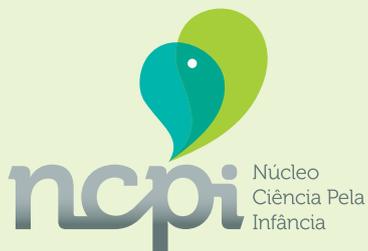


NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA

Comitê Científico
Núcleo Ciência Pela Infância



VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO E DA PARENTALIDADE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

ESTUDO IV

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

F981v Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
Visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância [recurso eletrônico] / Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; organização Núcleo Ciência pela Infância. – São Paulo (SP): FMCSV, 2018. 16 p.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-61897-24-6

1. Crianças – Desenvolvimento. 3. Primeira infância – Visita domiciliar. I. Núcleo Ciência pela Infância. II. Título.

CDD 372.21

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

MEMBROS TITULARES

Alicia Matijaevich Manitto – Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Anna Maria Chiesa – Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Antonio José Ledo Alves da Cunha – Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Bacy Fleitlich-Bilyk – Pesquisadora de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Charles Kirschbaum – Professor Assistente de Administração do Insper.

Daniel Domingues dos Santos – Professor Doutor de Economia da Faculdade de Economia e Administração de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Darci Neves dos Santos – Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Débora Falleiros de Mello – Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Fernando Mazzili Louzada – Professor Associado do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Guilherme Polanczyk – Professor Doutor Associado de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Lino de Macedo – Professor Emérito do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

Márcia Castro – Professora de Demografia do Departamento de Saúde Global e População na Escola T.H. Chan de Saúde Pública da Universidade de Harvard (HSPH).

Maria Beatriz Martins Linhares – Professora Associada do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Maria Malta Campos – Consultora e Pesquisadora Sênior do departamento de Pesquisas Educacionais da Fundação Carlos Chagas (FCC) de São Paulo.

Maria Thereza de Souza – Professora Titular do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

Naércio Aquino Menezes Filho – Professor Titular da Cátedra IFB e Coordenador do Centro de Políticas Públicas (CPP) do Insper.

Ricardo Paes de Barros – Professor Titular da Cátedra Instituto Ayrton Senna no Insper.

Rogério Lerner – Professor Doutor do Departamento de Psicologia da Aprendizagem do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

Vladimir Ponczek – Professor Adjunto da Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

MEMBROS ASSOCIADOS

Beatriz Abuchaim – Gerente de Conhecimento Aplicado na Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

Joana Simões de Melo Costa – Pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Juliana Antola Porto – Doutoranda da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).



Sobre os autores

O Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância é um organismo colaborativo multidisciplinar que tem o objetivo de levar o conhecimento científico sobre o Desenvolvimento na primeira infância para tomadores de decisão em geral. Estabelecido em 2011, o Comitê é comprometido com uma abordagem fundamentada em evidências e pretende construir uma base de conhecimento para a sociedade, que transcenda divisões partidárias e reconheça a responsabilidade compartilhada da família, da comunidade, da iniciativa privada e do governo na promoção do bem-estar das crianças pequenas.

Para mais informações, acesse: www.ncpi.org.br

Aviso: o conteúdo deste estudo é de responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, as opiniões das organizações membros do Núcleo Ciência Pela Infância.

Sugestão de citação: Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2018). Estudo nº IV: Visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância. <http://www.ncpi.org.br>

Redação: Maria Beatriz Martins Linhares, Débora Falleiros de Mello, Anna Maria Chiesa, Rogério Lerner, Rebeca Cristina de Oliveira.

APRESENTAÇÃO



Este texto aborda a visita domiciliar como uma importante estratégia de promoção do desenvolvimento infantil e da **parentalidade**^{1,2} na primeira infância, período que vai do nascimento aos 6 anos de idade da criança. Em diferentes países, entre os esforços para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, a visita domiciliar tem sido uma estratégia de extrema importância para promover a saúde e o desenvolvimento humano, com inúmeros benefícios para as crianças, as famílias e toda a sociedade.

Podemos nos perguntar: Por que é importante promover o desenvolvimento na primeira infância? A primeira infância é uma etapa fundamental na vida do ser humano para que ele possa realizar seu potencial ao longo de sua existência. Evidências científicas têm demonstrado que o cérebro se desenvolve rapidamente nos primeiros anos de vida e é muito sensível aos cuidados e estímulos ambientais³⁻⁵. Trata-se de um período que é tido como uma “janela de oportunidade”, porque nele a aprendizagem de habilidades e o desenvolvimento de aptidões e competências acontecem com maior facilidade.

O acesso a serviços de qualidade na primeira infância foi expressamente incluído entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, da ONU^{6,7}. Ele se reverte em ganhos no desenvolvimento cognitivo a curto prazo, melhora os níveis de aprendizado a médio prazo e a escolaridade, empregabilidade, qualidade de vida e renda a longo prazo⁸. Investir na primeira infância é, portanto, investir no futuro da sociedade, uma vez que oferecer condições favoráveis ao pleno desenvolvimento nessa fase inicial da vida também se provou mais eficaz e menos custoso do que tentar reverter os efeitos ou problemas ao longo da vida adolescente e adulta^{3,5,9}.

Outra pergunta a fazer é a seguinte: Por que é importante promover a parentalidade? As boas práticas parentais, que incluem a garantia dos cuidados básicos à realização de brincadeiras, passando pela construção dos vínculos afetivos, de acordo com as necessidades da criança em cada fase do seu desenvolvimento, são fundamentais para alcançar os seus potenciais. Estudos indicam que o apoio aos adultos de referência da criança, também chamados de cuidadores principais (mãe, pai, avós e outros), no exercício da função parental pode se desdobrar em uma variedade de experiências estimulantes e apropriadas nos primeiros anos de vida, favorecendo um cuidado cotidiano de qualidade às crianças⁴.

O Marco Legal da Primeira Infância, lei nº. 13.257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância¹⁰, contém diretrizes para uma série de programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças,

Parentalidade:

Derivado do inglês *parenting*, o conceito vem sendo utilizado para descrever o conjunto de atividades desempenhadas pelo adulto de referência em seu papel de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento pleno da criança, de modo a promover a sua integração social e torná-la progressivamente mais autônoma³.

desde o nascimento até os 6 anos de idade. Como regra geral, a formulação de políticas públicas e o planejamento de ações para um desenvolvimento sustentável em nossa sociedade são fundamentais para interferir nos determinantes relacionados à pobreza, fome, baixa educação, exclusão social, ao desemprego, às moradias precárias, ao crescimento populacional acelerado e desordenado, entre outros¹¹. Assim, para a construção de uma sociedade com maior igualdade de oportunidades, é imprescindível que nossas políticas públicas implementem ações com especial atenção aos primeiros anos de vida.

Destaca-se que, muito além de condições de sobrevivência, é necessário oferecer a todas as crianças a possibilidade de alcançarem, em suas trajetórias de vida, o desenvolvimento pleno – isto é, em termos físicos, cognitivos e socioemocionais. A criança pequena requer muita atenção e cuidados, e diversos estudos internacionais têm demonstrado o impacto da visita domiciliar no incremento do desenvolvimento infantil e das boas práticas parentais. Todavia, o Brasil ainda carece de programas de visita domiciliar em larga escala, voltados ao desenvolvimento de crianças na primeira infância. Nesse sentido, este texto traz uma série de elementos que identificam os benefícios e justificam a importância de investir na estratégia de visita domiciliar para a primeira infância.

INTRODUÇÃO



Cada vez mais se identifica a necessidade de incremento de ações e estratégias que avaliem o desenvolvimento infantil, promovam o pleno desenvolvimento das crianças e das famílias e, conseqüentemente, de forma ampla, o da sociedade. O cuidado integral e integrado na primeira infância é essencial para a obtenção de impacto positivo no desenvolvimento humano¹². O cuidado integral diz respeito à atenção às necessidades da criança nas dimensões física, emocional e social. O cuidado integrado pressupõe a articulação entre os diferentes serviços que compõem a rede de apoio da família e a perspectiva de centrar a atenção nas suas necessidades. Nesse contexto, a visita domiciliar torna-se uma diretriz política relevante em prol da primeira infância.

A visita domiciliar, com foco na promoção do desenvolvimento da criança pequena e da parentalidade, é uma estratégia que implica a entrega de um serviço que tem como públicos-alvo as crianças e os cuidadores principais, que exercem funções parentais (mãe, pai, avós e outros)¹³. Trata-se de uma atividade que pode se prestar a propósitos variados, como o apoio a diferentes tipos de famílias (mães adolescentes, famílias monoparentais, famílias de etnias específicas, entre outras) e a circunstâncias e comportamentos particularmente vividos (preparação para a escola, estresses, abusos, entre outros). Também apresenta como variação a dimensão dos agentes que prestam os serviços (enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros) e a duração e intensidade das ações e serviços.

A visita domiciliar consiste na prática utilizada por profissionais, por exemplo, os de equipes de saúde da família, como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população. Ela favorece o estabelecimento de vínculos e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares¹⁴. Desse modo, a visita domiciliar é de extrema importância para conhecer as novas configurações familiares e os novos arranjos entre os membros, buscando reconhecer suas composições, as situações vulneráveis, os determinantes sociais e as condições que afetam o desenvolvimento humano.

Os programas de apoio parental existentes no cenário internacional têm demonstrado amplos benefícios para os adultos de referência, com estabelecimento de confiança, encorajamento e suporte, além de ter impacto positivo no desenvolvimento socioemocional e na aprendizagem das crianças¹⁵. Trata-se de uma ação importante para observar e ajudar na construção de vínculos afetivos, entre os cuidadores principais e as crianças, e na adoção de práticas de cuidado diferenciado para as crianças pequenas.

Intersetorial:

Ações intersetoriais pressupõem uma articulação entre sujeitos de diversos setores, com diferentes saberes e poderes, visando a enfrentar situações e problemas complexos da sociedade, envolvendo um redirecionamento e fortalecimento da educação, saúde, desenvolvimento social, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, esferas de governo, organizações comunitárias, entre outros.

Iniciativas globais têm incentivado práticas de estímulo ao desenvolvimento na primeira infância, a partir de um trabalho em rede e **intersetorial**, que incluem ações de saúde, nutrição, ambiente seguro e afetivo, proteção e oportunidades de aprendizagem, acesso aos serviços e defesa de direitos^{12,16-18}.

Nos cuidados das crianças, não basta assegurar a sua sobrevivência, mas é preciso oferecer condições para que vivam com qualidade, cresçam e alcancem todo o seu potencial de desenvolvimento^{17,19}. No entanto, embora haja consenso no âmbito das evidências científicas, a sociedade como um todo ainda desconhece a importância da interação amorosa e responsiva para com as crianças pequenas²⁰. Nesse processo, o apoio às famílias e às demais pessoas envolvidas com crianças na primeira infância, representa um componente extremamente relevante e a visita domiciliar configura uma estratégia que fornece muitos benefícios, particularmente para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil²¹⁻²⁵.

Portanto, os cuidados cotidianos e as condições do domicílio são elementos que devem ser o foco da atenção dos profissionais da área da saúde e de outros setores que atuam junto às famílias e comunidades. Nesse sentido, o presente texto aborda a visita domiciliar como uma prática valiosa e protetora, considerando-se as necessidades essenciais da criança, os valores da família, as situações de vulnerabilidade e as condições adversas e estressoras do ambiente que podem comprometer o desenvolvimento na primeira infância.

INTERVENÇÕES DURANTE A VISITA DOMICILIAR: BENEFÍCIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DA PARENTALIDADE



Procedeu-se a uma análise de estudos publicados sobre intervenções realizadas durante as visitas domiciliares, com o foco na promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade. A seguir, serão destacadas as características e a efetividade das intervenções promovidas na visita domiciliar, dos públicos-alvo e dos desfechos analisados.

Primeiramente, verificou-se que, na revisão de literatura realizada no período de 2012 a 2016, na busca de estudos publicados e indexados em reconhecidas bases de dados nacionais e internacionais, apareceram somente estudos internacionais sobre

o impacto da visita domiciliar nos desfechos de desenvolvimento infantil e/ou parentalidade. Nota-se, portanto, uma carência de publicações brasileiras sobre o tema com enfoque na análise de sua efetividade. Nos estudos internacionais encontrados, as faixas etárias das crianças mais estudadas foram de 0 a 2 anos (82%) e 3 a 4 anos (34%), seguidas em menor proporção de 5 a 6 anos (7%); houve estudos que abordaram mais de uma idade nas suas avaliações. Portanto, a grande ênfase dos estudos se encontrava na fase inicial do desenvolvimento.

AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS SOBRE VISITAS DOMICILIARES FORAM:

A	<p>Contextos da visita domiciliar</p> <p>Programas comunitários, serviços de saúde públicos ou programa após a alta hospitalar de mães e crianças hospitalizadas.</p>
B	<p>Populações-alvo</p> <p>Incluía mães ou outros adultos de referência e as crianças.</p>
C	<p>Tipos de intervenção realizada na visita domiciliar</p> <p>De prevenção universal* predominantemente, ou de grupos selecionados pelas condições de vulnerabilidade das crianças (crianças nascidas prematuras), da saúde mental materna (principalmente mães com problemas de depressão, ansiedade e/ou estresse) ou do risco psicossocial familiar (mães adolescentes, ambiente familiar com a presença da violência e maus tratos contra a criança).</p>
D	<p>Estratégias utilizadas nas intervenções</p> <p>Programas educativos e orientações presenciais, com ou sem materiais impressos, vídeos e mensagens enviadas pelo celular, que eram facilitados por diferentes tipos de agentes comunitários e profissionais da área da saúde (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos) ou da área de assistência social.</p>

Prevenção universal é dirigida à população geral sem prévia análise do grau de risco individual.

Além disso, as intervenções também podiam envolver interligações dos recursos da comunidade para o atendimento de necessidades emergentes identificadas nos cuidadores principais das crianças, durante a visita domiciliar.

As intervenções realizadas durante as visitas envolviam: programas desenvolvidos pelos autores dos estudos; programas validados previamente, tais como o renomado Early Head Start ou o Improving Psychosocial Development of Children, da Organização Mundial da Saúde (OMS); programa federal da Alemanha, denominado ProKind. Os programas tinham manuais e treinamento para serem devidamente aplicados. A grande parte das intervenções consistia em sessões presenciais na casa, com equipe treinada, com estratégias que podiam envolver desde o oferecimento de informações até maneiras mais ativas de protagonização (role-playing) dos pais ou suporte frente a videogravações (videocoaching) para análise das interações entre pais e crianças ou relativos às situações cotidianas.

As estimulações realizadas por meio do brincar e leituras nas visitas domiciliares ajudaram a melhorar a responsividade dos pais nas brincadeiras e o desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças²⁶. A responsividade parental (tom de voz materno, sorriso, acompanhamento visual de estímulos, regulação emocional e do comportamento, regulação do choro, alimentação e sono) com bebês também pode ser melhorada por meio de aconselhamento e reconhecimento de sentimentos em visitas domiciliares²⁷. Outro exemplo é o Programa My Baby & Me, que acompanhou mães desde a gravidez até os 30 meses de idade das crianças, inicialmente em esquema de visitas domiciliares semanais e depois mensais²⁸.

Em especial, o choro das crianças desafia os pais nos cuidados cotidianos e pode levar à “síndrome do bebê sacudido”²⁹, derivada de uma agitação vigorosa do corpo da criança com sacudidas exageradas da cabeça quando estiver sendo contida pelas suas extremidades ou pelos ombros. A intervenção, através de visitas domiciliares e entrega de materiais informativos, mostrou formas adequadas sobre como manejar o choro nas fases pré-natal e pós-natal e aos 4 meses de idade das crianças³⁰.

Os momentos de vulnerabilidade da fase pré-natal e pós-natal foram também focalizados em intervenções de visita domiciliar para oferecer informações e orientações sobre interações entre pais e crianças, com quatro a dez sessões³¹⁻³⁴. O ProKind é um programa federal da Alemanha, que envolve intervenção em visita domiciliar, que se mostrou efetivo para proteger a saúde pré-natal, o funcionamento familiar e a competência parental, com melhoras no desenvolvimento das crianças e redução de negligências e abusos³⁴. Este programa revela a importância da compreensão de emoções dos pais para auxiliar no processo de parentalidade. O programa de intervenção, baseado no Improving Psychosocial Development of Children, da OMS, com visitas de aconselhamento na fase pré-natal e depois até 6 meses de idade da criança, mostrou impacto, aos 18

meses, no engajamento das mães no cuidado e interações com a criança e redução do estresse³³.

Alguns programas de intervenção focalizaram determinadas amostras de risco biológico e/ou psicossocial, tais como bebês prematuros e mães adolescentes. Os pais de crianças nascidas prematuras, nos primeiros anos dos filhos, foram alvo de intervenções de visita domiciliar com orientações presenciais (quatro a seis sessões) para estimular aspectos da parentalidade, como responsividade, engajamento, autorregulação emocional e comportamental e suporte à saúde mental materna³⁵⁻³⁷. Interessante destacar que entre as visitas havia o envio de mensagens de texto, via celular, para o fortalecimento dos aprendizados. As intervenções impactaram positivamente tanto os aspectos cognitivos e comportamentais das crianças quanto os indicadores de saúde mental materna de ansiedade, estresse e depressão. O programa de visita domiciliar associado a mensagens informativas entre as sessões (lembretes das estratégias de interação positiva mãe-criança, atividades de promoção do desenvolvimento da criança e estratégias de parentalidade para melhora da autoeficácia) apresentaram um efeito sinérgico com as visitas na melhora dos comportamentos adaptativos das crianças (por exemplo, controle da impulsividade e da agressão, mais respostas sociais considerando positivamente o outro)³⁸ e dos comportamentos internalizantes (como sintomas de ansiedade, medo, retraimento e timidez)³².

As mães adolescentes também foram foco de intervenções com visita domiciliar que envolveram o Early Head Start com 71 visitas³⁹ ou 43 lições estruturadas, incluindo conversas e panfletos informativos sobre parentalidade positiva⁴⁰. Essas intervenções visavam o fortalecimento da saúde mental materna e redução de depressão e uso de drogas, assim como a melhora da parentalidade com redução da disciplina rígida ou coercitiva, irresponsividade, rejeição, abuso/negligência e pobre monitoramento dos filhos. Particularmente, o Early Head Start promove melhora nas interações de pais e crianças, especificamente, aumentando a participação dos pais e a responsividade e o apego, ensinando-os a entender as pistas do comportamento das crianças e seu temperamento, melhorando a comunicação⁴¹.

Considerando-se os impactos das intervenções realizadas durante as visitas domiciliares, com foco no desenvolvimento infantil e/ou na parentalidade, os resultados foram predominantemente positivos. No desenvolvimento infantil, houve melhora em indicadores do desenvolvimento motor^{26,34,35}, de linguagem^{26-28,42,43}, cognitivo^{26,27,33-35,41,43}, função executiva^{26,44} - ou seja, no conjunto de habilidades necessárias para o controle consciente e deliberado sobre ações, pensamentos e emoções - e habilidades acadêmicas^{26,44}.

Além disso, houve redução de problemas de comportamentos, dos tipos internalizantes^{32,36,40}, externalizantes^{35,40} e desregulados, ou seja, sem regulação emocional e controle de impulsos^{35,40}.

Em contrapartida, houve melhora de comportamentos pró-sociais (competência emocional e social para construir relações interpessoais saudáveis) e adaptativos nas crianças^{26,38}. Os problemas de comportamentos do tipo internalizante incluem sintomas como tristeza, depressão e ansiedade, que representam reações internas do indivíduo; por sua vez, os problemas de comportamentos do tipo externalizante incluem dificuldades de controle comportamental, entre eles: agressividade, problemas de atenção e de conduta e hiperatividade, que são reações externas com ações do indivíduo no meio⁴⁵.

Quanto à parentalidade, na interação entre mães e crianças houve melhora no comportamento materno quanto ao apego^{34,46} e em relação às dimensões de disponibilidade emocional, sensibilidade, responsividade^{26,28,37,38}, calorosidade e engajamento social²⁸, envolvimento e qualidade da interação verbal^{28,38,46}. Por outro lado, ao interagirem com as crianças, as mães reduziram ou eliminaram a intrusividade e a negatividade²⁸. Destaca-se que a melhora nas interações mãe-criança afetou positivamente a qualidade da linguagem do lar, que, por sua vez, teve impacto positivo no nível de vocabulário das crianças⁴². Além disso, um programa de visita domiciliar, que incluiu atividades de socialização dos pais para brincarem com as crianças, aumentou a responsividade emocional e conferiu maior suporte para linguagem e aprendizagem no lar⁴¹.

Houve um aumento da autoeficácia parental³⁴ e dos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil²⁷. Destaca-se que geraram mudanças em práticas educativas parentais, pois os pais relataram menos punição física⁴¹ e aumento dos conhecimentos e melhora do manejo do choro inconsolável da criança³⁰. Nesse contexto da parentalidade, houve a redução de conflitos familiares⁴¹ e a melhora no reconhecimento das emoções negativas das crianças e na regulação de emoções, por meio de um programa de visita domiciliar com uso de vídeos em pais com história de maus-tratos e violência contra os filhos⁴⁷.

Notou-se também que houve avanço em indicadores da saúde mental parental, no que se refere à redução da ansiedade materna^{31,36}, depressão materna¹², e controle de estresse parental^{34,38,39,48}. Em um estudo com uma população específica de mães adolescentes indígenas verificou-se que houve redução dos sintomas depressivos e do uso de drogas ilícitas⁴⁰.

No entanto, a depressão materna foi o sintoma emocional mais difícil de ser modificado por meio de intervenções no contexto de visita domiciliar. Alguns estudos mostraram que, em alguns casos de ocorrência de depressão e estresse materno, as intervenções nas visitas domiciliares não acarretaram mudanças significativas dos indicadores de saúde mental materna. Provavelmente, nesses casos, seriam necessárias modalidades de intervenção mais terapêuticas do que preventivas, como as realizadas durante as visitas domiciliares por agentes ou profissionais de saúde. Portanto, nos casos de

mães com problemas mais graves, as visitas domiciliares auxiliam na detecção dessas ocorrências, mas as intervenções precisam ser ampliadas no seu escopo, pois vão depender de condutas profissionais especializadas, com atendimentos periódicos por médio ou longo prazo. Nestes casos, a resolatividade dos agravos de saúde mental materna mais significativos dependerá diretamente de ações integradas intersetoriais e entre diferentes níveis da rede de atenção à saúde.

Em síntese, existem evidências científicas recentes que demonstram a importância da estratégia de visita domiciliar para oferecer programas de intervenção para promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade, especialmente no que se refere aos aspectos de interações entre cuidadores principais e crianças, sintomas emocionais leves ou moderados, competência e comportamento parental. Além disso, a visita domiciliar propicia medidas preventivas por meio de um contato oportuno, que pode contribuir para a identificação de sinais iniciais de sofrimento psíquico e, conseqüentemente, desencadear o acompanhamento adequado às crianças e aos seus cuidadores principais.

INICIATIVAS BRASILEIRAS: A NECESSIDADE DE AVANÇAR



A pertinência e viabilidade de fomentar programas de visita domiciliar na primeira infância, incluindo o foco no desenvolvimento infantil e parentalidade, são imprescindíveis. Iniciativas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), frente do Ministério da Saúde que, desde meados dos anos 1990, aborda a família como objeto de atenção no ambiente em que vive, são referências que necessitam ser fortalecidas. No Brasil, a maioria dos problemas na primeira infância, é diagnosticada tardiamente, aumentando o risco de comprometimento do desenvolvimento das crianças, pois o tratamento se torna mais difícil⁴⁹.

A realização de visitas domiciliares de forma sistematizada, liderada por profissionais qualificados e com estreita articulação intersetorial, pode contribuir sobremaneira para ampliar as competências de cuidado da família com a criança pequena. Um diferencial positivo da ESF é a oportunidade que a equipe de saúde (composta por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) tem de manter contato com as famílias do seu território de atuação, desde a concepção e por todas as fases da vida. Esse caráter longitudinal de contato permite que o cuidado seja centrado não somente nos problemas de saúde, mas também no fortalecimento dos seus potenciais. Neste sentido, as tecnologias leves, que valorizam a escuta e propiciam o diálogo entre os profissionais e a população atendida, desempenham um papel estruturante do cuidado voltado para o atendimento das necessidades de cada realidade^{50,51}, contribuindo também para a promoção do desenvolvimento das crianças e para a melhoria das práticas parentais positivas.

A maioria das iniciativas brasileiras nos âmbitos municipal e estadual, que visa o fortalecimento da primeira infância, valoriza a intersetorialidade e sugere a otimização do trabalho de visita das equipes de saúde da família. Dentre estas, destacam-se os seguintes programas: Programa Mãe Curitibana⁵², Programa Mãe Coruja Pernambucana⁵³, Programa Primeira Infância Acreana/PIA⁵⁴, Programa Família que Acolhe⁵⁵, Programa Arapiraca Garante a Primeira Infância/AGAPI⁵⁶, Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância/SPPI⁵⁷ e Programa de Apoio ao Desenvolvimento Infantil/PADIN⁵⁸, sendo que este último conta com professores e auxiliares de desenvolvimento infantil ligados à educação na realização das visitas domiciliares. Também há experiências de capitais como Fortaleza, com o Programa Cresça com Seu Filho⁵⁹, e São Paulo, com a Política São Paulo Carinhosa⁶⁰ que receberam apoio do Ministério da Saúde, em 2014, para a implementação de programas de visita domiciliar a partir da rede de saúde. Neste sentido, vale destacar que a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil é de 62%, permitindo um contato privilegiado para o diálogo sobre a

adoção de práticas parentais positivas para mais de seis milhões de crianças de até 3 anos.

Outra iniciativa estadual é o Programa Primeira Infância Melhor/PIM⁶¹, implementado no estado do Rio Grande do Sul, em 2001, com articulação entre estado e municípios na realização de visitas domiciliares, que subsidiou a proposição do Programa Criança Feliz⁶² (PCF), pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, em 2016. Este último programa prevê a visita de rotina para as famílias de gestantes e crianças com até 3 anos de idade, atendidas pelo Programa Bolsa Família, de crianças até 6 anos cujas famílias são atendidas pelo Benefício de Prestação Continuada ou que estão afastadas do convívio familiar. Para aderirem ao PCF, os municípios devem contar com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, no mínimo, 140 beneficiários do Programa Bolsa Família. No primeiro semestre de 2018, dos 5.570 municípios brasileiros, 3.780 eram elegíveis e em 2.167 destes as visitas domiciliares já tinham sido iniciadas. Trata-se de uma proposta para avançar no processo de implementação e consolidação da visita domiciliar no escopo da primeira infância.

Porém, ainda permanece uma grande carência de estudos de avaliação de impacto dos programas nacionais desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Apesar de diversas iniciativas de implementação desses programas no Brasil, verifica-se uma escassez de documentação sobre a avaliação de fidelidade e efeitos que eles causam na promoção do desenvolvimento infantil. Tal situação constitui um problema para avançar nas discussões da efetividade dos programas de intervenção com visita domiciliar.

A partir de 2015, o edital Saving Brains, do Grand Challenges do Canadá, tem apoiado projetos de pesquisa brasileiros de grande porte para a primeira infância, visando avaliar programas de intervenção de visita domiciliar baseados em evidências. Trata-se de um exemplo de iniciativa promissora para a obtenção de iniciativas testadas cientificamente, antes de constituir uma proposta para ser aplicável em larga escala como política pública.

Um dos aspectos mais desafiadores para o sucesso das visitas domiciliares é a formação dos profissionais que realizam a atividade em si, bem como dos profissionais que supervisionam os visitantes. A complexidade deste desafio pode ser estimada pelos seguintes aspectos: a emergência da importância do desenvolvimento na primeira infância (DPI) não integra os diversos cursos de formação de profissionais que atuam nos serviços de educação, saúde, assistência e desenvolvimento social⁶³; o caráter intersetorial e interdisciplinar do que demanda competências de mediação e articulação em rede, conforme enfatiza o Marco Legal

da Primeira Infância; e a necessidade de trabalhar com famílias por meio de uma abordagem baseada na parceria, no diálogo e na escuta, reconhecendo seus saberes e habilidades e superando a perspectiva tradicional de “ditar ou prescrever” normas e condutas preestabelecidas⁶⁴.

Outra dimensão da complexidade diz respeito ao alcance com capilaridade, pretendido com tais programas, e o encontro com realidades muito distintas, tanto do ponto de vista cultural quanto material, que interferem nos modos de vida familiar e,

consequentemente, nos estilos parentais. A visita domiciliar não pode representar uma ação de caráter coercitivo e fiscalizatório das famílias mais vulneráveis. Para tanto, as competências dos visitadores incluem habilidades de escuta empática, reconhecimento do patrimônio familiar, valorização da incorporação de boas práticas, a partir da rotina de cada família e das necessidades das crianças, assim como incentivo e apoio para as famílias reconhecerem seu protagonismo e buscarem o atendimento de seus direitos na rede de serviços públicos e nas comunidades⁶⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Visitas domiciliares têm se mostrado um instrumento valioso para a melhora de condições de desenvolvimento infantil e parentalidade. O desenvolvimento infantil envolve, simultaneamente, aspectos de natureza distinta entre si, que são geralmente atendidos por setores da administração pública separados como educação, saúde, assistência social, dentre outros. Assim, é importante que o planejamento de iniciativas de visitas domiciliares seja feito intersetorialmente. Creches e Unidades Básicas de Saúde (UBS) são de especial interesse para a construção de interfaces com visita domiciliar, uma vez que bebês frequentam ambas com maior frequência. O período de licenças-maternidade e paternidade pode ser oportuno para o engajamento de mães e pais que trabalham.

Diversos aspectos das iniciativas brasileiras em visita domiciliar podem ser pensados como recomendações a gestores de políticas públicas. O primeiro aspecto refere-se ao planejamento, para que os programas atinjam aplicabilidade em larga escala apenas depois de realizar os estudos de eficácia e efetividade das intervenções. Neste caso, a eficácia diz respeito aos resultados obtidos a partir de uma intervenção realizada em condições controladas, com rigor dos procedimentos metodológicos; ao passo que a efetividade refere-se à aplicação de uma intervenção, com eficácia previamente demonstrada, em ambientes naturais, ou seja, no contexto proximal dos usuários. Nesse sentido, as intervenções precisam atingir as validades interna, externa e ecológica, que permitem avançar para uma aplicação em escala mais ampla.

O segundo aspecto a destacar trata da confiabilidade do emprego de procedimentos entre diferentes atores envolvidos na aplicação da intervenção. É importante que se possa transmitir, por meio de dispositivos de educação permanente, o conjunto das práticas avaliadas como sendo as melhores para os objetivos da intervenção e, em seguida, avaliar em que medida têm sido adotadas ou o grau com que têm sido adaptadas a cada nova situação. A

fidelidade ao conteúdo e aos procedimentos pelos facilitadores da intervenção é fundamental para obter os impactos esperados na população-alvo.

O terceiro aspecto diz respeito à escolha de indicadores para avaliar os efeitos das intervenções. A literatura está constantemente revendo os instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil e de parentalidade e sua aplicabilidade para a avaliação de programas de visita domiciliar. Assim, diferentes programas podem ser comparados quanto ao tamanho do efeito alcançado nas diferentes propostas, como podem ser comparados quanto a custo-efetividade.

Quando se trata de planejar programas de intervenção em políticas públicas, a decisão quanto ao retorno social da verba empregada é central. Para isso, é fundamental que se usem métodos e indicadores em constante discussão na literatura científica, com os quais pesquisadores podem contribuir com os gestores, como se verifica de forma recorrente no âmbito internacional.

Existem muitas experiências bem documentadas e com inegável impacto sobre o desenvolvimento integral das crianças pequenas e das competências familiares promotoras do desenvolvimento humano. No Brasil, essas iniciativas ainda estão pouco sistematizadas e divulgadas em periódicos científicos e carecem de avaliações da fidelidade e das evidências conclusivas do seu impacto no desenvolvimento infantil. Este pode ser um caminho importante para aprimorá-las.

Programas com visita domiciliar, enfocando desenvolvimento infantil e parentalidade, têm efeitos que atingem simultaneamente diferentes gerações de cidadãos, dado que diferentes composições familiares podem ser contempladas. Avós que convivem e fazem parte do cuidado de netos, mães e pais adolescentes, irmãos mais velhos, todos são considerados nas propostas ofertadas e podem dela se beneficiar. A visita domiciliar permite atingir muitas gerações que habitam o mesmo lar.

A melhora das condições de desenvolvimento objetivada por visita domiciliar, com foco no desenvolvimento infantil e parentalidade, impactam as características socioemocionais das crianças que, por sua vez, podem ter efeitos mais duradouros como maior aderência à escolarização, aumento na chance de sucesso escolar, diminuição de ocorrência de episódios de violência e

drogadição. Na vida adulta, este “círculo virtuoso” pode se realizar na forma de maior satisfação conjugal e sucesso profissional aliado a maior renda salarial. Portanto, investir na promoção do desenvolvimento infantil e na parentalidade é fundamental para aumentar as chances de atingir um desenvolvimento pleno, sadio e adaptado ao longo do ciclo vital.

REFERÊNCIAS



1. Pluciennik GA, Lazzari MC, Chicaro MF. Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2015.
2. Brooks J. The process of parenting. Nova York: Mc Graw Hill; 2013.
3. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Guia primeira infância em pauta. Disponível em: <https://www.primeirainfanciaempauta.org.br/>. Acesso em 2 de setembro de 2018.
4. National Scientific Council on the Developing Child. The science of early childhood development: closing the gap between what we know and what we do. 2007. Disponível em: www.developingchild.harvard.edu. Acesso em 2 de setembro de 2018.
5. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem. 2014.
Disponível em: https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2013/08/impacto_desenvolvimento_primeira_inf%C3%A2ncia_aprendizagem_NCPI.pdf. Acesso em 2 de setembro de 2018.
6. Plataforma Agenda 2030 [homepage on the Internet]. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br/ods/4/>. Acesso em 2 de setembro de 2018.
7. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. 2016. Disponível em: http://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf. Acesso em 2 de setembro de 2018.
8. Heckman JJ. Policies to foster human capital. Research in Economics, Elsevier, v. 54, p. 3-56, mar. 2000; e Curi AZ; Menezes-Filho NA. A relação entre educação pré-primária, salários, escolaridade e proficiência escolar no Brasil. Estud. Econ., São Paulo, v. 39, n. 4, p. 811-850, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612009000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 3 de setembro de 2018.
9. Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. Rev. Agr. Econ. 2007 Feb;29(3):446-493.
10. Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Marco Legal da Primeira Infância. Presidência da República. Casa Civil. Brasília.
11. Sena A, Freitas CM, Barcellos C, Ramalho W, Corvalan C. Medindo o invisível: análise dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em populações expostas à seca. Ciênc. Saúde Colet. 2016 Mar; 21(3):671-684.
12. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet. 2016; 389(10064):91-102.
13. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_hipertensao_arterial.pdf. Acesso em 2 de setembro de 2018.

14. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Instituto para o desenvolvimento da saúde, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem (p.43-46). Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://www.ee.usp.br/cartilhas/manual_de_enfermagem.pdf. Acesso em 8 de novembro de 2018.
15. Center on the Developing Child at Harvard University. From best practices to breakthrough impacts: a science-based approach to building a more promising future for young children and families. Cambridge, MA: Center on the Developing Child at Harvard University; 2016. Disponível em: <http://www.developingchild.harvard.edu>. Acesso em 2 de setembro de 2018.
16. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2016; 389(10064):77-90.
17. Every Women Every Child Movement. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Every Women Every Child Movement; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>. Acesso em 2 de setembro de 2018.
18. Laffite LTG, Tubelis P, Maia SV, Didonet VA. Intersetorialidade nas políticas para a primeira infância. Fortaleza: Rede Nacional Primeira Infância; 2015. Disponível em: https://undime.org.br/uploads/documentos/phpcrSG7h_55a64dbb2efb2.pdf. Acesso em 2 de setembro de 2018.
19. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2016;389(10064):103-118.
20. Ibope Inteligência e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Primeira Infância. 2012. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/pi-a-visao-da-sociedade>. Acesso em 24 de outubro de 2018.
21. Dmytryshyn AL, Jack SM, Ballantyne M, Wahoush O, MacMillan HL. Long-term home visiting with vulnerable young mothers: an interpretative description of the impact on public health nurses. *BMC Nursing*. 2015 Mar; 14(12):1-14.
22. Henderson S. Community Child Health (CCH) nurses' experience of home visits for new mothers: a quality improvement project. *Contemp Nurse*. 2009 Dec-Jan 2010;34(1):66-76.
23. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediat Adol Med*. 2010 May; 164(5):419-424.
24. Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2014; 168(9):800-806.
25. Sawyer MG, Frost L, Bowering K, Lynch J. Effectiveness of nurse home-visiting for disadvantaged families: results of a natural experiment. *BMJ Open*. 2013;3:e002720.
26. Yousafzai AK, Obradović J, Rashee MA, et al. Effects of responsive stimulation and nutrition interventions on children's development and growth at age 4 years in a disadvantaged population in Pakistan: a longitudinal follow up of a cluster randomised factorial effectiveness trial. *Lancet Glob Health*. 2016;4(8):548-558.
27. Aboud FEA, Singla DR, Nahil MI, Borisova I. Effectiveness of a parenting program in Bangladesh to address early childhood health, growth and development. *Soc Sci Med*. 2013 Nov;97:250-258.
28. Guttentag CL, Landry SH, Williams JM, et al. "My Baby & Me": effects of an early, comprehensive parenting intervention on at-risk mothers and their children. *Dev Psychol*. 2014 May;50(5):1482-96.
29. Filho JBF, Tartarella MB. Síndrome do bebê sacudido (SBS). 2013. Disponível em: <http://www.sbop.com.br/conteudo/2013%20CBO%20Sindrome%20do%20Bebê%20Sacudido.pdf>. Acesso em 1 de novembro de 2018.
30. Fujiwara T. Effectiveness of public health practices against shaken baby syndrome/abusive head trauma in Japan. *Public Health*. 2015 May; 129(5):475-82.
31. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'donnell K, Sato J, Guptill S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health*. 2014 Feb; 104 Suppl 1:S136-43.
32. Mejdoubi J, Van Den Heijkant SC, Van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PLOS One*. 2015 Apr 1; 10(4):120-182.

33. Murray L, Cooper P, Artech A, Stein A, Tomlinson M. Randomized controlled trial of a home-visiting intervention on infant cognitive development in peri-urban South Africa. *Dev Med Child Neurol*. 2016 Mar;58 (3):270-276.
34. Sierau S, Dähne V, Brand T, Kurtz V, Von Klitzing K, Jungmann T. Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: a randomized controlled trial. *Prev Sci*. 2016 Jan;17(1):40-51.
35. Flierman M, Koldewijn K, Meijssen D, et al. Feasibility of a preventive parenting intervention for very preterm children at 18 months corrected age: a randomized pilot trial. *J Pediatr*. 2016 Sep;176:79-85.
36. Spencer-Smith MM, Spittle AJ, Doyle LW, et al. Longterm Benefits of Homebased Preventive Care for Preterm Infants: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2012 Dec;130(6):1094-1101.
37. Cho Y, Hirose T, Tomita N, et al. Infant mental health intervention for preterm infants in Japan: promotions of maternal mental health, mother infant interactions, and social support by providing continuous home visits until the corrected infant age of 12 months. *Infant Ment Health J*. 2013 Jan;34(1):47-59.
38. Carta JJ, Lefever JB, Bigelow K, Borkowski J, Warren, SF. Randomized trial of a cellular phone enhanced home visitation parenting intervention. *Pediatrics*. 2013 Nov;132 Suppl 2:167-73.
39. Mckelvey L, Schiffman RF, Brophy-Herb HE, et al. Examining long-term effects of an infant mental health home-based early head start program on family strengths and resilience. *Infant Ment Health J*. 2015 Jul-Aug;36(4):353-65.
40. Barlow A, Mullany B, Neault N, et al. Paraprofessional-delivered home-visiting intervention for American Indian teen mothers and children: 3-year outcomes from a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2015 Feb;172(2):154-62.
41. Raikes HH, Roggman LA, Peterson CA, et al. Theories of change and outcomes in homebased Early Head Start programs. *Early Child Res Q*. 2014;29(4):574-585.
42. Roggman LA, Cook GA, Innocenti MS, et al. Home visit quality variations in two early head start programs in relation to parenting and child vocabulary outcomes. *Infant Ment Health J*. 2016 May;37(3):193-207.
43. Singla DR, Kumbakumba E, Aboud FE. Effects of a parenting intervention to address maternal psychological wellbeing and child development and growth in rural Uganda: a community-based, cluster randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2015 Jul;3:458-69.
44. Yousafzai AK, Rasheed MA, Rizvi A, Armstrong R, Bhutta ZA. Parenting skills and emotional availability: an RCT. *Pediatrics*. 2015 May;135(5):1247-1257.
45. Achenbach TM, Rescorla LA. *Mental health practitioners' guide for the Achenbach of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. 4th ed. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2004.
46. Elicker J, Wen XL, Kwon KA, Sprague JB. Early Head Start relationships: Association with program outcomes. *Early Educ Dev*. 2013;24(4):491-516.
47. Valentino K, Comas M, Nuttall AK, Thomas T. Training maltreating parents in elaborative and emotion-rich reminiscing with their preschool-aged children. *Child Abuse Neglect*. 2013 Aug;37(8):585-595.
48. Jacobs F, Easterbrooks MA, Goldberg J, et al. Improving adolescent parenting: Results from a randomized controlled trial of a home visiting program for young families. *Am J Public Health*. 2016 Feb;106(2):342-349.
49. Reichert APS, Vasconcelos MGL, Eickmann SH, Lima MC. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012 Oct;46(5):049-1056.
50. Chiesa AM, Mello DF, Fraccolli LA, Veríssimo MDLÓR. Ações da equipe de saúde da família no fortalecimento dos cuidados familiares que promovem o desenvolvimento integral da criança pequena. In: Pluciennik GA, Lazzari MC, Chicaro MF. *Fundamentos da Família como Promotora do Desenvolvimento Infantil: parentalidade em foco*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2015. p. 84-95.
51. Linhares MBM. Família e Desenvolvimento na primeira infância: Processos de autorregulação, resiliência e socialização de crianças pequenas. In: Pluciennik GA, Lazzari MC, Chicaro MF. *Fundamentos da Família como Promotora do Desenvolvimento Infantil: parentalidade em foco*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2015. p. 70-82.

52. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Mães Curitiba: Pré-Natal, Parto, Puerpério. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitiba>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

53. Pernambuco. Governo do Estado. Mãe Coruja. Disponível em: <https://maecoruja.pe.gov.br/>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

54. Gomes E. Programa Primeira Infância Acreana: cuidados para os pequenos. Notícias do Acre, 2016. Disponível em: <http://www.agencia.ac.gov.br/programa-primeira-infancia-acreana-cuidados-para-os-pequenos/>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

55. Boa Vista. Prefeitura Municipal de Boa Vista. Família que Acolhe. Disponível em: <https://www.boavista.rr.gov.br/familia-que-acolhe/>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

56. Arapiraca. Prefeitura Municipal de Arapiraca. Primeira Infância. Disponível em: <http://web.arapiraca.al.gov.br/tag/primeira-infancia/>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

57. São Paulo (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo pela Primeira Infância. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-da-crianca/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

58. Ceará. Secretaria Estadual de Educação. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – PADIN. Disponível em: <http://www.paic.seduc.ce.gov.br/index.php/o-paic/padin>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

59. Fortaleza. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Prefeitura de Fortaleza lança projeto: Cresça com seu filho. 2014. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-lanca-projeto-cresca-com-seu-filho>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

60. São Paulo. Secretaria Especial de Comunicação. São Paulo Carinhosa lança livro sobre políticas para primeira infância, 2016. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/sao-paulo-carinhosa-lanca-livro-sobre-politicas-para-primeira-infancia>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

61. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Primeira Infância Melhor – PIM. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

62. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Notícias Criança Feliz. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/crianca-feliz/noticias-crianca-feliz>. Acesso em 1 de novembro de 2018.

63. Chiesa AM. Dia 1: Formação dos profissionais da primeira infância. VI Simpósio Internacional de Desenvolvimento da Primeira Infância [arquivo vídeo]. 2017 jan 02. Recife. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9QKdXa8lkB4>. Acesso em 2 de setembro de 2018.

64. Roggman LA, Boyce LK, Innocenti MK. Developmental parenting: a guide for early childhood practitioners. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 2008.

65. Chiesa AM, organizadora. Caderno da Equipe de Saúde Toda Hora é Hora de Cuidar. 3.Ed. São Paulo; 2016. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_38299.html. Acesso em 2 de setembro de 2018



NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA

O Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI) é uma iniciativa colaborativa de cinco organizações que se reuniram para traduzir o conhecimento científico sobre o desenvolvimento na primeira infância para uma linguagem acessível à sociedade, com o intuito de estimular o surgimento de novas políticas públicas e programas que elevem o bem-estar e a qualidade de vida das crianças, promovendo o desenvolvimento social e econômico sustentável do Brasil.

O NCPI atua por meio de quatro frentes. São elas:

- **Comitê Científico:** um organismo colaborativo multidisciplinar, que reúne destacados pesquisadores de diferentes áreas, como medicina, enfermagem, neurociência, psicologia, economia, políticas públicas e educação. Tem o objetivo de levar o conhecimento científico sobre o desenvolvimento na primeira infância para tomadores de decisão, influenciando políticas públicas e práticas no Brasil.
- **iLab Primeira Infância:** um laboratório de inovação social para criar e testar soluções capazes de transformar a vida de crianças em situação de vulnerabilidade. Apoia o desenvolvimento de soluções embasadas pela ciência e com potencial de serem aplicadas em escala.
- **Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância:** que busca sensibilizar, capacitar e mobilizar os formuladores de políticas públicas, gestores públicos e líderes da sociedade para atuarem pelo pleno desenvolvimento da primeira infância.
- **Simpósio Internacional de Desenvolvimento da Primeira Infância:** um evento que reúne palestrantes brasileiros e internacionais para discutir assuntos prioritários para o desenvolvimento de políticas e práticas voltadas para o desenvolvimento das crianças até os 6 anos.

Este documento foi preparado por pesquisadores brasileiros de diversas áreas do conhecimento, que se uniram para apoiar, com informações importantes, os gestores públicos e legisladores que queiram criar boas políticas e programas para gestantes e crianças pequenas. Este é o quarto texto de uma série e trata da visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância.

ISBN 978-856189723-9



9

788561

897239