação problemática” num determinado local e período (Brousselle *et al.*, 2011). No caso da EBBS, a intervenção é uma estratégia. Uma estratégia cobre uma variedade de intervenções, sejam simples ou complexas, que nem sempre estão integradas entre si. Ela se define pelas prioridades e não simplesmente por um conjunto de ações delimitadas. Geralmente uma estratégia apresenta vários objetivos e é operada por vários atores (Joint Evaluation Unit of EuropeAid, 2008).

PERCURSO DA PESQUISA AVALIATIVA

No campo teórico da avaliação, a despeito das discussões conceituais acerca do que é avaliação, é consenso que, essencialmente, se trata de realizar um julgamento de valor sobre uma intervenção que seja capaz de produzir informações cientificamente válidas e socialmente reconhecidas sobre a intervenção ou sobre algum de seus componentes (Brousselle *et al.*, 2011).

A avaliação pode ser de dois tipos: avaliação normativa ou pesquisa avaliativa. Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa avaliativa, pois através de procedimentos científicos buscou-se compreender o “*como*” e o “*porque*” (Brousselle *et al.*, 2011) das mudanças ocorridas no processo de implantação nos campos da intervenção, no caso da EBBS, os municípios piloto.

O percurso histórico dos processos de avaliação pode ser dividido em quatro gerações, sendo que cada uma privilegia um dos seguintes aspectos: mensuração, descrição, julgamento e negociação (Brousselle *et al.*, 2011).

A avaliação que tem seu foco na negociação, e que foi empregada nesta pesquisa avaliativa, é denominada avaliação de quarta geração. Esta perspectiva avaliativa pressupõe, em seu processo, trocas e tomadas de decisões compartilhadas entre os avaliadores e os envolvidos na intervenção. Sem perder seu caráter científico, ela não se distancia de sua função social e política, considerando não somente os fatos, mas também os contextos onde se dão as atividades da intervenção avaliada (Guba & Lincoln, 2011).

Consideramos que a avaliação deve ter a função de gerar análises sobre os processos de trabalho e efeitos de aprendizagens, com intuito de possibilitar decisões coletivas nas quais diferentes atores se responsabilizem por juntos promover mudanças (Passos & Benevides, 2009).

Abordagens metodológicas e análise dos dados

Nesta pesquisa foi utilizada como estratégia metodológica a triangulação de métodos (Minayo *et al.*, 2005), com a aplicação de técnicas metodológicas participativas e de produção de consenso utilizadas em avaliação de intervenções em saúde. As fontes deste estudo foram grupos nominais⁴ (Deslandes & Mendes, 2009; Deslandes *et al.*, 2010; Deslandes *et al.*, 2011; Deslandes & Mendes, 2011), grupos focais, entrevistas individuais, consultas virtuais e presenciais, além de levantamento do acervo documental da EBBS.

A escolha por trabalhar com estratégias metodológicas participativas demonstra o reconhecimento pelos saberes e experiências daqueles que formularam e operaram a intervenção, o que só foi possível com o apoio dos “*especialistas*” da EBBS. Através de um trabalho cooperativo buscou-se produzir reflexões e consensos sobre o que constitui a proposta da Estratégia.

Na análise de implantação da EBBS foram focadas as articulações das ações e a proposição de inovações no modo de fazer, isto é, na *práxis* construída pela Estratégia. Assim, a pesquisa realizou uma avaliação das mudanças que ocorreram nos contextos onde foram implantadas as ações da EBBS, enfatizando as questões relacionadas à concepção da intervenção e suas estratégias de operacionalização.

⁴ A técnica de grupo nominal, chamada TGN, é uma reunião estruturada com o intuito de construir um consenso possível entre especialistas a respeito de um assunto específico. Seu objetivo de viabilizar a comunicação entre grupos de especialistas e não de solucionar, de modo definitivo, as questões abordadas. Destes grupos participam os denominados especialistas, que são aqueles que, segundo critérios predefinidos na pesquisa, possuem saber sobre os temas e processos a serem discutidos (Deslandes & Mendes, 2009; Deslandes *et al.*, 2010; Deslandes *et al.*, 2011; Deslandes & Mendes, 2011).

Foram construídos critérios avaliativos a partir da configuração do modelo teórico da EBBS e a análise avaliativa guiou-se pela correlação entre os critérios e a operacionalização da Estratégia nos municípios piloto.

A avaliação de uma intervenção pode ter como foco a intervenção como um todo ou um de seus componentes. Antes de iniciar a avaliação de uma intervenção, o pesquisador necessita perguntar-se: a) o porquê avaliar; b) qual a intervenção será avaliada e quais de seus componentes; c) qual o destinatário da avaliação; d) qual o histórico da intervenção; e) em que momento da intervenção se dará a avaliação, sinalizando se ela será concomitante, intermediária ou final e, f) os meios que serão utilizados na condução da avaliação (Brousselle *et al.*, 2011).

O primeiro momento de uma pesquisa avaliativa é a construção do modelo teórico, que é a teoria da intervenção. Nesta pesquisa avaliativa, a construção do modelo teórico foi o momento anterior ao questionamento avaliativo. Um modelo teórico é construído para permitir que se visualize a relação do que a intervenção propõe com os efeitos esperados, de modo que esse fluxo sirva como base para pesquisa avaliativa, refletindo sobre a correspondência entre a proposta teórica e o funcionamento da intervenção (Brousselle *et al.*, 2011).

O modelo teórico da EBBS foi construído de forma consensual, pactuada e validada, com a participação de membros da Coordenação Nacional da EBBS (CN/EBBS) e operadores da implantação da EBBS nos municípios piloto. Esse resultado da pesquisa avaliativa está apresentado de forma sintética neste Sumário na seção denominada *Desenho Avaliativo*.

Na elaboração das ferramentas avaliativas e na análise dos dados quantitativos foram utilizadas as seguintes medidas estatísticas: média, mediana e intervalos interquartílicos.

A análise dos depoimentos, discussões e comentários (grupos nominais e grupos focais), entrevistas, matrizes avaliativas e do Instrumento de Autoavaliação de Apoiadores Locais foi conduzida pela análise temática, adaptada por Minayo (2002), priorizando-se seus conteúdos manifestos. As entrevistas foram complementadas pelas notas de campo dos assistentes de pesquisa. Todo o acervo foi codificado tematicamente, categorizado segundo proposições éticas e também êmicas. As regularidades foram tratadas a partir do foco comparativo e transversal do dos territórios piloto. As singularidades de cada um dos municípios piloto foram analisadas como caso único e postas em destaque.

A análise dos critérios avaliativos foi realizada considerando-se a sinergia entre eles e as diretrizes às quais estavam referidos (conectividade entre os critérios e possibilidade de inclusão em mais de um dos conjuntos de critérios das diretrizes).

Operacionalização da pesquisa

A pesquisa foi realizada em etapas concomitantes e articuladas:

Etapas 1: Revisão bibliográfica sobre primeira infância e políticas públicas correlacionadas à EBBS.

Etapas 2: Pactuação da participação dos envolvidos na pesquisa (grupo de operadores e CN/EBBS) e construção da agenda do trabalho de campo nos municípios piloto.

Etapas 3: Realização de entrevistas individuais com informantes privilegiados sobre a formulação da EBBS.

Etapas 4: Visita aos municípios piloto e realização de entrevistas com: (a) gestores municipais de saúde; (b) profissionais de saúde dos territórios de atuação da EBBS no município; (c) Apoiadores Locais e, d) participantes do Grupo Executivo Local (GEL) de cada um dos seis municípios piloto.

Etapas 5: Levantamento do histórico da Estratégia, com a construção do acervo da memória da intervenção.

Etapa 6: Construção, pactuação e validação do marco teórico e do modelo lógico da EBBS (técnica grupo nominal, grupo focal e consultas virtuais e presenciais).

Etapa 7: Construção, pactuação e validação dos critérios e ferramentas da avaliação (técnica grupo nominal, consultas virtuais e consulta presencial).

Etapa 8: Validação do texto do Desenho avaliativo com a CN/EBBS.

Etapa 9: Revisão do texto do Desenho avaliativo e divulgação prévia e restrita entre os participantes da pesquisa.

Etapa 10: Aplicação de Instrumento de Autoavaliação dos Apoiadores Locais da EBBS.

Etapa 11: Processamento dos dados das fontes primárias (transcrição de áudio de grupos e entrevistas).

Etapa 12: Pré-análise das entrevistas e categorização temática, segundo as diretrizes da EBBS.

Etapa 13: Pré-análise dos Instrumentos de Autoavaliação dos Apoiadores Locais da EBBS e categorização temática, segundo as diretrizes da EBBS.

Etapa 14: Análise dos resultados.

Etapa 15: Confeção do Relatório de pesquisa.

Etapa 16: Validação das recomendações em seminário com participantes da pesquisa.

Etapa 17: Revisão técnica do Relatório de pesquisa.

Etapa 18: Confeção, revisão e validação do Sumário da pesquisa.

Etapa 19: Divulgação dos resultados através da apresentação do Sumário da pesquisa em seminário final da EBBS com Comitê Técnico Consultivo e Ministério da Saúde.

Participantes da pesquisa

A pesquisa consultou 51 participantes que formaram um grupo heterogêneo distribuídos em quatro grupos (Quadro 1), de acordo com sua posição na concepção e implantação da EBBS.

Quadro 1: Participantes da pesquisa avaliativa da implantação da EBBS, 2011.

Grupos	Perfis	Nº Participantes
G1: FORMULADORES	Gestores da saúde do âmbito federal que participaram da concepção da EBBS (2007/2011).	04
G2: REDES LOCAIS	Apoiadores ⁵ , gestores e profissionais de saúde, representantes do GEL e/ou de outras redes intersetoriais.	27
G3: OPERADORES	Apoiadores, assistentes de pesquisa (Santa Filomena - PE e Campo Grande - MS), apoiadora regional e articuladores locais, no caso do Rio de Janeiro - RJ.	14
G4: COORDENAÇÃO NACIONAL	Coordenadora técnica ⁶ e coordenadora adjunta, apoiadora matricial junto ao Ministério da Saúde e consultoras da CN/EBBS.	06

Na realização desta pesquisa foram observados os preceitos éticos para os estudos que envolvem seres humanos, com base na Resolução no 96/1996 (Brasil, 2011). A pesquisa foi cadastrada no

⁵ Os Apoiadores foram entrevistados na visita de campo aos municípios e também compuseram outro grupo da pesquisa, Operadores, sendo contabilizados neste último.

⁶ A coordenadora técnica foi entrevistada como formuladora, sendo contabilizada neste grupo, apesar de ter participado das atividades do grupo CN/EBBS.

Sistema Nacional de Ética em Pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa⁷ do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Os custos da pesquisa serão financiados pelo convênio de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Fiocruz (Termo do Cooperação Nº14/2010).

⁷ CAAE - 0082.0.008.000-11.

DESENHO AVALIATIVO

Marco teórico da EBBS

A construção do marco teórico de uma intervenção é a etapa da pesquisa avaliativa em que se busca descrever o problema, a população alvo, o contexto circunscrito, as estratégias e determinados efeitos esperados, explicitando o funcionamento ideal da intervenção (Furtado, 2001; Medina *et al.*, 2008).

Na elaboração do marco teórico da EBBS foram utilizadas diversas fontes, tais como: publicações; legislação; acervo histórico da gestão; entrevistas com informantes privilegiados (formuladores da EBBS); encontros com os especialistas da EBBS⁸ (utilização das técnicas grupo nominal e grupo focal) e consultas por meio eletrônico aos mesmos⁹. A análise dos documentos, das transcrições de entrevistas e dos consensos produzidos pelos especialistas subsidiou a construção do desenho avaliativo.

No processo de construção do marco teórico da EBBS foram considerados os saberes sobre os modos de fazer a partir das experiências dos especialistas da EBBS. Foram então, redefinidas e hierarquizadas as estratégias inicialmente propostas com o objetivo de construir e pactuar suas dimensões, posteriormente caracterizadas como princípios e diretrizes. Também foram definidos e validados dispositivos, estratégias e alguns dos efeitos esperados, assim como critérios avaliativos¹⁰.

Foram consensualmente acordados seis princípios¹¹, como bases que fundamentaram a EBBS:

Transversalidade: dissolução momentânea de fronteiras entre os territórios de poder e de saber, fomentando a transformação nos modos de relação entre sujeitos. Existe transversalidade quando há aumento do grau de comunicação, que considera os afetos envolvidos na constituição das relações de trabalho, intra e intergrupos.

Ambiente facilitador à vida: processo que contempla o suporte ambiental necessário para que a criança e sua família recebam adequadamente cuidados físicos e psíquicos para o desenvolvimento e conquista da autonomia e preparo para a vida. Envolve o estabelecimento de vínculos entre crianças, familiares e profissionais que atuam na atenção integral à criança e à comunidade.

Sinergia: movimento necessário de articulação para favorecer cenários políticos que possibilitem a convergência de interesses na construção de novas práticas e no trabalho conjunto.

Inovação: processo de experimentação de práticas de gestão e de cuidado, que gera um novo olhar sobre os problemas propondo soluções inovadoras¹².

Intersetorialidade: articulação entre agentes, setores e instituições, que amplia a interação e favorece o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões e efeitos positivos na produção de saúde e de cidadania.

Indissociabilidade entre a atenção e a gestão: inseparabilidade entre modos de cuidar, gerir e apropriar-se do trabalho; entre clínica e política, e entre a produção de saúde e de subjetividade.

⁸ As referências aos conteúdos das entrevistas com os informantes privilegiados sobre a concepção da EBBS são apresentadas no texto como Formulador 1, Formulador 2, Formulador 3 e Formulador 4.

⁹ Membros da coordenação nacional e operadores de campo EBBS nos municípios piloto.

¹⁰ A redação de princípios, diretrizes, dispositivos, estratégias e efeitos foi construída pelos atores consultados e majoritariamente mantida. As únicas alterações produzidas pela equipe de pesquisa visaram maior clareza redacional ou adequação de estilo gramatical.

¹¹ Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas (Brasil, 2008).

¹² A equipe de pesquisa optou por esta definição com base na análise das discussões e sugestões do grupo, já que não houve consenso.

Como orientações gerais para a implantação das ações da EBBS nos municípios piloto foram construídas e pactuadas quatro diretrizes¹³:

Fomento às iniciativas locais: mapeamento, apoio e valorização de práticas de gestão e de cuidado nos territórios de atuação da EBBS, considerando suas peculiaridades, seus recursos, suas fragilidades e potencialidades.

Fortalecimento de vínculos: investimento nas relações que favorecem os laços entre a criança e seus cuidadores, assim como entre os distintos profissionais envolvidos nas práticas e gestão do cuidado.

Fomento às grupalidades: incentivo à realização do trabalho em grupo de modo a incluir heterogeneidades, potencializar vínculos e o sentido de pertencimento, e favorecer o protagonismo e a produção coletiva.

Cogestão e gestão compartilhada: modos de gerir que incluem diferentes agentes de gestão, de atenção e do controle social na negociação dos interesses, na tomada de decisões e na construção de modos de fazer, produzindo corresponsabilização e fomentando o protagonismo.

Na formulação dos dispositivos da EBBS alguns destes se confundem com as funções desempenhadas por pessoas e/ou coletivos. A EBBS dispôs de cinco dispositivos¹⁴: Apoiador Matricial; Apoiador Local, Encontro de Apoiadores, Grupo Executivo Local (GEL) e Grupo Executivo Nacional (GEN).

Baseados nos princípios e através das diretrizes, acionadas pelos dispositivos para promover suas estratégias e processos de trabalho, a EBBS buscou alcançar os seguintes efeitos:

- Produção de práticas de cuidado favorecedoras ao ambiente facilitador à vida.
- Articulação de políticas e adequação de ações ao contexto local para o cuidado integral à primeira infância.
- Mudança nas práticas de gestão e cuidado a partir da inclusão do tema ambiente facilitador ao desenvolvimento infantil.
- Aumento do protagonismo das famílias na produção de cuidado, levando em consideração sua determinação social.
- Desenvolvimento do trabalho intersetorial entre diferentes atores e serviços governamentais e não-governamentais.
- Aumento do compartilhamento das decisões entre os profissionais da atenção e da gestão.
- Aumento do compartilhamento de práticas de cuidado voltadas para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os seis anos.
- Ativação de coletivos¹⁵ para produção de ações voltadas para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os seis anos.

Modelo lógico da EBBS

O modelo lógico é a apresentação do marco teórico sob a forma de diagrama que apresenta a proposta da intervenção, as ligações entre os seus componentes e os processos de operacionalização para fins de compreensão de seu funcionamento (Furtado, 2001).

A utilização do modelo lógico da EBBS busca esquadrihar os seus componentes, sua operacionalização e facilitar sua compreensão. A Figura 1 apresenta a intervenção sob a forma de um diagrama, explicitando as ligações entre seus princípios, diretrizes, dispositivos, estratégias e efeitos esperados.

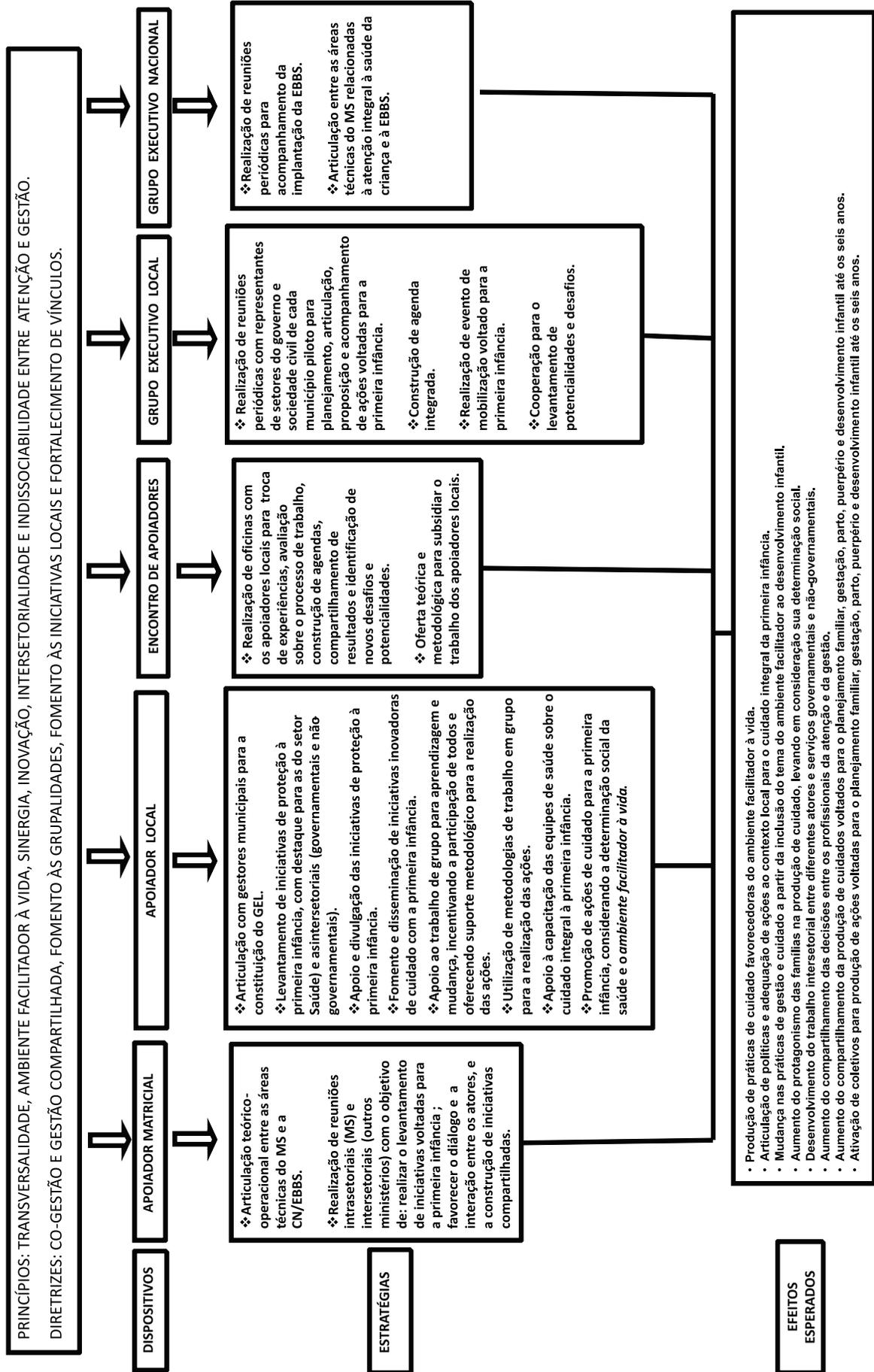
¹³ Para fins desta pesquisa avaliativa, entenderemos as diretrizes como as orientações gerais de determinada política e suas ações.

¹⁴ Para fins desta pesquisa avaliativa, dispositivos serão entendidos como a viabilização dos princípios, das diretrizes e dos resultados esperados através de um “modo de fazer” que coloca em análise os processos de trabalho e possibilita mudanças nas práticas de saúde.

¹⁵ Equipe ou grupo de pessoas que se organiza com o objetivo de produzir algo de interesse da sociedade ou de uma parcela desta (Campos, 2007).

Figura 1: Modelo Lógico da Estratégia Brasileira e Brasileirinhas Saudáveis

MODELO LÓGICO DA EBBS



Dimensões avaliativas da EBBS

As dimensões de um desenho avaliativo devem se direcionar às principais linhas de ação e estratégias fundamentais da intervenção. A sua definição não deve ser uma tarefa autônoma, mas atividade conjunta com os formuladores e gestores do programa ou política. (Nirenberg *et al.*, 2000).

Nesta pesquisa, as dimensões avaliativas foram agrupadas em consonância com as diretrizes da EBBS - Fomento às iniciativas locais, Fortalecimento de vínculos, *Fomento às grupalidades e Cogestão e gestão compartilhada* - e, indiretamente aos dispositivos GEL e Apoiador Local. Priorizou-se na análise da implantação da Estratégia, os seus processos e seus modos de fazer.

Os critérios avaliativos (Quadro 2), associados às diretrizes, foram construídos, pactuados e validados com os especialistas da EBBS.

É importante observar que alguns dos critérios podem ser aplicados a mais de uma diretriz.

Quadro 2: Critérios, segundo as diretrizes, para a avaliação da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, 2012.

Diretriz 1. Fomento às iniciativas locais
1. Definição de profissional de referência na articulação entre as redes de educação, saúde e assistência social nos territórios de atuação da EBBS.
2. Articulação intersetorial na proposição de práticas inovadoras voltadas para planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e cuidados com crianças de zero a seis anos.
3. Realização de levantamento sobre ações e oferta de serviços voltados para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e cuidados com crianças de zero a seis anos no território de atuação da EBBS.
4. Apoio às experiências exitosas voltadas para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e cuidados com crianças de zero a seis anos no território de atuação da EBBS.
Diretriz 2. Fortalecimento de vínculos
1. Oferta aos profissionais de saúde, educação e assistência social, de modos de fazer que promovam o ambiente emocional facilitador ao desenvolvimento infantil.
2. Incentivo à presença do pai ou figura substitutiva em ações de atenção à saúde durante a gestação, o parto e nos cuidados com a criança.
3. Utilização de metodologias que promovam o protagonismo das famílias no cuidado de crianças de zero a seis anos.
4. Oferta de formação sobre saúde mental e desenvolvimento infantil para os profissionais das redes municipais de saúde, educação e assistência social.
Diretriz 3. Fomento às grupalidades
1. Instituição de espaços de troca de saberes e experiências entre profissionais de diferentes setores relacionados à atuação da EBBS.
2. Realização de trabalhos conjuntos e parcerias intrasetoriais na saúde voltadas para crianças de zero a seis anos.
3. Realização de atividades grupais voltadas para planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e cuidados com crianças de zero a seis anos no território de atuação da EBBS.
4. Oferta de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho, que possibilitem análises sobre os afetos envolvidos e as relações entre os profissionais.
Diretriz 4. Cogestão e gestão compartilhada
1. Existência de ações pactuadas entre diferentes setores para a realização de atividades conjuntas nos territórios de atuação da EBBS.
2. Planejamento de ações intersetoriais, a partir das proposições do Grupo Executivo Local.
3. Realização de ações de atenção integral à saúde da criança, a partir das proposições do Grupo Executivo Local.
4. Utilização de metodologias que promovam o protagonismo dos profissionais nas práticas de cuidado e gestão voltadas para crianças de zero a seis anos.

A construção do desenho avaliativo teve o intuito de sistematizar de forma clara o modo de funcionamento da EBBS e apresentar qual o foco que a pesquisa avaliativa empregou em seu estudo.

Concluído e validado pela CN/EBBS, o desenho avaliativo como um produto da pesquisa e como uma contribuição teórica e operacional à EBBS, coube então sua utilização na análise da implantação nos municípios piloto.

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO NOS SEIS MUNICÍPIOS PILOTO

Caracterização dos municípios piloto e contextos da implantação

Nesta seção do Sumário de Pesquisa os municípios piloto serão brevemente retratados, a partir de informações sobre as redes locais que estão associadas à situação da infância e a alguns determinantes sociais da saúde. Também é apresentada a análise do contexto¹⁶ em que se deu a implantação em cada um dos municípios.

Araripina – Sertão do Araripe¹⁷/ Pernambuco

O município possui área de 1.892,588 Km². Sua população, em 2010, era de 77.302 habitantes, com densidade demográfica de 40,84 hab./Km² e está localizado a 960 km da capital do estado. Parte da população, precisamente 46.908 habitantes (60,7%), residia na área urbana. A população total de crianças de zero a seis anos correspondia a um total de 10.419 crianças equivalendo a 13,47% da população (IBGE, 2012).

Araripina em 2009 apresentava um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 4.284,80 (IBGE, 2012). Como se verifica na Tabela 1, em 2003, mais de 60% da população do município vivia em condições de pobreza.

Tabela 1: Distribuição da pobreza e desigualdade - Araripina, 2003

Incidência da Pobreza	61,68%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	58,19 %
Limite superior da Incidência de Pobreza	65,16%
Índice de gini ¹⁸	0,45

Fonte: IBGE Cidades, 2012

Quanto às condições sanitárias, em 2010, 63% dos domicílios urbanos possuíam saneamento adequado, enquanto dentre os domicílios rurais somente 0,1% (IBGE, 2012).

Segundo informações do IBGE (2012), a rede educacional de Araripina, em 2009, contava com 98 unidades de ensino pré-escolar, sendo 88 delas municipais.

¹⁶ Para tal análise foram utilizadas informações oriundas das entrevistas realizadas no trabalho de campo e dos Instrumentos de Autoavaliação do Apoiador Local.

¹⁷ O Território Sertão do Araripe - PE abrange uma área de 12.020,30 Km² e é composto por 10 municípios: Araripina, Granito, Ipubi, Ouricuri, Trindade, Bodocó, Exu, Moreilândia, Santa Cruz e Santa Filomena. Disponível em: <<http://www.territoriosdacidadania.gov.br>> ano 2012.

¹⁸ Coeficiente de Gini é um parâmetro internacional usado para medir a desigualdade de distribuição de renda entre os países. O coeficiente varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo do zero menor é a desigualdade de renda num país, ou seja, melhor a distribuição de renda. Quanto mais próximo do um, maior a concentração de renda num país.

Tabela 2: População 0 a 6 anos que frequentava a escola - Araripina, 2010.

Grupo etário	Total	Percentual de crianças na pré-escola ou escola
0 a 3	6.033	12,77%
4 a 5	2.787	86,97%
6	1.599	94,87%

Fonte: IBGE Cidades, 2012.

Segundo informações do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), a rede de Assistência Social do município no primeiro semestre de 2012 era composta por três unidades do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) / Proteção Básica, que até junho deste ano, havia atendido 15.000 famílias cadastradas, e uma unidade do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil¹⁹ (PETI), até abril de 2012 atendera 820 crianças e adolescentes (Brasil, 2012).

Quanto a estatística de registro civil, segundo o IBGE, em 2010 1.974 nascidos vivos foram registrados no município (IBGE, 2012).

Contexto da implantação da EBBS

Início da implantação: ocorreu em 01 de junho de 2010, data em que houve visita da CN/EBBS ao município e a apresentação aos gestores e profissionais do âmbito da atenção sobre os objetivos da Estratégia e, por parte dos gestores locais, a apresentação das iniciativas desenvolvidas no território voltadas às mulheres, gestantes e crianças de zero a seis anos. A atuação da Apoiadora Iniciou-se posteriormente.

Vinculação institucional da EBBS na gestão local: Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Durante o processo, houve maior interlocução com a atenção básica.

Apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: não houve.

Inserção da EBBS em documento oficial municipal de planejamento da gestão: não houve.

Suporte administrativo para execução de atividades: se deu por meio da disponibilização da infraestrutura local e de lanches pela SMS para reuniões do Comitê Executivo Local (CEL)²⁰ e oficinas.

Apoio político municipal: a disseminação da Estratégia no âmbito político da gestão foi menos intensa, com modesto envolvimento da gestão local. No entanto, houve liberação dos profissionais da rede local pela gestão para a participação nas atividades propostas pela EBBS.

Apoio político estadual: se fez presente através do Programa Mãe Coruja Pernambucana, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, com a liberação de técnicos para atuar junto à Estratégia, acompanhamento das ações desenvolvidas e disponibilização de infraestrutura e transporte para deslocamento das apoiadoras dos territórios de atuação da EBBS no Sertão do Araripe.

Apoio do Ministério da Saúde: não houve um apoio específico do Ministério da Saúde que fosse independente da participação da CN/EBBS.

Formas de apoio da CN/EBBS: houve um acompanhamento próximo das ações, participação nas oficinas locais, articulação entre profissionais de diferentes áreas do Ministério da Saúde e disponi-

¹⁹ Programa do governo federal que tem como objetivo retirar as crianças e adolescentes (abaixo de 16 anos) do trabalho considerado perigoso, penoso, insalubre ou degradante, além de possibilitar o acesso, a permanência e o bom desempenho dessas crianças e adolescentes na escola. A bolsa destinada pelo governo federal é de R\$40,00 por criança, em atividade urbana, para capitais, regiões metropolitanas e municípios com população acima de 250 mil habitantes.

²⁰ Em Araripina o Grupo Executivo Local (GEL) recebeu o nome de Comitê Executivo Local (CEL).

bilização de material técnico (livros para os agentes comunitários de saúde e caderneta da criança). Houve também suporte financeiro para a realização das oficinas e Semana da Criança, disponibilização de material para estruturação de unidades, suporte técnico, oferta de capacitações e investimento na formação da Apoiadora.

Santa Filomena – Sertão do Araripe / Pernambuco

O município possui área de 1.005,040 Km² e está localizado a 728 km da capital do estado. Em 2010, a população era de 13.371 habitantes, com densidade demográfica de 13,30 hab/Km², sendo que 83% (11.145) residiam na área rural. A população total de crianças de zero a seis anos era de 1.742 crianças, equivalendo a 13,02% da população (IBGE, 2012).

Em 2009, Santa Filomena apresentava PIB *per capita* de R\$ 3.080,23 (IBGE, 2009). Como se verifica na Tabela 3, em 2003 mais de 70% da população do município vivia em condições de pobreza. Nota-se que a desigualdade era baixa se comparada ao padrão nacional, demarcando uma situação de pobreza disseminada de forma mais ampla na cidade.

Tabela 3: Distribuição da pobreza e desigualdade - Santa Filomena, 2003.

Incidência da Pobreza	74,85%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	68,87 %
Limite superior da Incidência de Pobreza	80,84%
Índice de gini	0,37

Fonte: IBGE Cidades, 2012.

Quanto à condição sanitária, em 2010, 16,0% dos domicílios urbanos possuíam saneamento adequado e na área rural somente 0,9% (IBGE, 2012).

Segundo informações do IBGE (2012), a rede educacional de Santa Filomena, em 2009 contava com 36 unidades de ensino pré-escolar com 48 docentes.

Tabela 4: População 0 a 6 anos que frequentava a escola - Santa Filomena, 2010.

Grupo etário	Total	Percentual de crianças na pré-escola ou escola
0 a 3	968	119
4 a 5	516	354
6	258	239

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

No que concerne à rede de assistência social do município, sua organização se caracteriza por dispor de uma unidade de CRAS. Até junho deste ano este equipamento havia atendido 2.500 famílias cadastradas. Segundo informações do MDS, o PETI, até abril de 2012, contemplara 247 crianças e adolescentes atendidos (Brasil, 2012).

Quanto às informações sobre registro civil, em 2010, 271 nascidos vivos foram registrados no município (IBGE, 2012).

Contexto da implantação da EBBS

Início da implantação: o início da implantação se deu em julho de 2010, com visita da CN/EBBS e apresentação da EBBS para profissionais do âmbito técnico da gestão e da atenção e sociedade civil.

Neste momento, também foram apresentados os principais indicadores do município e definido o Apoiador Local.

Vinculação institucional da EBBS na gestão local: a EBBS esteve vinculada à Secretaria de Assistência Social, porém mudanças na gestão, com a saída da então secretária, direcionaram a vinculação da EBBS à Secretaria de Saúde, especialmente à Atenção Primária.

Apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: não houve.

Inserção da EBBS em documento oficial municipal de planejamento da gestão: não houve.

Suporte administrativo para execução de atividades: foi oferecido suporte administrativo por parte da gestão municipal.

Apoio político municipal: houve apoio e interesse político por parte da gestão municipal e contato entre Apoiadora e secretários para encaminhamentos relativos à implantação da EBBS.

Apoio político estadual: houve apoio através do Programa Mãe Coruja Pernambucana, que autorizou a liberação de técnicos para participação nas oficinas desenvolvidas, disponibilizou transporte para deslocamento das apoiadoras dos territórios de atuação da EBBS no Sertão do Araripe, assim como a disponibilização de infraestrutura física para realização de atividades.

Apoio do Ministério da Saúde: foi dado através da CN/EBBS com a disponibilização de unidades da caderneta da criança e da publicação sobre a linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Formas de apoio da CN/EBBS: a CN/EBBS autorizou a Apoiadora a contratar um Assistente de Pesquisa, que foi indicado pela Prefeita do município e mais tarde substituído por outro profissional. Houve também apoio financeiro para a realização de oficinas, compra de material para atividades na creche e nas equipes da ESF, para a realização da Semana da Criança, assim como no acompanhamento de ações e na articulação junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde com vistas à realização de capacitação.

Florianópolis / Santa Catarina

O município é a capital do estado de Santa Catarina e localiza-se no litoral, contando com uma parte insular (Ilha de Santa Catarina) e outra parte continental ligada à cidade pela ponte pênsil Hercílio Luz. Possui área de 671,578 Km², e em 2010 sua população era de 421.240 habitantes e densidade demográfica de 627,24 hab/Km². Neste mesmo ano a população total de crianças no grupo etário de zero a seis anos era de 31.110 crianças, equivalendo a 7,38% da população (IBGE, 2012).

Em 2009, Florianópolis apresentava PIB *per capita* de R\$ 20.305,44 (IBGE, 2012).

Tabela 5: Distribuição da pobreza e desigualdade - Florianópolis, 2003.

Incidência da Pobreza	23,49
Limite inferior da Incidência de Pobreza	16,88
Limite superior da Incidência de Pobreza	30,09
Índice de gini	0,40

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

Sobre as condições sanitárias, 85,1% dos domicílios urbanos possuíam saneamento adequado e 14,8% saneamento semi-inadequado (IBGE, 2012).

Segundo informações do IBGE, a rede educacional de Florianópolis, em 2009 contava com 138 unidades de ensino pré-escolar, sendo 75 destas municipais, uma estadual, uma federal e 60 da rede privada. Neste segmento da rede trabalhavam 691 docentes (IBGE, 2012).

Tabela 6: População 0 a 6 anos que frequentava a escola, Florianópolis, 2010.

Grupo etário	Total	Percentual de crianças na pré-escola ou escola
0 a 3	18.626	47,55%
4 a 5	9.385	87,32%
6	4.281	95,79%

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

No que concerne à Assistência Social do município, a rede possui 13 unidades do CRAS / Proteção Básica, que até junho deste ano havia atendido 65.000 famílias cadastradas e, duas unidades do CREAS. Ainda segundo informações do MDS, o PETI, até abril do mesmo ano havia atendido 394 crianças e adolescentes (Brasil, 2012).

Sobre o registro civil, em 2010, 6.826 nascidos vivos foram registrados (IBGE, 2012).

Contexto da implantação da EBBS

Início da implantação: ocorreu em onze de maio de 2010, na primeira reunião entre o Secretário Municipal de Saúde, o Apoiador e a CN/EBBS, que teve como produto o primeiro plano de ação da EBBS para o município.

Vinculação institucional da EBBS na gestão local: a EBBS ficou vinculada à diretoria de Atenção Primária da SMS.

Apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: não houve.

Inserção da EBBS em documento oficial municipal de planejamento da gestão: não houve.

Suporte administrativo para execução de atividades: não houve suporte administrativo da gestão municipal.

Apoio político municipal: o Apoiador avaliou que o apoio político e institucional garantido pela gestão municipal foi satisfatório no início da implantação, tendo sido atendidas todas as demandas feitas. No entanto, em 2010 houve um afastamento do gestor local.

Apoio político estadual: não houve apoio por parte da Secretaria Estadual de Saúde à implantação da EBBS no município.

Apoio do Ministério da Saúde: não houve um apoio específico do Ministério da Saúde que fosse independente da participação da CN/EBBS.

Formas de apoio da CN/EBBS: foi oferecido suporte para pensar estratégias para os municípios através do dispositivo Encontro de Apoiadores e oportunidades de dar visibilidade à experiência local em outros fóruns relacionados às temáticas afins da EBBS (Congresso da Rede Unida, Encontro da Rehuna e Semana do Bebê).

Rio Branco / Acre

A capital do estado do Acre possui área de 8.835,675 Km² e, em 2010, sua população era de 336.038 habitantes, sendo a densidade demográfica de 38.03 hab/Km². A população total de crian-

ças em 2010 entre zero e seis anos era de 42.924 crianças, equivalendo a 12,77% do total da população do município (IBGE, 2012).

Em 2009, Rio Branco apresentava PIB *per capita* de R\$ 12.542,31 (IBGE, 2012).

Tabela 7: Distribuição da pobreza e desigualdade, Rio Branco, 2003.

Incidência da Pobreza	37,21
Limite inferior da Incidência de Pobreza	33,93
Limite superior da Incidência de Pobreza	40,48
Índice de gini	0,52

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

Sobre as condições sanitárias, apenas 34,3% dos domicílios urbanos possuíam saneamento adequado, em 2010, enquanto 60,8% possuíam saneamento semi-inadequado e 4,9% saneamento inadequado (IBGE, 2012).

Segundo informações do IBGE, a rede educacional de Rio Branco, em 2009 contava com 70 unidades de ensino pré-escolar, sendo 33 destas municipais, 22 estaduais, uma federal e 15 da rede privada. Nas unidades de ensino pré-escolar trabalhavam 402 docentes (IBGE, 2012).

Tabela 8: População 0 a 6 anos que frequentava a escola, Rio Branco, 2010.

Grupo etário	Total	Percentual de crianças na pré-escola ou escola
0 a 3	24.264	9,77%
4 a 5	12.566	72,37%
6	6.094	91,92%

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

No que concerne à Assistência Social do município, sua rede está organizada com sete CRAS / Proteção Básica, que junho deste ano havia atendido um total de 31.667 famílias cadastradas, e um CREAS. Segundo informações do MDS, o PETI, até abril de 2012 havia atendido 1.876 crianças e adolescentes atendidos (Brasil, 2012).

Quanto aos dados sobre registro civil, em 2010, 6.541 nascidos vivos foram registrados em Rio Branco (IBGE, 2012).

Contexto da implantação da EBBS

Início da implantação: ocorreu em dezessete de maio de 2010, dez dias após a reunião da CN/EBBS com o prefeito.

Vinculação institucional da EBBS na gestão local: Diretoria de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: não houve.

Inserção da EBBS em documento oficial municipal de planejamento da gestão: não houve.

Suporte administrativo para execução de atividades: foi oferecido suporte administrativo pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização das oficinas sobre Linhas de Cuidado.

Apoio político municipal: a Apoiadora afirmou que o prefeito teve interesse especial pela EBBS, pois possuía um histórico de militância na área da saúde materno-infantil. No entanto, os secretários muni-

cipais não se sensibilizaram com a proposta em função da falta de financiamento para a implantação. Contudo, foi constituída uma equipe de suporte à implantação no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde com representantes da Diretoria de Assistência à Saúde e as Gerências das áreas técnicas de Saúde da Criança e da Mulher, que vieram a desempenhar um papel no processo de implantação da EBBS no município.

Apoio político estadual: a EBBS obteve apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Acre através do consentimento para que a Apoiadora acumulasse esta função com a de servidora pública estadual, assim como recursos para viabilizar a execução de algumas atividades da EBBS.

Apoio do Ministério da Saúde: não houve um apoio específico do Ministério da Saúde que fosse independente da participação da CN/EBBS.

Formas de apoio da CN/EBBS: participação no I Encontro Municipal sobre a EBBS, bolsa para a Apoiadora e recursos para participação nas reuniões do dispositivo EBBS Encontros de Apoiadores.

Campo Grande / Mato Grosso do Sul

A capital do estado do Mato Grosso do Sul, possui área de 8.092,966 Km², com população de 786.797 habitantes em 2010 e densidade demográfica de 97,22 hab/Km². A população total de crianças em 2010 no grupo etário de zero a seis anos era de 79.016 crianças equivalendo a 10,04% da população (IBGE, 2012).

Em 2009, Campo Grande apresentava um PIB *per capita* de R\$ 15.422,30 (IBGE, 2012).

Tabela 9: Distribuição da pobreza e desigualdade, Campo Grande, 2003.

Incidência da Pobreza	29,25
Limite inferior da Incidência de Pobreza	27,69
Limite superior da Incidência de Pobreza	30,81
Índice de gini	0,46

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

Sobre as condições sanitárias, 57,1 % dos domicílios urbanos apresentavam saneamento adequado, enquanto 42,8% possuíam saneamento semiadequado (IBGE, 2012).

Segundo informações do IBGE, a rede educacional de Campo Grande, em 2009 contava com 275 unidades de ensino pré-escolar, sendo 150 destas da rede municipal, duas estaduais e 123 da rede privada. Exerciam docência neste segmento da rede, 983 profissionais (IBGE, 2012).

Tabela 10: População 0 a 6 anos que frequentava a escola, Campo Grande, 2010.

Grupo etário	Total	Percentual de crianças na pré-escola ou escola
0 a 3	45.229	29,80%
4 a 5	22.930	80,81%
6	10.857	97,54%

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

No que concerne à Assistência Social do município, sua rede está organizada com 19 unidades de CRAS / Proteção Básica, que até junho deste ano havia atendido um total de 95.000 famílias e duas unidades de CREAS. Segundo informações do MDS, neste mesmo período o PETI atenderá 30.967 crianças e adolescentes (Brasil, 2012).

Quanto aos dados sobre o registro civil, em 2010, 13.713 nascidos vivos foram registrados no município (IBGE, 2012).

Contexto da implantação da EBBS

Início da implantação: deu-se em vinte e oito de abril de 2010, quando houve a primeira Oficina de Gestores, que foi o marco inicial do processo de implantação local.

Vinculação institucional da EBBS na gestão local: Coordenadoria de Atenção Básica, na Área Técnica de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde.

Apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: não houve.

Inserção da EBBS em documento oficial municipal de planejamento da gestão: foi incluída no Planejamento Anual de Saúde 2011.

Suporte administrativo para execução de atividades: houve relativo suporte administrativo pela Secretaria Municipal de Saúde, já que as ações desenvolvidas pela EBBS se agregaram às ações da Atenção Básica.

Apoio político municipal: a Apoiadora avaliou ter sido regular, pois eram poucos e frágeis os investimentos voltados para políticas na área da criança. Foi informado que a Apoiadora teve sua carga horária disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para dedicar-se à EBBS. Houve também a disponibilização de três Articuladores de Campo, com quatro horas semanais cada, para matricular os trabalhos com as equipes nos grupos de gestantes, acompanhamento do desenvolvimento infantil e apoio aos profissionais na implantação de grupos com o método Balint Paidéia.

Apoio político estadual: não houve.

Apoio do Ministério da Saúde: não houve um apoio específico do Ministério da Saúde que fosse independente da participação da CN/EBBS.

Formas de apoio da CN/EBBS: alimentação nas oficinas realizadas; serviço de fotografia na Oficina de Gestores; passagens e diárias pagas em todos os eventos promovidos pela EBBS para Apoiadora e Assistente de Pesquisa e nos cinco seminários nacionais e internacionais dos quais a Apoiadora participou. Além disso, houve a presença de membros da CN/EBBS nas cinco Oficinas da EBBS realizadas no município e o envio de materiais didáticos (*O Futuro Hoje, Comunicação de Notícias Difíceis* – Instituto Nacional do Câncer / Ministério da Saúde, e outros).

Rio de Janeiro / RJ

A cidade do Rio de Janeiro é a capital do estado e possui área de 1.200,279 Km², apresentava uma população de 6.320.446 habitantes em 2010 e densidade demográfica de 5.265,81 hab/Km², tendo sido a população de crianças entre zero a seis anos de 517.009 crianças, o que equivale a 8,17% da população (IBGE, 2012).

Já o PIB *per capita* do Rio de Janeiro, em 2009, era de R\$ 28.405,95 (IBGE, 2012).

Tabela 11: Distribuição da pobreza e desigualdade, Rio de Janeiro, 2003.

Incidência da Pobreza	23,85
Limite inferior da Incidência de Pobreza	17,69
Limite superior da Incidência de Pobreza	30,01
Índice de gini	0,48

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

Sobre a condição sanitária, em 2010, 93,5 % dos domicílios urbanos possuíam saneamento adequado (IBGE, 2012).

Segundo informações do IBGE, a rede educacional do Rio de Janeiro, em 2009 contava com 1.845 unidades de ensino pré-escolar, sendo 720 destas da rede municipal, cinco estaduais, dois federais e 1.118 da rede privada. Exerciam docência neste seguimento da rede em 2009, 7.482 profissionais (IBGE, 2012).

Tabela 12: População 0 a 6 anos que frequentava a escola, Rio de Janeiro, 2010.

Grupo etário	Total	Percentual de crianças na pré-escola ou escola
0 a 3	291.098	33,92%
4 a 5	149.665	87,99%
6	76.246	96,82%

Fonte: IBGE/Cidades, 2012.

No que concerne à Assistência Social, a rede local possui 48 unidades do CRAS, que havia cadastrado 240.000 famílias até junho deste ano, e 14 unidades de CREAS. Segundo informações do MDS, o PETI, neste mesmo período atendeu 2.446 crianças e adolescentes (Brasil, 2012).

Sobre o registro civil, em 2010, 81.934 nascidos vivos foram registrados (IBGE, 2012).

Territórios de atuação da EBBS no Rio de Janeiro: Chapéu Mangueira e Babilônia (Leme) e Santa Marta (Botafogo)

Ambas as comunidades estão localizadas na zona Sul da cidade e estão inseridas no programa de Polícia Pacificadora da Secretaria de Segurança do Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 13: População e domicílio das comunidades, Rio de Janeiro, 2010

Comunidades	População	Domicílios
Babilônia	2.451	792
Chapéu-Mangueira	1.289	402
Santa Marta	3.913	1.287

Fonte: Instituto Pereira Passos, com base em IBGE, Censo Demográfico (2010).

Tabela 14: Índice de desenvolvimento social (IDS), 2011

Comunidades	Índice geral
Babilônia	0.483
Chapéu-Mangueira	0.537
Santa Marta	0.443
Cidade do Rio de Janeiro	0.604

Fonte: SABREN, 2011/Censo Demográfico do IBGE, 2000.

Tabela 15: Indicadores socioeconômicos, 2010

Comunidades	Água abastecimento adequado (%)	Esgoto escoamento adequado (%)	Lixo coleta de lixo (%)	Condição de ocupação	Analfabeto maiores de 15 anos (%)
Babilônia	99,6	94	99,7	76	15,9
Chapéu-Mangueira	100	99,8	100	75	4,3
Santa Marta	99,4	91,7	99,8	79	8,4

Fonte: Censo Demográfico do IBGE, 2010

Contexto da implantação da EBBS

Início da implantação: a EBBS teve início em dezembro de 2010, de acordo com informações da última Apoiadora Local, que considerou a participação do então Apoiador Local, da Articuladora Regional e dos cinco Articuladores de Campo na Oficina Ampliada e no dispositivo EBBS Encontro de Apoiadores ocorrido na Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em Brasília²¹. No Rio de Janeiro, o início do processo de implantação da EBBS coincidiu com o processo de expansão da atenção primária apoiado pelo Ministério da Saúde. Na ocasião o Secretário percebeu que o município tinha muito a se beneficiar dessa conjuntura. A partir deste contexto, gestores municipais da saúde e CN/EBBS definiram que no município seriam delimitados territórios específicos para a etapa piloto de implantação da EBBS.

Vinculação institucional da EBBS na gestão local: Superintendência de Promoção a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC).

Apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde: disponibilização de duas bolsas para a Apoiadora Regional e um dos cinco Articuladores Locais.

Inserção da EBBS em documento oficial municipal de planejamento da gestão: a EBBS foi incluída no Relatório de Gestão 2011.

Suporte administrativo para execução de atividades: não especificamente voltado para a EBBS, mas como parte do suporte administrativo para a Superintendência de Promoção da Saúde.

Apoio político municipal: a Apoiadora afirmou ter recebido todo o apoio possível, tanto do gestor municipal, quanto dos gestores locais responsáveis pelas unidades de saúde nos territórios de atuação da EBBS. Além disso, ao fim da experiência piloto, a EBBS foi convidada para integrar o Comitê de criação da Política Primeira Infância Carioca.

Apoio político estadual: não houve apoio da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC).

Apoio do Ministério da Saúde: não houve um apoio específico do Ministério da Saúde que fosse independente da participação da CN/EBBS.

Formas de apoio da CN/EBBS: apoio técnico, principalmente com a supervisão clínico-institucional de uma Consultora disponibilizada pela CN/EBBS e com a qual se reuniam regularmente; acolhimento das necessidades e, apoio financeiro, inclusive com o custeio do mapa da *Rede Integração*.

²¹ Na ocasião também foi lançada a publicação O Futuro Hoje: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional.

Dispositivos da EBBS no campo: Grupo Executivo Local e Apoiador Local

Dispositivos podem ser entendidos como mecanismos, máquinas ou até mesmo um conjunto de meios utilizados para certo fim (Ferreira, 2004). Porém, a aposta da EBBS em trabalhar com dispositivos não foi uma aposta em sua dimensão de simples “ferramenta”, mas em sua potência como força instituinte dos modos de fazer da Estratégia.

Esta Pesquisa Avaliativa definiu e pactuou com os especialistas EBBS²² cinco dispositivos e suas estratégias: Apoiador Matricial, Grupo Executivo Nacional (GEN), Encontro de Apoiadores, Grupo Executivo Local (GEL) e Apoiador Local²³, estes dois últimos diretamente ligados ao trabalho desenvolvido nos municípios piloto.

Grupo Executivo Local (GEL)

No contexto do processo de formulação da EBBS foram propostas quatro esferas de gestão para o desenvolvimento das ações nos âmbitos local e nacional: Coordenação Nacional (CN/EBBS), Comitê Técnico Consultivo, GEN e GEL. Destas, a última esfera era a única cujos objetivos e atribuições estavam diretamente ligados ao campo de intervenção da Estratégia.

O GEL foi elaborado com a finalidade constituir um espaço de gestão colegiada para o planejamento e a operacionalização das ações da Estratégia em cada município piloto, sendo a sua coordenação responsabilidade do Apoiador em cogestão com a Secretaria municipal de Saúde. Inicialmente este grupo contemplaria representantes municipais das principais áreas ligadas às ações voltadas para a primeira infância (secretarias municipais de saúde, educação e assistência social), estando o grupo aberto à participação de outros setores estratégicos.

Em cada município o GEL deveria ser oficializado através de documento do executivo publicado em Diário Oficial (D.O.) ou outra forma de publicização desta natureza. O objetivo da formalização era tornar legal o compromisso da gestão municipal com a constituição e condução deste espaço colegiado, além de reafirmar a participação de representantes dos setores indicados.

O GEL foi pensado como um colegiado gestor intersetorial, mas ao longo da implantação da EBBS nos municípios houve mudanças nos contextos e no direcionamento da Estratégia que levaram a novos efeitos sobre as práticas locais, diferentes dos esperados inicialmente para este dispositivo. Assim, durante o processo da pesquisa avaliativa foram redefinidas as atribuições e estratégias do GEL.

Quadro 3: Grupo Executivo Local e suas estratégias.

<p>DEFINIÇÃO</p> <p>Tem a função de propor e articular as ações voltadas para a primeira infância de forma intersetorial nos municípios piloto, sendo composto por agentes governamentais e não governamentais para pactuação de uma agenda comum para a primeira infância. Foi constituído a partir do trabalho do Apoiador Local e coordenado por este.</p>
<p>ESTRATÉGIAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realização de reuniões periódicas com representantes de setores do governo e sociedade civil de cada município piloto para planejamento, articulação, proposição e acompanhamento de ações voltadas para a primeira infância. 2. Construção de agenda integrada. 3. Realização de evento de mobilização voltado para a primeira infância. 4. Cooperação com o apoiador local para o levantamento de potencialidades e desafios da gestão e das práticas de cuidado voltadas para a primeira infância.

²² Os especialistas foram os grupos G3 (Operadores) e G4 (Coordenação Nacional) de participantes da pesquisa.

²³ No presente trabalho, quando nos referirmos a Apoiador estaremos tratando do Apoiador Local da EBBS.

O Grupo Executivo Local e as experiências nos municípios piloto

Em Araripina a formação inicial do GEL, seguindo o planejamento proposto, contou com a participação de representantes das principais secretarias ligadas ao objeto da EBBS e indicados formalmente pelos secretários municipais. Não havendo a implicação necessária por parte dos indicados, a partir da realização de reuniões de apresentação da EBBS a instituições e profissionais das redes locais, novos atores foram sendo agregados aos encontros do GEL. O antigo grupo foi reformulado, contando num segundo momento com a participação de profissionais de equipes de saúde, novos representantes das Secretarias municipais de Saúde, Educação, Assistência Social e demais áreas estratégicas e representantes de órgãos e instituições externas ao governo, como a Pastoral da Criança.

Ao longo da experiência da EBBS em Araripina o GEL encaminhou a Secretaria Municipal de Saúde recomendações referentes à primeira infância e à saúde materna, com indicações relativas à necessidade de melhoria da qualidade do acompanhamento do pré-natal e puericultura. A partir de proposições do GEL foram realizadas atividades e apoiadas algumas já existentes, tendo sido desenvolvidas em parceria com órgãos governamentais e não-governamentais. Dentre estas se destacam: (a) oficinas de qualificação das equipes de saúde; (b) oficinas sobre a importância do brincar, que trabalhou também o desenvolvimento infantil; (c) *Semana de mobilização sobre aleitamento materno* e, (d) *Semana da criança*, quando desenvolveram atividades ligadas à higiene do bebê, saúde bucal, registro de nascimento e vínculos entre pais e filhos.

Através de uma proposta de formação caracterizada pela união entre representantes da gestão e os chamados “*profissionais da ponta*” o GEL de Araripina pôde provocar alguns efeitos, tais como a disseminação da EBBS junto às secretarias municipais e o fortalecimento de vínculos entre os profissionais das equipes de saúde e demais setores estratégicos como Educação e Assistência Social, embutindo no cotidiano de trabalho do município, em menor ou maior escala, uma nova maneira de fazer e pensar as questões do dia a dia, num formato de trabalho participativo e compartilhado, articulado e atualizado com as iniciativas locais.

No que diz respeito à maneira como a EBBS e os dispositivos aqui analisados se configuraram no campo, Santa Filomena e Araripina se assemelharam em muitos aspectos. Assim, o GEL de Santa Filomena também iniciou suas atividades através da sensibilização de agentes da gestão municipal, identificando ao longo do tempo a necessidade de articulação com profissionais que estivessem ligados a trabalhos desenvolvidos diretamente com a comunidade, os já citados “*profissionais da ponta*”.

Ao longo do processo de implantação da EBBS o GEL foi conquistando autonomia e embutindo em seu cotidiano o planejamento compartilhado de ações intra e intersetoriais, fortalecendo a reflexão iniciada pelo Programa Mãe Coruja sobre a importância da prática de um trabalho integrado. Como resultado, a rede municipal de serviços ganhou novo enfoque, privilegiando a área materno-infantil e considerando a saúde mental como um tema relevante para a saúde. Diversas atividades surgidas a partir de pactuações do GEL foram realizadas, dentre as quais: o levantamento sobre as condições de saúde de crianças de zero a seis anos e gestantes com alterações nutricionais; as atividades lúdicas nas escolas e creches, em articulação com as secretarias municipais de Educação e Assistência Social; o incentivo à formação de grupos de gestantes e de pais junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, as oficinas de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tiveram módulos promovidos por membros do GEL.

Em Florianópolis, prontamente constituído três semanas após a apresentação da Estratégia ao município, o GEL de Florianópolis contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para a sua constituição. Setores estratégicos ao desenvolvimento das ações EBBS foram sensibilizados a indicar

representantes e comparecer aos encontros organizados pelo Apoiador Local. Através de convocações oficiais expedidas diretamente pelo Secretário municipal de Saúde o GEL de Florianópolis foi composto por membros ligados à gestão local.

Algumas iniciativas já existentes no município foram acompanhadas pelo GEL. Todavia este não realizou atividades propostas e pactuadas dentro do grupo. Porém, a boa relação de alguns membros do grupo com técnicos da Assistência Social foi capaz de promover encaminhamentos importantes, como apresentações sobre o funcionamento da rede de saúde para os Conselhos Tutelares, construção de diretrizes para desenvolvimento de trabalho conjunto entre CRAS, ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e territorialização dos CRAS a partir do georreferenciamento da saúde.

Em Rio Branco o GEL foi oficialmente composto por representantes das secretarias municipais de Saúde, Cidadania e Assistência Social e Educação, Fundação Municipal de Cultura Garibaldi Brasil e coordenadorias municipais da Juventude e da Mulher. Mas, problemas políticos e estruturais dificultaram continuamente a reunião de seus membros e refletiram na organização da rede de serviços para o desenvolvimento da EBBS.

Assim, somente em fevereiro de 2011 foi possível à Apoiadora Local a organização de um primeiro encontro entre os membros indicados para compor o GEL e sinalizados na Portaria municipal que o publicizou. Porém o encontro não pôde ser realizado por falta de *quorum*. Duas outras tentativas foram feitas, mas somente uma obteve participação mínima dos representantes.

Na prática, o GEL de Rio Branco foi apenas composto e oficializado, buscando atender ao que foi prescrito para a implantação da EBBS no município. Não foram criados meios para a constituição de um caráter de grupalidade.

No município de Campo Grande, iniciativas municipais, como o Programa Mãe Morena e a Rede Amamenta Brasil foram apresentadas ao GEL, com o objetivo de compartilhar informações sobre os trabalhos que já vinham sendo realizados no município e também sobre suas fragilidades, iniciando assim um levantamento e discussão de temas, dando os primeiros passos para a constituição de um colegiado gestor. O grupo acabou por se desenvolver como uma estratégia de articulação intersetorial em prol do fluxo de informações e do fortalecimento da rede municipal de serviços.

Algumas atividades podem ser descritas como resultantes de encaminhamentos do GEL, tais como a *Feira do Bem Estar*, evento de mobilização pública do GEL com temas voltados para o aleitamento materno e para o desenvolvimento infantil; a *Oficina CRAS e CEINF*; o evento *Mais amigos para a Rede Amamenta Brasil*, que teve o objetivo de ampliar o incentivo ao aleitamento materno e, a *Semana do Bebê Campo-Grandense*, que teve como finalidade a sensibilização de gestores, profissionais e famílias sobre a importância dos cuidados necessários para o desenvolvimento integral da criança, especialmente em seus primeiros seis anos de vida.

O Rio de Janeiro apresentou um arranjo de trabalho diferenciado para a implantação da EBBS, com uma equipe de cinco Articuladores de Campo e um Apoiador Regional, além do Apoiador Local.

Seguindo a linha de trabalho proposta pela Apoiadora Local e coordenado por esta, o GEL elaborou quatro protocolos de trabalho voltados para o desenvolvimento infantil: *O bebê chega na comunidade*, *Visita Domiciliar*, *A mulher está grávida e Criança identificada com atraso de desenvolvimento*, além de definir estratégias de qualificação das equipes de saúde da família para os territórios da experiência de implantação da EBBS no município.

Ainda, seguindo o planejamento elaborado pelo Apoiador Local, o GEL participou da construção de duas atividades realizadas junto às ESF: uma pesquisa sobre conhecimentos, atitudes e práticas das equipes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e, rodas de conversa para discussão de temas voltados à proteção à infância.

A fim de atender à demanda da EBBS pela constituição do GEL no Rio de Janeiro, a equipe local da EBBS organizou a criação do *Grupo Executivo Loco-regional*, que atuou de maneira semelhante ao pensado para o dispositivo GEL, posicionando-se a partir da CAP 2.1, instância da SMSDC responsável pela gestão da Área de planejamento 2.1 onde estão inseridas as comunidades do Chapéu Mangueira, Babilônia e Santa Marta, territórios de atuação da EBBS no município.

Apoiador Local

O dispositivo Apoiador Local foi inicialmente pensado com a finalidade de que houvesse um profissional de referência da EBBS responsável pela coordenação do GEL no município e pela interlocução entre as esferas de gestão necessárias à implantação da Estratégia, CN/EBBS, GEL e Secretaria Municipal de Saúde (SMS)²⁴.

Dentre as responsabilidades formuladas para este dispositivo e apresentadas na publicação *O Futuro Hoje* (Brasil, 2010) estão: mobilização dos integrantes do GEL, fomento à realização de encontros periódicos e registro das reuniões, de modo que uma interlocução entre as esferas de gestão fosse realizada e sendo a CN/EBBS e a SMS constantemente informadas sobre o andamento das atividades planejadas.

A partir dos trabalhos de pactuação e validação do Marco Teórico da EBBS e do Desenho Avaliativo desta Pesquisa, foram construídas definição e estratégias para o Apoiador Local. Assim, as estratégias deste dispositivo representam os pontos em comum do trabalho da intervenção no campo, inclusive afirmando ser o Apoiador Local o principal dispositivo da EBBS.

Quadro 4: Apoiador Local e suas estratégias.

<p>DEFINIÇÃO</p> <p>O principal dispositivo da EBBS. Tem a função de conduzir, mapear, planejar, articular e disparar as ações da EBBS nos municípios piloto, assim como de promover a constituição do Grupo Executivo Local (GEL), a fim de que a primeira infância seja incorporada como prioridade.</p>
<p>ESTRATÉGIAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Articulação com gestores municipais para a constituição do GEL. 2. Levantamento de iniciativas de proteção à primeira infância, com destaque para as do setor Saúde e para as intersetoriais (governamentais e não-governamentais). 3. Levantamento de potencialidades e desafios da gestão e das práticas de cuidado voltadas para a primeira infância. 4. Apoio e divulgação das iniciativas de proteção à primeira infância. 5. Fomento e disseminação de iniciativas inovadoras de cuidado com a primeira infância. 6. Apoio ao trabalho de grupo, incentivando a participação de todos e oferecendo suporte metodológico para a realização das ações. 7. Utilização de metodologias de trabalho em grupo para a realização das ações. 8. Apoio à capacitação das equipes de saúde sobre o cuidado integral à primeira infância. 9. Promoção de ações de cuidado para a primeira infância, considerando a determinação social da saúde e o ambiente facilitador à vida. 10. Construção de um plano de ação para operacionalização da EBBS no município.

Dentre os municípios piloto somente Campo Grande (MS) e Santa Filomena (PE) contaram com um profissional, contratado pela CN/EBBS, que atuou como Assistente de Pesquisa Local.

Tanto os Apoiadores quanto os Assistentes de Pesquisa contaram com bolsas de pesquisa provida pelos recursos financeiros da EBBS junto a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), Fiocruz, e gerenciadas pela CN/EBBS.

²⁴ Segundo a proposta original da EBBS, a coordenação do GEL deveria ser compartilhada entre o Apoiador Local e a Secretaria Municipal de Saúde.

O Apoiador Local e a experiência nos municípios piloto

A Apoiadora de Araripina foi convidada a ocupar tal função em decorrência de sua experiência nas atividades como Coordenadora do Programa Mãe Coruja na região do Araripe, por residir em Araripina e por possuir experiência em saúde pública, em especial na área materno infantil, onde atuava desde sua formação acadêmica. Estas características foram consideradas facilitadoras do entendimento das ofertas teóricas e metodológicas da EBBS e conseqüentemente da implantação da Estratégia no município.

O arranjo local da EBBS em Araripina não contou com um Assistente de Pesquisa e se organizou em função das parcerias entre diversos setores como Educação, Saúde e Assistência Social, além de integrantes do Programa Mãe Coruja. Por trabalharem temáticas afins com a proposta da EBBS, contribuíram para a articulação das práticas e no auxílio às atividades operacionais da implantação. Estes parceiros foram sendo sensibilizados e conquistados pela implicação com o trabalho.

O trabalho do Apoiador Local em Araripina baseou-se na construção de vínculos e incentivo às grupalidades, a fim de que fosse fortalecida uma rede intersetorial de serviços voltados à primeira infância. A criação do GEL foi o primeiro passo neste sentido, mas outros espaços foram sendo construídos e incentivados ao longo do processo de implantação da EBBS, tal como a utilização de rodas de conversa com equipes de ESF, onde foram abordados processos e práticas em saúde, com um olhar voltado para o contexto social envolvido, para os aspectos educacionais que poderiam estar relacionados às necessidades encontradas e para o fortalecimento de vínculos entre familiares.

Em Santa Filomena, a indicação da Apoiadora se deu inicialmente em função de sua participação na escolha dos municípios piloto na ocasião da formulação da e também pela sua atuação no município através da Coordenação Estadual de Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa Mãe Coruja Pernambucana na região do Sertão do Araripe, cargo que manteve concomitante ao ocupado na EBBS durante toda a etapa piloto.

O arranjo local do território se estabeleceu principalmente pela aposta na expansão do GEL, que reuniu atores da gestão e da atenção dos diversos setores atuantes no município, tais como a Pastoral da Criança, o Instituto Agrônomo de Pernambuco (IPA) e as secretarias municipais de Saúde, Assistência Social e Educação.

Além disso, como uma solicitação da gestão municipal e em função da Apoiadora não residir no município, com o objetivo de possibilitar a articulação e o desenvolvimento das ações EBBS, foi contratado um Assistente de Pesquisa. Este profissional auxiliou na interlocução entre a Apoiadora e os membros do GEL, funcionando também como um facilitador de ações e parcerias, pois na condição de morador do município pôde com mais facilidade organizar pessoas e profissionais para rodas de conversa e sensibilização.

A Apoiadora utilizou estratégias que favoreceram o protagonismo dos participantes do GEL, a co-gestão e também aproximaram-na de profissionais e dos modos de fazer do município, fazendo com que as intervenções criadas tivessem maior sinergia. Assim como no caso de Araripina, a Apoiadora de Santa Filomena mostrou-se capaz de realizar as ações propostas pela EBBS para sua função, num trabalho empenhado na construção coletiva e no uso de novas propostas para adequação à realidade e superação de dificuldades num território com muitas limitações estruturais.

Em Florianópolis, em função de seu cargo de Gerente da Atenção Primária, o Apoiador participou do esboço do primeiro plano de ação para a implantação da EBBS, por ocasião de reunião que contou com a presença do gestor municipal de saúde e a CN/EBBS, tendo sido mais tarde indicado ao cargo de Apoiador Local. Como Gerente da Atenção Primária desde o ano de 2009 em um município

que possui grande visibilidade positiva advinda da existência de experiências exitosas nos diversos níveis e setores, o Apoiador buscou priorizar na agenda municipal os temas voltados à primeira infância como estratégia de atuação e otimização de sua carga horária entre as atividades na gestão municipal e suas atividades na EBBS.

Não houve contratação de Assistente de Pesquisa para apoiar a operacionalização da EBBS em Florianópolis. Parcerias pontuais foram estabelecidas com técnicos das áreas programáticas da SMS, integrantes do NASF e ESF e com representantes das áreas da Educação e Assistência Social.

Durante a experiência piloto o Apoiador criou um site em formato de blog para divulgar e promover junto aos profissionais, sociedade civil e gestores as propostas e ações EBBS e iniciativas já existentes voltadas para a saúde materna e primeira infância. O espaço virtual foi pensado também para ser utilizado para discussão das necessidades e desafios das práticas de cuidado em saúde, além de diversos temas relacionados à intersectorialidade.

A Apoiadora de Rio Branco atuava na gestão estadual da saúde quando foi indicada pelo Prefeito para a função na EBBS em virtude de suas atividades na Pastoral da Criança, onde atuou por sete anos, e por sua atuação nas áreas da saúde da mulher e da criança, educação e assistência social.

A Apoiadora de Rio Branco não se utilizou de um Assistente de Pesquisa, apesar de entender a importância deste suporte para a discussão das demandas teóricas e práticas da EBBS e para a realização de atividades administrativas.

Diversas dificuldades foram encontradas na articulação com gestores e sensibilização de profissionais. Nem mesmo a parceria construída com uma profissional da gestão municipal de saúde, que participou das discussões iniciais sobre a implantação da EBBS no município foi capaz de minimizar estas dificuldades. Neste ponto é importante ressaltar algo citado por todos os municípios piloto como a dificuldade de entendimento da EBBS por parte de agentes da gestão e da atenção das diversas áreas estratégicas.

Em Campo Grande a Apoiadora foi escolhida, principalmente, em função de sua posição estratégica na gestão municipal de saúde como Gerente Técnica da Área de Saúde da Criança e Adolescente.

No que diz respeito ao arranjo local organizado no município, Campo Grande diferenciou-se dos demais por utilizar o suporte do Assistente de Pesquisa no planejamento e execução das ações de implantação da EBBS. Além disso, ao longo da implantação da EBBS a Apoiadora buscou estabelecer parcerias diversificadas e intersetoriais, como a Secretaria Municipal de Educação para a capacitação de diretores dos CEIF no apoio à amamentação. Mas a principal articulação foi intrasetorial com as áreas técnicas da Coordenação de Atenção Básica, através da qual abordou aspectos de forma transversal.

Diferente dos cinco outros municípios, que mantiveram o mesmo Apoiador ao longo do processo de implantação da EBBS, o Rio de Janeiro contou com três profissionais ligados à SMSDC ocupando esta função. Porém, nesta Pesquisa Avaliativa trabalharemos com as informações e referências do trabalho desenvolvido pela última Apoiadora, que atuou nesta função entre junho e dezembro de 2011, apontando os reflexos das ações dos seus antecessores. Esta profissional estava ligada à Superintendência de Promoção da Saúde da SMSDC, setor que apoiou suas atividades.

A Apoiadora do Rio de Janeiro possuía experiência como gestora, tendo atuado na Coordenação do Programa de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro.

Com foco no desenvolvimento infantil ela buscou organizar os recursos disponíveis à realização das ações de maneira que fosse possível articular a EBBS às iniciativas da gestão municipal, aproxi-

mar-se das equipes de saúde através do trabalho de sensibilização e acompanhamento que vinha sendo desenvolvido pelos Articuladores de Campo e atuar no nível intermediário entre a gestão e a atenção através do trabalho da Apoiadora Regional junto à CAP 2.1. Tal estratégia mostrou-se eficiente no estabelecimento de parcerias próximas às comunidades e na criação do Grupo Intersectorial Loco-regional no âmbito da CAP 2.1 para acompanhamento e discussão das atividades planejadas para os territórios.

Os Articuladores de Campo no município do Rio de Janeiro foram um diferencial na relação com os atores dos territórios de atuação da EBBS.

Análise das diretrizes

Nesta seção do Sumário de Pesquisa apresentamos uma síntese da análise das ações da EBBS nos municípios piloto relacionadas às quatro diretrizes e pautada pelos critérios avaliativos.

Fomento às iniciativas locais

Iniciamos a análise da diretriz *Fomento* às iniciativas locais sinalizando para as perspectivas da cartografia como um caminho de nova inserção e aproximação do Apoiador com o campo de intervenção da EBBS. Ao analisar como se caracterizaram os processos de implantação nos municípios piloto, verificou-se a realização de levantamento sobre iniciativas já existentes, redes e ofertas de serviços, parcerias intra e intersectoriais e a análise das potencialidades e fragilidades do município, no que tange às etapas da *Linha de Cuidado da EBBS*, que abrange ações desde o planejamento familiar até os cuidados com crianças de zero a seis anos.

No entanto, segundo Passos e Barros (2009), não se pode orientar a cartografia pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade a ser conhecida, ou seja, no caso dos Apoiadores, restringir o levantamento à experiência acumulada em função de seus históricos na gestão local (municipal ou estadual). Para que se desse o processo de construção cartográfica seria necessário um movimento contínuo de autoavaliação das estratégias adotadas, dos parâmetros e dos efeitos na construção do trabalho, redefinindo orientações a partir da análise dos contextos locais. Também seria preciso o exercício do *estranhamento* sobre o que se considerava *familiar* no campo da intervenção, isto é romper as fronteiras do que se julgava conhecer e se apropriar do percurso que estava sendo construído, para seguir pistas e indícios que levassem a uma nova percepção dos territórios. Um dos caminhos para fomentar esta habilidade nos Apoiadores seria o (co)acompanhamento da trajetória por um agente externo às vicissitudes das relações locais, mas ao mesmo tempo que compartilhasse as inquietudes da experiência de estar na função de Apoiador, ou seja, um colegiado de Apoiadores que fortalecesse a cooperação entre eles.

A abordagem tradicional da cartografia nos remete a um conceito que vem se desenvolvendo desde a pré-história. Por intermédio da linguagem cartográfica, se torna possível sintetizar informações, expressar conhecimentos, estudar situações, entre outras coisas, sempre envolvendo a ideia de produção do espaço, sua organização e distribuição (Santos, 2002).

Segundo Milton Santos, em *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica* (2002), nas ciências sociais a utilização da cartografia permite construir leituras sobre os significados dos tempos e dos espaços, do concreto ao abstrato, e assim conhecê-los, interpretando as diferentes realidades, descobrindo outras perspectivas até então desconhecidas.

A cartografia permite refletir sobre os fatores sociais, constituintes na dinâmica socioespacial. Ela propicia uma leitura sobre o quadro das práticas sociais e das realidades, e também o entendimento das especialidades, revelando-se em um processo com significado para uma leitura social do mundo.

Com base no movimento institucionalista, o método cartográfico tem por objetivo desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente (Barros & Kastrup, 2009).

Segundo orientação da CN/EBBS, cada Apoiador Local deveria realizar uma “*cartografia*” de seu município. O objetivo inicial era construir um levantamento sensível das iniciativas (ações, programas e projetos) do setor Saúde, investindo na valorização das articulações intrasetoriais, bem como nas parcerias intersetoriais. Esperava-se como resultado da utilização desse método, conhecer as iniciativas já existentes para se detectar quais eram os avanços a serem potencializados e as lacunas a serem consideradas para o planejamento do Plano de Ação a ser construído pelo GEL e Apoiador para implantação da Estratégia no município piloto (Brasil, 2010).

Na Oficina de Gestores do SUS²⁵, realizada em 2010, os Apoiadores e representantes da gestão municipal e estadual de saúde, assim como das áreas técnicas do Ministério da Saúde discutiram as potencialidades e desafios dos municípios piloto e, assim, produziram subsídios para a formulação do Plano de Ação (Brasil, 2010).

No entanto, apesar da aposta inicial da CN/EBBS de que os Apoiadores utilizassem o “*método cartográfico*” como base para a construção, junto ao GEL, do Plano de Ação, observou-se que no processo de implantação esta proposta foi parcialmente atingida por alguns dos municípios piloto. As ações ligadas a esta diretriz acabaram por ser desempenhadas pelo Apoiador e não pelo GEL. Alguns destes Apoiadores se restringiram ao levantamento de iniciativas já existentes em suas esferas de atuação, o que não se concretizou como uma construção contínua de conhecimento sobre o território, que possibilitasse a reorientação de movimentos e, conseqüentemente uma redefinição do Plano de Ação.

Nos encontros da Pesquisa Avaliativa para definição e pactuação do marco teórico e das dimensões avaliativas da EBBS puderam ser observadas dificuldades de compreensão e embasamento teórico sobre o método cartográfico por parte dos especialistas EBBS do grupo G3 (operadores)²⁶. Na dinâmica do trabalho os participantes construíram proposições na direção do que veio a se configurar posteriormente como a diretriz EBBS *Fomento as Iniciativas Locais*. Na definição desta diretriz ganharam destaque o *mapeamento, o apoio e a valorização* do trabalho já realizado nos municípios, considerando as especificidades locais.

Síntese da diretriz nos municípios piloto

No caso de Campo Grande, foi possível vislumbrar uma aproximação com aposta cartográfica quando houve a redefinição do território, a partir da reflexão sobre os desafios e as potencialidades existentes no município. O efeito da dinâmica do processo de implantação da EBBS reconfigurou a proposta inicial da intervenção.

Era fundamental conhecer os campos da intervenção para iniciar a implantação da EBBS nos municípios piloto. Para isto, a construção de parcerias foi um dos principais elementos adotados pelos Apoiadores. Era importante estabelecer espaços e meios de troca de conhecimentos, experiências e recursos entre profissionais da gestão de diferentes setores, assim como de profissionais que atu-

²⁵ Oficina de Gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), realizada no Rio de Janeiro em 4 e 5 de novembro de 2010, com a presença de gestores municipais, estaduais, técnicos de áreas afins (criança, adolescente e mulher) e do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

²⁶ Apoiadores Locais, Assistentes de Pesquisa (Santa Filomena e Campo Grande), Apoiadora Regional e Articuladores Locais (Rio de Janeiro).

avam diretamente nos cuidados com mulheres e homens, crianças e suas famílias, para, de forma integrada, mapear e desenvolver soluções efetivas e eficientes no sentido de promover os cuidados com a primeira infância nos territórios.

A definição de um profissional de referência para promover a articulação das redes de educação, saúde e assistência social nos territórios de atuação da EBBS se configurou de forma diferente em cada município. No Rio de Janeiro, a Apoiadora Regional atuou de forma integrada na articulação das redes a partir da CAP 2.1, instância de gestão interlocutora com os equipamentos de saúde dos territórios e com as redes de educação e assistência social. Já em Florianópolis cada rede teve profissionais que atuaram como referência nos territórios: profissionais do NASF, articuladores do Programa de Saúde na Escola (PSE) e técnicos dos CRAS.

Buscando construir uma intervenção menos prescritiva e mais participativa, os municípios tiveram autonomia para planejar as atividades de implantação da EBBS. Este modo de fazer permitiu a mobilização e a criatividade dos atores locais, produzindo sinergias e possibilitando novos campos de ação. Trabalhar somente com ações pré-estabelecidas poderia ocasionar que importantes iniciativas existentes nos territórios não fossem reconhecidas.

Todos os municípios buscaram a sua maneira fomentar e apoiar articulações intersetoriais na proposição de práticas inovadoras voltadas para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e cuidados com crianças de zero a seis anos, a partir de ações de sensibilização, capacitação e/ou orientações destinadas a gestores e/ou profissionais, famílias e comunidades. Neste sentido, destaca-se a Semana do Bebê, mobilização municipal baseada na experiência de Canela, Rio Grande do Sul, realizada em Araripina, Santa Filomena, Campo Grande e Rio de Janeiro.

A expectativa era que as experiências exitosas podem ser utilizadas em ações criativas e renovadoras, no sentido de propor solução para os problemas, necessidades e aspirações locais. As habilidades e competências dos atores locais, ao serem fomentadas e combinadas com novos modos de fazer, puderam favorecer a ações voltadas à saúde da população, como nos casos dos municípios do Sertão do Araripe. Em Santa Filomena destacam-se o *Cineminha na Praça* e as oficinas do *Projeto educART* e em Araripina a *Oficina Fortalecendo a Rede de Educação em Prol da Primeira Infância* e a *Oficina Importância do Brincar*. Em Rio Branco, a participação da Apoiadora no *Fórum Perinatal*²⁷ caracterizou-se como um apoio a uma experiência exitosa em prol da redução da mortalidade materna e neonatal.

As ações aqui apresentadas representam estratégias favoráveis ao fortalecimento de vínculos entre profissionais, comunidades e famílias. A partir dessa consideração avaliaremos na próxima seção a diretriz *Fortalecimento de Vínculos* que retoma muitas das ações aqui descritas, porém sob esta perspectiva.

Fortalecimento de vínculos

Segundo Carlos Alberto Plastino (2009), “*Antes mesmo de ser uma ação, o cuidar caracteriza uma atitude.*” (p. 53). O autor apresenta o cuidar na sua “dimensão ética”, que só é possível ser sustentada pelo “*reconhecimento da alteridade*”. Sendo assim, cuidar passa fundamentalmente pela relação com o outro, estando ligado à condição de produção do próprio sujeito. A atitude de cuidar e o “*reconhecimento da alteridade*” são desenvolvidos a partir do cuidado e afeto recebido, sendo fundantes de relações éticas e solidárias.

²⁷ Reunião mensal com funcionários, técnicos, comunidade e representantes da Secretaria Municipal de Saúde e das maternidades Santa Juliana e Bárbara Heliodora, para discussão sobre assistência materna e infantil.

Ao configurar sua aposta teórica no ambiente emocional facilitador como estratégia para a promoção de saúde e cidadania, a EBBS trabalhou com foco nas dimensões relacionais entre a criança e seus cuidadores, tema que ganhou destaque na definição da diretriz *Fortalecimento de Vínculos* e nos critérios avaliativos agrupados a ela.

Neste contexto, o conceito de “*cuidador*” foi definido de forma ampla, abrangendo desde as figuras parentais até gestores, passando pelos familiares, comunidade e profissionais que atuam com crianças.

Ao trabalhar nessa perspectiva, torna-se necessário refletir sobre as responsabilidades das diferentes instâncias das relações sociais em oferecer e garantir meios para que se constituam ambientes saudáveis de cuidados às crianças, assim como equacionar a melhoria da qualidade da atenção e o investimento na formação contínua e permanente de profissionais dos setores estratégicos, Saúde, Educação e Assistência Social.

Sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH), é preciso qualificar os profissionais para receber, atender, escutar, dialogar e tomar decisão, amparar, orientar e negociar no processo de trabalho (Souza et al, 2008), de modo a proporcionar a constituição e o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e destes com os usuários e a comunidade, desencadeando cuidado integral e modificando a clínica e a gestão.

A relação estabelecida entre usuário e profissional de saúde promove um encontro de intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio de habilidades e de expectativas diferentes (Brasil, 2008). Potencialmente esta relação propicia a criação de vínculo, estimulando autonomia e cidadania, fomentando a participação e o envolvimento de profissionais e usuários nas relações de cuidado (Schimith & Lima, 2004).

Ceccim & Palombini (2009) perguntam: “*Aprende-se a cuidar? Ensina-se a cuidar? (...)*”. (p. 176). Para Figueiredo (2009) “*Apenas quem introjetou criativamente as funções cuidadoras e as exerce com a mesma criatividade pode transmiti-las de forma criativa e eficaz e ajudar na constituição de sujeitos responsáveis*”. (p. 134). Assim, propor ofertas formativas que envolvam o “cuidado” necessariamente demandará abordagens que possibilitem o encontro com o outro e conseqüentemente o reconhecimento de alteridade.

Promover o fortalecimento de vínculos no território não é uma tarefa simples, uma vez que não se limita à transmissão de informações aos usuários e profissionais em relação a cuidar de si, das crianças e das famílias. Ao contrário, é uma prática compartilhada, de troca de saberes, a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho.

Síntese da diretriz nos municípios piloto

Por meio da análise do trabalho desenvolvido nos municípios piloto verificou-se que a oferta aos profissionais de modos de fazer que promovessem o ambiente emocional facilitador ao desenvolvimento infantil nos seis municípios piloto da experiência EBBS esteve associada às ações intersetoriais grupais realizadas tanto a partir do GEL, quanto como estratégia do Apoiador para a construção de parcerias.

Em Araripina, foram realizadas reuniões intrasetoriais e rodas de conversa com as equipes de ESF para a implantação de ações voltadas para a saúde materno infantil no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, trabalhou-se com estes profissionais a importância do fortalecimento dos grupos de gestantes nos NASF e nas Clínicas de Saúde da Família (CSF). O NASF passou a incentivar a formação de grupos de gestantes e a desenvolver a *Oficina do Brincar* nas unidades onde foram implantados

estes grupos. Como resultado desse trabalho, um modelo lógico e um projeto de intervenção foram construídos para evidenciar os problemas encontrados e propor soluções para a superação das dificuldades.

Em Santa Filomena, as ações de capacitação sobre desenvolvimento infantil priorizaram os profissionais do setor saúde. A capacitação dos ACS, que teve quatro encontros, abordou temas relacionados ao cuidado integral desde a gestação, desenvolvimento e crescimento da criança, violência, fluxos da rede de assistência. Nessa atividade, ofertou-se aos ACS uma *Oficina de Shantala*, com distribuição de material, para que os mesmos fossem os multiplicadores da técnica com as mães e profissionais do município.

Já em Rio Branco, no que tange à oferta, aos profissionais de saúde, educação e assistência social, de modos de fazer que promovessem ambiente emocional facilitador ao desenvolvimento infantil, foram realizadas três *Oficinas sobre Linha de Cuidado Infantil* com profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) São Francisco, Cidade Nova e Rosângela Pimentel, dos CRAS e das creches onde foram abordados os temas: incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; acolhimento, vínculo e responsabilização, utilizando *Rodas de Conversa*; prevenção e combate à desnutrição e anemias carenciais e, atenção às doenças prevalentes da primeira infância. Esta atividade foi considerada pela Apoiadora como uma prática inovadora por reunir profissionais de diferentes setores de um mesmo território para discutir temas relacionados aos cuidados com as crianças.

Em Campo Grande houve o investimento na realização de reuniões intersetoriais como espaços para troca de experiências entre profissionais das unidades de saúde, dos Centros de Educação Infantil (CEINF), das escolas, das equipes de ESF, do Distrito Sanitário Sul e da assistência social para a discussão de novos modos de fazer sob a perspectiva da EBBS. Esse trabalho integrado provocou mudanças na perspectiva dos profissionais em relação ao cuidado integral com as crianças e suas famílias.

No município do Rio de Janeiro foi possível observar a efetiva construção de vínculos entre os Articuladores de Campo e os profissionais das equipes de saúde (ESF e ACS), vínculo construído através da participação destes nas reuniões regulares das equipes, onde foram fomentadas discussões com ênfase no ambiente saudável e no desenvolvimento infantil. Foram privilegiadas atividades formativas voltadas para a caderneta da criança, fluxo de atenção à saúde do recém-nascido, questões familiares e dificuldades enfrentadas pelos profissionais nos processos de trabalho.

No que diz respeito ao incentivo à presença do pai ou figura substitutiva em ações de atenção à saúde, entende-se que é estratégico que as equipes possam desenvolver seu processo de trabalho pautado na humanização e na compreensão do núcleo familiar, contemplando a figura paterna e reconhecendo o impacto benéfico que causa na saúde das crianças. É necessário que os profissionais atuem de forma ativa para a diminuição de uma distância histórica da presença masculina nos cuidados infantis com a formulação de novas práticas que demandam a revisão das concepções tradicionais de gênero, família, paternidade e maternidade (Branco, 2009).

Os grupos de gestantes foram identificados como os principais espaços de incentivo à presença do pai ou figura substitutiva em ações de atenção à saúde durante a gestação, o parto e nos cuidados com a criança de zero a seis anos. Ao despertar os profissionais para importância da participação masculina no desenvolvimento da criança desde o pré-natal, conseguiu-se não só incluir alguns homens nos grupos de gestantes já existentes, como também uma das equipes de ESF em Santa Filomena instituiu um grupo específico para esses *homens-pais*.

Em Rio Branco a temática foi discutida e pautada no *Fórum Perinatal*, do qual participam representantes da UBS, da gestão municipal de saúde e das maternidades.

No Rio de Janeiro, as discussões sobre a presença do pai ou figura substitutiva durante a gestação, o parto e nos cuidados com a criança ganharam visibilidade através do *Seminário de Valorização da Paternidade*, quando foram discutidas e pensadas estratégias locais para incentivar e promover a participação do pai ou figura substitutiva nas ações e serviços.

Sobre o protagonismo das famílias no cuidado de crianças de zero a seis anos é importante destacar que as atividades de orientação, sensibilização e reflexão realizadas com as famílias devem promover a troca de saberes e práticas, a formação de vínculos e o despertar para novos modos de fazer. Uma abordagem integrada e coletiva, com ofertas metodológicas que fomentem o protagonismo das famílias, poderá se traduzir em ampliação das redes de cuidado com as crianças e, também em um incentivo ao protagonismo infantil.

Em Santa Filomena o apoio ao *Cineminha na Praça* e ao *projeto educART*, o desenvolvimento da *Oficina de Shantala* e o trabalho com os grupos de gestantes se configuram como intervenções que buscaram potencializar o protagonismo das famílias para atuar em prol da melhoria de sua condição de vida e, principalmente, fazer com que estas se reconhecessem como parte de um coletivo.

Em sua vertente de mobilização social, a *Semana do Bebê Campo-grandense*, de forma pioneira, ofertou às famílias e às comunidades informações e oportunidades de discussão e reflexão sobre diversos temas relacionados à saúde materna e infantil. Quanto à utilização de metodologias de promoção do protagonismo das famílias, nos CRAS também ocorreram rodas de conversas que incentivaram a troca de experiências entre mães e atividades lúdicas, com o objetivo de promover interação entre pais e filhos.

No Rio de Janeiro foi realizada a *Oficina Tecendo Cidadania*, onde foram ofertadas discussões sobre direitos e deveres com relação à primeira infância. Esta atividade também contribuiu para o protagonismo das famílias nos territórios.

Em Florianópolis houve um investimento no fortalecimento dos vínculos com os profissionais da gestão, parceiros estratégicos no planejamento e condução das ações. Porém, conforme relata o Apoiador, seu "(...) maior desafio seria conseguir trabalhar de fato o fortalecimento de vínculos e as ações que são diretamente ligadas às famílias e ambientes de cuidado", reafirmando a importância e o enfoque dado pela EBBS na promoção do protagonismo das famílias no cuidado com crianças de zero a seis anos.

Em todos os municípios houve oferta de formação sobre desenvolvimento infantil voltado aos profissionais da rede municipal de saúde. Porém, não se identificou nos municípios a oferta de formação com ênfase em saúde mental.

Em Campo Grande foram realizadas quatro Oficinas de Linha de Cuidado com a *Saúde Materno Infantil* nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) Mário Covas, Paulo Coelho, Los Angeles e Macaúbas com o objetivo de sensibilizar os profissionais da rede de cuidados para o fortalecimento da atenção integral a saúde materna e infantil. A dinâmica envolveu momentos de discussão e reflexão sobre crescimento e desenvolvimento infantil, planejamento familiar, acolhimento à gestante (pré-natal) e fortalecimento da rede local.

Em Araripina foi realizado o *Projeto Grupo de Convivência Familiar e Pequenos Brilhantes*, que desenvolveu grupos com pais, cuidadores e crianças, abordando em seus encontros a habilidade de brincar com os filhos com foco na afetividade familiar, aspecto importante para o desenvolvimento infantil.

A partir das considerações e ações aqui apresentadas com foco nos vínculos, avaliaremos no próximo capítulo a diretriz, *Fomento às grupalidades*.

Fomento às grupalidades

Em seu extenso trabalho sobre grupo Regina Benevides de Barros (2007) afirma que este é um espaço potencial de criação de si e de mundo. Para além de esboçar uma definição fechada, universal e unificada do que seja um grupo, ou de adotar as teorias já existentes sobre grupos, a autora faz uma cartografia, do que denominou “objeto-grupo”. Esta análise aponta para o surgimento do grupo como intermediário entre o indivíduo e a sociedade e para a tendência dos grupos, em sua dinâmica e funcionamento, a se constituírem como o que a autora chama “modo-indivíduo”. Este modo de subjetivação dominante nos grupos, a partir da década de 40 do século XX, expressava a expansão e o desenvolvimento do modo de produção capitalista.

Nesta perspectiva, o grupo não é, necessariamente, um intermediário entre os pólos, individual e coletivo. Afirma, por outro lado, que estas posições coexistem nos grupos e que estes são, sobretudo, espaços com potência para promover justamente a “*dissolução das fronteiras dos sujeitos*”, para invenção de novas formas de estar no mundo e de resistir à subjetividade hegemônica centrada no sujeito individual. Trata-se de um “*dispositivo de desindividualização*”, que pode oportunizar a emergência de modos singulares de existência (Barros, 2007).

Em consonância com o posicionamento crítico da autora ao capitalismo em sua análise sobre grupos e os processos de subjetivação, Campos (2007) problematiza os modos hegemônicos de gestão de pessoas e coletivos na saúde pública e propõe o *Método da Roda*²⁸, também chamado *Método Paidéia*. Trata-se da inclusão de profissionais dos diversos âmbitos de uma organização nos processos de planejamento e tomada de decisão, ampliando o conceito de gestão. Desse modo, estes processos resultam de tensionamentos, jogos de força, arranjos e combinações possíveis entre as diferentes lógicas e interesses dos trabalhadores envolvidos.

Em sinergia com o *Método Paidéia* e com base nos trabalhos de Michael Balint, Cunha & Dantas (2008) propõem o método grupal *Balint-Paidéia*. Este método visa ofertar apoio aos profissionais em suas práticas de cuidado a partir da proposição de um “*espaço protegido, menos pressionado pelas urgências do cotidiano e onde é possível colocar em análise as ações e os afetos envolvidos na prática dos profissionais*” (Cunha & Dantas, 2008: 36). A utilização deste método implica uma perspectiva ampliada da clínica, na medida em que visa instrumentalizar os profissionais para lidar com os afetos inerentes às relações de cuidado, visando aumentar sua capacidade de análise e intervenção sobre o próprio trabalho. Neste sentido, trata-se também de um recurso de gestão.

Os trabalhos e perspectivas teóricas apresentadas acima se alinham e se complementam na medida em que o espaço grupal é compreendido como possibilidade de construção de novas configurações e realidades para o trabalho e para a vida. Neste sentido, grupo é entendido como as vinculações, relações e jogos de força estabelecidos entre os participantes, ou seja, não se resume à mera reunião de profissionais ou a disposição dos mesmos em círculo. A constituição de um grupo implica a construção de uma grupalidade, visto que um trabalho em grupo pode não ser um trabalho coletivo, na medida em que um grupo pode organizar-se numa perspectiva individualizante.

A EBBS se apropria dessas apostas teóricas visando o incentivo à construção de modos de relação mais solidários, produtores de autonomia e cidadania, a partir do compartilhamento e correspon-

²⁸ O Método da Roda ou Método Paidéia foi inspirado em diversas práticas e saberes, e assim denominado por lançar mão da “roda” como um modo para operacionalizar a cogestão. A partir de uma conformação espacial que põe os diferentes participantes (gestores, trabalhadores e usuários) lado a lado, o Método da Roda busca desconstruir as relações de trabalho calcadas exclusivamente na tradicional hierarquia institucional, dando evidência aos múltiplos interesses, às contradições existentes entre estes atores, com o objetivo de criar pactuações que considerem todos no processo de produção em saúde (Campos, 2007).

sabilização de Estado e sociedade civil na construção do cuidado à população. A promoção de um *Ambiente facilitador à vida* se faz, dessa forma, a partir do investimento nos coletivos.

O *Método Balint-Paidéia* foi ofertado aos Apoiadores²⁹ como ferramenta a ser utilizada no acompanhamento das equipes nos territórios de atuação da EBBS. Neste grupo foram discutidas situações problema, buscando o aumento da capacidade de reflexão crítica sobre o fazer; a possibilidade de criação de soluções coletivas e o fomento à grupalidade solidária.

A diretriz *Fomento às grupalidades* está presente em todos os âmbitos da concepção da EBBS, tendo sido trabalhada em diferentes níveis, com diferentes focos conceituais, estratégicos (arranjos de gestão e dispositivos, em especial o GEL), metodológicos e operacionais.

Síntese da diretriz nos municípios piloto

Nos municípios de Araripina, Santa Filomena, Florianópolis e Campo Grande, o GEL se constituiu como o principal espaço de troca de experiências e saberes entre profissionais de diferentes setores. No Rio de Janeiro o GEL *Loco-regional* construído a partir da articulação com a CAP 2.1 se constituiu como uma iniciativa inovadora na proposição de um espaço intersetorial.

Além disso, baseados na experiência da Semana do Bebê, originalmente elaborada em Canela, Rio Grande do Sul, quatro dos municípios piloto realizaram evento de mobilização que envolveu atividades formativas, comunitárias e culturais com o objetivo de “colocar a primeira infância no centro das atenções e das ações do governo municipal e de toda a sociedade” (Canela, 2010). Em cada um destes municípios o evento ganhou uma dimensão e um foco de acordo com um histórico de atividades e potencialidades locais: em Campo Grande foi realizada a *Semana do Bebê Campo-grandense*, que trabalhou o desenvolvimento integral das crianças, em especial as de zero a seis anos; no Rio de Janeiro, como uma iniciativa vinculada à *Semana Mundial da Amamentação*, houve a *1ª Semana do Bebê Carioca – Rio: cidade que amamenta*; já nos municípios piloto do Sertão do Araripe o evento recebeu a denominação de *Semana da Criança*, tendo em Santa Filomena o objetivo de valorização da primeira infância e em Araripina, sensibilizar e mobilizar a população sobre os cuidados com a primeira infância e promover reflexões sobre as práticas profissionais.

Em Florianópolis, destacamos a articulação intersetorial para a construção de um fluxo de encaminhamentos que envolveu escolas, creches e centros de saúde, por intermédio dos articuladores do PSE; um fluxo de encaminhamentos entre Conselhos Tutelares e equipamentos do setor Saúde e, uma diretriz para articulação entre CRAS, ESF e NASF.

Em Campo Grande, a formação de um grupo de trabalho intrasetorial na saúde possibilitou o estreitamento das relações entre os integrantes e propiciou o desenvolvimento de novas ações e estratégias de forma compartilhada e mais sinérgica no setor saúde.

No Rio de Janeiro, no âmbito da saúde, constituiu-se um grupo intrasetorial, por intermédio do qual houve o estabelecimento de fluxos facilitadores do processo de trabalho nas unidades dos territórios de atuação da EBBS.

Já em Rio Branco, a participação da Apoiadora como membro da equipe técnica da Comissão Intergestores Bipartite e do grupo condutor da Rede Cegonha no Acre, possibilitou que ela investisse nestes colegiados para a articulação intrasetorial.

No que diz respeito à oferta de atividades grupais, no âmbito da atenção houve um investimento na formação de grupos de gestantes nos territórios de atuação da EBBS, através do fortalecimen-

²⁹ Esta metodologia foi ofertada durante os Encontros de Apoiadores.

to do trabalho das equipes que realizavam estas atividades e do incentivo à esta oferta em outras unidades. Em cada município foram privilegiadas temáticas dentre as propostas pela EBBS: planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e cuidados com crianças de zero a seis anos.

Araripina e Santa Filomena se destacam pelas capacitações realizadas com profissionais de ESF e ACS, as quais se caracterizaram como espaços promotores de reflexão sobre os processos de trabalho. Em Campo Grande, através de uma Articuladora de Campo foi oferecido espaço de reflexão aos profissionais com a utilização do *Método Balint-Paidéia*.

Também, em Rio Branco e Campo Grande foram realizadas *Oficinas de Linha de Cuidado*, que se constituíram com uma oferta para reflexão dos profissionais sobre suas práticas. Estas atividades contaram com o apoio e a participação de facilitadores da EBBS.

Em Rio Branco, o *Fórum Perinatal* foi o espaço coletivo onde se observou a maior troca de experiências sobre a saúde da gestante, parto e cuidados neonatais, mesmo não se tratando de uma atividade específica da EBBS. Em suas reuniões havia “roda de conversa”, sem, no entanto, ser empregado um método específico de abordagem.

O trabalho de apoio a implantação da EBBS no Rio de Janeiro teve uma singularidade por se constituir através de um grupo com sete profissionais³⁰ com diferentes formações acadêmicas que atuaram de formas distintas, mas articuladas, nos âmbitos da gestão e da atenção.

É importante destacar que o trabalho realizado pelos Articuladores de Campo do Rio de Janeiro propiciou a oferta de espaços de reflexão com os profissionais de ESF e ACS, privilegiando os afetos envolvidos nos processos de trabalho.

Onde há cogestão há fomento às grupalidades, contudo o inverso nem sempre é verdadeiro. Grupos podem não funcionar de forma cogestiva, apresentando outras características de funcionamento, sendo mais burocráticos ou hierarquizados. Pode haver fomento a grupalidades e não haver cogestão.

As iniciativas associadas ao Fomento às grupalidades foram disparadoras da diretriz *Cogestão e gestão compartilhada*, visto que o trabalho foi sendo potencializado a partir das grupalidades que se constituíram através do GEL e outros coletivos intra e intersetoriais.

Cogestão e gestão compartilhada

De acordo com Gastão Wagner de Souza Campos (2007), a cogestão é um método que por meio de arranjos organizacionais democráticos busca redistribuir parcelas de poder de modo mais igualitário. O autor propõe o exercício da cogestão através da utilização do *Método da Roda*, que institui uma “nova racionalidade na Gestão de Coletivos”, a partir do reconhecimento das diferentes lógicas, interesses e do manejo dos efeitos decorrentes dos “tensionamentos” produzidos por esta multiplicidade.

Desta forma, a cogestão busca soluções temporárias para os conflitos através de acordos de compromissos, considerando que os trabalhadores são “*Sujeitos Sociais*”, portanto, em processo de constituição, e que estes, junto com os usuários, apresentam potencialidade para interferir nos jogos de forças e ampliar a cogestão no trabalho que realizam e em suas vidas (Campos, 2007).

Esse conceito traz para o campo da administração em saúde a temática da produção de subjetividade (Guizardi & Cavalcanti, 2010), ampliando a compreensão sobre gestão, trabalho e cuidado.

³⁰ Apoiadora Local, Apoiadora Regional e Articuladores de Campo.

A cogestão propõe a expansão do conceito de gestão, com a inclusão de novos sujeitos nos processos de planejamento, análise e tomada de decisões, passando do exercício da gestão por alguns poucos ao compartilhamento destes processos entre os envolvidos na produção de saúde, favorecendo o protagonismo de todos (Brasil, 2009b).

Se a cogestão diz respeito ao compartilhamento de poder entre os diferentes sujeitos envolvidos na produção de cuidado (gestores, profissionais, usuários e comunidade), essa proposta deve produzir também a ampliação e o compartilhamento do cuidado. Este não deve ficar a cargo somente dos gestores e profissionais, mas envolver também aqueles a quem se destina.

A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão busca a corresponsabilização do cuidado. Assim, a cogestão propõe um novo modo de gerir os espaços coletivos, mas também outro modo de trabalhar, de se apropriar do trabalho e, em última instância, da vida.

O *Método da Roda*, também chamado *Método da Tríplice Inclusão*, diretriz da PNH inspiradora da EBBS, visa o aumento da qualidade da atenção, considerando de forma especial o sentido do trabalho para quem o executa. Para Campos (2007), “(...) A cogestão depende, portanto, da liberdade de se pôr em pauta os desejos e interesses dos trabalhadores.” (p. 128).

O princípio da EBBS *Ambiente facilitador à vida*, na medida em que considera os vínculos constituídos no cotidiano do trabalho, é consonante com o arcabouço teórico da PNH. Neste sentido, todos os envolvidos são gestores do cuidado e este é entendido como um processo que produz efeitos tanto para quem o demanda, quanto a quem é outorgada a responsabilidade de cuidar: “A produção de saúde depende da qualidade do encontro com o outro, encontro que é decorrente das formas de relação e dos processos de intercessão entre os sujeitos” (Brasil, 2009c:27).

Durante a Pesquisa Avaliativa, na etapa que envolveu a discussão inicial das “dimensões da EBBS”, antes de caracterizá-las como princípios e diretrizes, esta diretriz, Cogestão e gestão compartilhada, foi inicialmente denominada “cogestão e gestão participativa”, tendo sido reformulada pelos especialistas EBBS do grupo G3 (operadores)³¹.

De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2008), gestão participativa é um modo de gestão que prevê a inclusão de novos sujeitos nos processos. A partir do exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, visa a construção de saberes compartilhados que levem em consideração as singularidades dos sujeitos e dos coletivos envolvidos. Porém, apesar de em consonância com esta noção, os especialistas EBBS consideraram que o conceito de gestão compartilhada era mais amplo e buscava alcançar a cogestão por meio de uma atuação transdisciplinar e da constituição de vínculos solidários. Nesse sentido, este grupo compreendeu que cogestão e gestão compartilhada são conceitos correlatos e indissociáveis.

Síntese da diretriz nos municípios piloto

A intersetorialidade não pressupõe cogestão e gestão compartilhada. De certa forma, todos os municípios fomentaram ações no sentido da construção do compartilhamento das discussões, ações e decisões relacionadas à implantação da EBBS nos territórios.

A experiência de um ano é demasiado curta para dar visibilidade a estes movimentos, tendo em vista que o processo cogestivo se faz por meio de sujeitos em permanente construção (Campos, 2007). Da mesma forma, um ano não é suficiente para assimilação de conteúdos teóricos tão distintos e complexos, nem efetivação de modos de fazer no cotidiano das secretarias municipais. Todavia,

³¹ Apoiadores Locais, Assistentes de Pesquisa (Santa Filomena e Campo Grande), Apoiadora Regional e Articuladores Locais (Rio de Janeiro).

numerosos e intensos movimentos em direção à intersectorialidade foram disparados e muitas ações puderam ser construídas nos municípios.

De acordo com os critérios aplicados na avaliação desta diretriz podemos afirmar que todos os seis municípios realizaram pactuações de ações intersectoriais para a realização de atividades conjuntas nos territórios de atuação da EBBS.

Os municípios de Araripina, Santa Filomena, Florianópolis, Campo Grande e Rio de Janeiro planejaram e executaram ações intersectoriais a partir de proposições do GEL. O município de Rio Branco planejou e executou ações intersectoriais de forma fragmentada, visto não ter consolidado o efetivo funcionamento do GEL.

Todos os municípios promoveram ações de atenção integral à saúde da criança, sendo que as de Rio Branco não foram construídas pelo GEL.

As principais metodologias utilizadas para a promoção do protagonismo dos profissionais foram: reuniões itinerantes com profissionais da atenção e da gestão em Araripina; capacitações e oferta de material informativo sobre a EBBS em Santa Filomena; fomento ao protagonismo na realização de tarefas pelos profissionais, com vistas à articulação entre gestão e atenção em Florianópolis; a experiência de *Sala de Situação*, dispositivo utilizado em Rio Branco para integrar gestores de diversas áreas; grupos utilizando o *Método Balint-Paidéia* nas unidades de saúde e a divulgação dos trabalhos das equipes na *Semana do Bebê Campo-grandense* e, no Rio de Janeiro, *Rodas de Conversa*, intersectoriais, com foco na valorização do cuidador.

A participação social é uma das diretrizes do SUS assegurada pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2012), sendo de fundamental importância para a EBBS, na medida em que um de seus principais objetivos é a produção de cidadania e de sujeitos saudáveis e protagonistas nas políticas públicas. A participação social, neste sentido, é fundamental para a avaliação da diretriz *Cogestão e gestão compartilhada*.

As atividades da EBBS nos municípios contaram com a participação do controle social e sociedade civil, tais como: Conselho Tutelar; Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; Ministério Público; Pastoral da Criança; Conselhos Municipais de Educação, Saúde, Assistência Social e Alimentação Escolar; Vara da Infância e Juventude; associações de classe; sociedades profissionais e, representações comunitárias. Contudo, não ficou claro de que maneira se deu esta participação e o quanto trabalharam em cogestão com o GEL e o Apoiador.

Esta análise aponta para a importância de maior investimento na participação do controle social e da sociedade civil para a construção efetiva de uma experiência de cogestão e gestão compartilhada nos processos de implantação da EBBS.

A experiência piloto da EBBS nos territórios demonstrou o caráter inovador e amplo da proposta inicial. **Articulação** foi a ação que mais caracterizou o modo de fazer EBBS, sendo o eixo necessário para o trabalho realizado sob a égide dos princípios de *Intersectorialidade, Transversalidade, Sinergia e Indissociabilidade entre gestão e atenção*, e estando presente nas atividades que se mostraram em consonância com as quatro diretrizes.

Dentre os princípios da EBBS, apontamos a **Intersectorialidade** como aquele que mais se mostrou contemplado nos campos de atuação nos municípios piloto. Sobre as diretrizes destacamos como estas se mostraram articuladas, tendo sido **Fortalecimento de vínculos** a mais presente.

A aposta em novos modos de gestão e cuidado, que comportam a inclusão dos afetos, visando à promoção de um ambiente facilitador à vida, leva ao cotidiano das redes de atenção à mulher e à criança de zero a seis anos um novo olhar sobre o cuidado, o trabalho e a vida.

RECOMENDAÇÕES PACTUADAS

Grupo Executivo Local - GEL

1. Promover a cogestão e a gestão compartilhada no Grupo Executivo Local, no que se refere à coordenação do grupo, fortalecendo-o como colegiado gestor intersetorial.
2. Propor a formulação e a pactuação de um Plano Municipal para a primeira infância, reiterando a atribuição original do Grupo Executivo Local como colegiado gestor intersetorial.
3. Propor aos gestores municipais e Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente a construção e pactuação de uma agenda integrada de ações voltadas para a primeira infância.
4. Incentivar a representação e participação ativa do controle social, em especial do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, na composição do Grupo Executivo Local.
5. Incentivar que a composição do Grupo Executivo Local tenha a representação e a participação ativa de profissionais que atuam diretamente nos cuidados com as crianças e suas famílias, em especial, os dos setores Saúde, Educação e Assistência Social.
6. Realizar reuniões itinerantes do Grupo Executivo Local, em espaços dos diversos setores que o compõem, com o objetivo de promover o engajamento dos participantes e o caráter intersetorial do grupo.

Apoiador Local

1. Ofertar embasamento teórico e acompanhamento para os Apoiadores Locais na realização da cartografia do processo de implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis nos municípios piloto.
2. Definir e pactuar critérios técnicos para os Apoiadores Locais, que considerem a inserção institucional e a articulação política intersetorial nas competências esperadas.
3. Promover a constituição de fórum de Apoiadores Locais que favoreça a colaboração, a cooperação horizontal e o encaminhamento de proposições, a partir da troca de experiências.
4. Ampliar a oferta teórica e metodológica aos Apoiadores Locais buscando contribuir para a operacionalização dos modos de fazer propostos pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.

Diretriz *Fomento às iniciativas locais*

1. Mapear as redes locais voltadas para a primeira infância, mantendo espaços permanentes de troca e inserção de potenciais parceiros.
2. Identificar e fortalecer a atuação de profissionais de referência, em especial, os dos setores Saúde, Educação e Assistência Social, além de lideranças locais para a articulação das redes nos territórios.

Diretriz *Fortalecimento de vínculos*

1. Ofertar regularmente processos formativos integrados voltados para o desenvolvimento infantil, sob a perspectiva do ambiente facilitador à vida, aos profissionais dos territórios, em especial os dos setores Saúde, Educação e Assistência Social.
2. Realizar ações intersetoriais que promovam o protagonismo das famílias no processo de construção de vínculos, no desenvolvimento infantil e na proteção das crianças.
3. Orientar e estimular os profissionais dos territórios, em especial os dos setores Saúde, Educação e Assistência Social, para realizar discussões reflexivas e interativas sobre o processo de trabalho centrado na integralidade do cuidado na primeira infância.
4. Incentivar a oferta de horários alternativos, aos sábados e/ou em terceiro turno, para atendimentos de pré-natal, puericultura e pediatria com o objetivo de favorecer a presença da mãe trabalhadora e a participação do pai ou figura substitutiva em ações de atenção à saúde.
5. Incentivar a oferta de atendimento aos homens pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, voltado ao planejamento familiar e à reflexão sobre a paternidade, sob a perspectiva do ambiente facilitador à vida.

Diretriz *Fomento às grupalidades*

1. Constituir grupos intrasetoriais para incentivar que as ações voltadas para a primeira infância sejam integradas às ações prioritárias de cada setor.
2. Privilegiar a utilização de técnicas que favoreçam a constituição de grupalidades nas equipes de saúde que trabalham com a primeira infância.

Diretriz *Cogestão e gestão compartilhada*

1. Constituir grupo intrasetorial na saúde como dispositivo para proposição, planejamento, realização, monitoramento e avaliação de ações voltadas para a primeira infância.
2. Construir e pactuar uma agenda integrada de ações do setor Saúde que esteja voltada para a primeira infância e seja incorporada ao Plano Plurianual.
3. Fortalecer a articulação política com a gestão municipal, através da presença da Coordenação Nacional da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis nos municípios piloto, visando à sustentabilidade do Grupo Executivo Local e das ações exitosas iniciadas pelo Apoiador Local.

REFERÊNCIAS

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. **Cartografar é acompanhar processos**. In: Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-91.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS, 2007.

BARROS, R. P. de et al. **Determinantes dos desenvolvimento na primeira infância no Brasil**. Texto para Discussão nº 1478. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), 2010. Disponível em: <<http://cenpec.org.br/biblioteca/educacao/artigos-academicos-e-papers/determinantes-do-desenvolvimento-da-primeira-infancia-no-brasil>> Acesso em: 13 jan. 2012.

BRANCO, V. M. C. et al. **Unidade de saúde parceira do pai**. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/paternidade>> Acesso em: 02 mai. 2012.

BRASIL, **Constituição**, 1988. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/constituicao.asp>> Acesso em: 21 jan. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 196/1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 27 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM no 2.395 de 7 de outubro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série ODM Saúde Brasil; v. IV.

BRASIL. **MDS, Ministério do Desenvolvimento Social**. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>> Acesso em: 21 mai. 2012.

BROUSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos - A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CECCIM, R. B.; PALOMBINI, A. L. **Imagens da infância, devir-criança e uma formação à educação do cuidado. In: Por uma ética do cuidado**. MAIA, M. S. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2009. p. 155-183.

CIESPI, Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância. **Indicadores sobre a primeira infância: implicações para políticas públicas.** Disponível em: <<http://www.ciespi.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=94>> Acesso em: 23 mar. 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **A avaliação na área da saúde: Conceitos e Métodos.** In: Avaliação de Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise implantação de programas. HARTZ, Z. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29 – 47.

CUNHA, G. T; DANTAS, D. V. **Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paidéia.** In: Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). São Paulo: Hucitec, 2008.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. **Análise da implantação.** In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. HARTZ, Z. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 49-88.

DESLANDES S. F. & MENDES, C. H. **Indicadores para Avaliação da Atuação dos Municípios dos Grandes Centros Urbanos no Enfrentamento da Violência Intrafamiliar e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.** Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DESLANDES, S. F. & MENDES, C. H. **Quem avalia, atua melhor! Guia para análise avaliativa dos municípios no enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

DESLANDES, S. F. et al. **Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil.** In: Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil. Recife: nov. 2010. vol.10, suppl.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/03.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2011.

DESLANDES, S. F. et al. **Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 27(8):1633-1645, ago, 2011.

DONABEDIAN, A. M. D. **Criteria and standarts for quality assessment and monitoring.** QRB, v.12, n.3, p.99-108, 1986. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3085044>> Acesso em: 25 jul. 2011.

EUROPEAID. JOINT EVALUATION UNIT. **Guidelines for geographic and thematic evaluations.** Disponível em: <http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/methods/mth_pps_en.htm> Acesso em: 26 mar. 2008.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura.** In: Por uma ética do cuidado. MAIA, M. S. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2009. p. 121-140.

FURTADO, J. **Um método construtivista para a avaliação em saúde.** Revista Ciência e Saúde Coletiva [online]. 2001, vol.6, n.1, pp. 165-181. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014> Acesso em: 27 jul. 2011.

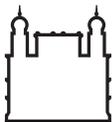
GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas: Editora UNICAMP, 2011.

- GUIZARDI, F. L. **Conceito de Cogestão em Saúde: Reflexões sobre a Produção de Democracia Institucional.** In: Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400010&script=sci_arttext> Acesso em: 10 mai. 2012.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default2.php>> Acesso em: 10 jun. 2012.
- JONES, J. & HUNTER, D. **Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde.** In: Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. POPE, C. & MAYS, N. (Org.). Porto Alegre: Artmed, 2005. p.51-60.
- MEDINA, M. et al. **Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos conceituais e operacionais.** In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 41 a 64.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- NIREMBERG, O.; BRAWERMAN, J.; RUIZ, V. **Evaluar para la transformación.** Buenos Aires: Paidós, 2005.
- NIREMBERG, O. et al. **Evaluar para transformación: Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales.** Buenos Aires: Editora Paidós, 2000. p. 133 – 223.
- PASSOS, E. & BENEVIDES, R. PREFÁCIO. **Uma (in)esperada avaliação.** In: Avaliação e Humanização em Saúde. Santos-Filho. Ijuí: Editora Unijuí, 2009. p. 17 – 24.
- PASSOS, E. & BARROS, R. B. de **A cartografia como método de pesquisa-intervenção.** In: Pista do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. PASSOS; E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.
- PLASTINO, C. A. **A dimensão constitutiva do cuidar.** In: Por uma ética do cuidado. MAIA, M. S. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2009. p. 53-87.
- RIO GRANDE DO SUL (Estado). Prefeitura Municipal de Canela. **Como realizar a Semana do Bebê: 10 anos priorizando a primeira infância em Canela.** Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Brasília: UNICEF, 2010.
- SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica.** São Paulo: EDUSP, 2002.
- SCHIMITH, M. D. & LIMA, M. A. D. da S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2006. p. 1487 – 1494. nov-dez, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>> Acesso em: 02 mai. 2012.
- SOUZA, E. C. F. de et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.24, sup 1: 5100-5110, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015> Acesso em: 10 mai. 2012.
- TEMPORÃO, J.; PENELLO, L. **Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância.** Revista saúde em debate. Rio de Janeiro, v.34 n.85 p. 187-200. abr./jun., 2010.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br/>> Acesso em: 23 nov. 2011.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Crianças de até 6 anos - o Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento**. Situação da Infância Brasileira 2006. Brasília: UNICEF, 2005.

UPPSOCIAL. Disponível em: <<http://uppsocial.org/territorios/chapeu-mangueira-babilonia/>> Acesso em: 27 jun. 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | **FERNANDES FIGUEIRA**
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE