

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Síntese de evidências para políticas de saúde
**Promovendo o desenvolvimento
na primeira infância**

Brasília – DF
2016



Síntese de evidências para políticas de saúde
**Promovendo o desenvolvimento
na primeira infância**



2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

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

Este trabalho foi desenvolvido em cooperação entre o Departamento de Ciência e Tecnologia e a Organização Panamericana da Saúde.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

SCN Quadra O2, Projeção C

CEP: 70712-902 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6291

Site: www.saude.gov.br

E-mail: evipnetbrasil@saude.gov.br

Revisão de Método:

Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz-DF)

Roberta Moreira Wichmann (Decit/SCTIE/MS)

Editoração:

Eliana Carlan (Decit/SCTIE/MS)

Jessica Alves Rippel (Decit/SCTIE/MS)

Roberta Moreira Wichmann (Decit/SCTIE/MS)

Elaboração:

Sonia Ioyama Venancio (IS/SES/SP)

Maritsa Carla de Bortoli (IS/SES/SP)

Paulo Germano de Frias (IMIP – SMS/Recife/PE)

Gabriela dos Santos Buccini (USP)

Luciana de Mendonça Freire (IS/SES/SP)

Rui de Paiva (SMS/Guarujá/SP)

Emiliana Maria Grando Gaiotto (SMS/São Paulo/SP)

Design Gráfico:

Gustavo Veiga e Lins (Decit/SCTIE/MS)

Fotografia:

Acervo DAB

Domínio público

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito (CGDI/Editora MS)

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

64 p. : il.

ISBN 978-85-334-2447-0

1. Políticas informadas por evidências. 2. Primeira infância. 3. Políticas públicas. I. Título.

CDU 35:614:168.3(81)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0527

Título para indexação:

Evidence brief for policy: Promoting early childhood development

Sumário

| | |
|--|----|
| MENSAGENS-CHAVE | 7 |
| O problema | 7 |
| Opções para enfrentar o problema | 7 |
| Considerações gerais acerca das opções propostas | 8 |
| CONTEXTO E ANTECEDENTES | 9 |
| DESCRIÇÃO DO PROBLEMA | 11 |
| Magnitude dos problemas de desenvolvimento infantil no Brasil e fatores associados..... | 12 |
| Programas e serviços para atender às necessidades das crianças e suas famílias | 14 |
| Políticas públicas que determinam o acesso e uso de programas e serviços voltados ao desenvolvimento infantil | 14 |
| Grau atual de implementação das políticas existentes | 15 |
| Considerações sobre o problema relacionadas com a equidade | 18 |
| OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA | 19 |
| Opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade) | 20 |
| Opção 2 – Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância..... | 23 |
| Opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/ contação de histórias | 26 |
| Opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento infantil | 28 |
| Opção 5 – Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica | 30 |
| Considerações sobre as opções relacionadas a equidade | 32 |
| CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES | 35 |
| REFERÊNCIAS | 39 |
| APÊNDICES | 47 |
| Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade) | 48 |
| Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância | 52 |
| Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias..... | 55 |
| Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento infantil | 58 |
| Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 5 – Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica | 63 |

Síntese de evidências para políticas de saúde:

Promovendo o desenvolvimento na primeira infância.

Incluindo

Descrição de um problema do sistema de saúde;
Opções para abordar esse problema;
Estratégias para a implementação dessas opções.

Não incluindo

Recomendações. Essa síntese não faz recomendações sobre qual opção política escolher.

Para quem essa síntese de evidências é endereçada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por essa síntese de evidências.

Para que essa síntese de evidências foi preparada?

Para dar suporte às deliberações sobre as políticas e programas de saúde, resumindo a melhor evidência disponível sobre o problema e as soluções viáveis.

O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?

Sínteses de evidências para políticas de saúde reúnem evidências de pesquisa global (a partir de revisões sistemáticas*) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e programas de saúde.

*Revisão Sistemática: um resumo de estudos endereçado a responder a uma pergunta explicitamente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e apreciar criticamente pesquisas relevantes e para coletar, analisar e sintetizar dados a partir destas pesquisas.

Objetivos dessa síntese de evidências para políticas de saúde

As evidências apresentadas poderão ser utilizadas para:

1. Esclarecer e priorizar os problemas nos sistemas de saúde;
2. Subsidiar políticas, enfocando aspectos positivos, negativos e incertezas das opções;
3. Identificar barreiras e facilitadores de implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos;
4. Apoiar o monitoramento e avaliação de resultados das opções.

Resumo Informativo

As evidências apresentadas nessa síntese também podem estar no Resumo Informativo.

EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde. Essa iniciativa promove o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação e implementação de políticas e programas de saúde mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e

representantes da sociedade civil. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, seja na prática clínica, gestão dos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes. No Brasil, são parceiros da EVIPNet: o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e outros.

Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

O Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde – NEv-IS, foi criado em agosto de 2014, após a realização de uma oficina da EVIPNet. O Núcleo foi instituído formalmente através da Portaria IS-3, de 9-6-2015 e é membro atuante da Rede EVIPNet Brasil. Com esta estratégia, o Instituto de Saúde visa proporcionar o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e a implantação de políticas e a gestão dos serviços e sistemas de saúde no âmbito do SUS-SP. O NEv-IS busca melhorar os resultados do sistema de saúde mediante a produção de sínteses de evidências e diálogos deliberativos, que contam com a participação de interessados em problemas de saúde relevantes ao seu contexto local. Dessa forma, funciona como um agente de mudança, capacitando pessoas-chave para definir agendas, discutir opções de enfrentamento de problemas de saúde em nível coletivo e disseminar resultados da pesquisa em saúde de forma efetiva, a fim de contribuir com o uso das melhores evidências científicas na elaboração, implantação e monitoramento de políticas nos diferentes níveis da organização pública.

Financiamento

Esta síntese de evidências é produto do projeto contemplado pela primeira “Chamada pública de apoio a projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da EVIPNet”, publicada em 2014 e financiada com recursos oriundos de Termo de Cooperação entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse. Os financiadores não interferiram no desenho ou elaboração dos resultados dessa síntese.

Revisão do mérito dessa síntese de evidências

Essa síntese foi revisada por investigadores, gestores e partes interessadas externas na busca do rigor científico e relevância para o sistema de saúde.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos à bibliotecária Valéria Lombardi e às funcionárias da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Márcia Arruda e Norma Reis, pelo apoio na obtenção de alguns artigos na íntegra.

Citação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância**. Brasília: Ministério da Saúde/EVIPNet Brasil, 2016. 64 p.

MENSAGENS-CHAVE

O problema

A primeira infância é uma etapa fundamental para o desenvolvimento, em termos cognitivos, socioemocionais e físicos. A importância do investimento no desenvolvimento infantil (DI) ou políticas de primeira infância fundamenta-se em vários argumentos. O principal é o direito de todas as crianças ao desenvolvimento pleno de seus potenciais, estabelecido pela Convenção dos Direitos da Criança e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, os avanços da neurociência apontam que nos primeiros anos de vida o cérebro se desenvolve muito rapidamente e é muito sensível aos cuidados e estímulos. Outro argumento está relacionado ao fato de que as crianças estão sobrerrepresentadas na pobreza em relação a outras faixas etárias, ou em outras palavras, há uma situação de infantilização da pobreza. Acredita-se também, nessa fase de transição demográfica do país, que é importante investir na primeira infância para poder contar, no futuro, com uma população mais saudável. Da mesma forma, o investimento na primeira infância pode gerar efeitos positivos em matéria de gênero, ao promover a inserção ou reinserção laboral das mulheres, que continuam a ser as principais provedoras do cuidado. Por fim, do ponto de vista econômico, evidências mostram que o investimento feito em programas de qualidade para a primeira infância tem uma alta taxa de retorno para a sociedade (a cada US\$1 investido o retorno é de até US\$17) (AULICINO; LANGOU, 2015). Porém existem evidências de que, em países em desenvolvimento, crianças menores de cinco anos estão se desenvolvendo aquém do seu potencial, com graves consequências em relação à escolaridade e, no longo prazo, menor poder aquisitivo e cuidados inadequados com as crianças, contribuindo para transmissão intergeracional da pobreza (ENGLE et al., 2007).

Opções para enfrentar o problema

Opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade).

Muitas crianças em países em desenvolvimento estão em risco de dificuldades emocionais e comportamentais, que são susceptíveis de serem elevadas devido aos efeitos da pobreza. Programas de educação voltados para os pais são intervenções destinadas a melhorar ou alterar o desempenho dos pais através da formação, assistência ou educação e seu principal objetivo é influenciar o bem-estar de seus filhos (SMITH; PEROU; LESESNE, 2002).

Opção 2 – Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância.

Ações voltadas à alimentação e nutrição podem apresentar benefícios para as crianças, elevando suas chances de pleno desenvolvimento, especialmente o cognitivo. Destacaram-se na busca de evidências duas estratégias nesse eixo de atuação, a promoção do aleitamento materno e ações integradas de nutrição/suplementação e estimulação e/ou educação alimentar.

Opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias.

Programas de pré-escola incluem centros de atenção, como escolas de educação infantil e creches. Atividades educativas podem incluir leitura em voz alta no ambiente

escolar ou mediada pelos pais e em períodos de lazer. A estratégia dessa opção busca promover o acesso à creche ou pré-escola visando ao desenvolvimento cognitivo e/ou proporcionar para as crianças atividades de leitura e/ou contação de história, as quais podem favorecer o desenvolvimento da linguagem.

Opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento infantil.

A visita domiciliar é um termo genérico que implica uma estratégia para a entrega de um serviço, em vez de um tipo de intervenção, por si só. Programas de visitas domiciliares diferem em várias dimensões, incluindo os tipos de famílias atendidas (por exemplo, mães adolescentes, solteiras, famílias de etnias específicas; de diferentes níveis socioeconômicos ou que apresentem fatores de risco sociais); comportamentos ou resultados direcionados (por exemplo, abuso de crianças, preparação para a escola); o tipo de pessoal que presta serviços (por exemplo, enfermeiros ou mães da comunidade); as idades das crianças-alvo (por exemplo, se inscrevem as mães grávidas ou famílias com crianças pré-escolares); duração e intensidade de serviços e métodos de recrutamento (SWEET; APPELBAUM, 2004).

Opção 5 – Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica.

Muitas ações voltadas para o DI podem ser desenvolvidas por equipes de Atenção Básica, incluindo atividades de avaliação do DI, orientação antecipada a pais, intervenções focadas em problemas do desenvolvimento e linguagem e coordenação do cuidado (REGALADO; HALFON, 2001).

Considerações gerais acerca das opções propostas

A implementação das opções voltadas à promoção do desenvolvimento na primeira infância exige a decisão pela alocação de recursos, priorização de grupos-alvo, definição de modelos de intervenção (por exemplo, currículos escolares e protocolos de atenção); capacitação de profissionais, organização da rede de atenção à saúde e educação, bem como o planejamento de intervenções combinadas que necessitam de articulação intersetorial. O monitoramento e avaliação dos resultados das opções de políticas são fundamentais para apoiar a implementação.



CONTEXTO E ANTECEDENTES

Os primeiros anos de vida da criança, a primeira infância, são fundamentais para seu desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e cultural (SHONKOFF, 2011).

Conceitos-chave

Primeira infância: período que vai desde a concepção do bebê até o momento em que a criança ingressa na educação formal. Isso quer dizer que engloba a gestação, o parto e os primeiros anos de vida da criança. Como o início da educação formal não se dá na mesma idade em todos os países, há diferentes noções do final da primeira infância. Segundo a UNESCO, a primeira infância é compreendida desde o nascimento até os oito anos de idade (UNESCO, 2007). No Brasil, consideramos que esse período acaba quando a criança completa seis anos de idade (BRASIL, 2014a).

Primeiríssima infância: compreende o período de zero a três anos de idade (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2014).

Desenvolvimento infantil: é um processo que se inicia na concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder as suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2014).

O investimento na primeira infância é a melhor maneira de reduzir as desigualdades, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade com condições sociais e ambientais sustentáveis (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; CARNEIRO; HECKMAN, 2003; HECKMAN et al., 2010; SOUZA, 2011; BRASIL, 2008; REINO UNIDO, 2014).

Os compromissos com a primeira infância têm aumentado nos últimos anos. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, e atualmente respaldada por 192 nações, é um instrumento único de garantia dos direitos da criança à sobrevivência, desenvolvimento e proteção. O Comitê dos Direitos da Criança colocou a primeira infância em sua agenda em 2005, destacando que as crianças pequenas tinham necessidades especiais em relação à sua criação, cuidado e orientação. Esse documento de trabalho lembra aos membros da CDC de suas obrigações em desenvolver políticas abrangentes que deem cobertura à saúde, cuidado e educação para as crianças mais jovens, bem como orientação aos pais e cuidadores (UNESCO, 2007). No Brasil, a criança é vista como um sujeito de direitos garantidos na Constituição Federal de 1988 em seu Art. 227, onde se lê: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, [...], além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988).

Esses direitos estão regulamentados no ECA, Lei 8.069 do dia 13 de julho de 1990, e foram reafirmados com a aprovação, em 2016, do Marco Legal da Primeira Infância (Projeto de Lei nº 6.998/2013), cujo objetivo é ampliar a proteção aos direitos de crianças entre zero a seis anos de idade por meio de um conjunto de políticas intersetoriais que beneficiarão mais de 20 milhões de meninos e meninas nessa faixa etária no país. A promoção da saúde integral da criança, conforme proposto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, publicada pelo Ministério da Saúde em agosto de 2015 inclui, além de estratégias para redução da mortalidade infantil, um eixo de ação específico voltado à promoção do DI (BRASIL, 2015). Porém, as estratégias e programas voltados ao DI são ainda

incipientes em nosso meio, sendo crescente o interesse pela definição de modelos que possam ser aplicados em larga escala. Sendo assim, a elaboração de uma síntese de evidências sobre o desenvolvimento na primeira infância poderá apoiar a formulação de políticas informadas por evidências nessa área. Esse trabalho contou com a parceria da Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES-SP e Área Técnica de Saúde da Criança, instâncias responsáveis pela implementação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância, e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems-SP).

Antecedentes da síntese de evidências

Essa síntese para formulação de políticas mobiliza evidências de investigação tanto em nível global como local acerca de estratégias para o desenvolvimento na primeira infância, apresenta cinco opções para abordar o problema e as considerações fundamentais sobre implementação.

A preparação do resumo informativo incluiu cinco passos:

1. convocação de uma reunião com atores-chave: representantes da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – Cosems-SP, Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, Conselho Estadual dos Direitos da Criança, pesquisadores e alunos de pós-graduação;
2. aprofundamento acerca da definição do problema com os participantes da reunião, com a ajuda de marcos conceituais que organizam o pensamento sobre as maneiras de abordar a questão;
3. identificação, seleção, avaliação e síntese das evidências relevantes sobre o problema, as opções e as considerações sobre a implementação;
4. redação da síntese de evidências de tal maneira a apresentar de forma concisa e em uma linguagem acessível os resultados das evidências de investigação mundial e local; e
5. finalização da síntese baseando-se nas contribuições de vários revisores meritórios.

As cinco opções para abordar o problema não foram desenhadas para serem excludentes entre si. Podem ser implementadas de forma simultânea ou podem ser extraídos elementos de cada opção para criar uma nova proposta.

O resumo foi preparado para informar um diálogo deliberativo no qual as evidências de investigação é uma de muitas considerações. As opiniões, experiências e conhecimento tácito dos participantes que contribuem para os temas em questão são também aportes importantes para o diálogo. Um dos objetivos do diálogo deliberativo é suscitar ideias – que só ocorrem quando todos estão envolvidos ou são afetados pelas decisões futuras sobre o tema possam trabalhar juntos. Um segundo objetivo do diálogo deliberativo é gerar a ação daqueles que participam do diálogo e daqueles que revisam o resumo do diálogo.



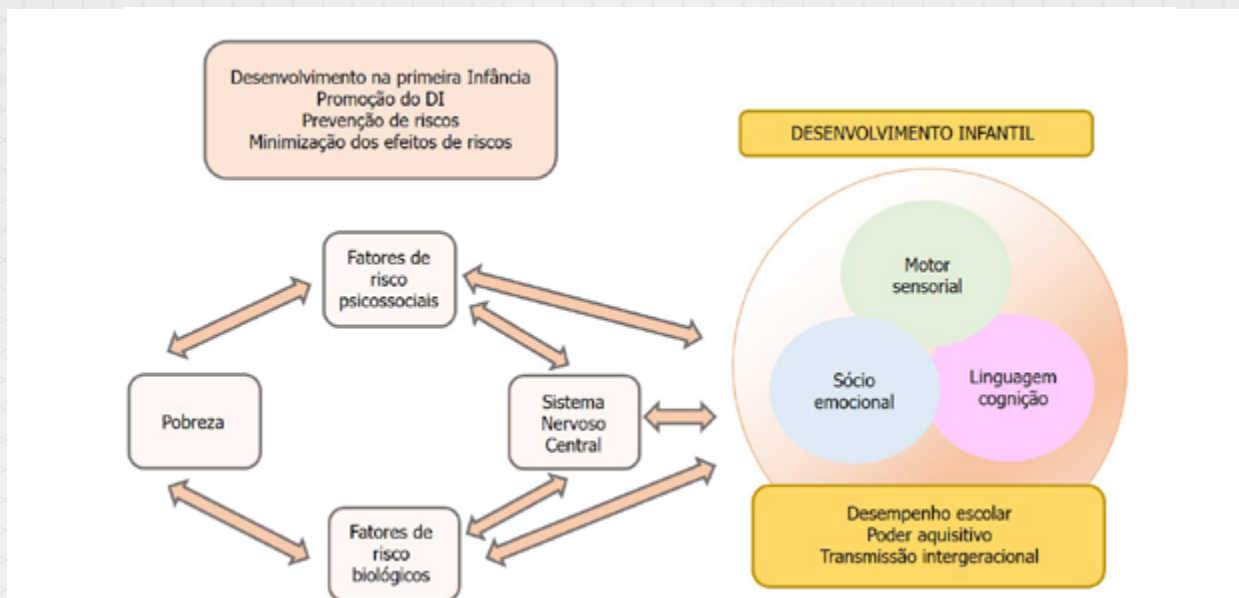
Fonte: <www.pexels.com>.

DESCRIBÇÃO DO PROBLEMA

Desde a gravidez e ao longo da primeira infância, todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com adultos e cuidadores têm impacto significativo em seu desenvolvimento. O período intrauterino e os primeiros anos de vida da criança são essenciais para seu desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e cultural. Avanços na neurociência mostram que durante a gestação e os primeiros anos de vida (especialmente nos primeiros 1000 dias) ocorre um rápido desenvolvimento do cérebro com cerca de 700 novas conexões neurais sendo formadas a cada segundo. É nessa etapa que os circuitos neurais são formados e fortalecidos por meio da interação e das relações de vínculo. A saúde física e emocional, as habilidades sociais e capacidades cognitivo-linguísticas que emergem nos primeiros anos de vida são o alicerce para o sucesso na escola e, mais tarde, no ambiente de trabalho e comunidade (SHONKOFF et al., 2009).

Porém, a revista *The Lancet* publicou duas séries de artigos sobre DI (2007 e 2011), e estimou que mais de 200 milhões de crianças menores de cinco anos em países de baixa e média renda não atingem seu potencial de desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais, biológicos e psicossociais (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2011). Engle e colaboradores (2007) apontam que o DI é condicionado pela pobreza e fatores de risco psicossociais e biológicos e em sua revisão da literatura identificam alguns fatores, como a desnutrição (*stunting*), deficiências de ferro e iodo, estimulação cognitiva e socioemocional inadequadas, depressão materna, violência, contaminação ambiental (chumbo e arsênio) e algumas doenças infecciosas (malária e HIV) como potenciais riscos ao pleno desenvolvimento das crianças. Esses fatores de risco frequentemente ocorrem de forma concomitante e interferem no DI, contribuindo para uma trajetória que inclui problemas de saúde, falta de prontidão para a escola, desempenho escolar ruim, preparo inadequado para oportunidades profissionais e perpetuação do ciclo intergeracional de pobreza (Figura 1).

Figura 1 – Modelo conceitual sobre determinantes do desenvolvimento infantil



Fonte: Adaptado de Engle et al., 2007.

O não investimento na primeira infância pode acarretar em inúmeros prejuízos. Uma criança de dois anos de idade com atraso no crescimento apresenta um risco maior de deficiências cognitivas e educacionais, traduzindo-se em menos tempo na escola e menor aprendizado escolar por ano. Estima-se que as deficiências cognitivas e educacionais acumuladas por crianças com atraso no crescimento resultem em uma perda de 22% na renda anual na idade adulta (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007). Evidências apontam que uma criança sem acesso a um cuidador sensível e atencioso apresenta um risco maior de ativação permanente das respostas do cérebro ao estresse, o que pode prejudicar os circuitos neurais responsáveis pela aprendizagem e pela memória e levar a uma maior suscetibilidade a doenças relacionadas ao estresse, que afetam tanto a saúde física quanto mental (SHONKOFF et al., 2009).

O Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) tem se preocupado com as consequências do não investimento na primeira infância e sua relação com a violência desde 2007. A entidade liderou uma importante mobilização nacional por meio da iniciativa intitulada "Violência: uma epidemia silenciosa", com ênfase na prevenção e enfrentamento das diversas formas de violência, com especial atenção a iniciativas de prevenção à violência a partir dos cuidados com a primeira infância (SCHNEIDER; FRUTUOSO; CATANELI, 2015).

Magnitude dos problemas de desenvolvimento infantil no Brasil e fatores associados

Muitos são os avanços do Brasil no tocante à saúde das crianças. Nosso coeficiente de mortalidade infantil e prevalência de desnutrição foram substancialmente reduzidos, concomitante à ampliação do acesso a saneamento básico, serviços de saúde e expansão da prática da amamentação (VICTORA et al., 2011). Assim como em outros países, com a redução da mortalidade infantil, os aspectos relacionados ao desenvolvimento e bem-estar das crianças tendem a ganhar maior relevância no país (ERTEM et al., 2008). Considerando o impacto da pobreza sobre o potencial de desenvolvimento das crianças, ao pensarmos na magnitude do problema em nosso país, merece destaque o fato de que estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostraram que a taxa de pobreza

é muito maior entre as crianças quando comparadas a outras faixas etárias (<www.ipea.gov.br>). Dados do Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que a taxa de extrema pobreza para a população de zero a três anos é de 13,4%, valor 66,5% maior que o verificado para a população brasileira em geral, o que pode produzir impacto negativo no desenvolvimento dessas crianças.

Também chama a atenção em nosso país a ausência de sistemas de monitoramento que permitam averiguar como as crianças estão evoluindo em relação ao pleno desenvolvimento físico e cognitivo, de competências sociais, emocionais e de comunicação. Da mesma forma, são escassos os estudos de base populacional no Brasil sobre a prevalência e fatores associados a problemas de DI. Dados de dois estudos de coorte no município de Pelotas, RS, apontaram 34% de crianças com suspeita de atraso no DI em 1993 e 21,4% em 2004 (HALPERN et al., 2000; HALPERN et al., 2008). Ainda no RS, estudo realizado no município de Canoas identificou 27% de crianças com alteração no teste de Denver II (PILZ; SCHERMANN, 2007).

Um estudo analisando a frequência de indicadores clínicos de risco para o DI (IRDI), desenvolvidos a partir da teoria psicanalítica, identificou 39,5% de crianças de 0-18 meses com suspeita de problemas (KUPFER et al., 2009). Ainda no âmbito de serviços de saúde, em um ambulatório de puericultura que atende população de baixa renda no município de São Paulo, foram identificados 28,6% de testes de Denver II suspeitos (MORAES et al., 2010).

Dois estudos realizados com crianças matriculadas em creches na região Nordeste mostraram prevalências ainda maiores de suspeita de problemas no DI utilizando o teste de Denver II: 43,6% em Feira de Santana, BA, e 52,7% em João Pessoa, PB (BRITO et al., 2011; SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015). Entre os fatores de risco para suspeita de problemas de DI, foram apontados: pobreza, baixo peso ao nascer, prematuridade, >3 irmãos, ausência ou amamentação <2 meses, P/I <-2 DP aos seis meses (HALPERN et al., 2000; HALPERN et al., 2008); intervalo interpartal <18 meses, mães sem o apoio dos pais (PILZ; SCHERMANN, 2007); meninos, crianças aos cinco anos de idade, não realização ou início do pré-natal ≥ 3 meses, consumo alcoólico na gestação (BRITO et al., 2011); criança >12 meses, parto vaginal, fototerapia e creche não ter apoio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015). A análise de crianças da coorte de Pelotas de 2004 identificou os seguintes fatores de risco para suspeita de atraso no DI: alterações na avaliação realizada aos 12 meses utilizando o inventário de Battele; Apgar de cinco minutos <7; mães com escolaridade <4 anos;

classe social D ou E; história gestacional de diabetes; intervalo interpartal menor de 24 meses; não ter contado histórias na última semana; não ter livros infantis em casa; baixo peso; prematuros; <6 consultas de pré-natal; história de hospitalização; criança do sexo masculino e menores escores de estimulação (De MOURA et al., 2010a; De MOURA et al., 2010b).

No tocante a fatores de risco para a interação mãe-bebê, em um estudo comparativo entre mães solteiras e famílias nucleares, foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos indicando que as mães solteiras foram menos responsivas do que as mães casadas (PICCININI et al., 2007). Assim, verifica-se uma alta prevalência de problemas de DI nos estudos citados e a identificação de fatores de risco sociais, biológicos, de acesso a serviços de saúde e relacionados ao ambiente socioemocional.

Programas e serviços para atender às necessidades das crianças e suas famílias

Um amplo espectro de políticas pode promover ambientes seguros e que garantam o apoio e os relacionamentos estáveis e afetuosos de que as crianças precisam. A literatura sugere que um ambiente favorável ao DI inclui estreita e contínua relação de afeto com os pais e outros cuidadores, os quais podem oferecer oportunidades de aprendizagem e suporte para o desenvolvimento de habilidades e capacidades das crianças (BRAZELTON; GREENSPAN, 2000). Nos diversos países, os cuidados ofertados às crianças e a educação infantil diferem amplamente. Os programas voltados ao DI podem se concentrar em um ou vários dos seguintes aspectos: crescimento físico, saúde mental, nutrição, linguagem e cognição e desenvolvimento social e emocional (NORES; BARNETT, 2010). Engle e colaboradores (2007) em sua revisão sobre programas voltados à promoção do DI em países de baixa e média renda, apontam a importância da integração entre diferentes setores, especialmente da saúde, educação e desenvolvimento social para a oferta de ações às crianças e suas famílias.

Políticas públicas que determinam o acesso e uso de programas e serviços voltados ao desenvolvimento infantil

A garantia do pleno desenvolvimento de crianças na primeira infância depende da oferta de ações de saúde, nutrição, educação e desenvolvimento social, entre outras. No Brasil, podemos citar como avanços a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atualmente apresenta cobertura de 64,7% (<<http://dab.saude.gov.br>>) da

cobertura de creches que se encontra em torno de 30%, com meta de atingir 50% das crianças até 2024 (<<http://www.observatoriodopne.org.br>>) e de programas de transferência de renda que atingem as famílias mais vulneráveis, sendo que o Bolsa Família beneficia 13,8 milhões de famílias em todo o país (BRASIL, ©2013). Apesar dos avanços, problemas de acesso a programas e serviços que podem ter impacto no DI podem ser constatados. No estado de São Paulo, por exemplo, a cobertura da ESF atingia menos da metade da população em 2015 (<<http://dab.saude.gov.br>>). Em relação à demanda por atendimento na educação infantil, um estudo realizado na região metropolitana de São Paulo aponta que pouco mais de 342.000 crianças de até três anos procuram vagas em creches e não encontram, correspondendo a quase metade do público demandante. Já entre as crianças de quatro a cinco anos que demandam vagas em pré-escolas, apenas 42 mil estão deixando de frequentar (menos de 10% da demanda). Assim, a pesquisa revela que 384.000 crianças de zero a cinco anos não são atendidas por creches e pré-escolas, mas estão à procura de vagas. E o problema se concentra mais na capital, onde vivem 60% dessas crianças (<http://www.ippi.seade.gov.br/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/demanda_educacao_infantil.pdf>).

O Índice Paulista da Primeira infância (IPPI) foi desenvolvido pela Fundação Seade por meio de uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal para refletir a capacidade dos municípios do estado de São Paulo de promover o DI, por meio do acesso aos serviços de saúde e educação voltados às crianças menores de seis anos. Dados de 2014 apontam que 30% dos 645 municípios do estado de São Paulo encontram-se nos grupos de muito baixo ou baixo investimento na primeira infância (<<http://www.ippi.seade.gov.br>>). Grande parte do crescimento do financiamento de programas voltados ao DI foi devido à maior participação do setor público, mas o cuidado da criança continua a ser oferecido em parte pelo setor privado, e muitas vezes por cuidadores com pouca ou nenhuma preparação formal. Intervenções específicas, tais como as que serão analisadas nessa síntese, variam em uma série de aspectos, incluindo cobertura, intensidade, qualificação de pessoal e qualidade dos serviços.

Grau atual de implementação das políticas existentes

No relatório sobre políticas públicas de DI na América Latina, Aulicino e Langou (2015) apontam que vários países adotaram diferentes estratégias e programas voltados ao desenvolvimento na primeira infância. O Programa Eduque seu Filho, de Cuba (1992), foi o pioneiro na América Latina e tem o objetivo de fortalecer a família para converter-se em agente estimulador do DI, por meio de visitas domiciliares, integrando programas de educação e saúde. Além desse, outros programas merecem destaque, tais como: o Programa Estâncias Infantis (México, 2007), de apoio à inserção dos pais no mercado de trabalho; a Estratégia de Atenção Integral à Primeira Infância de Zero a Sempre (Colômbia, 2012), com foco intersectorial baseado na perspectiva de direitos; o Plano de Atenção Integral à Primeira Infância (Panamá, 2011); o Plano Nacional da Ação pelos Direitos das Crianças e Adolescentes (Argentina, 2012); o Plano Nacional de Desenvolvimento Integral da Primeira Infância (Paraguai, 2011); a Estratégia Infância Plena (Equador, 2013); a Política Nacional de Primeira Infância “Amor para os Pequenininhos e Pequeninhas” (Nicarágua, 2011); a Política Pública de Desenvolvimento Integral da Primeira Infância (Guatemala, 2010); o Sistema Nacional de Proteção e Atenção Integral à Primeira Infância Quisqueya Começa Contigo (República Dominicana); a Rede Nacional de Cuidado e Desenvolvimento Infantil (Costa Rica, 2012); o Sistema de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente (Peru, 1995); o Subsistema de

Proteção Integral da Infância Chile Cresce Contigo (2006) e o Programa Uruguai Cresce Contigo (2012). Os principais desafios apontados no relatório são o fortalecimento da articulação intersetorial, aumento da cobertura mantendo a qualidade e garantia da sustentabilidade política e orçamentária dos programas.

No Brasil, várias ações com grande impacto sobre o DI vêm sendo implementadas pelo setor saúde. Merece destaque o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que quando implantado em 1986, enfatizava o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como uma das suas cinco ações programáticas, considerada o eixo estruturador da assistência à criança. Porém, em decorrência das elevadas taxas de mortalidade infantil e do perfil de adoecimento das crianças à época, priorizou as ações de vigilância do crescimento durante sua implementação, aspecto que se mantém até os dias atuais no âmbito da Atenção Básica. Igualmente importante é destacar a existência de instrumentos para a vigilância do crescimento e desenvolvimento desde então, por meio da Caderneta de Saúde da Criança. Porém, as pesquisas sobre a utilização e preenchimento da Caderneta são escassas e, em sua maioria, revelam falhas consideráveis na utilização desse instrumento, especialmente em relação ao preenchimento dos marcos de DI (GAIVA; SILVA, 2014; SILVA, 2014).

Outra ação que merece destaque é a de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, implementada no país desde 1981 e as ações de combate às carências nutricionais no contexto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. O resultado de tais ações vem sendo apontado por vários estudos nacionais sobre a crescente tendência da amamentação no país e a substancial redução das taxas de desnutrição nas últimas décadas (VENANCIO; SALDIVA; MONTERIO, 2013; VICTORA et al., 2011). Porém, verifica-se que políticas e ações intersetoriais em prol do DI são ainda incipientes. De fato, a primeira iniciativa do governo federal em prol da primeira infância ocorreu em 2012, com o lançamento do Programa Brasil Carinhoso, concebido em uma perspectiva de atenção integral às crianças de zero a seis anos, com o reforço de políticas ligadas à saúde, educação e transferência de renda (BRASIL, 2015). Ainda em âmbito nacional, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.395 de 7/10/2009, é um projeto do Ministério da Saúde (MS) que busca atender às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considerando a importância do Desenvolvimento Emocional Primitivo na definição e configuração de padrões de saúde para a vida.

Algumas iniciativas em âmbito estadual merecem destaque, como o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), o qual integra a política de governo do estado do Rio Grande do Sul desde 2003 e tornou-se Lei Estadual nº 12.544 em 03 de julho de 2006. É um programa institucional de ação socioeducativa voltado às famílias com crianças de zero até seis anos e gestantes que se encontram em situação de vulnerabilidade social. As famílias são orientadas por meio de atividades lúdicas específicas, voltadas à promoção das habilidades/capacidades das crianças, considerando seu contexto cultural, suas necessidades e interesses, através de atendimentos semanais realizados nas casas das famílias e em espaços da comunidade, além de atividades comunitárias.

Em Pernambuco foi lançado em 2007 o Programa Mãe Coruja Pernambucana, transformado em lei em 2009, cujo objetivo é garantir uma boa gestação e um bom período posterior ao parto às mulheres e o direito a um nascimento e desenvolvimento saudáveis às crianças, que são acompanhadas até os cinco anos. A iniciativa envolve uma



Fonte: <www.freepik.com>.

rede de ações intersetoriais que inclui as áreas de saúde, educação, desenvolvimento social e assistência, em uma rede solidária para o cuidado integral da gestante, filho e família. Outro exemplo de iniciativa estadual é o Programa “São Paulo pela Primeiríssima Infância”, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, que abrange 41 municípios para a promoção do DI por meio de ações de articulação e mobilização de agentes públicos para promover um olhar integral e integrado sobre o DI, envolvendo a estruturação de órgãos de governança local e regional; capacitação dos profissionais da rede pública – abrangendo simultaneamente as áreas de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social e mobilização comunitária para conscientização da população sobre a importância dos primeiros anos de vida. Também em âmbito estadual, recentemente foram lançados os programas Mais Infância Ceará (2015) e Primeira Infância Acreana (2016), ambos com enfoque intersetorial.

Por fim, algumas iniciativas municipais merecem destaque, como o projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades”, desenvolvido no município de São Paulo, cujo objetivo foi contribuir para o desenvolvimento integral e de qualidade das crianças, mediante a qualificação das competências familiares, tendo as unidades e Equipes de Saúde da Família como sujeitos multiplicadores dessa abordagem junto às famílias. Ainda neste município, em agosto de 2013, foi lançada a Política para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância – São Paulo Carinhosa, que tem como principal diretriz a atuação intersetorial focada no território, articulada com o Brasil Carinhoso e outras políticas públicas das demais esferas de governo priorizando a atuação nos territórios mais vulneráveis. O Ministério da Saúde está apoiando também projetos-piloto nos estados do Ceará e Amazonas, com ênfase em programas de visitas domiciliares com foco no DI.

Dessa forma, percebe-se que é crescente o interesse do setor público brasileiro na implementação de políticas voltadas ao DI na primeira infância. Pretende-se com essa síntese de evidências contribuir para a oferta de programas e estratégias que levem em consideração as melhores evidências para sua formulação e implementação. É importante ressaltar, além das iniciativas governamentais, contribuições da sociedade civil para garantir e melhorar a qualidade de vida das crianças. Exemplos dessas medidas são o Selo Unicef, cujo objetivo é contribuir com a melhoria de vida das crianças e dos adolescentes do Semiárido nas áreas de saúde, educação e proteção (BRASIL, 2010) e as iniciativas da Rede Nacional Primeira Infância, uma articulação nacional de organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que atuam, direta ou indiretamente, pela promoção e garantia dos direitos da primeira infância (<<http://primeirainfancia.org.br>>).

Considerações sobre o problema relacionadas com a equidade

Nas últimas décadas é crescente o investimento público na primeira infância e a principal fonte desse interesse está nos conhecimentos e consciência da relevância de influências ambientais no desenvolvimento das crianças durante os primeiros anos de vida. Os conhecimentos sobre o déficit de desenvolvimento intelectual nestes anos e o surgimento precoce de lacunas entre grupos mais e menos favorecidos têm apontado para a importância do alcance dessas crianças nos primeiros cinco anos de vida (NORES; BARNETT, 2010). As desigualdades no desenvolvimento das crianças se iniciam ainda no período pré-natal e nos primeiros anos de vida e se ampliam com o tempo, especialmente se há exposição a riscos precoces, múltiplos e cumulativos. Reduzir essas desigualdades de desenvolvimento requer intervenções precoces integradas que diminuam riscos e promovam o DI. Estudos mostram que o período mais efetivo e de custo benefício mais favorável para prevenir desigualdades é a primeira infância e que para tanto, governos deveriam alocar mais recursos para programas de DI de qualidade para crianças menos favorecidas (CARNEIRO; HECKMAN, 2003). Os investimentos efetivos em desenvolvimento na primeira infância têm o potencial de reduzir as desigualdades perpetuadas pela pobreza, má nutrição e as oportunidades de aprendizagem restritas (ENGLE et al., 2011). Segundo o Relatório Final da Conferência sobre Determinantes Sociais da OMS, 2008:

Investir nos primeiros anos de vida é uma das medidas que permitirá, com maior probabilidade, a redução das desigualdades em saúde, no espaço de uma geração [...] O desenvolvimento da primeira infância, em particular o desenvolvimento físico, socioemocional e linguístico-cognitivo, determina de forma decisiva as oportunidades na vida de uma pessoa e a possibilidade de gozar de boa saúde, já que afeta a aquisição de competências, a educação e as oportunidades de trabalho (OMS, 2008).

Da mesma forma, no Relatório da Academia Britânica de Ciências Sociais e Humanas (2014) sobre nove ações propostas para reduzir iniquidades em saúde, a segunda ação consiste em intervenções voltadas à primeira infância.



Fonte: <www.freepik.com>.

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Podem ser identificadas muitas opções para abordar os problemas relacionados ao DI. Para promover o debate sobre os prós e contras das opções potencialmente viáveis, foram selecionadas cinco para um exame mais a fundo. Essas opções foram selecionadas com base em revisões sistemáticas (identificadas com a estratégia de busca descrita) sobre a efetividade de diferentes intervenções, cujos desfechos incluíam aspectos cognitivos e socioemocionais de crianças saudáveis entre zero e seis anos de idade.

Assim, não foram incluídas opções como programas de transferência de renda, pois apesar de terem sido identificadas revisões sistemáticas sobre a efetividade de tais programas, os desfechos avaliados eram voltados mais a aspectos envolvendo saúde, nutrição e acesso a serviços de saúde do que a questões relacionadas diretamente ao DI. Engle e colaboradores (2011), em sua revisão, identificaram apenas três avaliações de programas de transferência de renda em países da América Latina que incluíram entre seus desfechos o desenvolvimento cognitivo ou função da linguagem em crianças pré-escolares, sendo que os resultados foram pequenos, embora positivos. Portanto, as opções a seguir são apresentadas de acordo com o grau da qualidade das evidências encontradas: 1) Oferecer programas de educação para pais (programas de parentalidade); 2) Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância; 3) Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias; 4) Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento infantil; e 5) Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica. O objetivo dessa sessão é apresentar o que se sabe acerca das opções. Na sessão seguinte, o enfoque se dirige às barreiras para a adoção e aplicação destas opções e as possíveis estratégias de implementação para fazer frente às barreiras.

Buscando evidências científicas sobre as opções

Foram obtidos 3.977 artigos (3.484 no PubMed; 90 na BVS e 403 no Health System Evidence), dos quais 254 foram retirados por serem duplicados. Para a seleção dos artigos foram usados os seguintes critérios de exclusão: 1) artigos que não fossem revisão sistemática ou metanálise; 2) focasse em crianças de alto risco biológico (prematturos, baixo peso ao nascer, etc.) ou com patologias instaladas; 3) que não fossem de intervenção; 4) que apresentassem intervenções altamente especializadas; 5) em outro idioma que não o português, inglês e espanhol (francês, alemão, finlandês, sueco, chinês, russo).

Dos 3.723 restantes, foram excluídos 3.385 após a leitura dos títulos. Dos 338 resumos de artigos lidos, obedecendo aos mesmos critérios de exclusão, foram selecionados 117 para leitura na íntegra.

Após a leitura na íntegra, foram selecionados 26 artigos, de qualidade moderada e alta, para compor as possíveis opções para uma política em saúde para promoção do desenvolvimento infantil. Nove revisões foram utilizadas para compor a opção "Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas

Conclusão

de parentalidade”, três para a opção “Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância”, sete para “Oferecer atividades educativas e programas de pré-escola para as crianças na primeira infância”, cinco para “Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento infantil”, e duas para “Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica”. Após essa etapa, uma revisão sistemática foi incluída na opção “Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância”, recebida via alerta eletrônico. Então, no total foram utilizadas 27 revisões sistemáticas para a elaboração dessa síntese.

A qualidade metodológica das revisões sistemáticas foi avaliada pelo instrumento AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) e foi realizada pelos autores da síntese.

Não se buscou evidências de investigação adicional além do que se incluiu nas revisões sistemáticas. Os interessados em implementar uma determinada opção podem querer buscar uma descrição mais detalhada ou evidências de investigação adicional acerca da opção.

A busca de evidências para opções que pudessem propor soluções para o problema foi realizada em janeiro de 2016 (06/01/2016) nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme/OPAS, <www.bvsalud.org>), Health Systems Evidence (<healthsystemsevidence.org>) e PubMed (<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>).

Os termos utilizados foram “desenvolvimento infantil”, em português, inglês e espanhol, conforme a especificidade de cada base, e utilizado filtro para estudos de “revisão sistemática” e “metanálise”.

Termos de busca com a especificidade de cada base de dados:

PUBMED

((“Child Development”[Mesh] OR (“child development”[MeSH Terms] OR (“child”[All Fields] AND “development”[All Fields]) OR “child development”[All Fields] OR (“development”[All Fields] AND “child”[All Fields]) OR “development, child”[All Fields]) OR (“child development”[MeSH Terms] OR (“child”[All Fields] AND “development”[All Fields]) OR “child development”[All Fields] OR (“infant”[All Fields] AND “development”[All Fields]) OR “infant development”[All Fields]) OR (“child development”[MeSH Terms] OR (“child”[All Fields] AND “development”[All Fields]) OR “child development”[All Fields] OR (“development”[All Fields] AND “infant”[All Fields]))) AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb] OR Technical Report[ptyp])) AND (systematic[sb] AND (“child, preschool”[MeSH Terms] OR “infant”[MeSH Terms]))

BVS

(instance:“regional”) AND (mh:(“Desenvolvimento Infantil”) AND type_of_study:(“systematic reviews” OR “overview” OR “health_economic_evaluation” OR “health_technology_assessment”) AND limit: (“humans” OR “child” OR “child, preschool” OR “infant” OR “newborn”))

HSE

Child development

Opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade)

Parentalidade é descrita como vínculos de afetos desenvolvidos precocemente entre pais e filhos. Essas relações de afetividade são necessárias para o desenvolvimento físico, psíquico e social da criança. Esse termo difere da noção de paternidade e maternidade por não estar necessariamente relacionado com o vínculo biológico, reconhecendo os vínculos psicoafetivos como fundamento para a construção da parentalidade (CAMPANA; GOMES; LERNER, 2014; MORELLI; SCORSOLINI-COMIN; SANTEIRO, 2015). Programas de educação voltados para os pais são intervenções destinadas a melhorar ou alterar o desempenho dos pais através da formação, assistência ou educação e seu principal objetivo é influenciar o bem-estar de seus filhos (SMITH; PEROU; LESESNE, 2002). Esses programas promovem as interações pais-filhos para melhorar diversas dimensões do cuidado, como: alimentação, vínculo, estímulo de leitura e brincadeiras, disciplina positiva e resolução de problemas (ENGLE et al., 2011).

Para a descrição dessa opção foram utilizadas nove revisões sistemáticas, sendo sete de alta qualidade e duas de moderada qualidade. A estratégia dessa opção visa os programas para os pais voltados ao DI. O público-alvo dessas estratégias são os pais, no entanto, é importante considerar que a implementação depende também dos agentes dessas atividades. Além disso, deve-se considerar para essas intervenções o papel da intersectorialidade integrando saúde, educação e desenvolvimento social.

O Quadro 1 fornece um resumo dos resultados-chave desta evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que querem saber mais sobre as revisões sistemáticas contidas no Quadro 1 (obter citações para as revisões), no Apêndice A encontra-se uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 1 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|------------------------|---|
| Benefícios | <p>Na análise do impacto de programas de educação para pais sobre desfechos relacionados à parentalidade e problemas de comportamento das crianças foi observado melhora no grupo que recebeu a intervenção (KAMINSKI et al., 2008). Quando foram avaliados programas para pais em países em desenvolvimento, foi observado que a maioria dos estudos mostrou resultados favoráveis dos programas parentais (MEJIA; CALAM; SANDERS, 2012).</p> <p>Na análise da eficácia e custo-efetividade dos programas para pais com base em grupos comportamentais e cognitivo-comportamentais para melhorar problemas de conduta infantil, saúde mental dos pais e as competências parentais, os resultados indicaram que a formação dos pais produziu uma redução em problemas de conduta da criança, houve melhorias na saúde mental dos pais e nas competências parentais positivas. O treinamento dos pais também produziu uma redução nas práticas parentais negativas ou duras (FURLONG et al., 2012).</p> <p>Quando avaliadas, as intervenções destinadas a facilitar a transição para a paternidade foi observado que houve efeitos pequenos, porém significativos sobre parentalidade, estresse parental, abuso de crianças, comportamento dos pais de promoção da saúde, nos domínios do desenvolvimento cognitivo, social e motor da criança, bem como na saúde mental infantil e dos pais, e ajuste do casal (PINQUART; TEUBERT, 2010).</p> <p>Na avaliação de intervenções educativas para melhoria do sono infantil, comportamento infantil, estado geral de saúde pós-parto, cuidado e segurança infantil, foi observado que as intervenções sobre o aprimoramento do sono resultaram em uma diferença média de 29 minutos de sono noturno a mais em 24 horas com seis semanas de idade, mas não teve qualquer efeito na diferença média em minutos de tempo de choro em 24 horas com seis semanas e 12 semanas de idade. No entanto, a educação relacionada com o comportamento infantil aumentou o conhecimento materno de comportamento do bebê com uma diferença média de 2,85 pontos (BRYANTON; BECK; MONTELPARE, 2013).</p> <p>Os programas para pais em países europeus, com o objetivo de reduzir desigualdades sociais em saúde e desenvolvimento das crianças, mostraram que a maioria das intervenções teve um impacto sobre domínios do DI, na relação pai-filho e na prevenção da saúde e acidentes das crianças (MORRISON et al., 2014). Programas para pais com base em grupos são eficazes na melhora emocional e ajustamento comportamental de crianças com menos de três anos de idade e tem papel na prevenção primária de problemas emocionais e comportamentais (BARLOW; PARSONS; STEWART-BROWN, 2005). As intervenções parentais de curto prazo (<20 semanas) voltadas especificamente para pais adolescentes apresentaram resultados favoráveis ao grupo de intervenção para a capacidade de resposta dos pais pós-intervenção; responsividade da criança em relação à mãe no <i>follow-up</i>; medida geral de interação pai-filho pós-intervenção e no <i>follow-up</i> (BARLOW et al., 2011).</p> <p>A avaliação de intervenções voltadas para pais que incluíram massagem, observação e modelagem do comportamento com o bebê, método canguru, participação com a criança em um programa pré-escolar, discussão em grupos e programas de formação dos pais demonstrou que se as intervenções envolvem a participação ativa com observação do próprio filho, podem ser eficazes no reforço das interações do pai com a criança e uma percepção positiva da criança (MAGILL-EVANS et al., 2006).</p> |

Continua

Continuação

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|---|--|
| Danos potenciais | Uma das revisões apresentou resultado de estudos qualitativos que relataram a percepção dos pais em relação aos programas de parentalidade, e muitos pais experimentaram sentimentos de impotência e sentiam que tinham conhecimento inadequado em relação às suas crianças e ao seu comportamento (KANE; WOOD; BARLOW, 2007). |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Uma revisão sistemática relatou que os programas para pais demonstraram evidência de custo-eficácia e quando comparado a um grupo controle de lista de espera, houve um custo de aproximadamente US\$2500 (GBP 1.712; EUR 2.217) por família. Estes custos de entrega do programa são modestos quando comparados com os de saúde ao longo prazo, custos sociais, educacionais e legais associados com problemas de má conduta na infância (FURLONG et al., 2012). |
| Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada | Dentre as nove revisões sistemáticas, algumas apresentaram incertezas: o tamanho do efeito para os resultados parentais pareceu maior do que o tamanho do efeito médio para os resultados da criança (KAMINSKI et al., 2008); estudos utilizados na revisão apresentavam baixa qualidade, o que pode apontar incertezas em relação aos efeitos dos programas (MEJIA; CALAM; SANDERS, 2012); necessidade de mais investigação sobre os efeitos das intervenções a longo prazo (FURLONG et al., 2012; MAGILL-EVANS et al., 2006); efeitos das intervenções podem variar segundo o início da intervenção, o modo de implementação, a qualificação do interveniente, tempo de intervenção e objetivos da intervenção (PINQUART; TEUBERT, 2010); em uma revisão foram identificados os efeitos da intervenção sobre o comportamento das crianças, mas não em relação aos pais (BARLOW et al., 2011). |
| Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar) | <p>Existe uma ampla gama de formatos de programas de educação de pais. Os programas podem ser dirigidos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> gestantes ou puérperas; pais de crianças menores de seis anos e maiores de seis anos (KAMINSKI et al., 2008); pais adolescentes (BARLOW et al., 2011). <p>Podem ser oferecidos em:</p> <ul style="list-style-type: none"> casa; nos serviços de saúde (KAMINSKI et al., 2008); para comportamentos mais complexos, visitas domiciliares parecem ser mais efetivas (PINQUART; TEUBERT, 2010). <p>Podem ser entregues por (KAMINSKI et al., 2008):</p> <ul style="list-style-type: none"> membros da comunidade sem especialização; por profissionais de saúde treinados; ou trabalhadores de saúde comunitários. <p>Sobre as intervenções ou programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> podem ser individuais ou em grupo (PINQUART; TEUBERT, 2010); aqueles que incluíram a formação dos pais na criação de interações positivas com seu filho e programas que exigiam que os pais praticassem novas habilidades com seu próprio filho durante as sessões tiveram efeitos significativamente maiores (KAMINSKI et al., 2008); programas que oferecem apoio intensivo, informações e visitas domiciliares utilizando uma abordagem psico-educativa e visando o desenvolvimento de habilidades nos pais e nas crianças mostraram resultados mais favoráveis (MORRISON et al., 2014); intervenções com melhores resultados e um maior nível de evidência combinaram oficinas e programas educacionais para pais e crianças, começaram no início da gravidez e incluíram visitas domiciliares por pessoal especializado (MORRISON et al., 2014); intervenções mais efetivas junto aos pais foram massagem infantil, canguru, observação guiada da própria criança com modelagem e participação em um programa comunitário para o pai e inclui ativa interação com a criança, juntamente com discussão/suporte em grupos. Exposições múltiplas também tiveram maior impacto (MAGILL-EVANS et al., 2006). <p>Duração:</p> <ul style="list-style-type: none"> maiores efeitos foram encontrados em intervenções com duração entre três e seis meses (PINQUART; TEUBERT, 2010). |

Continua

Conclusão

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|---|---|
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | Os programas desenvolvidos em grupos, que envolvem aquisição de conhecimentos e habilidades juntamente com sentimentos de aceitação e apoio de outros pais na parentalidade, permitiu aos pais recuperar o controle e se sentirem mais capazes de lidar com as situações. Isto levou a uma redução de sentimentos de culpa e isolamento social, aumento da empatia com seus filhos e confiança em lidar com seu comportamento (KANE; WOOD; BARLOW, 2007). |

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância

Ações voltadas à alimentação e nutrição podem apresentar benefícios para as crianças, elevando suas chances de pleno desenvolvimento, especialmente o cognitivo. Para a descrição dessa opção foram utilizadas quatro revisões sistemáticas e metanálises, sendo uma de alta qualidade e três de moderada qualidade.

Destacaram-se na busca de evidências duas estratégias nesse eixo de atuação:

- promoção do aleitamento materno; e
- ações integradas de nutrição/suplementação e estimulação e/ou educação alimentar e promoção do DI.

O público-alvo dessas estratégias são as crianças e as mães. Foram identificadas cinco RS Kuratko e colaboradores (2013); Gould; Smithers e Makrides (2013); Jiao e colaboradores (2014); Qawasmi e colaboradores (2012); Leung; Wiens; Kaplan (2011) sobre os benefícios da suplementação de fórmulas infantis com ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa (AGPCL), entretanto os resultados foram pouco conclusivos. Além disso, considerou-se que essa estratégia não se enquadra no escopo de programas de saúde pública voltados ao DI na primeira infância e, portanto, a estratégia não foi incluída na opção.

Apesar da comprovada importância da deficiência de ferro sobre o desenvolvimento cognitivo, as revisões sistemáticas encontradas avaliaram a eficácia do tratamento de crianças com anemia já instalada, o que fugia do escopo desta síntese, conforme descrito nos critérios de inclusão/exclusão dos estudos. As evidências científicas que abordam ações nutricionais que podem melhorar o DI estão sintetizadas no Quadro 2. Para aqueles que querem saber mais sobre as revisões sistemáticas contidas no Quadro 2 (obter citações para as revisões), no Apêndice B encontra-se uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 2 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|-------------------------------|--|
| Benefícios | Sobre a promoção do aleitamento materno como estratégia para melhorar o desenvolvimento cognitivo e a inteligência são apresentados os resultados de duas RS de qualidade moderada. Em uma delas foi verificada a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento cognitivo de crianças e foi observado que a amamentação está associada com aumento de 3,2 pontos nos escores de desenvolvimento quando comparada com a alimentação por fórmula. Esse aumento se estabelece nos primeiros meses de vida e se sustenta pela infância e adolescência (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999). |

Continua

Continuação

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|---|---|
| Benefícios | <p>Na outra revisão, foram apresentados os resultados de 18 estudos comparando os escores de inteligência de crianças amamentadas e não amamentadas. Os resultados demonstraram um aumento de 3,44 pontos nos escores de inteligência de crianças amamentadas. Quando outros testes foram realizados, controlando a variável QI (quociente de inteligência) materno, ainda foi demonstrado aumento de 2,62 pontos das crianças amamentadas. Os efeitos podem ser explicados pela presença de ácidos graxos essenciais, naturalmente presentes no leite materno, e também pela criação de laços entre mãe e criança durante o ato de amamentar no peito cria que podem contribuir para o desenvolvimento (HORTA; LORET; VICTORA, 2015).</p> <p>Com relação às intervenções integradas foram encontradas duas RS, de moderada e alta qualidade. Na avaliação da efetividade de estudos e programas que integraram estratégias de nutrição (inclusive promoção da saúde) e estimulação do desenvolvimento, foram avaliados oito programas de intervenções múltiplas (combinadas) e concluiu-se que a combinação de ações de nutrição e de desenvolvimento parece promover benefícios adicionais para as crianças e as intervenções de desenvolvimento normalmente beneficiam o desenvolvimento, enquanto que as de nutrição podem ter efeito no estado nutricional e no desenvolvimento (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014).</p> <p>Na RS de alta qualidade foi avaliada a efetividade da suplementação alimentar, sozinha ou combinada com outras intervenções, para melhorar a saúde física e psicossocial de crianças vulneráveis, entre três meses e cinco anos. Foi observado que a suplementação alimentar apresenta benefícios para o desenvolvimento, mas quando os estudos de intervenção única e combinada (suplementação e estímulo) foram comparados, não houve diferença entre eles em relação aos desfechos de desenvolvimento (KRISTJANSSON et al., 2015).</p> |
| Danos potenciais | Não foram relatados danos potenciais nos estudos. Os estudos de suplementação utilizavam doses abaixo das recomendações diárias de ingestão. |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Nenhum dos estudos apresentou dados sobre custos. |
| Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada | <p>Para a estratégia de promoção do aleitamento materno, no estudo de Horta, Loret e Victora (2015) a grande heterogeneidade dos estudos foi contornada por meio de modelos de efeitos aleatórios, e os efeitos sobre cognição foram demonstrados em um ensaio randomizado. Na RS de Anderson, Johnstone e Remley (1999), apesar de a maior limitação do estudo ser a falta de medida de outros cofatores que influenciam o desenvolvimento (podendo alterar entre 2,0 e 2,4 pontos os escores de desenvolvimento), os cofatores foram ajustados para a alimentação e os pesquisadores confirmaram melhor desenvolvimento nas crianças amamentadas em comparação com as alimentadas com fórmulas.</p> <p>Em relação às ações integradas de nutrição/suplementação e estimulação e/ ou educação alimentar e promoção do DI, a RS de Grantham-McGregor e colaboradores (2014) não pôde demonstrar sinergia entre as interações de nutrição e estimulação, ainda que sejam plausíveis, e mais informações são necessárias, uma vez que apenas poucos estudos objetivaram essa observação. Também não localizou nenhum programa em escala que avaliasse os benefícios da integração de ações de nutrição e estimulação, e nos que analisaram não foi possível verificar os efeitos individuais ou combinados das intervenções.</p> |
| Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar) | Em relação à promoção do aleitamento materno, os resultados obtidos na revisão de Horta, Loret e Victora (2015) sobre a melhora na performance de inteligência e desenvolvimento cognitivo eram de estudos em que a amamentação durava entre quatro meses e três anos. Os resultados da outra revisão apresentaram um padrão de aumento gradual dos benefícios no desenvolvimento cognitivo com o aumento da duração da amamentação (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999). |

Continua

Conclusão

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|--|--|
| <p>Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)</p> | <p>Em relação às ações integradas de nutrição/suplementação e estimulação e/ou educação alimentar e promoção do DI: Sugere-se que os programas possam ser dirigidos para: crianças pobres ou desnutridas, quando isso for possível, pois estas parecem se beneficiar mais da suplementação (tomando cuidado de avaliar a população uma vez que populações extremamente pobres podem não apresentar resultados sobre a suplementação) (KRISTJANSSON et al., 2015).</p> <p>Considerações sobre os serviços: a incorporação de um componente de desenvolvimento nos serviços onde já existe o componente nutricional não impacta negativamente o serviço existente (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014).</p> <p>Sobre as intervenções ou programas (KRISTJANSSON et al., 2015): as intervenções somente de suplementação apresentam baixo-desempenho, mas podem funcionar; a chave para o sucesso de tais intervenções é a implementação e o monitoramento; devem manter o foco na supervisão da distribuição e consumo do suplemento; suplementar a família com porções próprias pode ser benéfico para o sucesso do programa; deve-se considerar, nesse tipo de programa, a construção de capacidade familiar (empoderamento com educação).</p> <p>as estratégias de nutrição incluíam: a suplementação de macro ou micronutrientes; educação nutricional; promoção do aleitamento materno; ou resposta à suplementação alimentar.</p> <p>as estratégias de estimulação do desenvolvimento incluíram: estimulação em pré-escolas e creches; desenvolvimento de grupos de pais; aconselhamento individual dos pais ou visitas domiciliares.</p> <p>as intervenções de suplementação incluíram: refeições; lanches; refeições ou lanches combinadas com porções próprias para levar para casa; porção para levar para casa.</p> <p>outras intervenções incluíram: programas de transferências de renda; estimulação; programas de educação em saúde/nutrição para mães; e acesso a cuidados de saúde.</p> <p>Duração: há a sugestão de que a duração dos programas é um fator importante, que menos de sete meses dificilmente surtirá algum benefício, e que para os programas de nutrição com componente de desenvolvimento os benefícios são aumentados com a duração da intervenção de pelo menos três anos (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014).</p> |
| <p>Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)</p> | <p>Em relação às ações integradas de nutrição/suplementação e/ou educação alimentar e estimulação do DI, Grantham-McGregor e colaboradores (2014) apontaram para a importância do controle de qualidade dos programas, para possíveis mudanças de curso, pois em uma avaliação sobre grupos de pais os mesmos não viram benefício no desenvolvimento das crianças.</p> |

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias

Programas de pré-escola incluem centros de atenção, como escolas de educação infantil e creches. Atividades educativas podem incluir leitura em voz alta no ambiente escolar ou mediada pelos pais e em períodos de lazer. Para a descrição dessa opção foram utilizadas sete revisões sistemáticas, sendo uma de alta qualidade e seis de moderada qualidade. A estratégia dessa opção busca promover o acesso à creche, pré-escola ou proporcionar para as crianças atividades de leitura e/ou contação de história. As crianças são o público-alvo dessas estratégias, mas os efeitos são vivenciados também pelos outros membros da família. Nessa intervenção o papel da intersetorialidade se dá de forma muito clara e deve ser amplamente considerado para a integração da saúde, educação e desenvolvimento social. No Quadro 3 é fornecido um resumo dos resultados-chave desta evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que querem saber mais sobre as revisões sistemáticas contidas no Quadro 3 (obter citações para as revisões), no Apêndice C encontra-se uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 3 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|------------------------|--|
| Benefícios | <p>A análise dos efeitos da leitura em voz alta para crianças de três e oito anos em risco de dificuldades para leitura, onde as intervenções foram realizadas em escolas ou combinadas (escolas e intervenções parentais e nos domicílios), apresentaram desfechos positivos na linguagem, consciência fonológica, impressão de conceitos, compreensão e vocabulário das crianças (SWANSON et al., 2011).</p> <p>A avaliação da associação entre exposição a impressos em períodos de lazer e habilidades de leitura apresentou resultados moderados entre as habilidades de linguagem oral e exposição no conjunto das crianças de dois a seis anos de idade (MOL; BUS, 2011).</p> <p>A avaliação da eficácia das intervenções baseadas na leitura mediada por pais apresentou resultados que indicam que intervenções destinadas a aumentar a quantidade de tempo dedicado pelos pais lendo interativamente com seus filhos produziram resultados positivos (SLOAT et al., 2014).</p> <p>A análise dos efeitos de programas de pré-escola baseados em centros de atenção não encontrou efeitos nos desfechos de saúde, no entanto, houve alguma evidência de redução da obesidade, maior competência social, melhoria da saúde mental e prevenção de criminalidade (D'ONISE et al., 2010a).</p> <p>Os mesmos autores analisaram os efeitos das creches em desfechos de saúde na vida adulta e verificaram que houveram efeitos positivos das intervenções na maioria dos desfechos comportamentais, e uma sugestão de redução de sintomas de depressão (D'ONISE et al., 2010b). Quando foi avaliado o efeito de creches para menores de cinco anos em países de alta renda os resultados foram inconclusivos para os efeitos dos cuidados em creches para as crianças e suas famílias em países desenvolvidos (VAN URK et al., 2014).</p> <p>Diferentemente, quando analisados os efeitos de cuidados baseados em creches sem intervenções adicionais (psicológicas ou médicas, treinamento de pais, etc.) no desenvolvimento e bem estar de crianças e famílias em países de média e baixa renda, os resultados sugerem que a creche pode ter um efeito positivo sobre a capacidade cognitiva da criança em comparação com nenhum tratamento (cuidados em casa) (BROWN et al., 2014).</p> <p>Uma revisão sobre as evidências científicas do papel das creches nos desfechos educacional, de saúde e bem-estar, mostrou que creches promovem a inteligência da criança, o desenvolvimento e melhoram o desempenho escolar. O seguimento de longo prazo demonstrou nível de emprego aumentado, menos gestações de adolescentes, maior <i>status</i> socioeconômico e diminuição de comportamento criminoso. Além disso, também foram observados efeitos positivos na educação e emprego materno, e interação com a criança (ZORITCH; ROBERTS; OAKLEY, 1998).</p> |

Conclusão

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|---|--|
| Danos potenciais | Na revisão sistemática que analisou os efeitos de programas de pré-escola baseados em centros de atenção sobre desfechos de saúde, alguns estudos incluídos relataram efeitos adversos da intervenção, com melhores desfechos sendo identificados entre os indivíduos do grupo controle (D'ONISE et al., 2010a). Alguns estudos incluídos na revisão sistemática que analisou os efeitos de cuidados baseados em creches em países de média e baixa renda sugerem que as creches podem provocar uma ruptura na relação mãe-filho e provocar níveis mais elevados de externalização de comportamentos, incluindo agressão e não-conformidade (BROWN et al., 2014). |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Não foram identificadas revisões sistemáticas sobre custos e/ou custo-efetividade dessa opção. |
| Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada | <p>A RS de Swanson e colaboradores (2011) analisou intervenções combinadas, não podendo ser atribuído efeito exclusivamente às creches/escolas. Além disso, a metanálise indica que outros fatores desconhecidos para além da intervenção fornecida explicam quantidades significativas de variação nos resultados. O mesmo é citado na revisão de D'Onise e colaboradores (2010a), na qual os estudos revisados examinaram uma série de intervenções da pré-escola baseadas somente em centros, mas também intervenções incluindo programas para pais e/ou serviços de saúde. Os programas que combinaram as creches e programas para pais foram as que tiveram maior impacto. A baixa qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática também é um fator de incerteza nessa opção.</p> <p>Na RS de Brown e colaboradores (2014), apenas um estudo foi incluído e foi avaliado como tendo alto risco de viés devido à alocação não aleatória, seguimento incompleto e controle insuficiente dos fatores de confusão. Apesar dos resultados positivos de Zoritch, Roberts e Oakley (1998), os autores apontam que a maioria dos estudos analisados combinaram as intervenções (creches com algum elemento de formação dos pais ou educação, principalmente dirigidos a mães) e, portanto, eles não separaram os possíveis efeitos destas duas intervenções e os ensaios tinham deficiências metodológicas significativas.</p> |
| Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar) | <p>Existem diversas estratégias para fortalecer o acesso das crianças às creches ou pré-escolas e fomentar as atividades de leitura/contação de histórias. Essas estratégias podem ser representadas por atividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> leitura em voz alta para crianças de três e oito anos em risco de dificuldades para leitura (SWANSON et al., 2011); exposição a impressos em períodos de lazer e habilidades de leitura (MOL; BUS, 2011); leitura mediada por pais (SLOAT et al., 2014); acesso a programas de pré-escola baseados em centros de atenção (D'ONISE et al., 2010a); e acesso às creches (ZORITCH; ROBERTS; OAKLEY, 1998; D'ONISE et al., 2010b; BROWN et al., 2014). <p>As atividades podem ser desenvolvidas (SWANSON et al., 2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> em escolas; em creches; combinadas (escolas e intervenções parentais e nos domicílios). <p>Podem ser desenvolvidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> pelos funcionários dos serviços; ou pais lendo para os filhos (SLOAT et al., 2014). |
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | Uma pesquisa realizada em 1990 para o Departamento de Saúde Britânico apontou que mais de 40% das mães de crianças entre três e quatro anos de idade que não frequentavam creche gostaria que elas frequentassem (ZORITCH; ROBERTS; OAKLEY, 1998). Esse fato pode estar relacionado à possibilidade de inserção da mulher no mercado de trabalho e aumento do rendimento das famílias (D'ONISE et al., 2010a). |

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento infantil

A visita domiciliar é um termo genérico que implica uma estratégia para a entrega de um serviço, em vez de um tipo de intervenção, por si só. Programas de visitas domiciliares diferem em várias dimensões, incluindo os tipos de famílias atendidas, comportamentos ou resultados direcionados, o tipo de pessoal que presta serviços, as idades das crianças-alvo, duração e intensidade de serviços e métodos de recrutamento. Para a descrição dessa opção foram utilizadas cinco revisões sistemáticas, sendo duas de alta qualidade e três de moderada qualidade. A estratégia dessa opção visa apresentar a visita domiciliar como forma de entrega de programas para o DI. O público-alvo dessas estratégias são as crianças e os pais. Além do público-alvo, é preciso considerar os profissionais que participarão das estratégias, o que pode ser um facilitador ou barreira no momento de sua implementação. E deve-se destacar o caráter intersetorial dessa opção, com possibilidade de promover a integração entre saúde, educação e desenvolvimento social. No Quadro 4 é fornecido um resumo dos resultados-chave desta evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que querem saber mais sobre as revisões sistemáticas contidas no Quadro 4 (obter citações para as revisões), no Apêndice D encontra-se uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 4 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|------------------------|--|
| Benefícios | <p>Na avaliação da eficácia de intervenções baseadas somente em visitas domiciliares (não combinadas a outras intervenções), realizadas nos EUA e voltadas a crianças normais, os resultados indicaram que os programas de visitas domiciliares ajudam as famílias. As crianças se beneficiam a partir de visitas domiciliares até o final do tratamento. Desfechos cognitivos e os resultados socioemocionais foram maiores para crianças visitadas do que para as crianças do grupo controle. A possibilidade de abuso também foi menor para as crianças visitadas (SWEET; APPELBAUM, 2004). Nas visitas domiciliares realizadas por enfermeiras nos EUA e Canadá, a avaliação da efetividade apresentou resultados favoráveis em relação ao bem-estar materno, parentalidade e interação mãe-bebê (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000).</p> <p>Quando as visitas foram realizadas por paraprofissionais (indivíduos que realizam um programa de visitas domiciliares cujas credenciais não incluem formação clínica), a avaliação da efetividade sobre os resultados do desenvolvimento e de saúde das crianças de famílias desfavorecidas demonstrou melhorias significativas para o desenvolvimento e a saúde das crianças, em determinados grupos. As melhorias observadas incluem: a) prevenção de abuso infantil em alguns casos, especialmente quando a intervenção é iniciada no pré-natal; b) benefícios para o desenvolvimento em relação à cognição e problemas comportamentais e menos consistente para competências linguísticas; e c) redução da incidência de baixo peso ao nascer e problemas de saúde em crianças mais velhas, e aumento da incidência de ganho de peso adequado na primeira infância (PEACOCK et al., 2013).</p> <p>O projeto norte-americano HomVEE (Home Visiting Evidence of Effectiveness), desenhado para identificar as pesquisas relevantes sobre os modelos de programas de visita domiciliar e avaliar seu impacto, analisou doze programas de visitas domiciliares que apoiam o programa federal Program Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting (MIECHV). Destes, cinco apresentaram resultados favoráveis em desfechos de saúde; dois em desfechos ao nascimento; nove em desfechos relacionados ao DI e cinco em relação à redução de maus tratos (AVELLAR; SUPPLEE, 2013).</p> |

Continua

Continuação

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|---|--|
| Benefícios | A análise da efetividade de intervenções orientadas para as famílias vulneráveis (socialmente desfavorecidas, com crianças de baixo peso ao nascer/prematuras, sensibilidade e apego e outros problemas como o abuso de crianças e depressão pós-natal) concluiu que as visitas domiciliares podem afetar positivamente vários resultados, como comportamento de saúde, segurança da criança e estimulação. Abusos e negligências são difíceis de influenciar, mas as visitas domiciliares podem resultar em outros ganhos, como menos acidentes, ferimentos graves e maior segurança em casa (LAGERBERG et al., 2000). |
| Danos potenciais | Não foram relatados riscos ou danos potenciais relacionados com a opção. |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Numa das revisões sistemáticas foram comparados os custos dessas intervenções com cuidados habituais e houve economia (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000). Olds e colaboradores (1993) projetaram economia nos gastos do governo com famílias do grupo de intervenção da ordem de US\$1.772 por família. |
| Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada | <p>A maioria dos estudos incluídos nas RS foi realizada em países desenvolvidos, somente quatro eram provenientes de países de baixa e média renda (LMIC - Low and Midle Income Contry). Os programas de visita domiciliar como um todo fornecem benefícios para crianças e seus pais, porém não se conhece bem a magnitude desse efeito (SWEET; APPELBAUM, 2004).</p> <p>Kearney, York e Deatrlick (2000) relataram que, embora as intervenções tenham sido efetivas em outros desfechos, somente um terço delas teve efeito no DI. Os programas menos efetivos foram aqueles desenhados para alterar comportamentos em famílias com problemas pré-existentes, como uso de drogas, álcool, tabagismo e abuso. Da mesma forma, Turnbull e Osborn (2012) relatam que não há evidência suficiente para recomendar o uso rotineiro de visitas domiciliares para mulheres grávidas ou no pós-parto com um problema de droga ou álcool.</p> |
| Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar) | <p>Existe uma ampla gama de formatos de programas que podem ser entregues nas visitas domiciliares, portanto, os serviços prestados de casa em casa variam de programa para programa.</p> <p>Os programas podem ter abordagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> universal atingindo todos os novos pais (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000); focal, para mães adolescentes solteiras, famílias de etnias específicas, com diferentes parâmetros socioeconômicos ou com fatores de risco sociais (SWEET; APPELBAUM, 2004); famílias de alto risco para problemas de saúde, desenvolvimento e resultados econômicos (AVELLAR; SUPPLEE, 2013); famílias em risco, por exemplo, baixa renda, mães adolescentes ou pais de primeira viagem (LAGERBERG et al., 2000). <p>Podem ser entregues por:</p> <ul style="list-style-type: none"> enfermeiros (SWEET; APPELBAUM, 2004; KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000), inclusive com nível de pós-graduação (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000); outros profissionais treinados (AVELLAR; SUPLEE, 2013); paraprofissionais, que são indivíduos que realizam um programa de visitas domiciliares cujas credenciais não incluem formação clínica e que não estão licenciados (PEACOCK et al., 2013) e que muitas vezes são da mesma comunidade que estão sendo visitadas (SWEET; APPELBAUM, 2004). mães da comunidade (SWEET; APPELBAUM, 2004). <p>As intervenções podem ter como foco:</p> <ul style="list-style-type: none"> comportamentos ou resultados direcionados (por exemplo, prevenir abuso de crianças, preparação para a escola) (SWEET; APPELBAUM, 2004); educação dos pais (SWEET; APPELBAUM, 2004); desenvolvimento da criança (SWEET; APPELBAUM, 2004); estimulação cognitiva (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000); prestação direta de cuidados de saúde (SWEET; APPELBAUM, 2004); apoio social (SWEET; APPELBAUM, 2004); eleva a autoestima dos pais, prover senso de competência, empoderamento ou liderança (SWEET; APPELBAUM, 2004); capacitação para o trabalho, educação ou formação em letramento (SWEET; APPELBAUM, 2004); construção de relacionamentos e reforço da interação materno-infantil, em vez de ensinar os pais de um modo diretivo (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000); |

Conclusão

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|---|---|
| Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar) | <p>apoiar o desenvolvimento das crianças envolvendo os pais nas atividades projetadas para melhorar o funcionamento da criança, educar os pais sobre o desenvolvimento da criança e estratégias para melhorar a prontidão para a escola (tais como atividades de alfabetização), e promover interações positivas entre pais e filhos (AVELLAR; SUPPLEE, 2013).</p> <p>Início da intervenção: durante a gravidez para melhorar os resultados de nascimento, vinculando às mães para os cuidados de saúde pré-natal e fornecendo-lhes informações sobre o desenvolvimento fetal (AVELLAR; SUPPLEE, 2013); depois do nascimento da criança, concentrados no acesso das crianças à puericultura e vacinação e os cuidados adequados para doenças e lesões. Alguns programas também podem fornecer informações aos pais sobre as formas de apoiar a saúde física, como por meio de refeições nutritivas e atividade física (AVELLAR; SUPPLEE, 2013).</p> <p>Duração: a duração da visita domiciliar variou entre três meses até três anos e as intervenções com o mais longo follow-up indicam a mais ampla gama de efeitos positivos (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000); observou-se que uma visita por semana era mais benéfico do que duas visitas por mês, que por sua vez eram mais benéficas do que uma visita por mês, ou nenhuma (LAGERBERG, 2000).</p> |
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | Não foram identificados estudos a respeito da percepção das famílias sobre as visitas domiciliares, mas a baixa taxa de permanência da população-alvo em alguns programas pode refletir a não aceitação dos mesmos (KEARNEY; YORK; DEATRICK, 2000). |

Fonte: Elaboração própria.

Opção 5 – Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica

Muitas ações voltadas ao DI podem ser desenvolvidas por equipes de Atenção Básica, incluindo atividades de avaliação do DI, orientação antecipada a pais, intervenções focadas em problemas do desenvolvimento e linguagem e coordenação do cuidado. Para a descrição dessa opção foram utilizadas duas revisões sistemáticas de moderada qualidade. A estratégia dessa opção visa à promoção e o desenvolvimento de atividades voltadas ao DI na Atenção Básica. O público-alvo dessas estratégias são as crianças e os pais, no entanto, é importante considerar que a implementação depende também dos agentes dessas atividades, que são os profissionais da Atenção Básica. No Quadro 5 se apresenta um resumo dos principais resultados desta evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que queiram saber mais sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 5 (ou para obter citações para as revisões), no Apêndice E se encontra uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 5 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|-------------------------------|---|
| Benefícios | <p>O exame da base de evidências sobre a promoção do DI de crianças saudáveis de zero a três anos em serviços de Atenção Primária apontou que atividades de Atenção Primária voltadas ao DI mostraram eficácia e efetividade.</p> <p>Algumas estratégias foram avaliadas na revisão de Regalado e Halfon (2001): a avaliação das preocupações dos pais sobre o desenvolvimento de seus filhos mostrou que essas informações consistem em indicadores confiáveis e acurados para detectar reais problemas de desenvolvimento. Para a identificação de distúrbios significativos do DI, um estudo mostrou sensibilidade de 70% e especificidade de 73%;</p> |

Continua

Conclusão

| Categorias dos achados | Síntese dos achados mais relevantes |
|---|---|
| Benefícios | <p>a utilização de questionários aumentou a chance de identificação de fatores de risco psicossociais, tais como: uso de álcool e drogas pelos pais, depressão materna (8,9 vezes), falta de suporte social, violência doméstica (2,7 vezes) e história dos pais de abuso na infância, quando comparados ao julgamento clínico; orientações dadas pelo pediatra para contato positivo entre mãe e criança tiveram impacto sobre os conhecimentos das mães e sensação de estar sendo apoiada; atividades de educação dos pais para aumentar a interação pais-criança mostraram-se efetiva em três estudos; dois estudos demonstraram efetividade da orientação antecipada sobre o temperamento da criança; sessões de aconselhamento preventivo e orientações por escrito revelaram-se efetivas para melhorar o padrão de sono; a distribuição de livros aumentou as atividades compartilhadas com a criança e melhorou o desenvolvimento da linguagem.</p> <p>Outra revisão sistemática também aponta para melhor desenvolvimento da criança, especialmente na área da linguagem, para crianças com ou sem fatores de risco para o DI, com intervenções na Atenção Primária (CESARO et al., 2013).</p> |
| Danos potenciais | Não foram relatados riscos ou danos potenciais relacionados com a opção. |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Somente uma das revisões sistemáticas incluiu um estudo que avaliou custos e benefícios de quatro diferentes estratégias de identificação de problemas de desenvolvimento. Nenhuma abordagem mostrou-se mais cara em relação a custos e benefícios de longo prazo (REGALADO; HALFON, 2001). |
| Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada | <p>Não há evidências suficientes sobre a utilização de <i>screenings</i> de problemas de desenvolvimento na Atenção Primária. A análise de quatro estudos sugere que os esforços para a identificação precoce de problemas de DI não são efetivos; somente 28,7% das crianças são diagnosticadas antes dos cinco anos, antes da entrada na escola, e somente os casos mais severos são diagnosticados precocemente (REGALADO; HALFON, 2001).</p> <p>As orientações dadas pelo pediatra tiveram impacto sobre os conhecimentos das mães e sensação de estar sendo apoiada, mas não tiveram impacto no DI. Revisões “vazias” foram identificadas para dois componentes da opção: comportamento de crianças de zero a três anos e coordenação do cuidado. Este último aspecto consiste em uma lacuna relevante, pois faz-se necessário avaliar a efetividade e custos relacionados à formação de redes para onde as famílias possam ser encaminhadas quando problemas, como a depressão pós-parto, são diagnosticados. É imprescindível também realizar estudos de efetividade, pois a maioria das evidências é proveniente de estudos de eficácia, em situações controladas (REGALADO; HALFON, 2001).</p> |
| Principais elementos da opção (se já foi implementada/ testada em outro lugar) | <p>Dentre as atividades propostas voltadas ao DI na Atenção Básica destacam-se: a avaliação do DI; atividades educativas e preventivas junto aos pais; e intervenções focadas em problemas do desenvolvimento.</p> <p>A utilização de <i>checklists</i> aumenta a discussão sobre as preocupações dos pais sobre o DI na prática clínica (53% x 30%) e seu uso é altamente recomendado. A educação dos pais pode se dar em discussões em visitas domiciliares, programas de treinamento sobre competências do recém-nascido e vídeo de 15 minutos (REGALADO; HALFON, 2001).</p> |
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | As orientações dadas pelo pediatra tiveram impacto sobre a sensação das mães de estarem sendo apoiadas (REGALADO; HALFON, 2001). |

Fonte: Elaboração própria.

Considerações sobre as opções relacionadas com a equidade

As iniquidades no DI se iniciam no pré-natal e nos primeiros anos de vida. Reduzir iniquidades requer intervenções precoces, integradas e intersectoriais que abranjam o maior número possível de riscos que uma criança possa estar exposta (WALKER et al., 2011). Por isso, a implementação das opções de políticas deve levar em consideração que o DI pode ser afetado de forma desproporcional em determinados grupos da sociedade e que os benefícios, danos e custos das opções pode variar entre os grupos. Dessa forma, é importante sobretudo mapear e estratificar as famílias a partir de critérios de risco e vulnerabilidades para que os mais necessitados sejam incluídos. Uma forma de identificar que grupos merecem especial atenção, a fim de que as opções não aumentem as desigualdades populacionais, é o uso do acrônimo PROGRESS (<<http://www.nccmt.ca/resources/search/234>>), formado pelas primeiras letras (em inglês), que podem ser utilizadas para descrever grupos: P (*place of residence*), R (*race/ethnicity/culture/language*); O (*occupation*); G (*gender*); R (*religion*); E (*education*); S (*socioeconomic status*) e S (*social capital*). A partir desta classificação é possível priorizar diferentes opções de políticas na dependência do público-alvo. As opções podem adotar uma abordagem universal ou focal, voltada, por exemplo, a famílias com maior risco de vulnerabilidade. A seguir são apontados aspectos sobre equidade relacionados às opções apresentadas.

Opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade)

Essa opção visa ao envolvimento de pais em programas educativos e pode ser voltado à população de forma universal ou ter como público-alvo pais e famílias com características ou necessidades específicas. Quando a opção for por programas focais, deveriam ser priorizadas as famílias com maior vulnerabilidade. De qualquer forma, quando a intervenção é oferecida em serviços, estratégias devem ser pensadas para garantir o acesso das famílias aos locais onde é realizada.



Opção 2 – Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância

Enquanto recomenda-se que a oferta de programas de promoção da amamentação ocorra de forma universal, (WALKER et al., 2011), as intervenções que combinam ações de nutrição e estimulação ao DI devem priorizar crianças pobres ou desnutridas. Evidências apontam que tais crianças apresentam melhor resposta a esses programas, além disso, é importante considerar que tais programas oferecidos de forma universal, ao beneficiar também crianças sem carências nutricionais, podem ampliar as desigualdades entre os mais pobres e os mais ricos (KRISTJANSSON et al., 2015).

Opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias

O acesso não-universal à Educação Infantil dos zero aos três anos (creches públicas) pode gerar, ao menos, duas situações relacionadas a equidade:

- utilização desses serviços por famílias de maior poder aquisitivo, ampliando também as desigualdades entre os mais pobres e os mais ricos;
- menor exposição da criança a atividades educativas. Evidências apontam que crianças mais proficientes em compreensão, leitura técnica e escrita são as que leem mais e estão expostas a atividades educativas, sendo que essas habilidades melhoram ainda mais a cada ano de educação (MOL; BUS, 2011).

Opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento Infantil

Os programas de visitas domiciliares têm potencial para alcançar grande parcela da população-alvo dos programas. Porém, duas situações merecem destaque no nosso contexto:

- locais onde é baixa a cobertura da Estratégia Saúde da Família e onde a realização de visitas pode ser dificultada pela ausência dos agentes comunitários de saúde;
- famílias moradoras de rua, que apesar da alta vulnerabilidade social podem não ser atingidas por programas de visitas domiciliares.

Opção 5 – Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica

Ao pensar intervenções que envolvam a Atenção Básica, dois grupos merecem destaque:

- famílias residentes em áreas remotas com pouco acesso às Unidades Básicas de Saúde;
- famílias com pior situação socioeconômica. Evidências mostram que as intervenções voltadas à linguagem favoreceram mais filhos de mães com maior escolaridade, portanto especial atenção nesse caso deve ser dada às mães de baixa escolaridade, evitando ampliar as desigualdades entre os grupos (CESARO et al., 2013).

Os estudos que avaliaram as intervenções no âmbito da Atenção Básica em geral foram estudos sobre eficácia, cujas intervenções atingiram pequenos grupos sob condições ideais de implantação. Um desafio consiste em ampliar a escala de tais intervenções para que possam atingir um número maior de crianças, especialmente aquelas em que há risco maior de problemas de desenvolvimento (REGALADO; HALFON, 2001).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

Considerando a implementação das opções políticas como estratégia para redução das iniquidades no desenvolvimento da primeira infância, as opções apresentadas não precisam necessariamente ser implementadas de forma conjunta e/ou completa, ou seja, em sua íntegra. Entretanto, vale considerar que as evidências apontam que intervenções integradas e intersetoriais no início da vida têm maior potencial na redução das iniquidades (ENGLE et al., 2011). Dessa forma, a escolha e a aplicação prática das opções para promoção do DI deve levar em consideração o estabelecimento de, ao menos, quatro mecanismos:

1. Coordenação intersetorial, a partir do mapeamento das políticas públicas preexistentes, bem como da rede intersetorial de serviços (saúde, educação e desenvolvimento social) que tenham como público-alvo crianças na primeira infância, maximizando o potencial da rede de serviços existentes e promovendo a integração intersetorial (ENGLE et al., 2011);
2. Governança e governabilidade, a partir da criação de espaços onde possam ser discutidas a viabilidade local, favoreçam a formação de lideranças e estabeleçam-se mecanismos de continuidade dos programas e intervenções para promoção do DI (AULICINO; LANGOU, 2015).
3. Treinamento sistemático dos trabalhadores que atuam na primeira infância, utilizando-se das diferentes metodologias de Educação Permanente, a partir de um *currículo* estruturado e baseado em evidências, com oportunidade de monitoramento, avaliação e supervisão. A capacitação profissional trata-se de um dos elementos-chave para potencializar a qualidade e a efetividade dos programas de desenvolvimento da primeira infância (ENGLE et al., 2011);
4. Monitoramento e avaliação das opções políticas adotadas, acessando a efetividade e qualidade das intervenções bem como a adequação da forma de entrega dos serviços, frequência e duração/intensidade (ENGLE et al., 2011).

Com base no estabelecimento de tais mecanismos, a implementação das opções deve considerar as barreiras, especialmente aquelas localizadas no campo da organização do sistema e dos serviços, bem como as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde. Nos Quadros 6, 7, 8, 9 e 10 estão descritas barreiras potenciais para a implementação de cada uma das cinco opções, separadas em quatro níveis: pacientes/indivíduos/tomadores de decisão, trabalhadores de saúde, organização dos serviços e sistemas de saúde.

Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da opção 1

| Níveis | Opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade) |
|--|--|
| Pacientes/ indivíduos tomadores de decisão | Muitos pais experimentaram sentimentos de impotência e sentem que eles tinham conhecimento inadequado em relação às suas crianças e ao seu comportamento, gerando sentimentos de culpa. A realização das atividades em grupos, com apoio de outros pais é apontada como uma alternativa para vencer essa barreira (KANE; WOOD; BARLOW, 2007). |
| Trabalhadores de saúde | Os efeitos dessas intervenções podem variar segundo a qualificação dos prestadores de serviços (PINQUART; TEUBERT, 2010). Portanto, especial atenção deve ser dada aos aspectos relacionados à formação e treinamento dos profissionais envolvidos nessa ação. |
| Organização de serviços de saúde | É necessário utilizar intervenções cuidadosamente desenhadas, que podem ser implementadas a um custo muito baixo e podem ser oferecidas no âmbito da saúde pública, educação e desenvolvimento social. Uma alternativa apresentada é o Programa Triplo P (SANDERS, 2008), como um modelo que pode ser implementado em vários níveis e com formatos diferentes, que tem o potencial de ser adaptado para as necessidades e recursos de diferentes países. |

Conclusão

| Níveis | Opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade) |
|-------------------|---|
| Sistemas de saúde | <p>Enquanto há esforços claros para a prevenção de problemas de saúde em crianças de países em desenvolvimento, menos tem sido feito para prevenir ou controlar problemas emocionais e de comportamento. Isto pode ser compreendido tendo em conta os elevados níveis de mortalidade infantil que existem nesses países. Entretanto, é importante ter uma abordagem holística e levar em consideração que os aspectos físicos, psicológicos e sociais estão interligados e afetam uns aos outros. Nesse sentido, reforça-se a importância de uma coordenação e integração intersetorial.</p> <p>As evidências apontam que famílias mais felizes e menos estressadas serão famílias mais propensas a serem resilientes e lidar com o estresse físico associado à pobreza. Por isso, além dos esforços no sentido de erradicar a pobreza e suas doenças associadas, há uma necessidade de integrar esses esforços com intervenções psicológicas para promover o bem-estar emocional e comportamental de crianças e seus cuidadores (MEJIA; CALAM; SANDERS, 2012).</p> |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da opção 2

| Níveis | Opção 2 – Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância |
|--|--|
| Pacientes/ indivíduos tomadores de decisão | Existe uma preocupação com o número de mensagens que a mãe pode absorver de uma só vez, quando se trata de intervenções integradas (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014). Nesse sentido, a mudança de comportamento dos pais em países em desenvolvimento é um desafio que surge principalmente do número de comportamentos inter-relacionados que requerem mudanças e da capacidade das famílias em mudar (ABOUD; YOUSAFZAI, 2015). Essas mudanças podem ser favorecidas quando existe uma atuação intersetorial entre saúde, educação e desenvolvimento social. |
| Trabalhadores de saúde | A incorporação de um componente de desenvolvimento nos serviços onde já existe o componente nutricional parece não impactar negativamente o serviço (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014). Entretanto, para implementação de um programa integrado de nutrição e promoção do DI, é importante considerar que a implantação de programas de estimulação requer um currículo específico, um formato de entrega e pessoal treinado, sendo que os paraprofissionais requerem supervisão (ABOUD; YOUSAFZAI, 2015). |
| Organização de serviços de saúde | Contatos com serviços de nutrição são geralmente limitados e podem demorar a oferecer atendimento às crianças. Quando se propõe programas integrados há um risco de sobrecarregar os serviços e com isso reduzir sua efetividade. No entanto, se já existem equipes que cuidam da saúde e nutrição das crianças, seria mais viável integrar os programas do que criar um serviço específico (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014). Intervenções alimentares para crianças pequenas são complexas, difíceis e custosas de se implementar, nesse sentido antes de considerar a escolha dessas intervenções, vale a pena estudar o contexto da família e das crianças (KRISTJANSSON et al., 2015). |
| Sistemas de saúde | As intervenções podem ser realizadas por meio de visitas domiciliares, sessões em grupos e consultas clínicas, devendo o sistema estar preparado para definir sua melhor estratégia (ABOUD; YOUSAFZAI, 2015). A ativação de suporte social em nível familiar, em conjunto com informações e instruções dirigidas à comunidade (que pode ter grande peso nas decisões de mudanças de comportamentos da família) pode aumentar e sustentar a mudança de práticas (ABOUD; YOUSAFZAI, 2015). Nesse sentido, intervenções intersetoriais podem favorecer as mudanças de comportamento. |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da opção 3

| Níveis | Opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias |
|--|---|
| Pacientes/ indivíduos tomadores de decisão | Não foram identificadas barreiras em relação à adesão das mães/famílias às creches. As mães parecem desejar que as crianças frequentassem creches, pois isso possibilita sua inserção no mercado de trabalho e consequentemente o aumento nos rendimentos da família (ZORITCH; ROBERTS; OAKLEY, 1998). |
| Trabalhadores de saúde | As evidências sobre creches identificadas nesse estudo relatam que há poucos estudos primários que avaliam os efeitos das creches independentes de outras intervenções (programas para pais e programas de saúde). Assim, pouca discussão é feita acerca das barreiras para implementação dessa opção isoladamente. Porém, supõe-se que a falta de qualificação dos profissionais que atuam nas creches poderia ser um fator limitante da intervenção. A questão da qualificação dos educadores e profissionais que atuam em creches é apontada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) como um dos principais aspectos para aumentar a qualidade do cuidado na Educação Infantil (LÓPEZ-BOO, ARAUJO, TOMÉ, 2016). |

Conclusão

| Níveis | Opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias |
|----------------------------------|--|
| Organização de serviços de saúde | <p>Apesar de apenas alguns estudos mencionarem a existência de um currículo na pré-escola, Zoritch, Roberts e Oakley (1998), em publicação recente do BID, apontam que elementos como a implementação do currículo na Educação Infantil são fundamentais para a qualidade do processo do cuidado infantil e devem ser considerados na organização dos serviços (LÓPEZ-BOO, ARAUJO, TOMÉ, 2016). Dessa forma, supõe-se que este fato pode ter implicações tanto na qualidade como nos resultados da intervenção.</p> <p>Uma série de fatores é apontada como forma de garantir a qualidade da Educação Infantil, entre eles estão espaço físico e mobiliário adequado, rotinas de cuidado e atividades estruturadas, o direito de brincar, a atenção individual, ambiente seguro e estimulante, contato com a natureza, entre outros, aspectos esses em diálogo com a qualificação das práticas pedagógicas (CAMPOS; ROSEMBERG, 2009). A ausência de brinquedos é um dos aspectos destacados por KOBAYASHI; SOMMERHALDER; ALVES, 2015.</p> <p>Outro desafio na implementação desta opção relaciona-se ao número de crianças por turma, bem como a proporção de crianças por educador. No Brasil, o Ministério da Educação e Cultura, recomenda a proporção de seis a oito crianças por professor (no caso de crianças de zero a um ano) e de 15 crianças por professor (no caso de crianças de dois a três anos), número considerado alto quando se pensa na importância da qualidade das interações (BRASIL, 2006). As interações (frequência, tipo e qualidade) entre as crianças e seus cuidadores, entre as crianças e seus pares e entre os cuidadores e pais é uma das medidas de qualidade da oferta do serviço (LÓPEZ-BOO, ARAUJO, TOMÉ, 2016).</p> |
| Sistemas de saúde | <p>Uma barreira relacionada à opção é a não garantia do acesso universal a creches públicas. Isso ocorre em países em desenvolvimento e também em alguns países desenvolvidos como a Inglaterra, onde a questão das creches é vista como responsabilidade das famílias e não do governo (ZORITCH; ROBERTS; OAKLEY, 1998). No Brasil, a cobertura atual (2014) de crianças de zero a três anos na Educação Infantil é de 29,6%. O Plano Nacional de Educação prevê a ampliação da oferta de Educação Infantil em Creches de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até três anos até o ano de para 2024. Iniciativas vêm sendo adotadas para ampliar o acesso às creches, a exemplo do Programa Interministerial Brasil Carinhoso (BRASIL, 2015). No contexto brasileiro, a opção para abordar essa questão é incluir as crianças na educação formal, diferentemente de alguns outros países da América Latina (AULICINO; LANGOU, 2015).</p> |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 9 – Considerações sobre a implementação da opção 4

| Níveis | Opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento de crianças na primeira infância |
|--|---|
| Pacientes/ indivíduos tomadores de decisão | <p>Talvez o obstáculo mais significativo para a expansão de programas de visitas domiciliares nos EUA tenha sido a sua aceitabilidade social incerta. Ao contrário da Grã-Bretanha, onde as visitas domiciliares são comuns, nos referidos programas norte-americanos são considerados como evidência de inadequação parental. Assim, as famílias-alvo podem não aceitar a inscrição em um programa ou quando eles concordam, mais tarde podem optar por não aceitar o programa. Algumas possíveis explicações para isso incluem o fato de que os visitantes podem ser vistos como intrusos ou porque as famílias podem achar que é difícil abrir suas casas para visitantes domiciliares.</p> <p>O envolvimento de paraprofissionais (membros da própria comunidade, no caso do Brasil, agentes comunitários de saúde) e a aproximação das mulheres desde o pré-natal podem ajudar a melhorar a adesão e aceitação das famílias.</p> |
| Trabalhadores de saúde | <p>O objetivo e o público-alvo das visitas domiciliares (famílias mais vulneráveis <i>versus</i> abordagem universal) podem ajudar na definição de qual profissional irá conduzir as visitas (agentes comunitários de saúde, agente de DI, enfermeiros, assistentes sociais, equipes de apoio, etc.). Alguns autores defendem que os enfermeiros teriam melhor preparo para a implementação dessa opção do que paraprofissionais, porém há evidências de que os programas realizados por paraprofissionais também são efetivos para alguns grupos-alvo. A sensibilização quanto à importância da primeira infância e à formação adequada desse contingente de paraprofissionais, bem como o apoio para o desenvolvimento do seu trabalho como, por exemplo, a supervisão por profissional de nível técnico, guia de tópicos para abordar nas visitas pode ser uma alternativa viável para o sucesso dessa opção (PEACOCK et al., 2013).</p> |

Continua

Conclusão

| Níveis | Opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento de crianças na primeira infância |
|----------------------------------|--|
| Organização de serviços de saúde | Alcançar consistência na implementação do programa pode também ser difícil; famílias podem não receber o número previsto de visitas e os visitantes podem não entregar o conteúdo de acordo com o modelo do programa. Definir a intensidade das intervenções e focalizar os programas na melhoria de resultados específicos podem ser estratégias para superar esse obstáculo (PEACOCK et al., 2013). |
| Sistemas de saúde | Dentre as barreiras apontadas em relação ao sistema, os custos de um programa implementado por enfermeiras podem ser uma barreira para o sistema de saúde. Nesse sentido, há evidências de que uma estratégia seria o envolvimento de paraprofissionais treinados no desenvolvimento de tais programas (PEACOCK et al., 2013). Uma potência no Brasil é que a cobertura populacional de visitas por agentes comunitários de saúde é estimada em aproximadamente 66% e a cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família é de 64,7% (dados de julho/2016/DAB). O desafio, então, passa a ser a porção da população descoberta por esses visitantes, bem como programas que tenham uma população-alvo específica. Nesse sentido, a elaboração de estratégias de intervenção intersectoriais são fundamentais para a sustentabilidade da opção. |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 10 – Considerações sobre a implementação da opção 5

| Níveis | Opção 5 - Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica |
|--|--|
| Pacientes/ indivíduos tomadores de decisão | O uso de instrumentos de <i>screening</i> para avaliação do DI aplicado aos pais tem se mostrado uma boa alternativa para promoção do DI na Atenção Básica. Entretanto, ainda existe uma lacuna na validação deste tipo de instrumento para a população infantil brasileira. Outro potencial desafio inerente à aplicação dos instrumentos de <i>screening</i> e questionários estruturados é que os pais podem se sentir desconfortáveis e isso pode interferir na relação com a equipe de saúde (REGALADO; HALFON, 2001). A capacitação dos profissionais de saúde para realizar o acolhimento dos pais e o aconselhamento pode minimizar os efeitos negativos dessa intervenção e potencializar a utilização desses instrumentos como estratégia para promoção do DI. |
| Trabalhadores de saúde | Um desafio à implementação desta opção consiste em diminuir a lacuna entre os conhecimentos e habilidades necessárias ao provimento dessas atividades e o limitado treinamento que os pediatras recebem. As habilidades necessárias à identificação das necessidades das crianças/famílias ou as intervenções mais apropriadas não tem sido o foco de pediatras e médicos de família. Algumas estratégias são: a definição dos conhecimentos e habilidades necessárias à atuação dos profissionais; a mudança no foco dos treinamentos (em geral baseados no modelo do cuidado às doenças) (REGALADO; HALFON, 2001). |
| Organização de serviços de saúde | Uma barreira relacionada à organização dos serviços é instituir pacotes de serviços mais efetivos e processos de trabalho que possibilitem oferecer as atividades voltadas ao DI. Embora tais atividades sejam recomendadas na rotina dos serviços, pouco tem sido feito para prover um enquadramento organizacional que possibilite uma provisão efetiva desses serviços (REGALADO; HALFON, 2001). Nesse processo, três estratégias são fundamentais: o mapeamento e articulação intersectorial dos serviços que têm como público-alvo a primeira infância; organização dos serviços em uma estratégia prática que possa ser oferecida de forma efetiva, e, ao mesmo tempo, integrada a outras prioridades de saúde como nutrição e aconselhamento; envolvimento e empoderamento das equipes de Atenção Básica sobre a rede de atenção à primeira infância e seu papel de coordenação do cuidado acionando as opções de serviços disponíveis na rede de acordo com a necessidade de cada criança. Essa estratégia favorece questões relacionadas à sobrecarga do sistema e beneficia os profissionais frente às limitações de tempo. |
| Sistemas de saúde | Um agravamento à implementação dessa opção consiste na fragilidade de um sistema de referência para serviços especializados e de apoio às famílias. Outras questões estão relacionadas ao financiamento de programas e de treinamentos (REGALADO; HALFON, 2001). |

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

ABOUD, F. E.; YOUSAFZAI, A. K. Global health and development in early childhood. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 66, p. 433-457, 2015.

ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 70, n. 4, p. 525-535, 1999.

AULICINO, C.; LANGOU, G. D. **Políticas públicas de desenvolvimento infantil na América Latina. Levantamento e análise de experiências**. 2015. Disponível: <http://www.todospelaeducacao.org.br/arquivos/biblioteca/politicas_publicas_desenvolvimento_infantil_al.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016

AVELLAR, S. A.; SUPPLEE, L. H. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. **Pediatrics**, Illinois, v. 132, n. 2, p. 90-99, 2013.

BARLOW, J.; PARSONS, J.; STEWART-BROWN, S. Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. **Child: Care, Health & Development**, Oxford, v. 31, n. 1, p. 33-42, 2005.

BARLOW, J. et al. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. **Cochrane Database Systematic Review**, Oxford, n. CD002964, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Parâmetros nacionais de qualidade para a educação infantil**. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

_____. Rede nacional primeira infância. **Plano nacional da primeira infância: projeto observatório nacional da primeira infância**. 2014a. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/03/orcamento-primeira-infancia.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8.069/1990. São Leopoldo: UNISINOS, 1990.

_____. **Projeto de Lei 6.998 de 2013**. Altera o art. 1º e insere dispositivos sobre a primeira infância na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=604836>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagj/Rlv3/geral/relatorio.php#Vis%C3%A3o%20Geral%20Brasil>>. Acesso em: 5 set.2016.

_____. **Observatório do PNE**. © 2013. Disponível em: <<http://www.observatoriodopne.org.br/metas-pne/1-educacao-infantil>>. Acesso em: 1 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 1 set. 2016

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. Rede Nacional da Primeira Infância. **Plano nacional pela primeira infância**. Brasília: Bernard Von Lee Foudation, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Brasil Carinhoso**. 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/brasil-sem-miseria/aceso-a-servicos/brasil-carinhoso>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=06/08/2015>>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. Lei 13.959 de 15 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o programa mãe coruja pernambucana. **Diário Oficial do Estado**, Poder Executivo, Recife, Pernambuco, 2009. Seção 1, p. 7. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=13959&complemento=0&ano=2009&tipo=>>>. Acesso em: 8 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html>. Acesso em: 8 set. 2016.

_____. Lei nº 12.544 de 3 de julho de 2006. Institui o programa primeira infância melhor-PIM. **Diário Oficial do Estado**, Poder Executivo, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id3192.htm>>. Acesso em: 8 set. 2016.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. **The irreducible needs of children**: what every child must have to grow, learn, and flourish. Cambridge: Perseus Publishing, 2000.

BRITO, C. M. L. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1403-1414, 2011.

BROWN, T. W. et al. Centre-based day care for children younger than five years of age in low-and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 9, n. CD010543, 2014.

BRYANTON, J.; BECK, C. T.; MONTELPARE, W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 28, n. 11, 2013.

CAMPANA, N. T. C.; GOMES, I. C.; LERNER, R. Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso de obesidade infantil. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 105-119, 2014.

CAMPOS, M. M.; ROSEMBERG, F. **Crerios para um atendimento em creches que respeite os direitos fundamentais das crianas**. 6. ed. Braslia: MEC/SEB, 2009.

CARNEIRO, P.; HECKMAN, J. **Human Capital Policy**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2003.

CEARÁ. Governo do Estado. **Primeira-dama do Estado lanas Programa Mais Infância Ceara**. 24 ago. 2015. Disponvel em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/13814-primeira-dama-do-estado-lanca-programa-mais-infancia-ceara-nesta-terca-feira>>. Acesso em: 1 de set. 2016.

CESARO, B. C. et al. Intervenões em linguagem infantil na atenão primria à saude: revisao sistemtica. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 588-594, 2013.

De MOURA, D. R. et al. Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Oxford, v. 24, n. 3, p. 211-221, 2010a.

De MOURA, D. R. et al. Natural history of suspected developmental delay between 12 and 24 months of age in the 2004 Pelotas birth cohort. **Journal of Paediatrics and Child Health**, Hoboken, v. 46, p. 329-336, 2010b.

D'ONISE, K. et al. Can preschool improve child health outcomes? A systematic review. **Social Science & Medicine**, London, v. 70, n. 9, p. 1423-1440, 2010a.

D'ONISE, K. et al. Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review. **Public Health**, London, v. 124, n. 9, p. 500-511, 2010b.

ENGLE, P. L. et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. **The Lancet**, London, v. 369, n. 9557, p. 229-242, 2007.

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**, London, v. 378, p. 1339-1353, 2011.

ERTEM, I. O. et al. A guide for monitoring child development in low and middle-income countries. **Pediatrics**, Illinois, v. 121, n. 3, p. 581-589, 2008.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. **Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: prticas ampliadas**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2014. (Coleção primeiríssima infância, v. 3).

FURLONG, M. et al. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. **Campbell Systematic Reviews**, Oslo, v. 8, n. 12, 2012.

GAIVA, M. A. M.; SILVA, F. B. Caderneta de saude da crianas: revisao integrativa. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014.

GOULD, J. F.; SMITHERS, L. G.; MAKRIDES, M. The effect of maternal omega-3 (n23) LCPUFA supplementation during pregnancy on early childhood cognitive and visual development: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 97, n. 3, p. 531-544, 2013.

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: 8 set.2016.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potencial in the first 5 years for children in developing countries. **The Lancet**, London, v. 369, n. 6, p. 60-70, 2007.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status. **Annals of the New York Academy of Sciences**, Malden, v. 1308, p. 11-32, 2014.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

HALPERN, R. et al. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 444-450, 2008.

HECKMAN, J. J. et al. The Rate of Return to the High/Scope Perry Preschool Program, **Journal of Public Economics**, Waltham, v. 94, n. 1-2, p. 114-128, 2010.

HORTA, B. L.; LORET, M. C; VICTORIA, C. G. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 104, n. 467, p. 14-19, 2015.

JIAO, J. et al. Effect of n-3 PUFA supplementation on cognitive function throughout the life span from infancy to old age: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 100, n. 6, p. 1422-1436, 2014.

KAMINSKI, J. W. et al. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. **Journal of Abnormal Child Psychology**, Washington, v. 36, n. 4, p. 567-589, 2008.

KANE, G. A.; WOOD, V. A., BARLOW, J. Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Child: Care, Health and Development**, Oxford, v. 33, n. 6, p. 784-793, 2007.

KEARNEY, M. H.; YORK, R.; DEATRICK, J. A. Effects of home visits to vulnerable young families. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 32, n. 4, p. 369-376, 2000.

KOBAYASHI, M. C. M.; SOMMERHALDER, A. ; ALVES, F. D. O que temos para brincar? Um estudo sobre os brinquedos encontrados na educação infantil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 7, p. 147-162, 2015.

KRISTJANSSON, E. et al. Food supplementation for improving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 3, n. CD009924, 2015.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American of Fundamental Psychopathology**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

KURATKO, C. N. et al. The Relationship of Docosahexaenoic Acid (DHA) with Learning and Behavior in Healthy Children: a Review. **Nutrients**, Basel, v. 5, n. 7, p. 2777-2810, 2013.

LAGERBERG, D. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 89, n. 434, p. 43-52, 2000.

LEWIN, S. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Deciding how much confidence to place in a systematic review. **Health Research Policy and Systems**, New York, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2009.

LEUNG, B. M. Y.; WIENS, K. P.; KAPLAN, B. J. Does prenatal micronutrient supplementation improve children's mental development? A systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, New York, v. 11, n. 12, 2011.

LÓPEZ-BOO, F.; ARAUJO, M. C.; TOMÉ, R. "¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado infantil?: guía de herramientas". Washington, DC: BID, 2016.

MAGILL-EVANS, J. et al. Interventions with fathers of young children: systematic literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 55, n. 2, p. 248-264, 2006.

MORELLI, A. B.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTEIRO, T. V. O "lugar" do filho adotivo na dinâmica parental: revisão integrativa de literatura. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 175-194, 2015.

MEJIA, A.; CALAM, R.; SANDERS, M. R. A Review of Parenting Programs in Developing Countries: Opportunities and Challenges for Preventing Emotional and Behavioral Difficulties in Children. **Clinical Child and Family Psychology Review**, New York, v. 15, p. 163-175, 2012.

MOL, S.; BUS, A. G. To read or not to read: A meta-analysis of print exposure from infancy to early adulthood. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 137, n. 2, p. 267-296, 2011.

MORAES, M. W. et al. Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 149-153, 2010.

MORRISON, J. et al. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. **BMC Public Health**, New York, v. 14, n. 1040, 2014.

NORES, M.; BARNETT, W. S. Benefits of early childhood interventions across the world: (under) Investing in the very young. **Economics of Education Review**, Waltham, v. 29, n. 2, p. 271-282, 2010.

OLDS, D. L. et al. Effect of prenatal and infancy nurse home visitation on government spending. **Medical Care**, Alphen aan den Rijn, v. 31, n. 2, p. 155-174, 1993.

PEACOCK, S. et al. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. **BMC Public Health**, New York, v. 13, n. 17, 2013.

PICCININI, C. A. et al. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 109-117, 2007.

PILZ, E. M. L.; SCHERMANN, L. B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 181-190, 2007.

PINQUART, M.; TEUBERT, D. Effects of parenting education with expectant and new parents: a meta-analysis. **Journal of Family Psychology**, Washington, v. 24, n. 3, p. 316-327, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre determinantes sociais da saúde**. Genebra: OMS, 2008.

QAWASMI, A. et al. Meta-analysis of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of formula and infant cognition. **Pediatrics**, Illinois, v. 129, n. 6, p. 1141-1149, 2012.

REGALADO, M.; HALFON, N. Primary Care Services Promoting Optimal Child Development from birth to age 3 years. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 155, n. 12, p. 1311-1322, 2001.

REINO UNIDO. Academia Britânica. **Relatório da Academia Britânica de Ciências Sociais e Humanas**. 2014. Disponível em <http://www.britac.ac.uk/policy/Health_Inequalities.cfm>. Acesso em: 3 out. 2014.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria Estadual de Saúde. **Primeira infância melhor**. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2014.

SANDERS, M. R. Triple P-positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. **Journal of Family Psychology**, Washington, v. 22, n. 4, p. 506-517, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. **São Paulo pela primeiríssima infância**. Disponível em: <<http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 15 out. 2014.

SILVA, F. B. **A Caderneta de Saúde da Criança na percepção dos profissionais que atuam na rede básica de saúde de Cuiabá-MT**. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

SILVA, A. C. D.; ENGSTRON, E. M.; MIRANDA, C. T. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1881-1893, 2015.

SLOAT, E. A. et al. Parent-mediated reading interventions with children up to four years old: a systematic review. **Comprehensive Pediatric Nursing**, London, v. 38, n. 1, p. 39-56, 2014.

SMITH, C.; PEROU, R.; LESESNE, C. Parent education. In: BORNSTEIN, M. H. (Ed.). **Handbook of parenting: social condition and applied parenting**. 2. ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2002, p. 389-410.

SCHNEIDER, A.; FRUTUOSO, J.; CATANELI, R. A primeira infância e a atuação do CONASS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v.16, n.1, p. 6-13, 2015.

SHONKOFF, J. P. et al. Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. **The Journal of the American Medical Association – JAMA**, Chicago, v. 301, p. 2252-2259, 2009.

SHONKOFF, J. P. Protecting brains, not simply stimulating minds. **Science**, New York, v. 333, n. 6045, p. 928-933, 2011.

SHONKOFF, J. P. et al. Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. **The Journal of the American Medical Association – JAMA**, Chicago, v. 301, n. 21, p. 2252-2259, 2009.

SOUZA, S. R. A Saúde Integral da Criança. In: CYPEL, S. (Org.). **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011. p. 16-31.

SWANSON, E. et al. A Synthesis of read-aloud interventions on early reading outcomes among preschool through third graders at Risk for reading difficulties. **Journal of Learning Disability**, Chicago, v. 44, n. 3, p. 258-275, 2011.

SWEET, M. A; APPELBAUM, M. I. Is Home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. **Child Development**, Malden, v. 75, n. 5, p. 1435-1456, 2004.

TURNBULL, C.; OSBORN, D. A. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 18, n. 1, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Education for All Global Monitoring Report 2007: strong foundations early childhood care and education**. Paris: UNESCO, 2007.

_____. **Relatório Conciso**. Bases sólidas educação e cuidados na primeira infância. Brasília: UNESCO, 2007.

VAN URK, F. C. et al. Centre-based day care for children younger than five years of age in high-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 9, n. CD010544, 2014.

WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **The Lancet**, London, v. 378, p. 1325-1338, 2011.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, Londres, p. 32-46, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

ZORITCH, B.; ROBERTS, I.; OAKLEY, A. The health and welfare effects of day-care: a systematic review of randomised controlled trials. **Social, Science & Medicine**, Oxford, v. 47, n. 3, p. 317-327, 1998.

APÊNDICES

Os quadros fornecem informação detalhada acerca das revisões sistemáticas identificadas para cada opção. Cada linha do quadro corresponde a uma revisão sistemática em particular. O enfoque da revisão é descrito na segunda coluna. Os principais resultados da revisão que se relacionam com a opção são enumerados na terceira coluna, enquanto na quarta coluna é apresentada uma classificação da qualidade geral da revisão. A qualidade de cada estudo foi avaliada utilizando-se o AMSTAR (A Measurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews), que classifica a qualidade global em uma escala de 0 a 11, onde 11/11 representa uma revisão da mais alta qualidade. É importante assinalar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar revisões focadas em intervenções clínicas, de modo que nem todos os critérios se aplicam às revisões sistemáticas relativas a mecanismos de prestação, financeiros ou de governança dentro dos sistemas de saúde. Se o denominador não for 11, os avaliadores consideraram um aspecto da ferramenta não pertinente. Ao comparar pontuações, é, portanto, importante ter em mente as duas partes da pontuação (ou seja, o numerador e o denominador). Por exemplo, uma revisão com uma pontuação de 8/8 é, em geral, de qualidade comparável a uma revisão de pontuação 11/11, sendo ambas consideradas altas pontuações. Uma pontuação alta indica que os leitores da revisão podem ter um alto nível de confiança nos resultados encontrados. Uma pontuação baixa, por sua vez, não significa que se deve descartar a revisão, mas que se pode ter menos confiança nos resultados e que a revisão deve ser examinada mais a fundo para identificar-se suas limitações (LEWIN et al., 2009). As três últimas colunas fornecem informação acerca da utilidade da revisão em termos de aplicabilidade local, equidade e aplicabilidade do tema. A quinta coluna assinala a proporção de estudos que foram realizados em países de baixa e média renda, enquanto a sexta coluna indica a proporção de estudos incluídos na revisão que tratam explicitamente de um dos grupos priorizados – ou seja, crianças saudáveis de 0-6 anos. A última coluna indica a aplicabilidade do tema da revisão em termos de abordagem ou não do desenvolvimento na primeira infância. Toda a informação fornecida nos quadros dos apêndices foi levado em conta pelos autores do resumo executivo para a elaboração dos quadros 1-5 do texto principal do resumo.

Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Oferecer programas de educação voltados para os pais (programas de parentalidade)

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|-----------------------------|--|--|--|--------|--|---|---|---------------------|
| Kaminski et al., 2008 | Programas educativos para pais, definidos para este estudo como uma intervenção em que os pais adquiriram ativamente habilidades de parentalidade que podem ou não ter incluído outro método educacional. Programas meramente informativos/passivos não foram incluídos. Foram considerados pais aqueles que prestavam cuidados primários de crianças de zero a sete anos. | Determinar quais componentes dos programas (isto é, conteúdos abordados e métodos de entrega) estão associados a resultados mais bem sucedidos na formação de pais, visando a prevenção e/ou resolução de problemas de comportamento infantil. Os principais desfechos analisados foram parentalidade e problemas de comportamento das crianças. | O efeito ponderado global do conjunto de 77 estudos para todos os desfechos estudados foi de 0,34 (IC 95%, 0,29-0,39), o que reflete uma diferença média significante entre os grupos intervenção e grupos comparação. O efeito sobre os pais foi de 0,43, em comparação com o tamanho total efeito sobre a criança de 0,30. Dentro dos desfechos relacionados aos pais houve também diferenças expressivas. A média do efeito sobre "aquisição de conhecimento e informação" foi grande (0,88) e mais de duas vezes a magnitude do tamanho médio do efeito sobre "comportamentos e habilidades" (0,39). Entre as medidas de comportamento da criança, resultados de comportamento de internalização parece ter o maior efeito, e resultados de habilidades sociais tiveram os menores tamanhos de efeito. Entre 18 componentes testados, sete foram significativamente associados com a parentalidade. Três componentes do programa (Comunicação Emocional, Resposta Consistente e Praticando com seu Próprio Filho) obtiveram os maiores efeitos, enquanto que quatro componentes (Resolvendo Problemas, Promoção de Habilidades Sociais, Promoção do Conhecimento/Habilidades Acadêmicas e os Serviços Auxiliares) obtiveram efeitos menores. Dez de 18 componentes do programa predisseram significativamente o efeito em medidas relacionadas à criança (comportamentos externalizantes). Seis componentes foram preditivos dos maiores efeitos: interações positivas com crianças; capacidade de resposta, sensibilidade e carinho; tempo esgotado; solução de problemas; modelagem; e praticando com a criança. Quatro foram preditivos de efeitos menores: comunicação emocional; promover habilidades sociais; ter um currículo ou manual; e serviços auxiliares. Conclusão: houve um efeito globalmente positivo, apoiando o uso de tais programas na mudança de comportamento dos pais e na prevenção/melhoria de problemas de comportamento infantil precoce. A magnitude do efeito para os resultados parentais pareceu maior do que o efeito médio para os resultados da criança; o tamanho do efeito para comportamentos e habilidades dos pais foi menor do que os tamanhos de efeito para conhecimento dos pais, atitudes, ou autoeficácia. Para os resultados da criança, foram observados maiores efeitos para comportamentos de internalização do que de externalização. | 8/11 | 77/77 | Não disponível | 77/77 | 2008 |
| Mejia; Calam; Sanders, 2012 | Programas de parentalidade nos países em desenvolvimento. | Revisar a literatura sobre programas de parentalidade em países em desenvolvimento, a fim de identificar desafios, oportunidades e direções para futuras pesquisas. | O estudo foi realizado em três etapas: a) busca em documentos de organismos internacionais; b) revisão não sistemática para identificar avaliações empíricas de programas de parentalidade em países em desenvolvimento; e c) revisão sistemática da literatura. Nos estágios um e dois, 43% dos estudos eram voltados à avaliação de programas de promoção a estimulação psicossocial, por meio da formação parental oferecidos em sua maioria por visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde e os desfechos nas crianças foram avaliados por meio de escalas de desenvolvimento infantil. O efeito médio dessas intervenções foi $d=0.94$ (0.04 a 4.47). Um quarto dos estudos avaliavam intervenções integrais ou de multicomponentes, nos quais além dos programas de parentalidade, incluíam monitoramento do crescimento e atenção à alimentação; os principais desfechos eram antropométricos e as intervenções eram oferecidas em centros ou visitas domiciliares. Não havia informações disponíveis sobre quem ofereceu a intervenção, assim como não havia dados para calcular seus efeitos. Apenas, 14% dos estudos eram voltados ao aumento dos conhecimentos dos pais sobre as crianças e um estudo apresentou efeitos de grande magnitude. Finalmente, 18% eram programas para pais voltados à prevenção de dificuldades emocionais e de comportamento, os quais foram analisados em profundidade pelos autores em seção específica. Para a revisão sistemática, oito estudos foram incluídos: quatro eram programas voltados a gestantes ou puérperas, três eram voltados a crianças menores de seis anos e um era voltado a maiores de seis anos. As intervenções eram oferecidas em casa ou em serviços de saúde; em grupos, individualmente ou ambos. Em três estudos a intervenção era oferecida por membros da comunidade sem especialização e nos demais por profissionais de saúde treinados ou trabalhadores de saúde comunitários. A maioria dos estudos mostrou resultados favoráveis dos programas de parentalidade. A média dos efeitos foi $d=0.81$ (0,24 a 2,01). Os autores apontam incertezas em relação aos efeitos dos programas devido à baixa qualidade dos estudos (apenas um era de boa qualidade metodológica). | 8/11 | 8/8 | 8/8 | 8/8 | 2012 |

Continua

Continuação

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|------------------------|--|--|---|--------|--|---|---|---------------------|
| Furlong et al., 2012 | Programas de parentalidade baseados em grupos cognitivo-comportamental e comportamental para problemas precoces de conduta em crianças entre três e 12 anos de idade. Os programas de parentalidade com base em grupos normalmente envolvem um formato interativo e colaborativo de aprendizagem em que os facilitadores do programa ensinam os princípios comportamentais-chave e as competências parentais (por exemplo, jogos, elogios, recompensas, disciplina) aos pais e cuidadores que, em seguida, praticam as habilidades que eles aprenderam. Elementos-chave de programas eficazes incluem aprender como e quando usar as competências parentais positivas; observação; modelagem; ensaio de comportamento (por exemplo, role-play); discussão; tarefas de casa; uso do apoio dos pais, reformulando percepções cognitivas não úteis sobre seu filho ou manejo da criança em geral; e eliminando os obstáculos à participação. A duração variou amplamente, de quatro a 24 semanas. Algumas intervenções incluíram materiais sobre fatores de estresse para os pais e suporte social, inclusive para participação nos grupos. | Avaliar a eficácia dos programas de parentalidade com base em grupos comportamentais e cognitivo-comportamentais para crianças com problemas precoces de conduta infantil em dois desfechos: a) comportamento infantil; b) saúde mental dos pais e competências parentais. Avaliar criticamente e sintetizar as evidências sobre custo-efetividade dos programas de parentalidade com base em grupos comportamental e cognitivo-comportamentais comparados aos tratamentos tradicionais. | Esta avaliação incluiu 13 ensaios (10 ECR e três ensaios quase-randomizados), bem como duas avaliações econômicas baseadas em dois dos ensaios. No geral, totalizou-se 1.078 participantes (646 no grupo de intervenção; 432 no grupo controle). Os resultados indicam que a formação dos pais produziu uma redução estatisticamente significativa em problemas de conduta da criança, seja avaliada pelos próprios pais [diferença média padronizada (DMP)=-0.53 (IC95%, -0.72; -0.34)] ou avaliada de forma independente [DMP=-0.44 (-0.77; -0.11)]. A intervenção levou a melhorias estatisticamente significativas na saúde mental dos pais [DMP=-0.36 (-0.52; -0.20)] e nas competências parentais positivas, baseada em relatos dos pais [DMP=-0.53 (-0.90; -0.16)] e em avaliações independentes [DMP=-0.47 (-0.65; -0.29)]. O treinamento dos pais também produziu uma redução estatisticamente significativa nas práticas parentais negativas ou duras, de acordo com o relato dos pais [DMP=-0.77 (-0.96; -0.59)] e avaliações independentes [DMP=-0.42 (-0.67; -0.16)]. A intervenção demonstrou evidência de custo-eficácia. Quando comparado a um grupo controle de lista de espera, houve um custo de aproximadamente US\$2.500 (GBP 1.712; EUR 2.217) por família para tratar a média das crianças com níveis clínicos de problemas de conduta trazendo para níveis não-patológicos. Estes custos de entrega do programa são modestos quando comparados com os de saúde a longo prazo, custos sociais, educacionais e legais associados com problemas de conduta infantil. Os autores concluem que programas de parentalidade baseadas em grupos cognitivo-comportamentais são eficazes e de baixo custo para melhorar problemas de conduta infantil, saúde mental dos pais e as competências parentais no curto prazo. O custo da execução do programa foi modesto quando comparado com a saúde em longo prazo, custos sociais, educacionais e legais associados com problemas de conduta na infância. É necessária mais investigação sobre a avaliação a longo prazo dos resultados. | 11/11 | 13/13 | Não disponível | 13/13 | 2011 |
| Pingart, Teubert, 2010 | Intervenções com pais que iniciaram durante a gestação ou nos primeiros seis meses de vida. Os principais objetivos das intervenções foram: a) ensinar os cuidadores com o bebê (por exemplo, formas de acalmar o bebê; 86%); b) promover a sensibilidade parental e capacidade de resposta (lendo os sinais do bebê e respondendo de forma adequada; 82%); c) promover a estimulação cognitiva da criança (por exemplo, o ensino do uso de materiais estimulantes; 45%); d) aconselhamento ajudando a resolver problemas individuais; 38%); e) a discussão de planejamento familiar (35%); f) promoção da saúde (por exemplo, fornecendo informações sobre esquemas de imunização; 27%); g) a prevenção do abuso de crianças (21%); e h) promoção de ajustes no casal/ civil (por exemplo, aconselhamento matrimonial; 17%). A maioria iniciou após o nascimento do bebê e a duração média foi de 15 meses. A maioria das intervenções aconteceu no domicílio ou nas casas e outros locais. | Estimar os efeitos de intervenções destinadas a promover a parentalidade e facilitar a transição para a paternidade com base em um grande número de estudos randomizados. | Foram incluídos 142 trabalhos que avaliaram 133 intervenções que começaram durante a gravidez ou nos primeiros seis meses após o nascimento. Cerca de 2/3 dos estudos incluíram famílias de risco e quase todos incluíram somente mães. A meta-análise foi baseada em modelos de efeitos aleatórios. Em média, as intervenções tiveram de pequenos a muito pequenos efeitos significativos sobre a parentalidade (d=0.35 unidades SD), estresse parental (d=0.20), abuso de crianças (d=0.13), o comportamento dos pais na promoção da saúde (d=0.15), o desenvolvimento cognitivo da criança (d=0.24), desenvolvimento social (d=0.30), o desenvolvimento motor da criança (d=0.15), saúde mental infantil (d= 0.40), saúde mental dos pais (d=0.31) e o ajuste do casal (d=0.13). A maioria dos efeitos foi mantida no seguimento. Efeitos variaram segundo o início da intervenção, o modo de implementação, a qualificação do interveniente, tempo de intervenção e objetivos da intervenção. Intervenções têm efeitos mais fortes sobre os resultados que se relacionam diretamente com as metas de intervenção. As melhorias mais fortes na saúde mental da criança foram observadas em programas de prevenção liderados por profissionais, em comparação com paraprofissionais; os tamanhos de efeito foram maiores sobre a saúde mental dos pais nos estudos que envolviam mães em vez de casais e em intervenções focais (grupos de risco) e não universais. Não foram identificados efeitos maiores nos estudos que iniciaram durante a gravidez e não foram encontradas diferenças entre intervenções individuais ou em grupos. Para comportamentos mais complexos, visitas domiciliares parecem ser mais efetivas. Os maiores efeitos foram encontrados em intervenções com duração entre três e seis meses. Além disso, verificou-se que estudos mais antigos relataram efeitos maiores. Concluiu-se que as intervenções focadas na parentalidade são eficazes e devem ser acessíveis aos pais expectantes e novos pais. | 7/11 | 142/142 | Não disponível | Não disponível | 2010 |

Continua

Continuação

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|--------------------------------------|---|---|---|--------|--|---|---|---------------------|
| Bryanton; Beck; Montelpare, 2013 | Educação pós-natal estruturada entregue a um indivíduo ou grupos nos primeiros dois meses pós-parto, relacionada à saúde ou cuidado da criança ou relação entre pais e filhos. | Avaliar os efeitos da educação pós-natal. | Dos 27 estudos (3.949 mães e 579 pais) que preencheram os critérios de inclusão, apenas 15 (2.922 mães e 388 pais) informaram dados úteis à metanálise. As intervenções educativas foram: cinco na melhoria do sono infantil, 12 no comportamento infantil, três em estado geral de saúde pós-parto, três no cuidado infantil geral e quatro sobre a segurança infantil. Os detalhes dos procedimentos de randomização, sigilo de alocação, cegamento e perda de participantes frequentemente não foram relatados. Dos resultados analisados, apenas 13 foram medidos de modo semelhante o suficiente em mais de um estudo de forma a serem combinados em metanálises. Dessas 13 metanálises, apenas quatro tiveram um nível suficientemente baixo de heterogeneidade para fornecer uma estimativa global do efeito. Educação sobre o aprimoramento do sono resultou em uma diferença média de 29 minutos de sono noturno a mais em 24 horas com seis semanas de idade. (IC 95% 18,53-39,73). No entanto, isso não teve qualquer efeito significativo na diferença média em minutos de tempo de choro em 24 horas com seis semanas e 12 semanas de idade. Educação relacionada com o comportamento infantil aumentou o conhecimento materno de comportamento do bebê com uma diferença média de 2,85 pontos (IC 95% 1,78-3,91). | 11/11 | 27/27 | Não disponível | 15/27 | 2013 |
| Morrison et al., 2014. | Intervenções de parentalidade em países europeus com o objetivo de reduzir desigualdades sociais em saúde e desenvolvimento das crianças. Estas tiveram como objetivo melhorar as habilidades dos pais, no entanto, algumas tinham componentes adicionais, tais como: prestação de cuidados diários, melhoria das condições de habitação e de fala ou de terapias psicológicas. | O objetivo desta revisão sistemática foi identificar intervenções durante a primeira infância nos países da Organização de Saúde Mundial da Região Europeia em 1999-2013, que reduziram as desigualdades em saúde e desenvolvimento das crianças. | 23 intervenções foram identificadas. A maioria das intervenções teve um impacto sobre domínios do desenvolvimento infantil, na relação pai-filho ou na prevenção, informações e visitas domiciliares utilizando uma abordagem psico-educativa e visando o desenvolvimento de habilidades nos pais e nas crianças mostraram resultados mais favoráveis. Intervenções com melhores resultados e um maior nível de evidência combinaram oficinas e programas educacionais para pais e crianças, começam no início da gravidez e incluíram visitas domiciliares por pessoal especializado. Duas intervenções eram universais e as demais eram intervenções focais. | 9/11 | 23/23 | 0/23 | 23/23 | 2014 |
| Barlow; Parsons; Stewart-Brown, 2005 | Programas parentais baseados em grupos. | O objetivo desta revisão foi estabelecer se há evidência de ensaios controlados de que os programas de parentalidade com base em grupos são eficazes na melhoria emocional e ajustamento comportamental de crianças com menos de três anos de idade, e seu papel na prevenção primária de problemas emocionais e comportamentais. | Cinco estudos se ajustaram aos critérios de inclusão. Em relação aos desfechos relatados pelos pais, os cinco estudos forneceram dados de um total de 236 participantes (127 grupos de intervenção e 109 grupos de controle). Os dados combinados mostram resultado não significativo favorecendo o grupo de intervenção - [SMD=-0,44 (-0,95; 0,07)]. Três estudos avaliaram a eficácia dos programas em melhorar o comportamento das crianças usando observações independentes. Os três estudos forneceram dados de um total de 177 participantes (grupo 99 intervenção e 78 grupos de controle). Os dados combinados mostram uma significativa diferença em favor do grupo de intervenção [SMD=-0,55 (-0,86; -0,25)]. Esta revisão aponta para o potencial dos programas de parentalidade para melhorar a adaptação emocional e comportamental de crianças com menos de três anos de idade, mas não há evidência suficiente de estudos controlados para avaliar se o benefício a curto prazo é mantido ao longo do tempo, ou o papel que tais programas podem desempenhar na prevenção primária de problemas comportamentais. | 8/11 | 5/5 | Não disponível | 5/5 | 2004 |

Continua

Conclusão

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LIMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|---------------------------|---|--|---|--------|--|--|---|---------------------|
| Barlow et al., 2011 | Intervenções parentais de curto prazo (<20 semanas) voltadas especificamente para pais adolescentes. Os seguintes tipos de intervenção foram oferecidos: a) formato individual ou em grupo; b) oferecido antes e após o nascimento ou apenas após o nascimento a mães adolescentes; e/ou pais adolescentes; c) com base na utilização de um formato estruturado; d) com foco na melhoria dos pais: atitudes, práticas, habilidades/conhecimento ou bem-estar. Programas de visitas domiciliares de longo prazo foram excluídos. | Examinar a eficácia dos programas de parentalidade na melhoria de desfechos psicossociais entre pais adolescentes e os resultados no desenvolvimento de seus filhos. | Foram incluídos oito estudos com 513 participantes, fornecendo um total de 47 comparações de resultados entre as condições de intervenção e controle. Dezenove comparações foram estatisticamente significativas, todas favorecendo o grupo de intervenção. Foram realizadas nove metanálises usando dados de quatro estudos no total (cada metanálise incluiu dados de dois estudos). Quatro metanálises mostraram resultados estatisticamente significativos em favor do grupo de intervenção para os seguintes resultados: capacidade de resposta dos pais pós-intervenção [SMD=-0,91 (IC 95%: -1,52; -0,30; P=0,04)]; responsividade da criança em relação à mãe no follow-up [SMD -0,65 (-1,25;-0,06, P=0,03)]; e uma medida geral de interação pai-filho pós-intervenção [SMD= -0,71(-1,31;-0,11, P=0,02)], e no follow-up [SMD=-0,90 (-1,51;-0,30, P=0,004)]. Os resultados das cinco metanálises restantes foram inconclusivos. | 11/11 | 8/8 | 0/8 | 8/8 | 2010 |
| Magill-Evans et al., 2006 | Intervenções voltadas para pais (somente uma intervenção incluiu pais e mães) de crianças pequenas. As intervenções incluíram massagem, observação e modelagem do comportamento com o bebê, método canguru, a participação com a criança em um programa pré-escolar, discussão em grupos e programas de formação dos pais. | Avaliar a efetividade de intervenções para pais de crianças pequenas. | Embora o número de estudos de intervenção seja limitado, existem evidências de que, se as intervenções envolvem a participação ativa com observação do próprio filho, elas podem ser eficazes no reforço das interações do pai com a criança e uma percepção positiva da criança. As intervenções mais efetivas foram massagem infantil, canguru, observação guia da própria criança com modelagem e participação em um programa comunitário para o pai de que incluiu ativa interação com a criança, juntamente com discussão/suporte em grupos. Exposições múltiplas também tiveram maior impacto. Mais pesquisas são necessárias para determinar a influência das intervenções ao longo do tempo. | 7/11 | 14/14 | Não disponível | 14/14 | 2003 |

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a Opção 2 – Desenvolver ações voltadas à alimentação e nutrição de crianças na primeira infância

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|-----------------------------------|--|---|--|--------|--|---|---|---------------------|
| Anderson; Johnstone; Remley, 1999 | Importância do aleitamento materno para o desenvolvimento cognitivo. | Verificar diferenças entre o desenvolvimento cognitivo de crianças alimentadas com leite materno e fórmulas infantis. | Foi desenvolvida uma metanálise com 20 estudos controlados, que indicou que a amamentação está associada com aumento de 3,2 pontos nos escores de desenvolvimento quando comparada com a alimentação por fórmula. O aumento no desenvolvimento se manifesta nos primeiros meses de vida e se sustenta pela infância e adolescência. A maior limitação do estudo foi a falta de medida de outros cofatores que influenciam o desenvolvimento (podendo variar entre 2,0 e 2,4 pontos os escores de desenvolvimento), porém depois de análises que ajustaram os cofatores com a alimentação, os pesquisadores confirmaram melhor desenvolvimento nas crianças amamentadas em comparação com as alimentadas com fórmulas. Crianças amamentadas mostraram melhores escores de desenvolvimento do que aquelas alimentadas com fórmulas no geral e nas diversas categorias etárias separadamente (a partir de seis meses). Os resultados sugerem que o maior desenvolvimento atribuído ao aleitamento materno se estabelece precocemente no curso da vida e persiste pelo menos até o meio da adolescência. Crianças nascidas com muito baixo peso apresentam mais benefícios de desenvolvimento (como aumento do QI) com aleitamento materno. Quando avaliada a duração da amamentação observou-se aumento gradual dos benefícios ao desenvolvimento com aumento da duração da amamentação. | 6/11 | 11/20 | 0/20 | 20/20 | 1996 |
| Grantham-McGregor et al., 2014 | Ações integradas de nutrição e estímulo para desenvolvimento infantil e nutricional. | Avaliar a efetividade de programas integrados de nutrição e desenvolvimento infantil. | Revisão sistemática sobre os efeitos de intervenções combinadas para desenvolvimento infantil e nutrição, sendo que o componente de nutrição poderia incluir promoção da saúde. Só incluiu estudos com desfechos de desenvolvimento e nutrição e que tivessem qualidade boa a moderada. Foram identificados: Onze ensaios de eficácia. Dois RCT. Oito avaliações de programas, onde todos eram de intervenções múltiplas (combinadas) – cinco beneficiaram desenvolvimento, um não e outros dois mostraram declínio. Houve pequeno benefício no estado nutricional. Seis estudos possibilitaram avaliação do efeito de pelo menos uma intervenção ou suas combinações. Em cada um dos quatro estudos que foi possível avaliar efeitos independentes das intervenções e suas combinações, a estimulação beneficiou o desenvolvimento, tendo a estimulação beneficiado também o ganho de peso em crianças desnutridas. A suplementação com Zn teve efeito na coordenação visual, mas teve melhores efeitos quando combinada com estimulação com melhora do quociente de desenvolvimento e coordenação visual – e foi a única interação sinérgica observada. Dois estudos com três grupos permitiram a avaliação de efeitos independentes (nutricional ou estimulação) e sua combinação. Em ambos houve benefício na linguagem e desenvolvimento mental. A adição de micronutrientes manteve o efeito da estimulação, mas melhorou o ganho de peso. Em um estudo, a educação nutricional foi benéfica para ganho de estatura. E quando adicionada a estimulação, houve benefício no desenvolvimento mental, mas se perdeu o efeito da altura. Quatro estudos incluíram um componente do desenvolvimento ao já existente de nutrição/saúde, e todos tiveram benefícios significativos aos desfechos do desenvolvimento. Em um estudo, a adição de micronutrientes na merenda melhorou o desenvolvimento, mas não o estado nutricional. O último estudo, numa creche com a provisão de 75% das recomendações de caloria e proteínas, as crianças receberam tratamentos de um a nove meses e apresentaram resposta relacionada à dose, comparados ao grupo que só teve uma intervenção. O alcance de peso e estatura também foi correspondente aos números de tratamentos. Em um único estudo que teve follow up até os 22 anos, os efeitos de crescimento não eram mais observáveis aos sete anos, os benefícios cognitivos ao suplemento nutricional desapareceram depois de 12 anos; mas efeitos psicossociais ainda eram observados fortemente aos 17 e 22 anos (QI, depressão, comportamento violento e sucesso educacional) – quatro grupos: suplementação, estímulo, ambos, controle – visitas para estímulo da interação, provisão de brinquedos e livros, encorajamento parental; suplementação de 1kg de fórmula láctea por semana. | 8/11 | 23/27 | 11/27 | 27/27 | 2013 |

Continua

Continuação

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|--------------------------------|--|---|---|--------|--|---|---|---------------------|
| Grantham-McGregor et al., 2014 | Ações integradas de nutrição e estímulo para desenvolvimento infantil e nutricional. | Avaliação da efetividade de programas integrados de nutrição e desenvolvimento infantil. | Todos os oito programas avaliados tinham intervenções integradas de nutrição e estímulo, não podendo ser identificadas mudanças de efeitos quando as intervenções separadas. Há a sugestão de que a duração dos programas é importante, e que menos de sete meses dificilmente surtiria algum benefício. Sugere-se controle de qualidade dos programas, para possíveis mudanças de curso, como numa avaliação sobre grupos de pais que não viu benefício no desenvolvimento das crianças, até a inserção de atividades de treinamento no grupo, que então apresentaram efeitos benéficos no desenvolvimento. A combinação de ações de nutrição e de desenvolvimento parece promover benefícios adicionais para as crianças. A sinergia entre essas intervenções, ainda que plausíveis, foram raramente demonstradas, e mais informações são necessárias, uma vez que apenas poucos estudos objetivaram essa observação. As intervenções de desenvolvimento normalmente beneficiam o desenvolvimento, enquanto que as de nutrição podem ter efeito no estado nutricional e no desenvolvimento. Nos estudos de eficácia, incorporar um componente de desenvolvimento nos serviços onde já existe o componente nutricional não impacta negativamente o serviço existente e os benefícios são aumentados com a duração da intervenção, de pelo menos três anos. O estudo não localizou nenhum programa em escala que avaliasse os benefícios da integração dessas duas intervenções, e nos que o estudo analisou não foi possível verificar os efeitos individuais ou combinados das intervenções. | 8/11 | 23/27 | 11/27 | 27/27 | 2013 |
| Kristjansson et al., 2015 | Suplementação alimentar. | Avaliar a efetividade da suplementação alimentar, isolada ou combinada com outras intervenções, para melhorar a saúde física e psicossocial de crianças vulneráveis, entre três meses e cinco anos; Avaliar o potencial de programas para redução das iniquidades socioeconômicas na desnutrição; Avaliar a implementação e entender como impacta nos desfechos; Determinar se existem efeitos adversos da suplementação alimentar. | 32 estudos (47 artigos), sendo que 26 deles foram usados na metanálise. Estudos com crianças entre três meses e cinco anos, em situação de vulnerabilidade econômica (ou estudos de todas as classes onde fosse possível estratificar). Os estudos deviam seguir as mesmas crianças. Quatro tipos de intervenção: refeições; lanches; refeições ou lanches combinadas com rações para levar para casa; rações para levar para casa. A suplementação variou muito: 11 estudos utilizaram alimentação terapêutica; seis estudos suplementaram com produtos lácteos; um estudo forneceu leite e pão; quatro estudos ofertaram cereais, farinhas ou misturas de vegetais (normalmente com leite); sete estudos suplementaram com alimentos disponíveis localmente (frutas, arroz, etc.) ou com bolacha fortificada; dois estudos forneceram alimentos fortificados com ferro, um ofereceu refeições na creche; 16 estudos ofertaram alimentos fortificados. Controle de crianças que não receberam suplementação ou placebo (independente se as suplementadas tinham outro tipo de intervenção como educação materna). Desfechos: físico (peso, altura, peso para idade, altura para idade, peso por altura); saúde psicossocial (marcos de desenvolvimento como virar, engatinhar, andar, etc.); desenvolvimento cognitivo ou mental (processos como memória, razão, inteligência, etc.); atenção (inclusive consciência); linguagem (receptiva e expressiva); memória (recordar informações sobre eventos passados ou pelo conhecimento). 18 programas (16 em LMIC) verificaram efeito da suplementação alimentar como intervenção única. 13 estudos com intervenções conjuntas: sete incluíam rações familiares; um com adição de transferência de renda; dois adicionaram estimulação; quatro estudos com programas de educação nutricional para as mães; um estudo comparou grupos que receberam suplementação e educação para as mães, educação para as mães e controle; em um estudo as crianças suplementadas estavam em creches, os controle não. A média de duração da suplementação foi de 10 meses (três a 32 meses). Resultados somente sobre o desenvolvimento psicossocial: em países LMIC, cinco estudos trouxeram resultados de desenvolvimento psicossocial: três com marcos do desenvolvimento motor; três traziam dados do desenvolvimento cognitivo e mental. Desenvolvimento cognitivo: três RTC em países LMIC apresentaram resultados muito diferentes para serem incluídos em metanálise, no entanto, em um estudo foi observado que crianças suplementadas tinham melhorado suas habilidades cognitivas do que aquelas que ainda não tinham recebido suplementação; em dois estudos não foi encontrada diferença significativa na Escala Bayley. <i>Follow up</i> cognitivo: dois <i>follow up</i> em um deles observou-se efeito nas tarefas motoras, mas não na cognição e memória, e para todas as crianças que receberam estímulos houve efeito nas habilidades motoras tardias. A suplementação só teve efeito nas crianças com mãe com melhor escore verbal. O segundo estudo não encontrou diferenças entre os grupos para teste de vocabulário, emocionais e matemática. A diferença encontrada sobre a memória não era clinicamente significativa. | 10/11 | 32/32 | 5/32 | 5/32 | 2014 |

Continua

Conclusão

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|------------------------------|--|---|---|--------|--|---|---|---------------------|
| Kristjansson et al., 2015 | Suplementação alimentar. | <p>Avaliar a efetividade da suplementação alimentar, isolada ou combinada com outras intervenções, para melhorar a saúde física e psicossocial de crianças vulneráveis, entre três meses e cinco anos;</p> <p>Avaliar o potencial de programas para redução das iniquidades socioeconômicas na desnutrição;</p> <p>Avaliar a implementação e entender como impacta nos desfechos;</p> <p>Determinar se existem efeitos adversos da suplementação alimentar.</p> | <p>Desenvolvimento geral: um estudo não encontrou diferenças no teste Denver. Atenção, linguagem e memória: um estudo de coorte observou que as crianças suplementadas (n=53) tinham melhoras na vocalização ao longo do tempo em relação às não suplementadas.</p> <p>Quando os estudos de intervenção única e combinada (suplementação e estímulo) foram comparados, não houve diferença entre eles em relação aos desfechos de desenvolvimento. A RS aponta que as intervenções de suplementação apresentam baixo-desempenho, apesar de poderem funcionar, portanto, a chave para o sucesso de tais intervenções é a implementação e o monitoramento.</p> <p>Os autores sugerem que tais intervenções foquem principalmente em: a) crianças pobres ou desnutridas, quando isso for possível, pois estas parecem se beneficiar mais da suplementação (tomando cuidado de avaliar a população, uma vez que populações extremamente pobres podem não apresentar resultados sobre a suplementação); b) supervisão da distribuição e consumo do suplemento; c) suplementar a família com porções próprias pode ser benéfico para o sucesso do programa; d) construção de capacidade familiar (empoderamento com educação).</p> <p>Nenhuma recomendação dirigida-se especificamente aos desfechos físicos ou psicossociais, mas aos resultados dos efeitos adversos.</p> | 10/11 | 32/32 | 5/32 | 5/32 | 2014 |
| Horta; Loreti; Victora, 2015 | Efeito do aleitamento materno na cognição. | <p>Avaliar as evidências sobre a associação entre aleitamento materno e a performance em testes de inteligência.</p> | <p>Metanálise de 17 estudos com 18 estimativas sobre a relação entre aleitamento materno e testes de inteligência. As medidas de efeito foram relatadas como o peso da diferença das médias nos resultados dos testes de inteligência com intervalo de confiança de 95%, e os indivíduos foram classificados como amamentados no peito ou não. Uma diferença média positiva mostrava escore maior entre as crianças amamentadas pelas mães.</p> <p>Todos os estudos demonstraram um efeito benéfico da amamentação nos testes de inteligência, mas nem todos apresentaram intervalo de confiança.</p> <p>Como havia heterogeneidade entre os estudos, as estimativas eram medidas em <i>pool</i> por um modelo de efeito aleatório. Os resultados dessa medida de efeito demonstraram um aumento de 3,44 pontos nos escores de inteligência de crianças amamentadas no peito. O efeito positivo na cognição não pode ser demonstrado por causa do viés das publicações que tinham amostras de mesmo tamanho.</p> <p>Estudos controlados para o QI materno relataram benefício menor da amamentação (2,62 pontos).</p> <p>Os estudos de <i>follow up</i> com crianças maiores, entre 10 e 19 anos, apresentaram benefício menos (1,92 pontos) em relação àqueles com crianças mais jovens (4,12 pontos).</p> <p>Na meta regressão, nenhuma das variáveis relacionadas com as características do estudo explicou a heterogeneidade entre os estudos.</p> <p>A metanálise observou que o aleitamento materno está positivamente associado com a <i>performance</i> em testes de inteligência na infância e adolescência. E ainda que o QI materno possa ser um fator de confusão, foi demonstrada também no estudo que o benefício se mantinha.</p> <p>Os impactos a longo termo da amamentação no aumento da inteligência é um assunto que vem sendo debatido e já existem estudos que demonstram que quando adultos esses indivíduos tendem a ter maior renda e maior sucesso acadêmico.</p> <p>Os efeitos podem ser explicados pela presença de ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa, como o ácido araquidônico e docosahexaônico, presente no leite materno. Adicionalmente, o ato de amamentar no peito cria laços entre mãe e criança que podem contribuir para o desenvolvimento.</p> | 7/11 | 17/17 | 2/17 | 17/17 | 2014 |

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Oferecer acesso à creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|----------------------|--|---|--|--------|--|---|---|---------------------|
| Swanson et al., 2011 | Intervenções em crianças de três a oito anos em risco de dificuldades para leitura. As intervenções foram realizadas em escolas, ou foram combinadas (escolas e intervenções parentais e nos domicílios). Intervenções realizadas somente por pais foram excluídas. Tipos de intervenção: leitura em voz alta dialogada; leitura repetida de histórias; leitura com questionamento limitado antes, durante e depois; leitura assistida por computador e leitura com atividades de vocabulário expandido. | Avaliar os efeitos da leitura em voz alta para crianças em risco de dificuldades para leitura. | Total de 27 artigos (29 estudos usados para a síntese dos quais 18 preencheram os critérios de metanálise). Efeitos medidos na linguagem, consciência fonológica, impressão de conceitos, compreensão e vocabulário das crianças mostraram desfechos positivos. Porém, a metanálise indica que outros fatores desconhecidos para além da intervenção fornecida explicam quantidades significativas de variação nos resultados. | 7/11 | 29/29 | 0/29 | 29/29 | 2008 |
| D'Onise, 2010a | Programas de pré-escola baseados em centros de atenção. | Avaliar os efeitos desses programas sobre a saúde desde crianças até adultos jovens. | Os estudos revisados examinaram uma série de intervenções da pré-escola baseadas somente em centros, intervenções incluindo também programas para pais e/ou serviços de saúde. As populações de estudo eram em sua maioria, sorteadas a partir de populações em risco de insucesso escolar (76%). Apenas oito dos 37 estudos tinham uma alta qualidade metodológica, 15 foram avaliados como de risco potencial de viés moderado e 14 como de alto potencial para risco de viés. A revisão encontrou efeitos geralmente nulos das intervenções em ampla gama de desfechos de saúde. No entanto, houve alguma evidência de redução da obesidade, maior competência social, melhoria da saúde mental e prevenção de criminalidade. | 8/11 | 37/37 | 2/37 | 37/37 | 2008 |
| Van Urk et al., 2014 | Creches para menores de cinco anos em países de alta renda, sem programas especiais. | Avaliar efeitos de cuidados baseados em creches sem intervenções adicionais (psicológicas ou médicas, treinamento de pais, etc.) no desenvolvimento e bem estar de crianças e famílias em países de alta renda. | Apenas um ECR foi incluído e provê evidências inconclusivas para os efeitos dos cuidados em creche para menores de cinco anos e suas famílias em países desenvolvidos. | 7/11 | 1/1 | 0/1 | 1/1 | 2014 |

Continua

Continuação

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|--------------------------------|---|--|---|--------|--|---|---|---------------------|
| Brown et al., 2014 | Creches para menores de cinco anos em países de média e baixa renda, sem programas especiais. | Avaliar efeitos de cuidados baseados em creches sem intervenções adicionais (psicológicas ou médicas, treinamento de pais, etc.) no desenvolvimento e bem estar de crianças e famílias em países de média e baixa renda. | Apenas um estudo foi incluído e foi avaliado como tendo alto risco de viés devido à alocação não aleatória, seguimento incompleto e controle insuficiente dos fatores de confusão. Os resultados deste estudo sugerem que a creche pode ter um efeito positivo sobre a capacidade cognitiva da criança em comparação com nenhum tratamento (cuidados em casa), avaliado utilizando uma versão modificada da Escala Britânica BAS-II: diferença média padronizada (SMD) de 0,74; IC 95% 0,48-1,00 (256 participantes, um estudo, evidência de baixa qualidade). Autores recomendam que os resultados devem ser interpretados com cautela. Ressaltam a importância das creches nesses países e a necessidade de estudos que avaliem seu papel. | 7/11 | 1/1 | 1/1 | 1/1 | 2014 |
| D'Onise, 2010b | Creches para pré-escolares e programas de intervenção precoce no desenvolvimento infantil. | Avaliar efeitos desses programas na saúde do adulto, através de vários desfechos. | A revisão elegeu 12 estudos, que ainda guardavam algumas fraquezas: intervenções multifacetadas e difíceis de agrupar na análise (o que impediu a realização de metanálise), um número restrito de desfechos de saúde, dependência de medições baseadas em autorreferência, amostras pequenas e seguimentos até idades adultas muito precoces. Cinco dos 12 estudos incluídos examinaram os efeitos de dois grandes programas de governo (<i>Head Start</i> e Creches para crianças de Chicago). Os outros sete estudos examinados eram de menor escala baseados em intervenções de universidades. Todos os estudos examinaram uma intervenção multifacetada, incluindo tanto serviços de educação e serviços indiretos através dos pais/cuidadores. O Programa Abecedarian foi a intervenção mais abrangente, envolvendo educação, saúde e serviços sociais, e programas de parentalidade a partir de seis semanas após o nascimento até oito anos de idade para algumas crianças. Serviços para os pais, quer seja em visitas domiciliares em uma base periódica ou programas para pais foram oferecidos em todas as intervenções, exceto em uma. Por isso os resultados não podem ser atribuídos às creches isoladamente. Houve efeitos positivos das intervenções na maioria dos desfechos comportamentais e uma sugestão de redução de sintomas de depressão. Desfechos sobre doenças crônicas tenderam a efeito nulo. Conclusão: a revisão fornece algum suporte ao papel das intervenções precoces para melhorar comportamentos em saúde, mas não para desfechos em doenças crônicas. | 8/11 | 12/12 | 11/12 | 12/12 | 2008 |
| Zoritch; Roberts; Oakley, 1998 | Papel das creches do ponto de vista educacional, de saúde e bem estar. | Avaliar e buscar evidências científicas sobre o papel das creches nos desfechos educacional, de saúde e bem-estar. | Explicita que está usando uma técnica de revisão sistemática em que o setor saúde foi pioneiro, para buscar evidências do papel das entidades de cuidado diário de criança nos campos citados. Seleciona no total apenas oito artigos, porque dos 920 resumos lidos e 19 livros, havia apenas esses oito desenhados como ECR. Todos em território dos EUA e voltados para populações desprivilegiadas. Resultados mostram que creches promovem a inteligência da criança, o desenvolvimento e melhoram o desempenho escolar. Seguimento de longo prazo demonstra nível de emprego aumentado, menos gestações de adolescentes, maior status socioeconômico e diminuição de comportamento criminoso. Além disso, efeitos positivos na educação materna, emprego materno e interação com a criança. Efeitos nos pais não foram avaliados. A maioria dos ensaios combinam as intervenções (creches com algum elemento de formação dos pais ou educação, principalmente dirigidos a mães) e, portanto, eles não separaram os possíveis efeitos destas duas intervenções. Os ensaios tinham outras deficiências metodológicas significativas, apontando para a importância de melhoria no desenho dos estudos. | 6/11 | 8/8 | 0/8 | 8/8 | 1994 |

Continua

Conclusão

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|--------------------|---|---|--|--------|--|---|---|---------------------|
| Mol; Bus, 2011 | Examina se há associação entre acesso a impressos (publicações) e habilidades de leitura. | Foram examinados trabalhos em crianças do jardim da infância, pré-escola até a universidade, que estudaram associação entre a exposição a publicações em períodos de lazer e o desenvolvimento de habilidades de leitura, escrita e compreensão de leitura. | Metanálise de 99 estudos focados em leitura nos períodos de lazer em crianças desde o jardim da infância até a universidade. Para todas as medições nos domínios do desfecho compreensão da leitura e escrita, correlações de moderadas a fortes com exposição a material impresso (<i>print exposure</i>) foram encontradas. No conjunto das crianças de dois a seis anos de idade, a correlação entre as habilidades de linguagem oral e exposição foi moderada ($R=0,34$; $p=0,001$). Os desfechos suportam uma espiral ascendente de causalidade: crianças mais proficientes em compreensão, leitura técnica e escrita leem mais; com a exposição, essas habilidades melhoram ainda mais a cada ano de educação. Os autores concluem que experiências de leitura fora da escola facilitam a aquisições de linguagem, de habilidades de leitura e escrita. | 8/11 | 29/99 | 0/99 | 79/99 | 2008 |
| Sloat et al., 2014 | Intervenções baseadas em leitura mediada por pais. | Esta revisão sistemática avalia evidências sobre intervenções mediada por pais, que aumentam o tempo gasto com leitura com crianças até aos quatro anos de idade. | Quatro estudos preencheram os critérios de inclusão, relatando os resultados para 664 crianças. Três forneceram dados para a metanálise. A diferença média padronizada foi de 1,61 (IC95% 1,03, 2,19), favorecendo a intervenção sobre o controle. Os resultados indicam que intervenções destinadas a aumentar a quantidade de tempo gasto dos pais lendo interativamente com seus filhos produziram resultados positivos. Os resultados também demonstram que os prestadores de cuidados primários pediátricos estão bem posicionados para promover a leitura entre os pais de pré-escolares. | 9/11 | 4/4 | 4/4 | 4/4 | 2014 |

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Realizar visitas domiciliares visando ao desenvolvimento infantil

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|-------------------------|---|---|--|--------|--|---|---|---------------------|
| Sweet; Appelbaum, 2004, | <p>Intervenções baseadas somente em visitas domiciliares (não combinadas a outras intervenções), voltadas a crianças normais, realizadas nos EUA. A visita domiciliar é um termo genérico que implica uma estratégia para a entrega de um serviço, em vez de um tipo de intervenção, por si só. Programas diferem em várias dimensões, incluindo os tipos de famílias atendidas (por exemplo, mães adolescentes solteiras, famílias de etnias específicas; ou com fatores de risco sociais), comportamentos ou resultados direcionados (por exemplo, abuso de crianças, preparação para a escola), o tipo de pessoal que presta serviços (por exemplo, enfermeiros, ou mães da comunidade), as idades das crianças-alvo (por exemplo, se inscrevem as mães grávidas, ou famílias com crianças pré-escolares), duração e intensidade de serviços, tipos de serviços prestados, métodos de recrutamento, e métodos de atribuição das famílias a grupos de tratamento. Os serviços prestados em casa variam de programa para programa.</p> | <p>Esta é a primeira revisão sistemática com metanálise abrangente com o objetivo de quantificar a utilidade das visitas domiciliares como estratégia para ajudar famílias em uma ampla gama de resultados.</p> | <p>Em relação aos objetivos dos programas, os dois mais frequentemente relatados foram a educação dos pais (96,7%) e o desenvolvimento da criança (85%). Outros objetivos foram: a) prestação direta de cuidados de saúde (30%); b) apoio social (28%); c) prevenir abuso de crianças (18,3%); d) elevar a autoestima dos pais, senso de competência, empowerment, ou liderança (10%); e e) capacitação para o trabalho, educação ou formação em treinamento (8,3%). Uma pequena porcentagem de programas (6,7%) era oferecida universalmente às famílias e a maioria dos programas era voltada a algum tipo de família com ambiente de risco (75%). A maioria dos programas se destinava a durar 9-12 meses (18,3%), 12 a 24 meses (30%), ou 24 a 36 meses (23,3%). A maioria dos programas (75%) envolvia profissionais. Paraprofissionais, que muitas vezes são da mesma comunidade que está sendo visitada e foram ajudados pelos programas de visita domiciliar, foram envolvidos em 45% dos programas. Um pequeno número de programas envolveu não profissionais (8,3%) que tiveram educação formal, mas nenhum treinamento para visita domiciliar. Para o grupo de desfechos cognitivos da criança, famílias visitadas por profissionais (M=250, SD=1,47) se saíram melhor do que as famílias visitadas por não profissionais (M=-0,070, SD 52,67). Para o grupo de abuso infantil, paraprofissionais foram associados com tamanhos maiores de efeito (M=-5,77, SD=1,30) do que profissionais (M=-1,32, SD=1,32) ou não profissionais (M=-0,085, SD=1,14). Para resultados cognitivos da criança, tamanhos de efeito foram significativamente maiores para contrastes em que as famílias eram alvo (M=1,65, SD=1,50) do que para contrastes em que as famílias eram universalmente inscritas (M=-0,104, SD=3,18). Esse conjunto de resultados indica que os programas de visitas domiciliares ajudam as famílias. As crianças se beneficiam a partir de visitas domiciliares até o final do tratamento. Desfechos cognitivos e os resultados socioemocionais foram maiores para crianças visitadas do que para as crianças do grupo controle. A possibilidade de abuso também foi menor para as crianças visitadas. Em relação a significância estatística, os programas de visita domiciliar como um todo forneceram benefícios para crianças e seus pais. A significância estatística, no entanto, não significa necessariamente significado prático.</p> | 8/11 | 60/60 | 0/60 | 60/60 | Não disponível |

Continua

Continuação

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|---------------------------------------|---|---|---|-------------|--|---|---|---------------------|
| <p>Kearney; York; Deatrick, 2000.</p> | <p>Visitas domiciliares realizadas por enfermeiras nos EUA e Canadá. Tais programas em geral são baseados na teoria da Ecologia Social. Nesta, o ambiente humano de uma criança é a principal influência no seu desenvolvimento. A criança é rodeada por uma série de configurações (imediate e família ampliada, escola, comunidade e cultura) que afetam a criança diretamente e através da sua interação. Intervenções de visitas domiciliares com base neste modelo são projetadas para melhorar os recursos dos pais e a capacidade de criar um ambiente de promoção da saúde, que por sua vez, leva a uma melhor saúde e desenvolvimento da criança. Resultados provisórios incluem bem-estar materno e ao longo da vida, desenvolvimento, parentalidade, conhecimentos, atitudes e habilidades; e utilização de cuidados de saúde adequados. Visitas domiciliares de enfermeiras foram definidas como intervenções em casa realizadas por enfermeiras, para efeitos de promoção da saúde e prevenção da doença. O estudo incluiu intervenções combinadas, voltadas a RNT e RNPT, que iniciavam no pré-natal ou no período pós-natal.</p> | <p>Identificar os modelos específicos de programas de visitas domiciliares realizadas por enfermeiras com maior efeito no referido contexto cultural.</p> | <p>20 estudos foram incluídos, envolvendo 4.538 famílias e 4.545 crianças. Quinze estudos foram direcionados a amostras com riscos sociais, três foram destinados a pais de recém-nascidos prematuros e dois direcionados a famílias de prematuros em risco social. Três usaram grupos de comparação não aleatórios, e os restantes eram randomizados e controlados. Nove programas foram iniciados na gravidez e 11 após o nascimento. A duração da visita domiciliar variou entre três meses até três anos. Retenção da amostra variou de 32% a 100% com uma média de 82%. A qualidade dos estudos era fraca em vários aspectos. Resultados favoráveis foram alcançados em relação ao bem-estar materno, parentalidade e interação mãe-bebê, porém somente um terço das intervenções teve efeito no desenvolvimento infantil. Doze equipes usaram as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil e em quatro estudos houve efeitos positivos da intervenção de nove a 19 pontos na escala de 100. Crianças em grupos de intervenção tiveram melhores resultados do que aquelas em grupos de controle em testes de inteligência Stanford-Binet (por 5-8 pontos) em três estudos, embora uma análise tenha sido limitada a um subgrupo de crianças cujas mães fumaram durante a gravidez. Não houve efeito da intervenção no Denver Developmental Screening Test. O Behavior Checklist Achenbach foi completado por mães em dois estudos, mas não mostrou nenhum efeito de intervenção. Das cinco intervenções que produziram efeitos positivos no grupo de intervenção como um todo, três foram realizadas com prematuros, a quarta usou um currículo estruturado de visitas por um período de dois anos e o quinto incluiu visitas de enfermeiras focadas especificamente sobre estimulação cognitiva. Os dois últimos estudos indicam que o foco direto sobre a interação pai-filho promove resultados positivos na criança. Alguns resultados favoráveis sobre desfechos relacionados à saúde foram relatados, como maior adesão à imunização. Conclusão: visitas domiciliares por enfermeiras tiveram um efeito mais consistente sobre o bem-estar materno, interação e parentalidade do que no desenvolvimento, na saúde infantil ou utilização de cuidados de saúde. Intervenções eficazes com famílias de crianças a termo foram multifocais, programas intensivos com duração de dois ou mais anos, ou eram de menor duração (seis meses a um ano) e envolveram enfermeiros com nível de pós-graduação que se concentraram na construção de relacionamentos e reforço da interação materno-infantil, em vez de ensinar os pais de um modo direto. As intervenções com o mais longo <i>follow-up</i> indicam a mais ampla gama de efeitos positivos. Os programas menos efetivos foram aqueles desenhados para alterar comportamentos em famílias com problemas pré-existentes, como uso de drogas, alcoolismo e abuso. Os pesquisadores que compararam o custo de suas intervenções com cuidados habituais relataram economia. Oids e colaboradores (1993) projetaram economia nos gastos do governo com famílias do grupo de intervenção de US\$1.772 por família. Talvez o obstáculo mais significativo para a expansão de programas de visita nos EUA e a sua aceitabilidade social incerta. Ao contrário da Grã-Bretanha, onde as visitas domiciliares são comuns, os programas norte-americanos são considerados como evidência de inadequação parental. O autores defendem que os enfermeiros teriam melhor preparo para a implementação da ação do que paraprofissionais ou não profissionais.</p> | <p>6/11</p> | <p>17/20</p> | <p>0/20</p> | <p>20/20</p> | <p>1998</p> |

Continua

Continuação

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíam a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|----------------------|--|--|---|--------|---|---|---|---------------------|
| Peacock et al., 2013 | Programas de visitas domiciliares realizadas por paraprofissionais (indivíduo que realiza programa de visitas domiciliares cujas credenciais não incluem formação clínica, por exemplo, psicólogo do desenvolvimento, etc.) e que não está licenciado. | O objetivo deste trabalho é rever sistematicamente a eficácia de programas de visitas domiciliares realizadas por paraprofissionais sobre os resultados do desenvolvimento e de saúde das crianças de famílias desfavorecidas. | 21 estudos alcançaram os critérios de inclusão. Melhorias significativas para o desenvolvimento e a saúde das crianças, como resultado de um programa de visitas domiciliares, foram identificadas para determinados grupos. Estes incluem: a) prevenção de abuso infantil em alguns casos, especialmente quando a intervenção é iniciada no pré-natal; b) benefícios para o desenvolvimento em relação à cognição e problemas comportamentais, e menos consistente com competências linguísticas; c) redução da incidência de baixo peso ao nascer e problemas de saúde em crianças mais velhas; e d) aumento da incidência de ganho de peso adequado na primeira infância. No entanto, visitas domiciliares em geral são limitadas para melhorar a vida das crianças de alto risco social que vivem em famílias desfavorecidas. De nove estudos que avaliaram o impacto das visitas no desenvolvimento das crianças, cinco identificaram que as intervenções foram efetivas: em relação ao comportamento da criança, de três estudos, dois identificaram impactos a favor da intervenção, e de cinco que avaliaram impacto na linguagem, dois identificaram efeito positivo da intervenção. Algumas possíveis dificuldades são que as famílias-alvo podem não aceitar a inscrição em um programa ou quando eles concordam, mais tarde podem optar por não permanecer no programa. Algumas possíveis explicações para isso incluem o fato de que os visitantes podem ser vistos como intrusos ou porque as famílias podem achar que é difícil abrir suas casas para visitantes domiciliares. Alcançar consistência na implementação do programa pode também ser difícil; famílias podem não receber o número previsto de visitas e os visitantes podem não entregar o conteúdo de acordo com o modelo do programa. Os custos de um programa implementado por enfermeiras também pode ser uma barreira para o sistema de saúde. Algumas recomendações dos autores são: definir a intensidade das intervenções, se aproximar das mulheres no pré-natal, focalizar os programas na melhoria de resultados específicos, certificar-se de que os paraprofissionais receberam formação adequada e apoio, e melhorar a retenção de todas as famílias. | 11/11 | 21/21 | 4/21 | 21/21 | 2012 |

Continua

Continuação

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados com foco no problema | Último ano da busca |
|------------------------------|---|---|--|--------|--|--|---------------------|
| <p>Avellar; Suplee, 2013</p> | <p>Programas de visitas domiciliares nos EUA. A visita domiciliar é um mecanismo de prestação de serviços que tem sido utilizado em muitas disciplinas, para a prevenção ou intervenção, para atingir indivíduos desde a gravidez até a velhice. Esses programas geralmente usam um trabalhador treinado, profissional ou paraprofissional, para fornecer serviços e informação ou orientação de uma forma que ultrapassa muitas das barreiras tradicionais à prestação de serviços. Por exemplo, muitas famílias de alto risco têm limitadas opções de transporte. As visitas atingem famílias nas suas casas, eliminando essa barreira. Alguns programas de visita domiciliar são universais, atingindo todos os novos pais, outros tem como famílias-alvo aquelas de alto risco para problemas de saúde, desenvolvimento e resultados econômicos. Embora os modelos difiram, a maioria dos programas tem um protocolo estruturado, materiais e objetivos e uso de uma combinação de informação direta, partilha e manejo de casos com referência a recursos da comunidade.</p> <p>O foco na saúde das crianças geralmente começa durante a gravidez. Os modelos têm como objetivo melhorar os resultados de nascimento, vinculando as mães para os cuidados de saúde pré-natal e fornecendo informações sobre o desenvolvimento fetal. Depois do nascimento da criança, os programas se concentram no acesso das crianças a puericultura e vacinação e os cuidados adequados para doenças e lesões. Alguns programas também fornecem informações aos pais sobre as formas de apoiar a saúde física, como por meio de refeições nutritivas e atividade física. Para apoiar o desenvolvimento das crianças, os modelos envolvem os pais em: a) atividades projetadas para melhorar o funcionamento da criança; b) nas atividades educativas para os pais sobre o desenvolvimento da criança; c) em estratégias para melhorar a prontidão para a escola (tais como atividades de alfabetização) e d) atividades para promover interações positivas entre pais e filhos.</p> | <p>Para apoiar o Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting (MIECHV) Program, um programa federal dos EUA, o Department of Health and Human Services (DHHS) elaborou o projeto HomeVEE (Home Visiting Evidence of Effectiveness), projetado para identificar as pesquisas relevantes sobre os modelos de programas de visita domiciliar selecionados e avaliar seu impacto.</p> | <p>32 programas foram avaliados, em 207 estudos de impacto e 198 estudos de implementação. Destes, 12 programas alcançaram os critérios do DHHS para avaliação de eficácia. Dos 12 programas, cinco apresentaram resultados favoráveis em desfechos de saúde; dois em desfechos ao nascimento; nove em desfechos relacionados ao DI e cinco em relação à redução de maus tratos.</p> | 11/11 | 207/207 | 207/207 | 2012 |

Continua

Conclusão

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|-----------------|---|---|---|--------|--|---|---|---------------------|
| Lagerberg, 2000 | O artigo relata intervenções precoces para famílias e crianças jovens. Inclui estudos sobre visita domiciliar, mas também outros programas para crianças pré-escolares. | Revisar intervenções orientadas para as famílias socialmente desfavorecidas, crianças com baixo peso ao nascer/prematuras, problemas de sensibilidade e apego, e outros problemas como o abuso de crianças e depressão pós-natal. | Visitas domiciliares podem afetar positivamente vários resultados, como comportamento de saúde, segurança da criança e estimulação. Abusos e negligências são difíceis de influenciar, mas as visitas domiciliares podem resultar em outros ganhos, como menos acidentes, ferimentos graves e maior segurança em casa. Visitas domiciliares não mostram efeito sobre a taxa de nascimento de prematuros ou bebês com baixo peso. Intervenções que fornecem exclusivamente suporte social, sem esforços para mudar o comportamento da mãe, particularmente sobre o fumo, não são suscetíveis de ter sucesso para melhorar os resultados da gravidez. O desenvolvimento cognitivo de RN baixo peso ao nascer e prematuras pode ser positivamente influenciado, particularmente se combinado com programa de estimulação precoce na unidade neonatal. Mães com depressão pós-natal podem melhorar substancialmente a partir do aconselhamento de enfermeiras uma vez por semana por 6-8 semanas. As intervenções orientadas para as famílias em risco, por exemplo, baixa renda, mães adolescentes ou pais de primeira viagem, são particularmente propensos a ter sucesso. Uma determinada dose-resposta no impacto foi encontrada, com resultados cognitivos mais favoráveis em crianças cujas mães tinham participado em reuniões de grupos e começado a participar durante a fase inicial da intervenção. Também se relatou um efeito dose-resposta sendo que uma visita por semana foi mais benéfica do que duas visitas por mês, que por sua vez eram mais benéficas do que uma visita por mês, ou nenhuma (estudo parcialmente randomizado e por isto os resultados devem ser interpretados com cautela). As referências explicitam 79 artigos e documentos, dos quais 48 apresentados em quadros que relatam efeitos em: 19 sobre famílias socialmente desfavorecidas, 23 sobre famílias com crianças com baixo peso ao nascer e prematuras e seis sobre outros problemas como por exemplo, depressão pós-natal. | 3/11 | 48/48 | 0/48 | 33/48 | 1999 |

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 5 – Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na Atenção Básica

| Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em LMIC | Proporção de estudos com foco no problema | Último ano da busca |
|------------------------|---|---|---|--------|--|---|---|---------------------|
| Regalado; Halfon, 2001 | <p>Serviços de atenção primária voltados ao desenvolvimento de crianças saudáveis de zero a três anos que realizam: 1) avaliação do desenvolvimento infantil (incluindo avaliação de informação dos pais, monitoramento do desenvolvimento – incluindo a utilização de <i>screenings</i>, avaliação psicossocial, observação da relação mãe-bebê e avaliação comportamental da criança); 2) educação (incluindo orientação antecipada sobre a relação pais-bebê, comportamento da criança, promoção de hábitos de sono saudáveis, disciplina e educação dos pais em diferentes formatos); 3) intervenção, envolvendo vários tipos de aconselhamento focado em problemas no consultório, em atendimento por telefone e visitas domiciliares; 4) coordenação do cuidado, que se refere ao manejo do cuidado e encaminhamento para avaliação diagnóstica e para especialistas.</p> | <p>Analisar as evidências sobre eficácia, efetividade e custo-efetividade de serviços de atenção primária que promovem o desenvolvimento ótimo de crianças saudáveis de 0-3 anos.</p> | <p>Muitas atividades de atenção primária voltadas ao DI mostraram eficácia e efetividade. 1) Atividades de avaliação: - avaliação da informação dos pais: foram analisados cinco estudos e a avaliação mostrou-se uma estratégia central para vigilância do DI e mostrou-se confiável para prever problemas de desenvolvimento. A avaliação das preocupações dos pais sobre o desenvolvimento de seus filhos mostrou que essas informações consistem em indicadores confiáveis e acurados para detectar reais problemas de desenvolvimento. Para a identificação de problemas significativos do DI, um estudo mostrou sensibilidade de 70% e especificidade de 73%. A utilização de instrumentos padronizados (<i>checklists</i>) aumenta a chance dessa abordagem (53% vs 30%) na prática clínica. - avaliação do risco de problemas de desenvolvimento: análise de quatro estudos sugere que os esforços para a identificação precoce de problemas de DI não são efetivos; somente 28,7% das crianças são diagnosticadas antes dos cinco anos antes da entrada na escola, somente os casos mais severos são diagnosticados precocemente. Um estudo mostrou que a predição de <i>screenings</i> foi maior com 39 semanas, dois anos e três anos e que testes de adaptação e função neurológica foram mais preditivos de problemas tardios na escola e de comportamento. - avaliação do ambiente psicossocial: oito estudos foram avaliados; a utilização de questionários aumenta a chance de identificação de fatores de risco psicossociais, tais como: uso de álcool e drogas pelos pais, depressão materna (8,9 vezes), falta de suporte social, violência doméstica (2,7 vezes) e história dos próprios pais de abuso na infância, quando comparados ao julgamento clínico. - avaliação do comportamento da criança: 1) não foram identificados estudos na faixa de 0-3 anos; 2) Atividades de orientação antecipada. Foram avaliados em 20 estudos. - orientações pelo pediatra para contato positivo entre mãe e criança tiveram impacto sobre os conhecimentos das mães e sensação de estar sendo apoiada, mas não tiveram impacto no DI; - educação dos pais para aumentar a interação pais-criança: três estudos mostraram efetividade, utilizando discussões em visitas domiciliares, programa de treinamento sobre competências do recém-nascido e vídeo de 15 minutos. - orientação antecipada sobre o temperamento da criança: dois estudos mostraram efetividade dessa abordagem; - sessões de aconselhamento preventivo e orientações por escrito mostraram-se efetivas para melhorar o padrão de sono; - distribuição de livros aumenta as atividades compartilhadas com a criança e melhora o desenvolvimento da linguagem. 3) Intervenções focadas em problemas do desenvolvimento: foi demonstrada a efetividade do aconselhamento e terapias comportamentais em relação ao choro excessivo (cólicas) e problemas do sono. Não foi demonstrada a efetividade de medicamentos nessas situações e chamou-se a atenção para possíveis efeitos colaterais; 4) Coordenação do cuidado: não foram identificados estudos.</p> | 4/11 | 47/47 | Não disponível | 47/47 | 1999 |
| Cesaro et al., 2013 | <p>Programa com os pais ou só com a mãe utilizando jogos compartilhados; leitura compartilhada; vídeo interacional; livro-guia sobre como estimular a linguagem; oficinas; material para auxiliar a aprendizagem; panfletos informativos; jornal com atividade interativa específica para a idade; visitas domiciliares; programa de intervenção para diminuir o estresse materno; fortalecimento do vínculo familiar e orientações em grupo e preparação para a ida à escola com os pais.</p> | <p>Revisar sistematicamente na literatura as intervenções realizadas em linguagem infantil na atenção primária a saúde.</p> | <p>A maior parte dos estudos envolveu os pais e as crianças e a principal estratégia utilizada foi a do vídeo interacional, que se mostrou efetiva para aumentar a interação entre pais e filho e a linguagem.</p> | 4/11 | 6/10 | 0/10 | 10/10 | 2013 |

Fonte: Elaboração própria.

Esta obra foi impressa em papel *duo design* 250 g/m² (capa) e papel *couchê* fosco 115 g/m² (miolo) pela Nome da gráfica, em dezembro de 2016. A Editora do Ministério da Saúde foi responsável pela normalização (OS 2016/0527).

ISBN 978-85-334-2447-0



9 788533 424470

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

