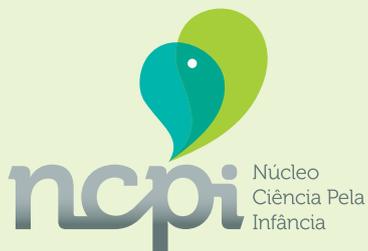


NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA

Comitê Científico
Núcleo Ciência Pela Infância



IMPORTÂNCIA DOS VÍNCULOS FAMILIARES NA PRIMEIRA INFÂNCIA

ESTUDO II



Insper



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Importância dos vínculos familiares na primeira infância : estudo II / organização Comitê Científico do Núcleo Pela Infância ; redação Beatriz de Oliveira Abuchaim...[et al.]. -- 1. ed. -- São Paulo : Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal - FMCSV, 2016. -- (Série Estudos do Comitê Científico : NCPI ; 2)

Vários autores.

Outros redatores: Rogério Lerner, Maria Machado Malta Campos, Debora Falleiros e Mello
ISBN 978-85-61897-18-5

1. Aprendizagem 2. Crianças - Desenvolvimento
3. Educação de crianças 4. Psicologia social
5. Relações familiares I. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. II. Abuchaim, Beatriz de Oliveira. III. Lerner, Rogério. IV. Campos, Maria Machado Malta. V. Mello, Debora Falleiros de.
VI. Série.

16-06285

CDD-305.231

Índices para catálogo sistemático:

1. Crianças : Desenvolvimento : Psicologia social
305.231

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 de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Lino de Macedo – Professor Titular (aposentado) do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

Márcia Castro – Professora Associada 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 – Pesquisadora Sênior da Fundação Carlos Chagas (FCC).

Maria Thereza de Souza – Professora Associada 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 do Insper.

Ricardo Paes de Barros – Professor Titular da Cátedra Instituto Ayrton Senna 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

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

Beatriz Abuchaim – Pesquisadora da Fundação Carlos Chagas (FCC).

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



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 (2016). Estudo nº II: Importância dos vínculos familiares na primeira infância. <http://www.ncpi.org.br>

Redação: Beatriz Abuchaim, Rogério Lerner, Maria Malta Campos, Debora Mello.

APRESENTAÇÃO



Este texto aborda a importância do estabelecimento de vínculos familiares na primeira infância, período que vai do nascimento aos seis anos de idade, para o desenvolvimento saudável das crianças. Para que os vínculos se estabeleçam, os adultos devem ser fontes de segurança e acolhimento para as crianças, de modo que elas construam uma base segura. Boas experiências afetivas iniciais têm influência positiva no desenrolar da vida do indivíduo. Nesse sentido, programas e políticas públicas voltados para a primeira infância são essenciais, como oferta de uma rede de apoio às famílias e ênfase no processo de vinculação com seus filhos. Nesse contexto, destaca-se a atuação dos profissionais de saúde

e de educação infantil, pelas oportunidades de interagir com as famílias e, assim, intervir para promover o bem-estar das crianças. Tanto as unidades de saúde quanto as instituições de educação infantil podem ser espaços potenciais de promoção de vínculos saudáveis. Para isso, é fundamental que os profissionais recebam uma formação adequada e educação permanente que os habilitem a trabalhar em equipes multidisciplinares e que os sensibilize para a relevância dos vínculos familiares iniciais. Princípios e diretrizes das políticas públicas destinados à primeira infância devem dar atenção às especificidades dos primeiros anos de vida, de modo a promover o desenvolvimento e a formação humana.

IMPORTÂNCIA DOS VÍNCULOS FAMILIARES NA PRIMEIRA INFÂNCIA



I. INTRODUÇÃO

Desde a Constituição de 1988, as crianças brasileiras têm seus direitos assegurados, no que diz respeito à sua integridade física, social e emocional, de forma a promover seu desenvolvimento pleno¹. Nesse sentido, o texto legal garante a proteção e o atendimento das crianças em áreas como assistência social, saúde e educação. No Brasil, esses direitos foram reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente², de 1990. Recentemente, foi sancionada a Lei nº 13.257, correspondente ao chamado Marco Legal da primeira infância³, que dispõe sobre a formulação e implementação de políticas públicas para a faixa etária específica da primeira infância, os seis primeiros anos de vida, colocando mais uma vez a criança como um sujeito de direitos e cidadã.

O desafio para os gestores públicos tem sido pensar em estratégias para implementação do que está contido na lei. A dificuldade para estabelecer prioridades pela escassez de recursos é um dos maiores problemas. Outro entrave é desenvolver políticas e programas que articulem as diversas áreas implicadas na promoção de uma primeira infância saudável: saúde, educação, assistência social, justiça, entre outras.

Considerando que a educação de crianças é um dever compartilhado entre família e Estado, é importante pensar em programas de apoio às famílias na interação com seus filhos, para instrumentalizar os cuidadores a construir ambientes favoráveis para promover um desenvolvimento humano integral. Dentre outros aspectos, faz-se necessário repensar como os diversos agentes sociais podem compartilhar a tarefa educativa com as

famílias. Certamente, há que se incrementar a educação permanente dos profissionais das áreas de educação, saúde e assistência social, para que trabalhem mais próximos das famílias e tenham elementos pertinentes para avaliar, monitorar e intervir, possibilitando uma ampliação do cuidado na primeira infância. Sendo a criança um ser de direitos, embora ainda frágil para exercê-los, um preceito ético perante essa vulnerabilidade coloca que todos os adultos se comprometam a agir em prol de sua proteção e defesa, nos contextos institucional, familiar e social⁴.

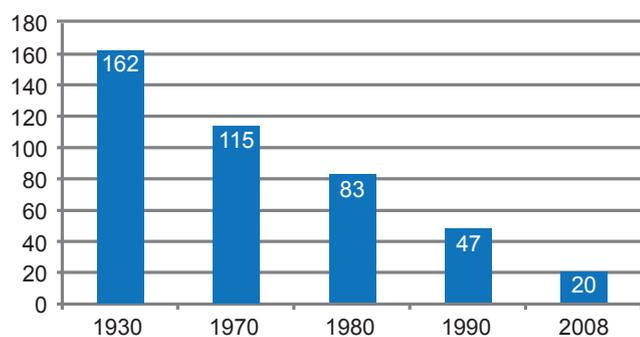
É importante elucidar o impacto positivo que as interações saudáveis na primeira infância têm na formação dos cidadãos. As experiências e oportunidades de bons relacionamentos, nos primeiros anos de vida, auxiliam na criação de um forte alicerce, gerando valores, habilidades cognitivas e sociabilidade. Essa etapa é crucial para o desenvolvimento humano, pois nela acontecem importantes maturações físicas e neurológicas, aprendizados sociais e afetivos. Já é consenso entre especialistas de diversas áreas que boas condições de vida, nos primeiros anos, podem ter impactos positivos futuros na formação humana⁵.

Inúmeros estudos têm mostrado que investimentos em programas voltados para a primeira infância podem dar um retorno bastante positivo para as crianças e para a sociedade como um todo. Crianças que tiveram boas oportunidades na infância (escolares, afetivas e sociais) tendem a apresentar um melhor desempenho acadêmico e profissional, um maior ajuste social e uma menor propensão à criminalidade, uso de drogas, adoecimento físico ou mental⁶.

Há uma preocupação cada vez maior da sociedade com a garantia de uma infância saudável. Nas últimas três décadas, o Brasil teve avanços nos indicadores de saúde e transformações nos determinantes sociais das doenças, mas ainda há problemas a solucionar, como as condições adversas às quais as crianças estão expostas. Cabe destacar que é essencial o entendimento da natureza dos problemas e o estabelecimento de intervenções que possam reduzir os efeitos das iniquidades sociais sobre o desenvolvimento^{7,8}. É certo que existem desigualdades em relação às condições de saúde dos diversos grupos populacionais pelos mais diversos fatores. “Iniquidades” são as desigualdades que têm uma conotação de injustiça e que poderiam ser evitadas. Assim, chama-se atenção para a importância da superação das iniquidades, determinadas principalmente por condições socioeconômicas desfavoráveis, que fazem com que um grupo específico de crianças brasileiras tenha condições piores de saúde⁹.

Percebe-se, no Brasil, um esforço para a redução de algumas iniquidades em relação às crianças. A morbimortalidade nos primeiros cinco anos da criança teve melhorias em seus indicadores, mas ainda constitui um dos maiores desafios, sobretudo no primeiro mês de vida. A taxa anual de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade teve um decréscimo de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e de 4,4% entre os anos de 2000 a 2008. Em 2008, o índice de mortalidade infantil era de 20 mortes por 1.000 nascidos vivos, acentuadamente menor do que nos anos 1970, quando o índice era de 115 por 1.000 nascidos vivos. Dados positivos também são encontrados em relação ao crescimento das crianças. Houve uma redução na porcentagem de crianças com déficit de altura, de 37,1% entre os anos de 1974 e 1975, para 7,1% entre 2006 e 2007¹⁰.

Mortalidade (por 1.000 nascidos vivos) por década no Brasil



Fonte: adaptado de VICTORA, et al., 2011

Esses bons resultados são fruto de diversos fatores, tais como: melhorias na situação social (redução da pobreza, maior urbanização, melhoria na educação da população, queda das taxas de natalidade), criação de programas sociais (programas de transferência de renda, atuação do Sistema Único de Saúde e

reorganização da atenção primária à saúde)¹¹. Programas como Bolsa Família e Estratégia Saúde da Família tiveram impacto positivo na garantia da sobrevivência e melhoria das condições de saúde de crianças até cinco anos de idade^{12,13}.

Embora as chances de sobrevivência para as crianças brasileiras tenham aumentado, ainda há muito que se trabalhar com vistas ao seu desenvolvimento integral (físico, cognitivo e socioemocional), intervindo mais expressivamente no estímulo positivo aos vínculos emocionais no início da vida. A preocupação com a saúde mental das crianças é procedente, uma vez que é estimado que 13% da população de seis anos tenha diagnóstico de algum transtorno mental, conforme será abordado mais adiante. Os vínculos familiares são fundamentais na constituição de um desenvolvimento emocional saudável. Tais vínculos são constituídos pelas atividades de cuidado cotidiano da criança.

O cuidado cotidiano de crianças pequenas é fundamental para que elas cresçam e se desenvolvam, para ser fisicamente saudáveis, emocionalmente seguras e respeitadas como sujeitos sociais. No processo de desenvolvimento, a criança necessita de interações positivas e de cuidados adequados, desempenhados por pessoas comprometidas com a sua saúde e bem-estar. **As experiências do início da vida são de extrema importância para o ser humano e diretamente influenciadas pela qualidade das relações socioafetivas, principalmente pelas interações estabelecidas com seus cuidadores**^{14,15,16}.

Os principais cuidadores das crianças são seus familiares, que incluem seus pais, irmãos, avós, tios, primos, podendo abranger vizinhos ou amigos das famílias. Essas pessoas podem ter um papel importante na vida da criança, à medida que se envolvam frequentemente com os seus cuidados e educação. Assim, neste texto, a expressão “vínculos familiares” refere-se aos vínculos afetivos que as crianças estabelecem com os seus cuidadores dentro do contexto familiar, possibilitando a base segura para o seu desenvolvimento integral. A expressão “parentalidade”, por sua vez, será utilizada para designar as atividades realizadas pelos pais, para criar um ambiente acolhedor e estimulante para a criança, de modo que ela possa construir a sua autonomia¹⁷.

É necessário esclarecer, ainda, que a noção de família adotada aqui leva em conta as mais diversas composições familiares existentes na contemporaneidade: famílias biparentais, famílias monoparentais, famílias com pais separados, famílias reconstituídas, famílias com casais homoafetivos, famílias com filhos adotivos, entre outras. Entende-se “família” como uma organização social, em que podem ou não existir laços consanguíneos, com seus membros vinculados por afetos e por ações de proteção e de cuidado.

A educação e o desenvolvimento das crianças não se esgotam na família, acontecendo em diversos contextos, principalmente pela participação de profissionais da saúde e

da educação. Classicamente¹⁸, a socialização das crianças era compreendida como ocorrendo em duas etapas: a primeira realizada na família e a segunda, posteriormente, acontecendo nas outras instituições sociais, como a escola.

Na atualidade, as fronteiras entre a socialização primária e secundária adquiriram uma fluidez, levando-se em conta a partilha do cuidado e educação de crianças pequenas entre a família e outras instituições e a influência dos meios de comunicação de massa. Descrever a condição social de uma criança é vislumbrar o percurso de socialização ligada, ao mesmo tempo, a várias agências sociais. A socialização da criança aumenta, portanto, em complexidade, à medida que ela passa cada vez mais horas longe do contexto familiar, ao frequentar instituições de educação infantil, por exemplo^{19, 20, 21}. A criança é um sujeito ativamente participante nesse processo e não apenas um objeto passivo de uma ação da família e da sociedade^{22, 23, 24, 25}.

As análises do contexto social e cultural na contemporaneidade chamam atenção para o caráter aberto do processo de socialização, em contextos mais mutantes e permeáveis a escolhas individuais do que nas sociedades tradicionais. Nesse sentido, há que se pensar em abordagens de intervenção na primeira infância que

contemplem diversas áreas de conhecimento e integrem diferentes setores públicos. Esta publicação aborda a importância dos vínculos para o desenvolvimento na primeira infância, considerando os diversos contextos em que a criança interage. O texto discute as contribuições que os profissionais da área da saúde e da educação infantil podem oferecer às famílias, criando espaços potenciais de promoção de vínculos saudáveis.

Primeiro, será apresentado como a criança constitui seus vínculos iniciais na família. Depois, será abordado o impacto dos agentes e programas de saúde nas interações iniciais das crianças com seus familiares. A seguir, as instituições de educação infantil são discutidas como possíveis promotoras de vínculos saudáveis junto às famílias. Ao final, são tecidas considerações sobre programas e políticas públicas que promovem os vínculos familiares na primeira infância.

Espera-se que este texto auxilie na fundamentação e formulação de diretrizes de gestão, para que, em nosso país, as crianças tenham chance aumentada de um crescimento e desenvolvimento integral, que contemple sua formação física, cognitiva e emocional.

2. VÍNCULOS INICIAIS NA FAMÍLIA



O termo **vínculo** origina-se do latim *vinculum*, que significa união com características duradouras, laço e elo de conexão²⁶. O vínculo humano está ligado às influências recíprocas entre as pessoas, originando diferentes aspectos interacionais baseados no conhecimento, reconhecimento, ódio e amor; imprimindo, dessa forma, um significado ao relacionamento dos seres humanos²⁷. Desse modo, no processo de proteção e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, é imprescindível reconhecer a importância da segurança emocional da criança e dos pais, resultante de vínculos bem estabelecidos.

Como estratégia de sobrevivência, a criança possui uma tendência natural a buscar vincular-se afetivamente a um cuidador, principalmente em situações de estresse. Para se desenvolver plenamente, as crianças devem ter não apenas suas necessidades básicas supridas, como alimentação, higiene e proteção física, mas também suas necessidades de conforto e segurança emocional atendidas.

Esse senso de bem-estar e proteção emocional permite que as crianças formem vínculos, a partir das relações que elas estabelecem com seus cuidadores, desde os primeiros dias. Para construir vínculos seguros, os cuidadores devem agir de forma responsiva, confortadora e acolhedora, atendendo de modo consistente à criança quando ela demonstra sinais de desconforto, dor ou necessidade de atenção. À medida que a criança se desenvolve, é esperado que os adultos cuidadores construam uma base segura, que permita com que ela se sinta confiante para explorar o mundo e saiba que pode retornar à sua base diante da experiência de sofrimentos e decepções, pois tem segurança de que será bem recepcionada e confortada. Esta proteção básica também é necessária para os momentos em que os próprios pais e familiares serão os agentes de frustração da criança, vivência educacional necessária que ajuda a criança a desenvolver sua tolerância à frustração.

No processo de construção da base segura, a família configura o contexto proximal, no qual os cuidadores têm a

responsabilidade de contribuir para a preservação dos primeiros anos de vida e garantir os direitos da criança, sua sobrevivência e desenvolvimento²⁸. A sobrevivência da criança e seu desenvolvimento saudável dependem do cuidado de outra pessoa e da manutenção da proximidade de adultos que desempenhem funções de proteção e oferta de alimentação, conforto e segurança²⁹. Nesse sentido, é muito importante que os cuidadores sejam sensíveis e desenvolvam estratégias para comunicar-se efetivamente com a criança, reconhecendo-a como um ser atuante e ativo em suas interações. Também é desejável que exerçam a disciplina de forma positiva e consistente, buscando estratégias educativas consensuais entre os adultos cuidadores. É importante que a disciplina nos primeiros seis anos de vida esteja ligada à necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas, referindo-se à colocação de limites adequados, mas também ao incentivo e reconhecimento das realizações da criança, colaborando para que ela possa desenvolver a capacidade de empatia, por meio de afeto, segurança e vínculo³⁰.

Cuidar de crianças implica lidar com experiências singulares e intersubjetivas, sendo de extrema relevância a interação entre a criança e seus cuidadores. O envolvimento desses sujeitos com a criança e as particularidades de cada família devem contribuir para um adequado crescimento e desenvolvimento humano. Assim, a valorização do diálogo é muito importante como meio essencial para dinamizar as relações, produzir a responsabilização e favorecer a construção conjunta dos processos de cuidar. Portanto, ao exercer o cuidado, o adulto constrói um sentido de responsabilidade, tomando para si a tarefa de favorecer o desenvolvimento da criança³¹. Ações precárias de cuidado podem deixar lacunas prejudiciais no desenvolvimento da criança.

Deste modo, se os cuidadores não estão disponíveis para atender às necessidades da criança ou não conseguem identificá-las, a criança pode criar vínculos frágeis, que têm potencial para desencadear problemas emocionais, comportamentais ou cognitivos futuros.

Experiências de vínculos afetivos frágeis na infância e situações de maus tratos podem resultar em estresse nocivo para a criança e comprometer a sua saúde, incluindo sua integridade física, seu desempenho acadêmico e seu ajustamento social e emocional no decorrer de sua vida³²⁻³⁸. Maus tratos e outras adversidades na infância (tais como, eventos estressores, separações, doenças, violência) estão associados a um aumento na chance de ocorrência de problemas posteriores, tanto físicos quanto psíquicos. O desenvolvimento neurológico também está sujeito a injúrias decorrentes de condições adversas às quais as crianças são expostas³⁹. Isso pode acontecer inclusive durante o desenvolvimento fetal, ou seja, o nível de estresse a que uma mãe é exposta durante a gestação pode ocasionar prejuízos neurológicos ao bebê⁴⁰. A capacidade materna de lidar com as próprias emoções e

as do bebê no início da vida, chamada de função reflexiva parental⁴¹, é influenciada pelas experiências vividas na gestação e tem consequências para a expressão de diversos aspectos cognitivos, socioemocionais e laborais da prole ao longo de sua vida.

Estatisticamente, pais e mães em condições físicas, emocionais, sociais ou econômicas desfavoráveis tendem a ter filhos com mais problemas de comportamento, de relacionamento e de desempenho escolar, em comparação com pais que usufruem de situações mais favoráveis⁴²⁻⁴⁶.

Estudos têm focado no impacto que as condições de vida de mães e de pais exercem sobre o desenvolvimento da criança e especificamente na sua saúde emocional. Por exemplo, pais e mães em situação de vulnerabilidade social ou que possuam algum distúrbio psicológico, como depressão ou ansiedade, podem ter mais dificuldades para proporcionar o estabelecimento de vínculos seguros⁴⁷.

Filhos de pais e mães cujas condições econômicas, sociais, físicas ou emocionais se caracterizam como desfavoráveis, tendem a apresentar, com maior frequência, problemas de comportamento, de relacionamento e de desempenho escolar, quando comparados com filhos de pais que usufruem de situações mais adequadas.

Por outro lado, existe sempre a possibilidade de pais com histórico de criminalidade, por exemplo, terem filhos que não apresentem problemas de comportamento. A delinquência, nesse caso, pode ser descontinuada entre gerações quando os pais conseguem ter vínculos favoravelmente fortes com seus filhos, independentemente de suas experiências desfavoráveis de vida. Isso potencializa a ideia de que talvez seja menos importante quem os pais são, mas o que eles efetivamente fazem em prol do desenvolvimento de seus filhos, e como se vinculam afetivamente a eles⁴⁸. É importante mencionar que os estudos não são conclusivos e estão limitados a determinados contextos socioeconômicos e culturais.

Os chamados “fatores de risco” devem ser interpretados de forma cuidadosa, a fim de que não se façam associações de causa-efeito precipitadas. A construção de vínculos depende de uma variedade de situações que devem ser entendidas em sua complexidade. Assim, não se deve generalizar, de forma simplista, para todos os casos individuais, as características detectadas como tendências em escala grupal, pois dada a singularidade de cada caso, tais características podem não estar presentes ou se manifestarem de maneira matizada.

Internacionalmente, a tradicional preocupação em identificar fatores de risco tem dado lugar a iniciativas que integram tal detecção com estratégias de promoção da saúde⁴⁹. O foco tem sido a identificação das “chances de vida”, ressaltando-se as melhores práticas de cuidado nas diferentes etapas do processo de desenvolvimento da primeira infância. Essa tendência decorre

de evidências que iniciativas de promoção, detecção de sinais e intervenções decorrentes são tão mais eficazes e efetivas quanto mais estiverem articuladas. A natureza de cada uma destas iniciativas (promoção da saúde, detecção inicial e intervenção oportuna) é distinta das demais, o que torna desejável que se integrem os serviços dentro do setor responsável por cada uma, estabelecendo uma rede de trabalho intersectorial, que é um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Brasil.

Independentemente da estratégia utilizada, pais, mães e outros familiares necessitam ser apoiados em sua tarefa de educar crianças. Isso é evidenciado pelo grande número de crianças brasileiras que vive situações familiares de extrema vulnerabilidade emocional e social, sendo, muitas vezes, afastadas de sua família de origem como medida de proteção, para viver em abrigos ou em outras famílias^{50,51}.

Há uma tendência no mundo atual de que a intervenção do Estado não se limite a tentar proteger a criança depois que ela sofreu alguma espécie de violência, mas agir de forma preventiva para fortalecer as famílias, reconhecendo as suas potencialidades e capacidades de atuação junto às crianças. Políticas públicas que tenham centralidade nas famílias asseguram o direito de crianças e adolescentes a uma convivência familiar e comunitária positiva.

Estratégias que favoreçam boas relações familiares trazem empoderamento e protagonismo às famílias na construção e no fortalecimento de vínculos⁵². O Marco Legal da primeira infância⁵³ enfatiza a importância de programas destinados ao fortalecimento das famílias na educação dos filhos, com atenção necessária àquelas que estão em condições mais vulneráveis sócio, econômica e/ou psicologicamente.

Em relação à formação de vínculos familiares, algumas políticas podem ser consideradas como “fatores de proteção”. São elas: promoção da educação de modo geral, permitindo um grau mais alto de escolaridade aos pais; acesso a serviços públicos de boa qualidade; programas de apoio às famílias; programas de incentivo à amamentação; programas de apoio à primeira infância e suporte social às famílias por instituições educacionais, como as de educação infantil^{54,55}.

A execução de políticas que apoiem as famílias na formação de vínculos deve ocorrer em vários segmentos da sociedade, envolvendo profissionais de diferentes especialidades. A seguir será explorada a importância da atuação dos profissionais de saúde e educação junto às famílias e às crianças, de forma a promover relações saudáveis na infância.

3. A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DE VÍNCULOS INICIAIS



O desenvolvimento na primeira infância é crucial para a saúde futura e para a diminuição de iniquidades em saúde, visto como um poderoso equalizador⁵⁶, pois salvaguarda as crianças durante um período de vulnerabilidades. Assim, prover apoio aos pais e à parentalidade é uma tarefa necessária, particularmente nos períodos significativos e iniciais da vida das crianças e suas famílias.^{57,58} O foco em famílias com crianças, a detecção de determinantes sociais e de problemas na comunidade e a defesa da inclusão social podem contribuir para elencar as necessidades específicas e reduzir o aumento de iniquidades^{59,60}.

Os profissionais de saúde têm muitos desafios para a detecção de sinais iniciais de situações e problemas que envolvem a vida das crianças, e cabe ressaltar a importância de se apropriarem de instrumentos eficientes para fortalecer os potenciais de saúde desta população e tornar mais evidente o protagonismo da família no cuidado⁶¹. Os trabalhadores da área da saúde, em parceria com os da educação e assistência social, têm a responsabilidade de ajudar as famílias a compreender o processo de desenvolvimento infantil, compartilhar informações e alternativas para o atendimento da criança, realizar o acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento e encaminhar para atenção apropriada quando necessário, assim como ter habilidades de advocacy em defesa dos direitos da criança^{62,63,64}. Todos esses aspectos são fundamentais, desde a formação dos profissionais até os processos de educação permanente nos serviços e instituições de saúde, educação, assistência social e jurídica.

Não se trata de interferir na autoridade familiar, mas estar presente e, em conjunto, orientá-la e empoderá-la para que desempenhe melhor o seu papel no desenvolvimento na primeira infância. Assim, profissionais de saúde podem e devem contribuir para efetivar boas práticas parentais, para uma maternidade e paternidade com a construção de vínculos afetivos com os filhos e adoção de práticas de cuidado diferenciado para a criança. Portanto, trata-se de uma preocupação com o fortalecimento da parentalidade para a promoção do desenvolvimento na primeira infância⁶⁵. A participação dos profissionais de saúde é valiosa para intervenções, desde a gestação até os seis primeiros anos de vida, visto que eles podem disseminar conhecimentos que favoreçam a compreensão aprofundada das necessidades das crianças para um desenvolvimento saudável, identificar situações vulneráveis,

estabelecer vínculos com a criança e sua família, fortalecer as potencialidades e apoiar na reorientação de cuidados cotidianos e específicos⁶⁶.

A prevalência dos transtornos mentais infantis é preocupante, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Calcula-se, mundialmente, que pelo menos 13% das crianças e dos adolescentes preencham critérios diagnósticos de algum transtorno psicológico, sendo que 6,5% teriam algum transtorno de ansiedade, 5,7% transtornos disruptivos, 3,4% teriam transtorno hiperativo com déficit de atenção e 2,6% algum transtorno depressivo. Se analisados os dados das crianças e dos adolescentes separadamente, os resultados se modificam, mostrando que a prevalência dos transtornos psicológicos depende da idade. Por exemplo, no Brasil, estima-se que 13% da população de seis anos tenha um diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV. A prevalência maior é dos transtornos de ansiedade (9%). Também são encontradas crianças que apresentam: transtorno de hiperatividade com ou sem déficit de atenção (2,6%); transtornos depressivos (1,3%); transtorno oposicional desafiante (2%); transtorno de conduta (0,6%) e autismo (0,5%). Portanto, identificar os transtornos de saúde mental e intervir nas situações prejudiciais ao desenvolvimento infantil é de extrema importância, sendo fundamental a melhora da atenção e o aumento da oferta de serviços e programas estruturados para a população infantojuvenil⁶⁷.

A detecção e intervenção em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento psíquico é fator relevante na qualidade e intensidade das respostas às terapias^{68,69}. Isso se explica por meio da plasticidade cerebral nos primeiros anos de vida, ou seja, a capacidade dinâmica do cérebro que permite modificações fisiológicas e estruturais em resposta às alterações do ambiente, bem como pelo papel fundamental das experiências de vida do bebê para o funcionamento das conexões neuronais. A primeiríssima infância, período que compreende a gestação aos três anos de idade, é uma etapa crucial porque é nela que se consolidam o desenvolvimento de estruturas e circuitos cerebrais e a aquisição de capacidades fundamentais para o aprimoramento de habilidades futuras. As funções cognitivas mais especializadas de um ser humano, como a atenção, a memória, o planejamento, o raciocínio e o juízo crítico começam a se desenvolver na primeiríssima infância, e os circuitos cerebrais responsáveis por essas funções serão refinados durante a adolescência até a maioridade. Portanto, são dependentes de conexões fundamentais que se iniciam nos primeiros anos de vida⁷⁰. Assim, os três primeiros anos de vida das crianças constituem momento sensível e privilegiado para intervenções.

O pré-natal, o nascimento, o puerpério e a puericultura são momentos-chave de ação dos profissionais de saúde em prol dos vínculos saudáveis na família. Assim, a ampliação e a qualificação da atenção pré-natal e de puericultura, aproveitando a oportunidade

de contato pelo número de encontros nos serviços de saúde e em visitas domiciliares, contribuem para melhorar os resultados perinatais e neonatais⁷¹. Desse modo, é preciso aumentar o acesso às intervenções e informações de saúde, qualificar os atendimentos e compartilhar o cuidado, em busca de melhoria de indicadores de morbimortalidade e de redução dos prejuízos à saúde física e mental de crianças e famílias, bem como favorecer as condições de desenvolvimento na primeira infância.

O suporte às famílias para o exercício da parentalidade, que começa no pré-nascimento, é essencial para estimular o desenvolvimento na primeira infância, garantir direitos fundamentais, conhecer as necessidades da criança e manejar as situações de cuidado cotidiano. Intervenções com mães e pais podem ocasionar bons resultados na alimentação das crianças, no apego, na aprendizagem, leitura e brincadeiras, estabelecimento de limites e construção de autonomia, bem como a resolução de problemas relacionados ao desenvolvimento infantil e cuidados. As intervenções educativas e de suporte às famílias são, com frequência, oferecidas por meio de visitas domiciliares, grupos comunitários, regularidade de atendimentos em serviços e clínicas, atenção básica à saúde e atividades comunitárias, com incremento no desenvolvimento cognitivo e psicossocial das crianças⁷².

Todavia, estudos brasileiros têm deixado claro que a formação e a educação permanente dos profissionais voltados à primeira infância no País ainda não são suficientes para garantir que a identificação de sinais iniciais de vínculos frágeis e situações vulneráveis e a intervenção correspondente sejam feitas a tempo para que seus efeitos se potencializem⁷³. Uma consequência disso é a idade tardia com que crianças com transtornos graves do desenvolvimento chegam para tratamento⁷⁴.

Um exemplo de instrumento que pode ajudar no acompanhamento do desenvolvimento das crianças e na possível identificação de transtornos é a Caderneta Saúde da Criança, criada em 2005 pelo Ministério da Saúde. Esse documento é distribuído a todas as famílias brasileiras na maternidade e deve ser levado nos atendimentos em unidades de saúde e nas vacinações. Contém espaços para serem registradas as informações sobre gravidez, parto, puerpério, primeiros dias de vida, saúde ocular, auditiva e bucal, vacinas, intercorrências clínicas, indicadores de crescimento e de desenvolvimento. Além disso, apresenta orientações para a família sobre promoção de saúde e prevenção de acidentes. No caso da prevenção de transtornos, os gráficos de crescimento e desenvolvimento podem ser de extrema valia quando preenchidos corretamente. O que ocorre, muitas vezes, é que os profissionais da saúde deixam esses campos em branco, sendo necessário pensar em um maior investimento em educação permanente para a importância desses registros como promotores da saúde das crianças⁷⁵. O Marco Legal da primeira infância afirma a

necessidade de existir um instrumento de avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças, que permita ao governo federal ter o registro informatizado da situação de vida das crianças brasileiras por meio dos sistemas públicos e privados de saúde. O documento aponta ainda a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para a detecção de sinais iniciais de sofrimento em bebês.

Nesse sentido, atualmente está sendo debatido, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 451/2011 do Senado Federal que visa tornar obrigatória a adoção, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolo de indicadores de riscos para o desenvolvimento psíquico de crianças nos primeiros 18 meses de vida.

Os agentes sociais, particularmente as instituições e os

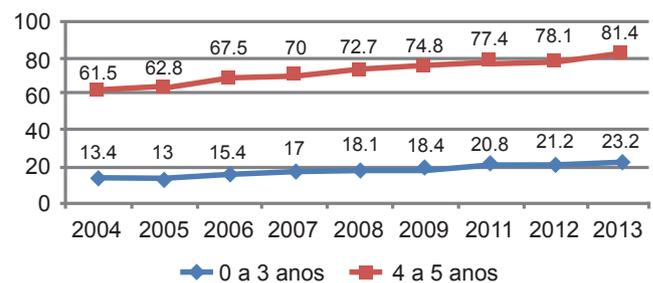
profissionais de saúde, educação e assistência social, precisam incrementar a corresponsabilidade para a preservação nos primeiros anos de vida e a garantia dos direitos da criança. Desse modo, é fundamental o incremento de capacitação profissional, uso de protocolos assistenciais apropriados e programas sociais estruturados e monitorados, para ampliar a cobertura de ações de acordo com as necessidades das crianças e suas famílias. Portanto, as ações institucionais e profissionais para o cuidado da criança precisam estar intensamente articuladas ao contexto familiar, priorizando os vínculos familiares como essência ao fortalecimento da primeira infância e garantia de um futuro melhor aos indivíduos, a famílias, comunidade e sociedade como um todo.

4. A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO INFANTIL NA FORMAÇÃO DE VÍNCULOS INICIAIS

Cabe discutir agora a contribuição da educação infantil na formação de vínculos iniciais no desenvolvimento da criança. Desde a Constituição de 1988, quando a educação infantil foi considerada a primeira etapa da educação básica, sua importância social e educativa tem sido cada vez mais reconhecida na sociedade brasileira, evidenciada pelo aumento significativo do número de vagas em creches e pré-escolas, ocorrido nos últimos dez anos. A educação infantil é tida como um direito da família, permitindo aos pais, sobretudo às mães trabalhadoras, terem um local adequado para deixar seus filhos durante sua jornada de trabalho. Mas também é um direito da criança, no sentido de promover o seu desenvolvimento pleno, por meio da brincadeira, do convívio com seus pares e de atividades pedagógicas planejadas^{76,77,78}.

Principalmente a partir da década de 1990, mais e mais famílias brasileiras, provenientes de diferentes níveis socioeconômicos, passaram a procurar as instituições de educação infantil como um suporte que complementasse sua tarefa de educar os filhos pequenos. É interessante apontar que a população atendida tem crescido a cada ano, principalmente no caso da pré-escola. Os percentuais de atendimento, no entanto, estão ainda aquém da meta I do Plano Nacional de Educação, que prevê até 2020 a universalização da pré-escola (em acordo com a Lei nº 12.796, que torna obrigatória a frequência à educação infantil a partir dos quatro anos) e que 50% da população de zero a três anos tenha a possibilidade de ser atendida em creches.

Percentual da população de zero a três anos e de quatro a cinco anos que frequentava a escola entre 2004 e 2013



Fonte: Pnad/IBGE. Adaptado de Inep (Brasil, 2015).

Ressalta-se que, apesar dos avanços, o acesso à educação infantil tem acontecido de modo desigual no Brasil. Há uma tendência de que crianças negras, residentes em áreas rurais e pertencentes ao grupo dos 25% mais pobres da população tenham percentuais menores de frequência à educação infantil do que crianças brancas, residentes em áreas urbanas e pertencentes ao grupo dos 25% mais ricos da população. Essas diferenças são mais evidentes para a população de zero a três anos do que para a de quatro a cinco anos⁷⁹.

Esta é mais uma inequidade a ser vencida pela sociedade brasileira, uma vez que é comprovado que a frequência a uma instituição de educação infantil de boa qualidade pode ter impactos positivos no futuro das crianças, tanto em termos de sua aprendizagem escolar, quanto no desenvolvimento de habilidades sociais. Os benefícios são ainda mais evidentes no caso de crianças provenientes de famílias com baixo nível socioeconômico^{80,81,82}.

Por tudo isso, a instituição de educação infantil figura, em nossa sociedade, como principal colaboradora da família no que concerne à educação e ao cuidado da criança nos primeiros anos de vida. A seguir será explorada a importância da relação entre a família e a unidade de educação infantil, no sentido de promover vínculos que possam impactar positivamente o desenvolvimento da criança. Serão apresentados dados de estudos que tratam da inserção da criança na instituição, das relações entre pais e professores e do potencial que essa experiência tem para promover melhores oportunidades de desenvolvimento para as crianças.

A entrada na instituição de educação infantil é um marco na vida da criança, uma vez que representa para ela uma adaptação a um ambiente completamente novo, com rotinas e padrões de relação muito diferentes dos familiares. É exigido da criança que ela aprenda a enfrentar e manejar um conjunto de situações novas⁸³.

As primeiras semanas são extremamente estressantes, pois a criança tem que lidar com ambientes e pessoas desconhecidos, com rotinas novas de sono, higiene, alimentação e com momentos de despedida de seus familiares. Não é incomum que a criança, tanto na escola quanto no lar, apresente reações como choro frequente, adocimento, dificuldades para dormir ou se alimentar, apatia nas interações com adultos e outras crianças, desinteresse em brincar, acessos de raiva, entre outras. Essas reações devem ser passageiras, ainda que seja difícil determinar um período temporal que esteja dentro da normalidade. Três fatores costumam interferir nas reações das crianças e no processo de adaptação: o próprio temperamento da criança, quer dizer, sua capacidade de reagir a situações novas e de regular seu comportamento; a qualidade do atendimento da escola, marcada principalmente pela atuação dos professores; e as reações e sentimentos dos pais durante esse período⁸⁴.

É certo que para a família a inserção da criança na educação infantil também representa uma grande mudança nas formas de se relacionar com a própria criança e demanda uma adaptação a uma nova rotina de educação e cuidados, partilhada com a instituição de educação infantil. Sendo assim, a entrada da criança na educação infantil torna-se um desafio também para os pais e as mães. Ainda parece haver uma crença social de que as crianças devem ser exclusivamente cuidadas pelas famílias, podendo gerar nos pais sentimentos ambíguos e de culpa, quando decidem colocar seus filhos na educação infantil. A unidade deve estar atenta a isso, procurando acolher as famílias desde o início e buscando esclarecer dúvidas que possam surgir sobre o atendimento ofertado às crianças^{85, 86, 87}.

Muitas vezes, pais e mães sentem-se inseguros de deixar seus filhos na educação infantil, pelo receio de que fiquem abandonados e não sejam tão bem cuidados na creche como consideram que o são em casa. Tal ideia deriva da complexidade que a parentalidade representa como etapa do desenvolvimento dos pais e aumenta

com o desconhecimento de como funciona uma unidade de educação infantil. Por isso, os pais e a creche devem ter um relacionamento próximo, para que os primeiros não se sintam excluídos da relação da criança com seus cuidadores. Nesse sentido, as relações estabelecidas durante a inserção na creche devem envolver pais, crianças e professores, a fim de criar vínculos para o estabelecimento conjunto da educação da criança^{88, 89}.

Profissionais de unidades de educação infantil, no entanto, frequentemente possuem dificuldades em pensar um processo de inserção que contemple a participação efetiva das famílias^{90, 91}. Poucas são as unidades nas quais os familiares podem permanecer com a criança, em sala, durante o período de inserção. Também não é comum que as famílias sejam entrevistadas pelos profissionais sobre hábitos, rotinas e características das crianças. Geralmente, as interações dos pais com os professores são superficiais, não havendo a possibilidade de os professores conhecerem de fato a família e a criança, nem de os pais aprofundarem seu conhecimento sobre o trabalho da unidade. Isso certamente dificulta o estabelecimento de vínculos entre os professores e as famílias, afetando o vínculo das crianças ingressantes com a instituição de educação infantil.

Seria bastante importante que as unidades de educação infantil aproveitassem esse momento de inserção da criança para estabelecer os alicerces para uma relação de confiança com as famílias. O estabelecimento deste sentimento de confiança na instituição de educação infantil ocorre gradativamente, por meio de atitudes dos profissionais da unidade, como informar as famílias sobre seus padrões de funcionamento e tranquilizar os temores dos pais em relação à separação da criança, estabelecendo uma atitude empática⁹². O processo de inserção é bastante importante, pois serve de base para as relações que se estabelecem entre as famílias e as instituições educativas, ao longo do tempo.

No Brasil, predominam sérias dificuldades de diálogo entre escola e família, tanto na educação infantil como no ensino fundamental, em diversos contextos sociais^{93, 94, 95}. São muitas as investigações que constatarem e descrevem esses desencontros e conflitos que opõem os principais responsáveis diretos pela educação das crianças: pais e professores. Os bloqueios nesse relacionamento acontecem de forma mais contundente nos contextos em que a população é identificada pelos profissionais da unidade como pobre e socialmente vulnerável⁹⁶.

As famílias, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, tendem a valorizar a unidade de educação infantil, muitas vezes, com escassos elementos para pensar criticamente a respeito do trabalho realizado. Por seu turno, profissionais que atuam na educação infantil tendem a desvalorizar as famílias, expressando preconceitos em relação à educação que as crianças recebem no lar. Isso demonstra um desconhecimento da realidade das famílias, balizado por uma relação distante^{97, 98, 99}.

Uma relação próxima entre família e unidade de educação infantil traz benefícios imediatos para a criança. Quanto maior é o comprometimento dos familiares com a educação da criança, e sua intervenção junto à unidade de educação, melhor será o desenvolvimento da criança e mais facilidade de escolarização posterior ela terá¹⁰⁰.

A instituição de educação infantil deve desenvolver projetos para envolver os familiares em sua realidade, empenhando-se em conhecer melhor a comunidade ao seu redor. As novas estruturas familiares devem ser reconhecidas, compreendidas e aceitas pelos profissionais que trabalham na unidade. Ao entender o contexto familiar, os profissionais se aproximam significativamente da própria criança, potencializando vínculos saudáveis na educação

infantil. A unidade de educação infantil deve ter claro que um relacionamento positivo com a família é algo a ser constantemente conquistado, sendo sua responsabilidade dar o primeiro passo, estabelecendo possibilidades de participação¹⁰¹.

Para isso, deve-se partir da ideia da unidade de educação infantil como um local de aprendizagem, não só para as crianças, mas também para os adultos. Para entender quem são as crianças, os profissionais de educação devem abrir a possibilidade de aprender com as famílias, procurando conhecer seus hábitos, suas crenças, seus saberes, suas condições de vida. E certamente os conhecimentos técnicos dos profissionais das unidades educativas podem ajudar os pais e as mães a desempenhar melhor a parentalidade, beneficiando, assim, o desenvolvimento de seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



As crianças brasileiras têm tido seus direitos legalmente reconhecidos, de modo a assegurar o seu desenvolvimento pleno e ampliar suas possibilidades de vida saudável. A primeira infância vem sendo foco cada vez maior de políticas públicas no Brasil. Na área da saúde, houve iniciativas que diminuíram os índices de mortalidade e desnutrição infantis, por exemplo. Também a expansão das vagas na educação infantil demonstra a preocupação em oferecer oportunidades educativas para bebês e crianças.

Há, no entanto, necessidade de se explorar e aprofundar programas e políticas públicas voltados para a promoção do desenvolvimento emocional saudável, com suporte efetivo às famílias, para que possam estabelecer vínculos positivos com as crianças no início da vida. É fundamental que se fortaleçam e se ampliem os programas de apoio às famílias e de promoção da primeira infância, assim como se façam investimentos em novas frentes de ação nesse sentido. Esses programas devem reconhecer e respeitar as diversas formações familiares e oferecer uma atenção especial às famílias com maior vulnerabilidade social, econômica ou afetiva.

Ainda que se tenha explorado aqui, separadamente, a atuação dos profissionais de saúde e de educação infantil na promoção de vínculos saudáveis, entende-se que esses profissionais não podem trabalhar isoladamente. Há que se desenvolver programas que integrem os diversos setores como: saúde, assistência social,

educação, justiça, entre outros. A intersetorialidade é condição necessária ao cuidado integral da criança.

Programas dessa natureza só podem ser implementados quando os profissionais estão devidamente habilitados para trabalhar de forma integrada. Nesse sentido, é imprescindível que haja investimento em sua formação inicial e em serviço. Profissionais de saúde e de educação devem ter capacitação para trabalhar em equipes multidisciplinares e estarem sensibilizados para a importância dos vínculos familiares. Eles devem ser preparados para atuar com os mais diversos tipos de família, procurando conhecer e respeitar seus saberes e seus modos de relacionamento. Portanto, é necessário que gestores públicos façam investimentos em educação permanente, com vistas ao incremento de habilidades profissionais para a detecção e intervenção em situações que ameaçam a vinculação, tais como depressão materna, vínculos frágeis, maus tratos e demais problemas sociais e afetivos. O trabalho junto às famílias cria um potencial tanto de prevenção e de redução de danos de transtornos futuros, quanto de ampliação da inclusão social de famílias, principalmente no caso das socialmente mais vulneráveis.

Valorizar os vínculos nas famílias brasileiras e enaltecer a primeira infância, como parte essencial dos princípios e diretrizes das políticas públicas, trará muitos benefícios para a nossa sociedade, em atenção ao desenvolvimento humano.



REFERÊNCIAS

1. 75. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
2. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: MEC, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 01/11/12.
3. 52. 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: 2016.
4. ANDRADE, R.; SANTOS, J.; PINA, J.; FURTADO, M.; MELLO, D. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 4, p. 772-80, 2013.
5. 6. SANTOS, D.; PORTO, J.; LERNER, R. et al. O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem: estudo I. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015.
7. 10, 11. VICTORA, C. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, v.377, n. 9780, p. 1863-76, 2011.
8. BARROS, F. C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *American Journal of Public Health*, v. 100, n. 10, p. 1877-89, 2010.
9. WHITEHEAD M.; DAHLGREN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. World Health Organization – Europe, Copenhagen, 2007. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
12. RASELLA, D.; AQUINO R.; SANTOS C.; PAES-SOUSA R.; BARRETO M. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, v. 382, n. 9886, p. 57–64, 2013.
13. RASELLA, D.; AQUINO R.; SANTOS C.; BARRETO M. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*, v. 10, n. 380, 2010.
14. BRAZELTON, T.B.; GREENSPAN S. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed, 2002.
15. BRITTO, P.; ULKUER, N. Child development in developing countries: child rights and policy implications. *Child Development*, v. 83, n. 1, p. 92-103, 2012.
16. UNICEF. Inequities in early childhood development: what the data say. Evidence from the Multiple Indicator Cluster Surveys. United Nations Children's Fund; 2012.
17. BARROSO, R.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. In: PLUCIENNIK, G.; LAZZARI, C.; CHICARO, M. (org.) Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015.
18. BERGER, P.; LUCKMANN, T. A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes, 1973.
19. SETTON, M. da G. J. A particularidade do processo de socialização contemporâneo. *Tempo Social*, v. 17, n. 2, p. 335-350, 2005.
20. MOLLO-BOUVIER, S. Transformação dos modos de socialização das crianças: uma abordagem sociológica. *Educação e Sociedade*, v. 26, n. 91, p. 391-403, 2005.
21. MUSATTI, T. La giornata del mio bambino: madri, lavoro e cura dei più piccoli nella vita quotidiana. Bologna: Il Mulino, 1992.
22. SIROTA, Régine. Emergência de uma sociologia da infância: evolução do objeto e do olhar. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 112, p. 7-31, 2001.
23. MONTANDON, C. La sociologie de l'enfance: l'essor des travaux en langue anglaise. *Éducation et Sociétés*, v. 2, p. 91-118, 1998. (Dossier Sociologie de l'enfance I)
24. CORSARO, W.A. Entrada no campo, aceitação e natureza da participação nos estudos etnográficos com crianças pequenas. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 26, n. 91, p. 443-464, 2005.
25. SARMENTO, M. J. Infâncias, tempos e espaços: um diálogo com Manuel Jacinto Sarmiento (entrevista de Ana Cristina C. Delgado e Fernanda Muller). *Currículo sem fronteiras*, v. 6, n. 1, p. 15 – 24, 2006.
26. AZEVEDO, F. F. S. Dicionário analógico da língua portuguesa: ideias afins. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lexikon; 2010.
27. ZIMERMANN, D. E. Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento, na psicanálise em nossas vidas. Porto Alegre: Artmed, 2010.
28. BRITTO, P.; ULKUER, N. Child development in developing countries: child rights and policy implications. *Child Development*, v. 83, n. 1, p. 92-103, 2012.
29. RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S. Responsividade maternal e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p. 315-322, 2004.
30. BRAZELTON, T.B.; GREENSPAN S. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed, 2002.
31. AYRES, J. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS-UERJ; ABRASCO; 2009.
32. ANDA, R. et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 256, p. 174–186, 2006.
33. DONG, M. et al. Insights Into Causal Pathways for Ischemic Heart Disease: Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, v. 110, p. 1761-1766, 2004
34. EDWARDS, G. W. et al. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *The American Journal of Psychiatry*, v. 160, n. 8, p. 1453-1460, 2003.

35. DANESE, A. et al. Elevated Inflammation Levels in Depressed Adults With a History of Childhood Maltreatment. *Archives of General Psychiatry*, v. 65, n. 4, p. 409-415, 2008.
36. SHONKOFF, J. P.; BOYCE, W. T.; MCEWEN, B. S. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *The Journal of American Medical Association*, v. 301, n. 21, p. 2252-2259, 2009.
37. GROMOSKE, A.; MAGUIRE-JACK, K. Transactional and Cascading Relations Between Early Spanking and Children's Social-Emotional Development. *Journal of Marriage and Family*, v. 74, p. 1054 – 1068, 2012.
38. CONTI, G.; HECKMAN, J. Understanding the Early Origins of the Education–Health Gradient: A Framework That Can Also Be Applied to Analyze Gene–Environment Interactions. *Perspectives on Psychological Science*, v. 5, n. 5, p. 585-605, 2010.
39. WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1325-1338, 2011.
40. BUSS, C.; ENTRINGER, S.; WADHWA, P. D. Fetal Programming of Brain Development: Intrauterine Stress and Susceptibility to Psychopathology. *Science Signaling*, v. 5, n. 245, 2013.
41. SLADE, A. Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, v. 7, n. 3, p. 269-281, 2005.
42. TURNER, K. Maternal Depression and Childhood Health Inequalities. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 52, n. 3, p. 314–332, 2011a.
43. TURNER, K. Chronic and Proximate Depression Among Mothers: Implications for Child Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, v. 73, p. 149 – 163, 2011b.
44. WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1325-1338, 2011.
45. MOURA, D. R. de, et al. Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 24, n. 3, p. 211-221, 2010.
46. BARROS, A. J.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; HALPERN, R. Child development in a birth cohort: effect of child stimulation is stronger in less educated mothers. *International Journal of Epidemiology*, v. 39, n. 1, p. 285-294, 2010.
47. PILOWSKY, D. J. et al. Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 67, n. 1, p. 126-136, 2006.
48. DONG, B.; KROHN, M. G. Exploring Intergenerational Discontinuity in Problem Behavior: Bad Parents With Good Children. *Youth Violence and Juvenile Justice*, v. 13, n. 2, p. 99-122, 2015.
49. BARLOW, J. et al. Health-led Parenting Interventions in Pregnancy and Early Years. Coventry: Department for Children, Schools and Families, University of Warwick, 2008.
50. NERY, M. A convivência familiar e comunitária é direito da criança e do adolescente e uma realidade a ser pensada pela escola. *Cadernos Cedes*. Campinas, v. 30, n. 81, p. 189-207, 2010.
51. COSTA, N.; ROSSETTIR-FERREIRA, M. Acolhimento familiar: uma alternativa de proteção para crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e crítica*, v. 22, n. 1, p. 111-118, 2009.
52. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília, DF: CONANDA, 2006.
54. MACANA, E.; COMIM, F. O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. In: PLUCIENNIK, G.; LAZZARI, C.; CHICARO, M. (org.) Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015.
55. VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, v. 30, n. 387, p. 475-490, 2016.
56. IRWIN, L. G.; SIDDIQI, A.; HERTZMAN, C. Early child development: a powerful equalizer. Final report to the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health. 2007. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/eecd_kn_report_07_2007.pdf
57. ELKAN, R. et al. Universal vs. selective service: the case of the British health visitor. *Journal of Advanced Nursing*, v. 33, n. 1, p. 113-119, 2000.
58. BARLOW, J.; STEWART-BROWN, S. Why a universal population-level approach to the prevention of child abuse is essential. *Child Abuse Review*, v. 12, n. 3, p. 279-281, 2003.
59. MACLEOD, J.; NELSON, G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, v. 24, n. 9, p. 1127-1149, 2000.
60. COWLEY, S.; DOWLING, S.; CAAN, W. Too little for early interventions? Examining the policy-practice gap in English health visiting services and organization. *Primary Health Care and Development*, v. 10, n. 2, p. 130-142, 2009.
61. CHIESA, A. M. et al. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Online)*, v. 43, p. 1135-1374, 2009.
62. UNICEF. Situação da infância brasileira 2001. *Desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2001.
63. COWLEY, S. Developing and measuring resilience for population health. *African Health sciences*, v. 8, p. 41-43, 2008.
64. READING, R. et al. Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. *The Lancet*, v. 373, n. 9660, p. 332-343, 2009.
65. BARLOW, J. et al. Interventions in the early years to enhance infant and maternal mental health: a review of reviews. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 15, n. 4, p. 178-185, 2010.
66. CHIESA, A. M. et al. Ações da equipe de saúde da família no fortalecimento dos cuidados familiares que promovem o desenvolvimento integral da criança pequena. In: PLUCIENNIK, G. A.; LAZZARI, M. C.; CHICARO, M. F. (orgs.). Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, p. 84-94, 2015.
67. THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014.

68. CHARMAN, T.; BAIRD, G. Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorders in 2- and 3-year-old children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, v. 43, p. 289-305, 2002.
69. DAWSON, G. et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, v. 125, n. 1, p. 17-23, 2010.
70. FOX, S.; LEVITT, P.; NELSON, C.A. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, v. 81, n. 1, p. 28-40, 2010.
71. PUCCINI, R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, n. 1, p. 73-80, 2007.
72. ENGLE, P. L. et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1339-1353, 2011.
73. OLIVEIRA, J.A.A. et al. A Transversalidade do Conhecimento da Saúde Coletiva no Currículo de Medicina de uma Escola Médica Pública: Relevância das Disciplinas na Formação dos Alunos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 278-283, 2010.
74. MANDELL, D.S.; NOVAK, M.M.; ZUBRITSKY, C.D. Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, v. 116, n. 6, p. 1480-1486, 2005.
75. PALOMBO, C. N.T. et al. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 48, p. 59-66, 2014.
77. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Lei nº 9394/96. LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Senado Federal, 1996.
78. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil. Brasília: MEC/SEB, 2010b.
79. BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais "Anísio Teixeira" – Inep. Plano Nacional de Educação – PNE 2014 – 2024: Linha de Base. Brasília: MEC, INEP, 2015.
80. CAMPOS, M. M. et al. A contribuição da educação infantil de qualidade e seus impactos no início do ensino fundamental. *Educação e Pesquisa (USP)*, São Paulo, v. 37, p. 15-33, 2011.
81. PEISNER-FEINBERG, E. S. et al. The children of the cost, quality, and outcomes study go to school: Technical report. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Center, 2000.
82. SYLVA, K. et al. Measuring the impact of pre-school on children's social/behavioural development over the pre-school period. Londres: Institute of Education – University of London, 2003.
83. NUNES, N. N. O ingresso na pré-escola: uma leitura psicogenética. In: Oliveira, Z. de M. R. de (org.). *A criança e seu desenvolvimento: perspectivas para se discutir a educação infantil*. São Paulo: Cortez, p. 105-129, 2000.
84. RAPOPORT, A.; PICCININI, C.A. O ingresso e adaptação de bebês e crianças pequenas à creche: alguns aspectos críticos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 1, p. 81-95, 2001.
85. HADDAD, L.A. creche em busca de sua identidade. São Paulo: Loyola, 1991.
86. ROSEMBERG, F. Mãe que é mãe deixa o filho na creche? *Psicologia Atual*, v. 30, p. 38-42, 1982.
87. OLIVEIRA, Z. de M. R. de, et al. *Creches: crianças, faz-de-conta e Cia*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
88. MARANHÃO, D. G.; SARTI, C.A. Creche e família: uma parceria necessária. *Cadernos de Pesquisa*, v. 38, n. 133, p. 171-194, 2008.
89. BRAZELTON, T. B. Momentos decisivos do desenvolvimento infantil. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
90. RAPOPORT, A.; PICCININI, C.A. Concepções de educadoras sobre a adaptação de bebês à creche. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 1, p. 69-78, 2001.
91. PANTALENA, E. S. O ingresso da criança na creche e os vínculos iniciais. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade Federal de São Paulo. (Dissertação de Mestrado), 2010.
92. SILVA, I. de O.A. creche e as famílias: o estabelecimento da confiança das mães na Instituição de Educação Infantil. *Educar em Revista*. n. 53, p. 253 – 272, 2014.
93. ABUCHAIM, B. de O. Família e escola de educação infantil: companheiras de jornada. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. (Dissertação de Mestrado em Educação), 2006
94. BHERING, E.; SIRAJ-BLATCHFORD, I.A. relação escola-pais: um modelo de trocas e colaboração. *Cadernos de Pesquisa*, n. 106, p. 191-216, 1999.
95. CAMPOS, M. M.; FULLGRAF, J.; WIGGERS, V.A. qualidade da educação infantil brasileira: alguns resultados de pesquisa. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 127, p. 87 – 128, 2006.
96. BHERING, E.; De NEZ, T. B. Envolvimento de pais em creche: possibilidades e dificuldades de parceria. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, v. 18, n. 1, p. 63 – 73, 2002.
97. MELCHIORI, Lígia E. et al. Família e creche: crenças a respeito de temperamento e desempenho de bebês. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2007.
98. CAMPOS, Maria M. et al. A gestão da educação infantil no Brasil. Relatório Final. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Fundação Victor Civita, 2012. Disponível em: <http://www.fvc.org.br/estudos-e-pesquisas/2011/pdf/relatoriofinaldeeducacao infantil.pdf>.
99. MOREIRA, L.V. C.; LORDELO, E. R. Creche em ambiente urbano pobre: ressonâncias no ecossistema desenvolvimental. *Interação em Psicologia*, v. 6, n. 1, p. 19-30, 2002.
100. PELLETIER, J.; BRENT, J. M. Parent participation in children's school readiness: The effects of parental self-efficacy, cultural diversity and teacher strategies. *International Journal of Early Childhood*, Bakewell, n. 34, p. 45-60, 2002.
101. OLIVEIRA, M.de. Família, escola e participação. *Educação. Revista da Faculdade de Educação da PUCRS*, n.37, p. 151-176, 1999.



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.

As principais linhas de atuação do NCPI são as seguintes.

Comitê Científico: formação de uma comunidade científica multidisciplinar, comprometida com a primeira infância, e que seleciona os principais conteúdos a serem transmitidos para a sociedade. Este estudo foi elaborado pelo Comitê Científico do NCPI.

Tradução da Ciência: o NCPI trouxe para o Brasil a metodologia do Instituto Frameworks, uma ONG norte-americana especializada em traduzir o conhecimento científico para influenciar o debate político. Toda a metodologia está sendo adaptada à realidade brasileira e uma série de pesquisas estão sendo realizadas para entender os modelos culturais que o brasileiro aplica para entender a primeira infância. A partir dos resultados dessas pesquisas, todos os conteúdos estão sendo revisados para utilizar uma linguagem mais acessível à sociedade brasileira.

Mobilização de lideranças: o NCPI mantém o Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento na Primeira Infância, que anualmente reúne cerca de 50 líderes sociais, empresariais e governamentais, em Harvard e no Insper, com o objetivo de aprender os conceitos científicos básicos do desenvolvimento nos primeiros anos de vida e também de ser capacitado sobre como desenvolver e implementar planos de ação focados na primeira infância. Além disso, o NCPI também organiza, todos os anos, um Simpósio Internacional de Desenvolvimento da Primeira Infância, para trazer ao público informações científicas e práticas de diversas partes do mundo.

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 segundo texto de uma série e trata da importância que os primeiros anos de vida têm sobre a capacidade de aprendizagem das crianças.