ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

**VIOLÊNCIA SOCIAL**

# A Promoção da Primeira Infância como Estratégia de Prevenção à Violência

**Fernando P. Cupertino de Barros, MD, Nereu Henrique Mansano, MD, Alessandra Schneider, MA.**

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasil

Outubro 2011

## Introdução

A violência gera sérias consequências para as pessoas e para a sociedade, com fortes repercussões no setor saúde, tanto por ser importante causa de mortalidade e morbidade quanto pelo significativo impacto nos custos da atenção à saúde. As manifestações violentas possuem determinantes sociais, históricos e culturais e não devem ser tratadas como uma mera questão de segurança pública[1,2,3]. O enfrentamento e a prevenção da violência exigem uma afinada articulação intersetorial e a convergência de diversas políticas públicas, dentre elas a de saúde.

Segundo dados preliminares extraídos do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde, em 2009, ocorreram 49.966 óbitos por homicídio (média de 137 por dia); 37.225 mortes no trânsito (107 por dia) e 9.328 suicídios (26 por dia). Somados estes números, tem-se uma média de 270 óbitos diariamente. Se alguma doença transmissível ocasionasse este volume de mortes, ter-se-ia uma situação de comoção nacional!

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

**Tema e contexto de pesquisa**

A partir do reconhecimento da relevância e do impacto das diversas ocorrências de violência, os secretários de estado da saúde do Brasil, reunidos na Assembléia do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em setembro de 2007, decidiram inserir o tema da violência na agenda de prioridades da entidade e do Sistema Único de Saúde (SUS). O CONASS concebeu o projeto "Violênc Montreal/Canadá, e os Escritórios de representação no Brasil da Organização Panamericana de Saúde ia: uma epidemia silenciosa", a partir de um amplo chamamento aos parceiros de gestão do SUS e com a pronta adesão do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Renomadas instituições internacionais foram parceiras nesse projeto, tais como o Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância (*Centre of Excellence for Early Childhood Development*) da Universidade de(Opas), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem) e do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (Unodc).

Uma das principais atividades realizadas no âmbito do projeto "Violência: uma epidemia silenciosa" foi a realização de cinco seminários regionais e um nacional. Os seminários regionais foram realizados nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Maranhão e Rio de Janeiro de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008. O seminário nacional ocorreu em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em abril de 2008. Foram selecionadas 118 experiências relacionadas ao tema, provenientes de 25 estados brasileiros. Destas, 102 foram apresentadas e discutidas nos seminários regionais, sendo 20 na Região Sul, 21 na Região Centro-Oeste, 16 na Região Norte, 17 na Região Nordeste e 28 na Região Sudeste.

**Resultados de pesquisas recentes**

O CONASS, ao desencadear um amplo debate sobre as manifestações da violência, suas estratégias de enfrentamento e de prevenção, compilou uma série de propostas de intervenção baseadas em experiências bem-sucedidas que estavam sendo desenvolvidas por secretarias estaduais e municipais de saúde, e que envolviam, em sua maioria, parcerias com outros setores governamentais e da sociedade civil.

**1. Propostas para o enfrentamento da violência**

O processo de mobilização coordenado pelo CONASS e seus parceiros resultou na elaboração, publicação e disseminação do documento “O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas” (CONASS, 2009) que agregou as contribuições das experiências estaduais e municipais, assim como de experiências internacionais (com destaque para iniciativas do Canadá e da Colômbia). O documento também incorporou contribuições de diversos pesquisadores e profissionais que participaram dos seminários e oficinas.

As propostas foram organizadas em seis áreas de atuação: Vigilância; Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social); Organização da Assistência; Formação e Educação Permanente; Pesquisa; e Legislação. Abaixo, são apresentadas as estratégias sugeridas por área de atuação.

*1.1 Vigilância*

a. Implementar Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde
b. Instituir “Observatórios de acidentes e violências”
c. Implementar em toda a rede de assistência à saúde a Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências
d. Implementar e ampliar os “Serviços Sentinela de Violências e Acidentes”
e. Mapear as áreas com maior frequência de lesões e mortes ligadas à violência e acidentes
f. Aprimorar a qualidade e agilizar as informações dos sistemas de informações já existentes
g. Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado aos casos de tentativas de suicídio nos estados e municípios.

*1.2 Prevenção e promoção*

Incentivar a promoção, o acompanhamento do desenvolvimento integral e o atendimento às necessidades essenciais da primeira infância, incorporando o Programa de Saúde da Família a essa atividade

a. Ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
b. Inserir na organização da rede de atenção à saúde as ações de prevenção da violência e promoção da saúde
c. Implementar campanhas de comunicação social

d. Instituir nas três esferas de governo câmaras setoriais das políticas de saúde, segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz

e. Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado nos casos de tentativas de suicídio nos estados e municípios.

*1.3 Organização da assistência*

a. Organizar a atenção com base nos indicadores de saúde e no diagnóstico elaborado pelas equipes de saúde, com o objetivo de disponibilizar ações e serviços (pontos de atenção) de acordo com território sanitário e o nível de atenção.

*1.4 Formação e educação permanente*

a. Promover a capacitação das equipes do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

b. Desenvolver atividades de educação permanente

c. Desenvolver programas de transferência de tecnologia de abordagem da violência e construção da paz nos estados e municípios

d. Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente.

*1.5 Pesquisa*

a. Realizar estudos sobre morbimortalidade por violência

b. Realizar estudos relacionados ao conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores

c. Realizar avaliação das políticas públicas, programas e serviços existentes

d. Realizar estudos sobre custos e impacto econômico e financeiro

e. Organizar um observatório de divulgação dos conhecimentos produzidos.

*1.6 Legislação*

a. Intersetorialidade: instituir, por meio de legislação específica de cada esfera de governo (municipal, estadual e federal), câmaras setoriais das políticas de segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz

b. Controlar o consumo e a publicidade de bebidas alcoólicas

c. Promover a diminuição da violência no trânsito por meio de alterações na legislação

d. Promover ações de combate e repressão ao crime

e. Coibir a violência de gênero e contra grupos etários mais vulneráveis.

*2. Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância*

Estudos realizados no Canadá e apresentados durante a conferência magna do Seminário Nacional (Porto Alegre/RS/Brasil – 2008) pelos Profs. Richard Tremblay e Sylvana M. Côté, da Universidade de Montréal, demonstram que ao contrário do senso comum de que o comportamento violento tem seu ponto máximo e se inicia na adolescência, a agressão física, na verdade, já está presente em crianças menores de seis anos de idade, declinando a partir daí com o aumento da idade. Crianças pequenas recorrem com frequência e de maneira espontânea à agressão física para atingir seus objetivos. Elas geralmente não aprendem a agredir a partir do meio que as circunda, mas, à medida que se socializam, desenvolvem a linguagem e internalizam as regras sociais, aprendem a não recorrer à agressão e a utilizar soluções alternativas para resolver seus problemas.

Assim, pesquisas atuais demonstram a importância dos cuidados sistemáticos destinados a crianças pequenas e/ou a mães jovens e  em vulnerabilidade social, por meio de visitas domiciliares a partir da gestação.[5-12] Demonstram, também, o efeito protetor das creches sobre as crianças de risco com melhora no desenvolvimento da linguagem, no conhecimento dos números, na maturidade para a aprendizagem e na prevenção do comportamento violento[13-16] Estudos de custo-benefício apontam que o investimento na primeira infância reduz os gastos potenciais com pessoas de comportamento violento em sete vezes, aos 27 anos, e em 13 vezes, aos 40 anos.[16,17]

Dentre as propostas de prevenção à violência apresentadas pelo CONASS, destaca-se de modo especial o incentivo à promoção e ao acompanhamento do desenvolvimento integral da criança, desde a concepção e nos primeiros anos de vida, e o atendimento às necessidades essenciais na primeira infância. Este tema vem sendo objeto de ações concretas do CONASS, no sentido de sua adoção como política pública para a prevenção da violência.

A tradução para o português do relatório “Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância”[16], e do filme (documentário) “As origens da agressão”, seguida de sua distribuição para todo o Brasil objetivaram ampliar o debate e possibilitar a utilização destes instrumentos na formulação de políticas públicas que ajudem a prevenir a violência. Os documentos citados foram

produzidos pelo Centro de Excelência Centro para o Desenvolvimento na Primeira Infância (CEDPI - *Centre of Excellence for Early Childhood Development*) e pelo Grupo de Pesquisa sobre Inadaptação Psicosocial na Infância, da Universidade de Montreal, e traduzidos e distribuídos no Brasil pelo CONASS.

Outra atividade extremamente relevante decorrente da parceria entre o CONASS e o CEDPI, celebrada em 2008, tem sido a elaboração da versão em língua portuguesa da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância (disponível em: www.enciclopedia-crianca.com) e a possibilidade de acesso a essas informações por pais, profissionais e formuladores de políticas sociais. O amplo acesso às evidências científicas disponíveis nos artigos de especialistas e nas mensagens-chave da Enciclopédia contribui de forma decisiva para ensejar ações de promoção na primeira infância e para a prevenção da violência. Para tanto, juntou-se ao CONASS, nesta iniciativa, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, de São Paulo, de cuja parceria decorre outras ações em favor da primeira infância brasileira.

Para fazer frente aos complexos desafios da sociedade contemporânea, seja a violência ou mesmo a promoção do desenvolvimento infantil, é indispensável atuar em parceria e em redes de cooperação, somando esforços para o alcance de objetivos comuns. O CONASS, em 2010, participou intensamente das oficinas de trabalho da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional, coordenadas pelo Ministério da Saúde. Tal iniciativa objetivava fomentar o cuidado humanizado à saúde da mulher e da criança, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral no período de zero a cinco anos de idade.

Em 2010, o CONASS passou a integrar a Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), que é uma articulação nacional de organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que atuam na promoção da primeira infância. A RNPI elaborou e entregou ao Governo brasileiro o Plano Nacional pela Primeira Infância[18] com sugestões de ações abrangentes e articuladas de promoção e realização dos direitos da criança de até seis anos, para os próximos 12 anos (2010-2022), em dezembro de 2010, em Brasília.

É oportuno destacar que a presidente do Brasil, Dilma Rousseff, eleita para o período 2011-2014, estabeleceu como prioridade a construção de 6.000 creches para a ampliação do atendimento educacional a crianças de zero a três anos. Em 2011, apenas cerca de 18% das crianças de até três anos têm acesso à creche no Brasil. O atual Plano Nacional de Educação prevê que até 2020,

50% das crianças menores de três anos estejam frequentando esse tipo de estabelecimento educacional.

## Conclusão

O enfrentamento da violência, essa epidemia silenciosa do século XXI, requer decisão política, articulação entre diversas instituições e segmentos da sociedade (poder público, organizações sociais, centros acadêmicos e de pesquisa, iniciativa privada, etc), assim como a formulação e a implementação de programas e políticas públicas baseadas em evidências. O CONASS, ciente desta realidade e dos seus desafios, tem atuado com afinco no estabelecimento de parcerias e na disseminação de informações relevantes sobre o tema da violência e, sobretudo, no desenvolvimento de estratégias de prevenção relacionadas à atenção integral, aos cuidados e à aprendizagem na primeira infância. Acreditamos que o futuro da nação caminha sob os pés de suas crianças.

**Referências**


1. Concha-Eastman, A., & Malo M. (2007). Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde [From suppression to prevention of violence: the challenge posed to civil society and the health care sector]. *Ciência & Saúde Coletiva* [Science & Collective Health], 11 (Sup): 1179-1188.

2. World Health Organization [WHO], (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.

3. Reichenheim M.E., Souza, E. R., Moraes, C.L., Jorge M.P., Silva, C.F., Minayo, M.S. (2011). Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros [Violence and injuries in Brazil: effects, advances attained and future challenges].*The Lancet – Saúde no Brasil* [Health in Brazil], May 2011.

4. National Council of Health Secretaries [CONASS], (2009). *Violência uma epidemia silenciosa – Seminário Nacional: propostas, estratégias e parcerias por área de atuação* [Violence as a silent epidemic - National Seminar: proposals, strategies and partnerships by area of activity]. CONASS Document no. 17. Brasilia.

5. Barnes, J., Ball, M., Meadows, P., Belsky, J. & the FNP Implementation Research Team. (2009). *Nurse-Family Partnership Programme Second Year Pilot Sites Implementation in England: The Infancy Period*. Research Report DCSF-RR166. London: Birkbeck College, University of London.

6. Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., & Olds, D. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Hove Visitation on the Life Course of Youths, 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, Vol. 164 (N.1) Jan, 2010.

7. Kitzman HJ. (2004/2010). Programas eficazes de desenvolvimento infantil para famílias de baixa renda: intervenções de visita domiciliar durante a gravidez e a primeira infância. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds.


©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

*Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: http://www.enciclopedia-crianca.com/documents/KitzmanPRTxp1-Visita.pdf. Accessed October 4, 2011.

8. Olds, D. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.

9. Olds, D., Eckenrode J., Henderson C.R. Jr, et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 278(8):637-643.

10. Olds, D., & Kitzman, H.J. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children*, 3(3): 52-92.

11. Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 48, N. 3-4, pp. 355-391.

12. Tolani, N., Brooks-Gunn, J., & Kagan, S. L. (2006). *Running Head: Parenting Education Programs for Poor, Young Children – A Cross-National Exploration. National Center for Children and Families*. Teachers College, Columbia University.

13. McCain, M.N., Mustard, F.J., & Shanker, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development.

14. de Moura D.R., Costa J.C., Santos I.S., Barros A.D., Matijasevich A., Halpern R., Dumith S., Karam S., Barros F.C. (2010). Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 24, 211–221.

15. Mustard, JF. (2010) Early brain development and human development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 1-5. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/MustardANGxp.pdf. Accessed October 4, 2011

16. Tremblay, R.E., Gervais, J., & Petitclerc, A. (2008). Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância [Early learning prevents youth violence]. Report. Available at http://www.conass.org.br/admin/arquivos/relatorio_para_grafica.pdf. Accessed October 4, 2011.

17. Schweinhart L, Montie J, Xiang Z, Barnett WS, Belfield CR, Nores M. *Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40*. Vol 14. Ypsilanti, MI: High/Scope Press; 2005.

18. National Early Childhood Network [RNPI], (2010). Plano Nacional pela Primeira Infância [National Early Childhood Plan]. Brasilia. Available at http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf. Accessed October 4, 2011.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL