



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU E A FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL COM A INTERVENIÊNCIA DO CRAMI DE BOTUCATU OBJETIVANDO A IMPLANTAÇÃO DO “PROJETO INTEGRAR PARA OTIMIZAR”, DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU, DESTINADO A INTEGRAR AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE PARA O APRIMORAMENTO DAS RELAÇÕES AFETIVAS ENTRE AS GESTANTES E SEUS CONCEPTOS, SUAS FAMÍLIAS E CRIANÇAS DE ZERO A TRÊS ANOS BEM COMO GARANTIR, POR MEIO DESSAS AÇÕES, A MELHOR FORMAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO PSICOLÓGICA DOS FUTUROS ADULTOS JÁ PRESENTES NESSAS CRIANÇAS.

Aos quinze dias do mês de janeiro do ano de 2010 (dois mil e dez), na sede da Prefeitura Municipal de BOTUCATU, sito à PRAÇA PEDRO TORRES, nº 100 – Centro, no Gabinete do Prefeito, REUNIRAM-SE,

O MUNICÍPIO DE BOTUCATU, inscrito no CNPJ/MF sob nº. 46.634.101/0001-15 neste ato representado pelo Sr. Prefeito Municipal, **DR. JOÃO CURY NETO**, brasileiro, casado, advogado, portador do RG nº. 19.683.026 e, inscrito no CPF nº. 148.207.338-26, residente e domiciliado nesta cidade de Botucatu, doravante denominada simplesmente “**PREFEITURA**”.

O CENTRO REGIONAL DE REGISTRO E ATENÇÃO AOS MAUS TRATOS NA INFÂNCIA – CRAMI BOTUCATU, neste ato representado pelo **SR. MÁRCIO CÉSAR LOPES DA SILVA**, brasileiro, casado, servidor público municipal, portador da cédula de identidade RG nº 5.768.457 e, inscrito no CPF sob nº 890.604.908-00, residente e domiciliado nesta cidade de BOTUCATU na Dr. Fernando Costa, 147, doravante denominada simplesmente “**CRAMI BOTUCATU**” e

A FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL - FMCSV, instituição filantrópica reconhecida de utilidade pública federal pelo Decreto nº. 50.517 de 02/05/1961, reconhecida de utilidade pública municipal, CNPJ (MF) 60.690.419/0001-44, com endereço à Rua Brigadeiro Faria Lima, nº. 3015, cj. 81, na cidade de São Paulo - Capital, neste ato representada pela **PRESIDENTE DO seu Conselho Curador, SRA. REGINA VIDIGAL GUARITA**, brasileira, casada, administradora de empresas, nº. 3.227.943, CPF nº. 030.506.918-75 e pelo **SUPERINTENDENTE MARCOS KISIL**, brasileiro, casado, médico, RG nº. 3.950.404-9, CPF nº. 184.064.408-72, conforme ata de eleição e posse do atual Conselho Curador, que passa a integrar o presente instrumento, doravante denominada simplesmente “**FMCSV**”,



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

Considerando:

(a) Que há o necessário alinhamento entre as partes para a implementação de atividades com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil por meio de ações de integração intersetorial enfatizando os cuidados para garantir a melhor estruturação psíquica da criança e incentivando, de forma abrangente e integradora a promoção da educação, da saúde e da assistência social através do trabalho de atenção integral e integrada à família e à criança, da gestação até os 03 (três) anos, neste Município;

(b) Que os termos do projeto de atuação oferecido pela Prefeitura de Botucatu, analisado e revisto em conjunto com representantes da FMCSV se ajustam aos princípios consignados na Visão, Missão e Objetivos da FMCSV, em especial no que se refere às ações em prol do desenvolvimento infantil, em consonância também com a visão que a área social da Prefeitura Municipal de Botucatu tem sobre o tema;

(c) que o cronograma de trabalho (Anexo) prevê a utilização e a participação da rede de assistência social, educação e saúde já existentes e, em funcionamento, administradas pelo poder público municipal para, com o apoio técnico e administrativo do CRAMI BOTUCATU, no prazo estimado de 02 (dois) anos, PROPORCIONAR AS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS E SUFICIENTES para o desenvolvimento do referido “Projeto integrar para otimizar”, com a participação ativa e o apoio técnico da FMCSV no tocante à temática pertinente às questões de desenvolvimento infantil;

As partes **RESOLVEM** de comum acordo, celebrar o presente Instrumento para implantar o **“PROJETO INTEGRAR PARA OTIMIZAR”, DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU**, doravante denominado simplesmente **“Projeto”**, nos termos e condições seguintes, cujas propostas e cronograma (**Anexos**), deverão ser observados pelas **Partes** nos limites de suas responsabilidades;

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1. Conforme previsto na proposta acordada entre as partes, o presente **“Convênio”** tem o objetivo de desenvolver o **“Projeto”** com a finalidade última de capacitação, reciclagem e formação de recursos humanos, articulação de pessoas e entidades, mobilização da sociedade e disseminação de informações e conhecimentos sobre Desenvolvimento Infantil, para a implementação de intervenções que visem melhorar a qualidade dos serviços prestados e garantir a promoção do desenvolvimento das crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos;
- 1.2. Por meio do apoio de cada parte contratual envolvida, serão aplicadas no Município de Botucatu as ações previstas no Projeto sendo certo que o referido Projeto deverá implementar as intervenções que melhor se ajustem à realidade local.
- 1.3. As propostas de intervenções chave para o Desenvolvimento Infantil abrangem o período Pré-Natal, Parto e Puerpério, bem como a Criança de 0 (zero) a 3 (três) anos de idade e a Família; a descrição de cada intervenção relacionada a cada tema é parte integrante do presente e seguirá em Anexo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

CLÁUSULA SEGUNDA – DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- 2.1. As atividades do “**Projeto**” foram pré-definidas por meio de proposta apresentada em conjunto pela **Prefeitura** o **CRAMI BOTUCATU**, revista e aprovada pela **FMCSV**.
- 2.2. As atividades propostas estão baseadas nas intervenções escolhidas para aplicação local respeitando o Plano de Ação e o Orçamento Anual, havendo a possibilidade de alteração mediante autorização prévia e expressa da **FMCSV**, sempre que justificada;
- 2.3. Nestes termos as organizações envolvidas no “**Projeto**”, comprometem-se a:
- (a) **FMCSV**: Aprovação e assinatura do presente instrumento, incluindo atividades previstas, orçamento pré-definido, cronograma e Regimento de Governança do “**Projeto**”. Aprovar em conjunto com a **Prefeitura** alterações ao Regimento de Governança do “**Projeto**”. Tomar ciência dos planos de ação anual e orçamento anual, bem como aprovar alterações necessárias. Tomar ciência dos Relatórios Trimestrais de Execução Orçamentária e de Atividades. Direcionar valor financeiro para conta bancária específica do **Projeto** em nome do **CRAMI BOTUCATU**.
 - (b) **PREFEITURA**: Aprovação e assinatura do presente instrumento, incluindo atividades previstas, orçamento pré-definido, cronograma e Regimento de Governança do “**Projeto**”. Nomear os membros do **Comitê Estratégico (“CE”)** do “**Projeto**”. Aprovar em conjunto com a **FMCSV** alterações ao Regimento do “**Projeto**”. Tomar ciência do plano de ação anual e orçamento anual. Tomar ciência dos relatórios trimestrais de execução orçamentária e de atividades. Disponibilizar estrutura física, material e profissional quando se tratar de profissionais envolvidos nas atividades do “**Projeto**”, previstas na contrapartida que consta da proposta aprovada (**Anexo**) e que faz parte integrante do presente Convênio.
 - (c) **CRAMI BOTUCATU**: Aprovação e assinatura do presente instrumento, incluindo as atividades de apoio previstas no orçamento, no cronograma e no Regimento de Governança do Projeto. Apoio à implantação da metodologia de capacitação, reciclagem e formação de recursos humanos em especial dos monitores em DI – Desenvolvimento infantil - e de articuladores intersetoriais e sociais do “**Projeto**”. Gestão com obediência ao Plano Orçamentário Anual e Plano de Ação Anual dos recursos fornecidos em conta bancária aberta especificamente para os fins de utilização no Projeto. Acompanhamento dos recursos destinados ao “**Projeto**” contemplados no orçamento dos órgãos municipais envolvidos. Na hipótese do **Secretário Executivo do Comitê Técnico (“CT”)** atuar de forma remunerada, ficará a cargo do **CRAMI BOTUCATU** a contratação de prestador de serviços.
- 2.4. A estrutura de governança do **Projeto** é constituída pelos seguintes órgãos:
- I) **Comitê Estratégico (“CE”)**: É composto, por até 07 (sete) membros, necessariamente pelos **Secretários Municipais da Saúde, da Educação e da Assistência Social**, além de 01 (um) representante do **CRAMI BOTUCATU** e 03 (três) representantes da comunidade local, que contribuam para a mobilização social e monitoramento do “**Projeto**”. O Comitê elegerá entre seus pares um representante denominado **Presidente**.
- a) Compete ao Comitê Estratégico (“CE”):



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

1. Aprovar a indicação dos membros e do **Secretário Executivo** do Comitê Técnico.
2. Revisar e discutir sobre os documentos apresentados.
3. Aprovar em conjunto com o Comitê Técnico o Plano de Ação e Orçamento Anual, bem como as suas alterações.
4. Tomar ciência dos Relatórios Trimestrais de Execução Orçamentária e de Atividades.
5. Informar a FMCSV sobre o Plano de Ação e Orçamento Anual, bem como SOLICITAR EVENTUAIS alterações.

II) Comitê Técnico (“CT”): É composto por até 06 (seis) membros, contando com um representante de cada área do **“Projeto”** e, obrigatoriamente, com um representante do **CRAMI BOTUCATU** pré-definido na proposta.

a) Compete ao Comitê Técnico (“CT”):

1. Indicar junto ao CE o nome do Secretário Executivo que será seu representante;
2. Revisar e discutir sobre os documentos apresentados;
3. Elaborar o Plano de Ação e fazer revisões trimestrais;
4. Elaborar Relatórios Trimestrais de atividades;
5. Supervisionar e monitorar a implantação do Plano de Ação Anual e propor alterações necessárias ao Comitê Estratégico;
6. Propor alterações no orçamento anual aprovado para adequar as revisões do plano de ação.
7. Realizar a gestão orçamentária através do acompanhamento e aprovação do uso dos recursos e elaborar relatórios trimestrais de execução orçamentária.

III) Secretário Executivo do Comitê Técnico (“CT”): Indicado pelo Comitê Técnico (“CT”) e aprovado pelo Comitê Estratégico (“CE”) o **Secretário Executivo do CT** deverá informar todas as ações às partes envolvidas neste Convênio.

a) Compete ao Secretário Executivo:

1. Propor agenda de encontros ao Comitê Executivo (“CE”) e ao Comitê Técnico (“CT”), fazendo recomendações aos seus membros sobre a gestão do **“Projeto”**.
2. Encaminhar ao Comitê Executivo (“CE”) os Relatórios Trimestrais de Execução Orçamentária dos recursos doados pela FMCSV.
3. Encaminhar ao Comitê Executivo (“CE”) os Relatórios Trimestrais de Atividades para sua apreciação e aprovação;
4. Encaminhar os Relatórios Trimestrais de Atividades e de Execução Orçamentária já aprovados pelo Comitê Executivo (“CE”) para as instituições mantenedores do projeto, Prefeitura, CRAMI BOTUCATU e FMCSV para apreciação e aprovação final.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

- 2.5. As reuniões dos órgãos acima mencionados ocorrerão sempre que necessário, sendo lavrada ata ao seu final, assinados pelos presentes.
- 2.6. As deliberações tomadas pelos órgãos participantes serão aplicáveis ao **“Projeto”** mesmo que determinada Parte deixe de comparecer na reunião. A última instância de decisão de eventuais conflitos será o Comitê Estratégico que decidirá de acordo com os princípios da boa-fé e da equidade mas, principalmente, com vistas ao foco do **“Projeto”** que é, e sempre será, o do Desenvolvimento Infantil e da intersetorialidade.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA CONSTITUIÇÃO E MANUTENÇÃO FINANCEIRA DO PROJETO

- 3.1. Para constituição das reservas destinadas ao cumprimento do objeto deste instrumento a **Prefeitura** e a **FMCVS** disporão de recursos da seguinte forma:
- (a) **FMCSV** – depositará, o valor total de R\$ 245.200,00 (duzentos e quarenta e cinco mil e duzentos reais) a título de doação em quatro parcelas, sendo certo que, a fixação de direitos e deveres serão fixados no Instrumento de Doação com Encargo. O depósito será feito em conta específica do projeto de titularidade do **CRAMI BOTUCATU**, no Banco Caixa Econômica Federal, banco 104 - Agência nº 292 Conta Corrente nº. 00311478-6
 - (b) **Prefeitura** – disponibilizará o acesso aos locais designados para a realização das atividades, bem como os recursos materiais, humanos e a infra estrutura previstos no **“Projeto”**.
 - (c) **CRAMI BOTUCATU** – Colocará à disposição do **“Projeto”** a infra-estrutura e equipe para a gestão dos recursos financeiros aportados pela **FMCSV**.
- 3.2. Para manutenção do **“Projeto”**, além dos rendimentos gerados pelos recursos que compuserem as reservas financeiras de cada Parte, poderão ser agregados, recursos adicionais de apoiadores externos, os quais serão avaliados por consenso, pelo Comitê Estratégico.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIA DAS PARTES

- 4.1. Independentemente de outros previstos nesse Instrumento, são direitos e obrigações comuns à todas as **Partes**:
- a) Participar ativamente do **“Projeto”** por meio das deliberações adotadas conforme a respectiva competência definida no cronograma (**Anexo**) e nas demais cláusulas deste Instrumento.
 - b) Utilizar o nome, imagem e demais sinais distintivos do **“Projeto”** em sua publicidade de caráter social, conforme política de divulgação a ser aprovada pelo Comitê Estratégico.
 - c) Obedecer o determinado no Regimento de Governança do **“Projeto”**, bem como o Cronograma Anexo ao presente Instrumento além das disposições do Comitê Estratégico.
 - d) Zelar pela probidade financeira e administrativa do **“Projeto”**, bem como responsabilizar a Parte que der causa a eventuais prejuízos ou danos causados às Partes ou terceiros envolvidos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

- e) Cada Parte envolvida, conforme determinado na Cláusula Terceira supra, deverá fazer o respectivo aporte financeiro no prazo estabelecido, de acordo com o cronograma de atividades, orçamento trimestral estabelecido e mediante a entrega e aprovação do relatório de prestação de contas do período anterior.
- 4.2. Faz parte deste instrumento a proposta munida do cronograma de atividades, orçamento (**Anexo**) e deverá ser complementada de Regimento Interno do **“Projeto”**, cuja implantação está aberta à deliberação, alteração e aperfeiçoamento que porventura surgirem ao longo da execução do projeto, desde que previamente aprovada pelo **Comitê Estratégico (“CE”)**.
- 4.3. A Prefeitura deverá fornecer crédito orçamentário ou mecanismo econômico financeiro semelhante em seu Plano de Ação Plurianual e ou Orçamento de Gestão e ou mecanismo financeiro semelhante para a subsequente continuidade e sustentabilidade do **“Projeto”** nos exercícios fiscais subsequentes.
- 4.4. Os recursos financeiros destinados ao presente convênio serão aplicados, exclusivamente, no **“Projeto”** nos locais avençados neste convênio e em seu **Anexo**; neste condão a Prefeitura, como contrapartida apresentará um informativo de atividades realizadas e valores aportados ao **“Projeto”**, com periodicidade trimestral remetido as Partes.

CLÁUSULA QUINTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- 5.1 - O **CRAMI BOTUCATU** elaborará e apresentará à **FMCSV** a prestação de contas de adimplemento da gestão financeira do **“Projeto”**, trimestralmente, conforme cronograma de atividades.
- 5.2 - O **CRAMI BOTUCATU** deverá entregar à **FMCSV** a prestação de contas instruída com os seguintes documentos:
- a) relatório sobre a execução do objeto do Convênio, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
 - b) demonstrativo integral das receitas e despesas realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos da **FMCSV** devidamente assinado pelo responsável legal do **CRAMI BOTUCATU**;
 - c) na hipótese de verificada qualquer irregularidade na utilização dos recursos, recairá nas hipóteses de rescisão unilateral ao presente convênio conforme especificado na Cláusula 6.2.
- 5.3 Sem prejuízo das demais obrigações do **CRAMI BOTUCATU** previstas neste instrumento, caso a **FMCSV** entenda necessário, do **CRAMI BOTUCATU** obriga-se a fornecer todos os documentos e informações bem como permitir a realização de auditoria legal e contábil. Esta auditoria poderá ser feita a qualquer momento, a critério da **FMCSV**, mesmo após a consecução das atividades relacionadas ao **“Projeto”**, conforme será ratificado no instrumento de Doação.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

- 6.1. O prazo de vigência desse instrumento é de 24 (vinte e quatro) meses, com início em (15/01/2010), podendo ser renovado mediante termo aditivo devidamente assinado pelas **Partes**.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

- 6.2. Na hipótese de verificada qualquer das hipóteses da Cláusula 6.3 retro, o Comitê Estratégico na figura das Partes prejudicadas, deverá notificar a parte infratora, para que justifique e/ou regularize-se no prazo de 10 (dez) dias sob pena de ser considerada excluída do Projeto.
- 6.3. O presente Convênio poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou unilateralmente por um dos parceiros nos termos da Cláusula 6.2 supra, independentemente das medidas cabíveis, nas seguintes situações:
- I – Se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste Convênio e seus anexos;
 - II – Se houver alteração social ou modificações da finalidade ou estrutura de qualquer uma das Partes que prejudique a execução deste Convênio;
 - III - Se houver desatendimento às determinações emanadas do Comitê Estratégico e/ou Comitê Técnico, no andamento do **“Projeto”**;
 - IV - Se houver paralisação do **“Projeto”**, por mais de 20 (vinte) dias, salvo por motivo de força maior, devidamente comprovado.
- 6.4 - A Parte que renunciar ou desligar-se das condições estipuladas neste Instrumento não terá qualquer direito a indenização, exceto aquela que aportou recursos financeiros; para esse fim será realizado o levantamento de eventuais valores a serem recambiados à critério da **FMCSV**.
- 6.5. A renúncia ou pedido de desligamento como membro do **“Projeto”** deverá ser instruída por meio do respectivo pedido e encaminhada ao Comitê Estratégico.
- 6.6. O **“Projeto”** será considerado extinto apenas no caso de todas as **Partes** exercerem o direito de renúncia ou desligamento acima previsto ou, ainda, por meio de Distrato, assinado por todas as **Partes** remanescentes, sendo certo que, ficará a cargo da **FMCSV** definir sobre a destinação dos recursos financeiros aportados.
- 6.7. A renúncia ou desligamento acarretará a cada parte conforme sua responsabilidade neste Convênio acordada, sendo certo que, o **CRAMI BOTUCATU** deverá realizar a devolução de valores percebidos a título de adiantamento ou que ainda não tenham fim designado na gestão do **“Projeto”**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS COMUNICAÇÕES E DOS DOCUMENTOS

- 7.1. Todas as notificações, avisos e autorizações relacionadas com este Instrumento deverão ser feitas por escrito, através de carta registrada ou recebida mediante protocolo, por telefax, com comprovação de recebimento, por cartório de títulos e documentos ou por via judicial, dirigidos e/ou entregues às **Partes** nos endereços constantes do preâmbulo deste Instrumento ou respectivo aditivo.
- 7.2. Os documentos originais comprobatórios das receitas e despesas realizadas serão obrigatoriamente arquivados por cada Parte, em ordem cronológica, pelo período de 05 (cinco) anos, ficando à disposição de qualquer Secretaria Municipal envolvida, bem como do Tribunal de Contas do Estado e da **FMCSV**.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

CLÁUSULA OITAVA - DAS RESPONSABILIDADES SOCIAIS:

- 8.1. As **Partes** declaram que na execução de suas atividades, observam as seguintes regras de responsabilidade social:
- a) Não utilizar, sob qualquer forma, mão de obra infantil. O termo INFANTIL refere-se a pessoas mais jovens do que a legislação determinar como idade mínima permitida para exercer trabalho, ou com idade inferior à necessária para que se complete o ensino fundamental. Em qualquer caso, as PARTES não empregarão criança menor de 14 anos, em especial nas suas linhas de produção ou distribuição de produtos e/ou serviços. Caso seja permitida por lei a contratação de mão de obra de pessoas com menos de 14 anos de idade, obrigatoriamente deverão ser cumpridas todas as restrições previstas em Lei;
 - b) Não utilizar, sob qualquer forma, mão de obra de pessoas cujo trabalho seja executado de maneira forçada ou cujo trabalho seja executado sem a livre e espontânea vontade do trabalhador;
 - c) Tratar todos os seus trabalhadores com dignidade e respeito e de forma alguma utilizar qualquer tipo de punição corporal, tratamento violento, abuso físico, sexual, psicológico ou verbal;
 - d) Não fazer uso de qualquer tipo de prática discriminatória na seleção, na contratação e no trabalho, inclusive com relação a salários benefícios, disciplina, rescisão, aposentadoria, seja com base em raça, religião, idade, nacionalidade, origem social e/ou étnica, sexo, opção sexual, política ou restrição física;
 - e) Oferecer aos seus trabalhadores um local de trabalho seguro e sadio, cumprindo todas as leis aplicáveis, garantindo-lhes, no mínimo, água potável, infra-estrutura sanitária, equipamentos contra incêndio, iluminação e ventilação adequados;
 - f) Reconhecer que os salários são essenciais para satisfazer as necessidades básicas dos trabalhadores e, conseqüentemente, concordar em cumprir, no mínimo, com todas as leis salariais aplicáveis, em especial no que se refere a salário mínimo, horas extraordinárias trabalhadas, horas máximas de trabalho, descanso semanal remunerado e descanso entre jornadas;
 - g) Respeitar os direitos dos trabalhadores de associação, organização e negociação coletiva, de acordo com a lei e de maneira pacífica, sem imposição de quaisquer penalidades;
 - h) Respeitar sempre que necessário, todas as leis aplicáveis à proteção ao Meio Ambiente;
 - i) Respeitar sempre que necessário todas as leis aplicáveis à proteção do consumidor, fabricação, preços, venda e distribuição de produtos e/ou serviços a que se referem o presente Instrumento.

CLÁUSULA NONA - DA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS

- 9.1. As **Partes** desde já reconhecem que poderão utilizar, para a operacionalização do **Projeto**, terceiros por ele contratados, desde que tais terceiros sejam especializados e com notório conhecimento nas suas respectivas áreas de atuação. O presente Instrumento obriga as **Partes** e eventuais sucessores a qualquer título.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

- 9.2. Nesse caso, a **Parte** que necessitar contratar tal terceiro figurará no contrato de prestação de serviços como contratante e efetuará os pagamentos devidos e assumirá as responsabilidades oriundas daquele Contrato, devendo excluir e eximir as outras Partes a qualquer título de toda e qualquer responsabilidade inclusive perante o Judiciário.
- 9.3. A **Parte** que contratar terceiros, deverá mencionar no “Considerando” do respectivo contrato o presente Convênio, no entanto, as demais **Partes** não participarão do contrato firmado.
- 9.4. A **Parte** contratante deverá agir dentro dos limites e responsabilidades e obrigações previstas neste Instrumento, bem como firmar sua ciência ao Regimento Interno.

CLÁUSULA DÉCIMA - GARANTIAS

- 10.1. As Partes declaram e garantem ter o direito de celebrar este Convênio e cumprir com a totalidade das obrigações ora assumidas, sem que tal fato acarrete a violação de qualquer direito de terceiros.
- 10.2. Fica vedada às Partes a utilização de logotipos, marcas, expressões, nomes, produtos, ou outros elementos de identificação uma da outra ou de quaisquer outras pessoas, físicas ou jurídicas, que mantenham vínculo com qualquer das Partes, sem o prévio e expresse consentimento por escrito uma da outra.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 11.1. As **Partes** desde já concordam e reconhecem que suas respectivas obrigações neste Instrumento não criam nem devem ser interpretadas de modo a criar qualquer vínculo empregatício entre uma parte e os administradores, empregados, prepostos e agentes da outra parte, ficando cada parte responsável por suas respectivas obrigações trabalhistas e previdenciárias decorrentes deste Instrumento.
- 11.2. As **Partes** são e permanecerão contratantes independentes. O presente instrumento não estabelece nem tem a intenção de estabelecer nenhuma sociedade, consórcio, joint venture ou qualquer outra relação similar entre as **Partes**, seja de fato, de conta de participação ou de qualquer outra espécie, assim como não será considerado contrato de trabalho, de terceirização de trabalho ou de representação comercial. As **Partes** declaram e reconhecem que têm administração e controle independentes, que não são controladas uma pela outra e que não têm poderes para representar a outra na assunção de obrigações.
- 11.3. Cada uma das **Partes** responsabiliza-se individual e separadamente por suas respectivas obrigações contidas neste Convênio, bem como pelos impostos, taxas e contribuições fiscais e parafiscais que lhes forem atribuídos por lei, inclusive no que tange as isenções e imunidades tributárias existentes.
- 11.4. A Parte que descumprir a obrigação a ela contratualmente atribuída, ou estabelecida no cronograma, poderá ser notificada para em cada caso, cumprimento da obrigação e/ou apresentação de justificativa, no prazo de até 10 (dez) dias, sendo certo que, após decisão do Comitê Estratégico, poderá incorrer em sua exclusão do “Projeto”.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

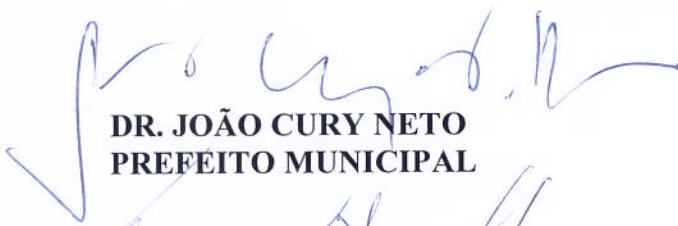
- 11.5. Na hipótese de rescisão contratual ou extinção do Projeto, será de responsabilidade exclusiva de seus proprietários, representantes legais ou administradores o pagamento de qualquer passivo remanescente da relação contratual que a legislação o atribua como contribuinte, tanto de natureza trabalhista, fiscal ou tributária.
- 11.6. O presente Instrumento e seus anexos, em especial o Regimento de Governança do **Projeto**, constituem o único e integral acordo entre as **Partes** no tocante ao negócio que constitui seus objetos, substituindo e superando quaisquer documentos ou ajustes anteriores, cartas de intenção ou quaisquer outros instrumentos, celebrados anteriormente a esta data.
- 11.7. Quaisquer alterações ao presente instrumento somente serão válidas quando celebradas por escrito e assinadas por todas as **Partes**.
- 11.8. As **Partes** desde já reconhecem e concordam que: (I) o não exercício ou a tolerância, por qualquer uma das **Partes**, ou o atraso no exercício de qualquer direito que lhe seja assegurado por este Instrumento ou por lei não constituirá novação ou renúncia de tal direito, nem prejudicará o eventual exercício do mesmo por tal parte; (II) a renúncia, por qualquer uma das **Partes**, de algum desses direitos somente será válida se formalizada por escrito pela parte renunciante; (III) a nulidade ou invalidade de qualquer uma das cláusulas deste Convênio não prejudicará a validade e eficácia das demais cláusulas.

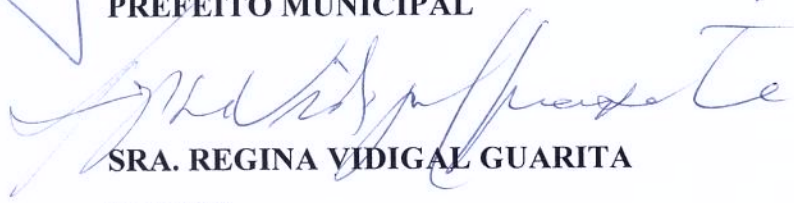
CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO

- 12.1. Fica eleito, de comum acordo, o foro da Comarca do Município Botucatu, para dirimir questões oriundas de interpretação deste convênio.

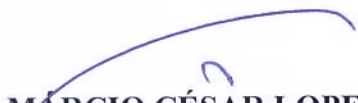
E, por estarem assim certos e ajustados, firmam o presente instrumento em 3 (três) vias, de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, que também assinam.

Botucatu, 15 de janeiro de 2010


DR. JOÃO CURY NETO
PREFEITO MUNICIPAL


SRA. REGINA VIDIGAL GUARITA
FMCSV


SR. MARCOS KISIL
FMCSV


SR. MÁRCIO CÉSAR LOPES DA SILVA
CRAMI BOTUCATU



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Convênio nº 002/2010
Processo nº 34.435/09

TESTEMUNHAS:

1 - _____

Fábio Valentino
Assessor dos Negócios Jurídicos
OAB/SP 254.893

2 - _____

Isabel Cristina Giglioli de Oliveira
Assistente Social
CRESS 14.204

f.

Cronograma orçamentário

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Cronograma Modelo: Atividades + Orçamento										
2											
3	Atividade	Prof. Envolvidos	Período	Custo Total	Trimestre 1 out/nov/Dezembro /2009						
4	Apoio Técnico FMCSV				FMCSV	Contrap.	Trimestre 2 jan/fev/març/2010	Trimestre 3	Trimestre 4 Jul/Ago/Setem/2010		
5	Aviação de Marco Zero	consultores FMCSV	outubro								
6	Oficina FMCSV		novembro								
7	Capacitação Geral em DI		outubro								
8	Oficina FMCSV: Governança e Gerenciamento dos Projetos										
9	Transporte terrestre (ida)										
10	Oficina FMCSV: Plano de Comunicação										
11	Transporte terrestre (ida)										
12	TOTAL			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
13	Coordenação										
14	Elaboração de cronograma	Comite Técnico	09/09								
15	Formalização do Convênio Lançamento Oficial - convites	Prefeito Vice Prefeito, secretário, CT, CE, vereadores, convidados da universidade	10/09								
16	Aula Inaugural - D/Caldas e D/Osires	22 prof saúde, 21 prof educação, 15 prof assistência social, CT, CE, Convidados universidade	10/09	R\$ 500,00	R\$ 500,00						
17	TOTAL			R\$ 2.500,00	R\$ 2.000,00	R\$ 500,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
18	Capacitações Trim. 1				FMCSV	Contrap.					
19	Capacitação IC 1 - 2 grupos	22 prof saúde, 4 de policlínica, 2 de UBS, 10 PSF, 01 SEDUCS, 01 UAL, 2 unid Verroy, 01 NUVE=43 pes	Novembro/2009 - 4 encontros	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00						
20	Transporte capacitadores	2 capacitadores	4 viagens - ida e volta	R\$ 400,00	R\$ 400,00						
21	Hospedagem capacitadores	2 capacitadores	2 noites	R\$ 400,00	R\$ 400,00						
22	Alimentação capacitadores	2 capacitadores	4 refeições por dia	R\$ 400,00	R\$ 400,00						
23	Coffe break dos capacitadores		4 encontros	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00						
24	Supervisão	capacitador e multiplicadores	3 meses (6 encontros de 10h, incluindo hs deslocamento)	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00						
25	Transporte capacitadores	1 capacitador	6 viagens ida-volta	R\$ 600,00	R\$ 600,00						
26	Alimentação capacitadores	1 capacitador	2 refeições por dia X6	R\$ 600,00	R\$ 600,00						
27	material didático	treinamentos		R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00						
28	capacitação supervisão			R\$ 28.400,00	R\$ 20.400,00	R\$ 8.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
	TOTAL			R\$ 28.400,00	R\$ 20.400,00	R\$ 8.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Síntese das

Propostas de Intervenções Chave em Desenvolvimento Infantil

Pré-natal

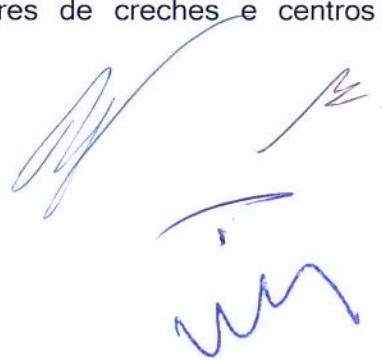
1. Anamnese para uma clínica ampliada no Pré-natal; Estímulo à presença de acompanhante nas consultas em todo período; Capacitações de profissionais que trabalham com ultrassom
2. Implantação de grupos de famílias grávidas.
3. Implantação de grupos de adolescentes grávidas

Parto e Puerpério

4. Capacitação da equipe que trabalho com o parto (inclusive o pré e pós imediato); Capacitação de profissionais da neonatologia (alojamento conjunto, UTI)
5. Anamnese para uma clínica ampliada no Puerpério e Capacitação de profissionais que lidam com amamentação (abordagem focada nos aspectos emocionais)

Zero a 3 anos

6. Anamnese para uma clínica ampliada na Puericultura; Proteção física e emocional da criança ao receber medicamentos e vacinas (puerpério); Conversando com a família sobre o desenvolvimento infantil nas salas de vacinação
7. Implantação de espaços lúdicos em hospitais pediátricos e/ou unidades de saúde ou postos de vacinação.
8. Programa de formação de educadores e cuidadores de creches e centros comunitários
9. Encontros de reflexão interativa com os pais (Família).





Pré-Natal

FUNDAÇÃO
MARIA CECÍLIA
SOUTO VIDIGAL

DSE Convênio nº 002-10

Anamnese para uma clínica ampliada I Pré Natal

Justificativa

A gestação é um período de transição para maternidade/paternidade que representa uma “janela de oportunidade” para intervir sobre os conflitos, inseguranças e construção de vínculos familiares. Este conhecimento, entretanto, não integra a formação dos profissionais que comumente atuam junto às gestantes. É fundamental ampliar a oportunidade de contato com a gestante durante as consultas (médica e de enfermagem) no Pré Natal para abordar aspectos emocionais de aceitação da gravidez, conflitos familiares, adesão às recomendações, desrespeito aos seus direitos e conhecimento de indicadores de gravidade.

Estímulo à presença de acompanhante nas consultas em todo período, desde o pré-natal

Justificativa

A presença de um acompanhante de livre escolha da mulher desde o pré-natal até o puerpério é necessária pois, oferece apoio emocional, traz serenidade, compreensão e é uma figura acolhedora, que quando está por perto pode aliviar as crises de ansiedade, o medo do desconhecido e trazer segurança, bem como facilitar o contato e comunicação com os profissionais de saúde, promovendo a sensação de segurança e atitudes de colaboração da mulher e da própria equipe.

Capacitações de profissionais que trabalham com ultrassom.

Justificativa

O exame ultrassom é bastante útil quando indicado por razões médicas, não é imprescindível para a realização de um pré-natal de qualidade, porém, nos parece que a possibilidade de conhecer o feto, ter acesso precocemente à imagem do ser que está sendo gerado, se transformou em necessidade para a maioria das gestantes de meios urbanos. A imagem do ventre materno como um ambiente impenetrável ao meio externo, que oferece proteção total ao ser que abriga, cedeu lugar ao imperativo desejo de adentrar por esse meio, observar, tentar decifrar movimentos que possam sugerir características de personalidade e, é claro, saber se tem todas as partes do corpo, se é “perfeito”, se não traz malformações, se a face é parecida com a dos genitores. Destacamos ainda a descoberta do sexo de bebê que parece ser um dos motivos que mais estimula a busca pelo exame do ultrassom pela gestante e pelo pai do bebê

Implantação de grupos de famílias grávidas

Justificativa

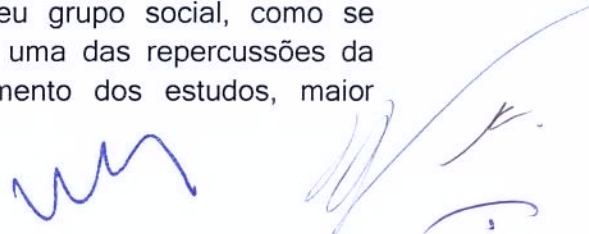
Para trabalhar com desenvolvimento infantil, consideramos ser necessário abordar o cuidado desde o período pré-natal, portanto é preciso discutir o tema maternidade, ou, mais precisamente os sentidos da maternidade e de família para os grupos objeto de nossa intervenção. Assim, ainda que seja fundamental cuidar da dimensão orgânica, dos acontecimentos fisiológicos da gravidez e parto, consideramos igualmente importante abordar o tema maternidade em sua dimensão psicodinâmica. A ida à uma unidade de saúde para o acompanhamento pré-natal, é oportunidade para o desenvolvimento de ações destinadas a preservar o bem-estar físico e psíquico da gestante, a saúde do produto da concepção, o equilíbrio familiar, e a implementar medidas preventivas e educativas de saúde pública. De um modo geral, a assistência pré-natal bem estruturada associa-se à redução dos partos prematuros, à frequência do baixo peso ao nascer, das complicações da hipertensão arterial na gravidez, bem como a transmissão vertical de afecções como HIV, hepatites. No que diz respeito à construção da parentalidade, constitui-se em período privilegiado para abordar as gestantes, pais e mesmo familiares, oferecendo informações sobre o desenvolvimento fetal e do bebê, as modificações corporais da gravidez, bem como os aspectos emocionais da gestação.

Assim propomos a realização de grupos que tenham enfoque informativo e que também garantam espaço para a continência emocional das gestantes e seus maridos/companheiros. Vale destacar que o grupo também poderá rastrear fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos emocionais do puerpério.

Pré-Natal das gestantes adolescentes

Justificativa

Sabe-se que adolescência é período de importantes modificações físicas e psicológicas. Há a necessidade de ajuste às modificações corporais e é também uma fase do desenvolvimento em que várias tarefas precisam ser cumpridas para que o indivíduo continue se desenvolvendo satisfatoriamente. Quando ocorre a gravidez na adolescência, podemos supor que a jovem terá que investir muita energia para realizar o ajuste psíquico necessário para suportar tantas mudanças. Quanto aos projetos pessoais, muitas garotas indicam faltam de projetos futuros e a gravidez parece marcar a ascensão à um novo lugar em seu grupo social, como se inaugurassem um status social mais valorizado. Mas, uma das repercussões da gravidez na adolescência é a interrupção ou adiamento dos estudos, maior





FUNDAÇÃO
MARIA CECÍLIA
SOUTO VIDIGAL

DSE Convênio nº 002-10

dependência econômica dos pais, o início tardio do pré-natal, a irregularidade nas consultas e baixa adesão às orientações da equipe de saúde. A gravidez na adolescência é considerada de maior risco que a gravidez em adultas jovens. Consideramos que é importante que as unidades de saúde ou tenham grupos específicos para adolescentes grávidas ou que possam contemplá-las nos grupos de famílias grávidas. Apesar de o conteúdo básico ser o mesmo que o do grupo de famílias grávidas é importante estar atento à fase do desenvolvimento em que se encontram essas garotas: a adolescência, período de importantes modificações corporais e psicológicas.

Parto e Puerpério

Capacitação de profissionais da neonatologia (alojamento conjunto, UTI e sala de parto)

Justificativa

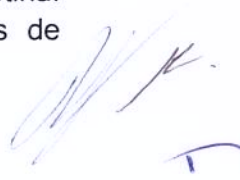
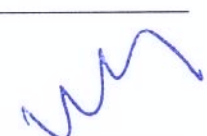
A forma de nascer terá um forte impacto nas primeiras relações e percepções do mundo. Partos "violentos" são responsáveis por desencadear estresse pós-traumático na mulher, o que compromete de forma indelével o "encontro" entre o bebê e o mundo externo, mais especificamente entre o bebê e sua mãe.

É preciso entrar em contato com o bebê, mas fazê-lo com tato (no contato há o tato) para não forçar, não ser intrusivo.- e considerando as interações do bebê com o novo ambiente, físico e psíquico e o impacto que suas primeiras percepções terão na sua disponibilidade e permeabilidade para interações futuras. Devemos para além de todo protocolo a ser seguido e procedimentos a serem executados, focar a nossa atenção na FORMA de prestarmos a assistência ao recém-chegado. Mesmo quando se trata de **recém-nascido doente**, destacamos que é importante promover a humanização do ambiente na unidades de cuidados neonatais. Algumas medidas como controle da luminosidade das salas e colocação de campos escuros sobre a isotele para respeitar horários de sono; diminuição de ruídos, colocação de cochins para facilitar a organização corporal do RN na isotele, evitar estímulos dolorosos ou aversivos quando o recém-nascido estiver em sono profundo, aproveitar momentos como trocas de fralda, banho, para estimular o recém-nascido com o toque e a fala. São medidas simples que podem ser efetuadas apenas com a reorganização da rotina e informação dada à equipe.

Anamnese para uma clínica ampliada no Puerpério

Justificativa

É importante destacar o primeiro mês de vida do bebê, pois é quando a família terá que por em prática uma série de cuidados que alteram substancialmente a sua rotina. Trata-se de um período de adaptação complexa, pois há muitos processos de



mudança em curso. Muitas vezes o retorno para casa acontece num contexto em que: a mãe ainda está se recuperando do parto, a lactação ainda não se efetivou e a irregularidade de sono e horários de mamada do bebê gera insegurança. Neste contexto, é fundamental que o profissional de saúde realize uma visita domiciliária visando identificar as demandas biológicas da mãe e do bebê, a organização do cuidado familiar frente ao contexto e apoiar a família valorizando seus aspectos positivos e indicando medidas de suporte para as necessidades desta etapa.

A visita domiciliária está prevista nos serviços que atuam com a estratégia saúde da família (ESF) e recomenda-se que seja realizada na primeira semana em que a mãe retorna da maternidade, porém ainda precisa de uma melhor sistematização para sua realização.

Capacitação de profissionais que lidam com amamentação (abordagem focada nos aspectos emocionais)

Justificativa

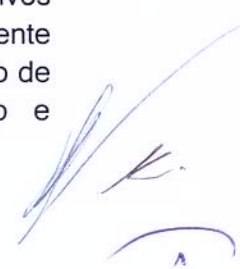
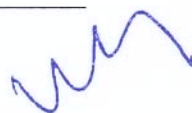
No Brasil, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade do bebê foi reforçado nos últimos 20 anos. Os benefícios desta prática relacionam-se à melhoria do vínculo mãe-bebê, a proteção imunológica para diversas doenças transmissíveis, à adequação nutricional para um ganho ponderal adequado, ao fortalecimento da musculatura orofaríngea do bebê prevenindo o "respirador bucal", dentre outros. Apesar das campanhas públicas e dos discursos oficiais e de ONGs para incorporar esta prática, ainda depara-se com um panorama de desmame precoce muito elevado nas diferentes regiões do país. Acresce-se a isto, o fato de que a abordagem para o incentivo ao aleitamento materno, muitas vezes fica centrada nos aspectos fisiológicos e nos parâmetros objetivos de observação e recomendação, dificultando a explicitação de dúvidas, medos e problemas de ordem emocional.

Zero a 3 Anos

Anamnese para uma clínica ampliada na Puericultura

Justificativa

Apesar do desenvolvimento infantil integrar as recomendações nacionais e internacionais como foco de ação indispensável dos profissionais de saúde há cerca de 4 décadas, ainda se observa uma negligência destes no que diz respeito à sua efetivação. Recuperando-se o marco conceitual do Programa de DI da Fundação, trata-se de uma dimensão humana inegável que pode trazer benefícios imediatos (no desenvolvimento do pleno potencial do indivíduo e na construção de vínculos afetivos e interpessoais adequados) e futuros (na formação de adultos física e emocionalmente resilientes, capazes de atuar socialmente com maior repertório para enfrentamento de situações adversas). É fundamental ampliar a oportunidade de avaliação e





FUNDAÇÃO
MARIA CECÍLIA
SOUTO VIDIGAL

DSE Convênio nº 02-10

monitoramento do DI nos contatos com a família durante as consultas (médica e de enfermagem) na puericultura e nas visitas domiciliares, para abordar aspectos relacionados às oportunidades de estimulação adequada do bebê no contexto dos cuidados familiares.

Proteção física e emocional da criança ao receber medicamentos e vacinas

Justificativa

Desde o nascimento, há uma série de intervenções preconizadas para proteger a saúde do bebê. A grande maioria, no entanto, provoca desconforto e dor que, aliada à mudança da condição intrauterina para extra-uterina (de distanciamento da mãe) podem gerar numa condição de sofrimento desnecessário para o bebê. Vários estudos recomendam a minimização destes fatores por meio da presença da mãe aconchegando o bebê para a realização de tais procedimentos (Guideline Statement, 2006) como uma medida positiva aliada à qualificação dos profissionais que atuam em tais serviços. A intervenção chave proposta visa incentivar a família a demonstrar apoio e segurança ao bebê em situações que provocam incômodo e dor, tanto no ambiente hospitalar como na rede básica e ambulatorial de seguimento

Conversando com a família sobre o desenvolvimento infantil nas salas de vacinação

Justificativa

Aproveitar o momento da aplicação da vacina para: elogiar o compromisso da família com a saúde da criança, realizar uma observação dirigida aos aspectos motores do desenvolvimento infantil e aplicar a Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde.

Implantação de espaços lúdicos comunitários

Justificativa

A proposta de criação de Espaços Lúdicos - brinquedotecas - em espaços comunitários, parte da perspectiva do direito ao lúdico, à cultura, ao lazer, à educação e à cidadania, de maneira integrada e, da oportunidade de desenvolvimento integral das crianças de 6 meses a 3 anos. Criar um espaço ao qual todas as crianças possam ter acesso significa oferecer a elas a possibilidade de conviver com as diferenças individuais e viver experiências das quais são muitas vezes privadas por suas condições sociais. Esta convivência e esta experiência em torno do brincar, são facilitadoras do processo de transformação do indivíduo. Assim também, este espaço tem o potencial de congregar as famílias da comunidade e oferecer-lhes a oportunidade de troca, lazer e aquisição de informações à respeito do período de desenvolvimento das crianças e orientações sobre quais estímulos e atividades são



FUNDAÇÃO
MARIA CECÍLIA
SOUTO VIDIGAL

PSE Convênio nº 002-10

mais adequadas para esta faixa etária. O espaço lúdico proposto é visto aqui como espaço privilegiado de exploração e elaboração do mundo, onde a expressão, a descoberta, a socialização prazerosa, as trocas e o trabalho em grupo são valorizados, permitindo que a criança se desenvolva de forma integral e saudável, explore o mundo, se socialize e exerça suas responsabilidades e direitos como cidadã.

Implantação de espaços lúdicos em hospitais pediátricos e/ou em unidades de saúde ou postos de vacinação

Justificativa

A proposta da Brinquedoteca Terapêutica surge enquanto uma necessidade concreta de consolidar a importância do tripé EQUIPES - CRIANÇA - FAMÍLIA e atuar como pólo integrador entre as equipes - profissionais de terapias de apoio, médicos, enfermeiras e voluntários - e os pacientes e seus familiares.

A Brinquedoteca Terapêutica vem, através do lúdico, alinhar o brincar em todo o espaço hospitalar ou centro de saúde. E, sobretudo, vem atuar como facilitador na compreensão e assimilação da situação de doença do paciente e na expressão de seus sentimentos, reforçando sua auto-estima e dando-lhe estímulo para enfrentar a realidade, sem perder o elo que o liga ao mundo exterior.

Programa de formação de educadores e cuidadores de creches e centros de educação infantil

Justificativa

'O brincar, a expressão plástica, o movimento, o gesto, a música, a expressão escrita, entre muitos outros, constituem-se nas linguagens das crianças, através das quais elas podem expressar-se e comunicar-se com os outros. Através dessas linguagens a criança expressa seu ser integral colocando corpo, mente, sentimentos e espírito em evidência. Elas constituem um excelente canal e oportunidade para o ser humano expressar e comunicar, de forma espontânea, as suas emoções, medos, temperamentos, as suas crenças, atitudes, criatividade e valores. Nesse sentido elas devem ser incentivadas nos diferentes grupos, especialmente na primeira infância.'

As diversas linguagens vão se incorporando ao cotidiano das crianças entre 0 e 3 anos, nos centros de educação infantil, nas creches e nas instituições não formais que atendem este público. As instituições precisam resgatar o espaço para a criança exercer o seu direito. O educador precisa tomar consciência da necessidade de ficar mais flexível em função das necessidades e interesses das crianças com as quais trabalha, aproveitar os potenciais latentes nas mesmas e ajudá-las a encontrar canais de expressão através das diversas linguagens expressivas.



FUNDAÇÃO
MARIA CECÍLIA
SOUTO VIDIGAL

DSE Convênio nº 002-17

Encontros de reflexão interativa com os pais (Família)

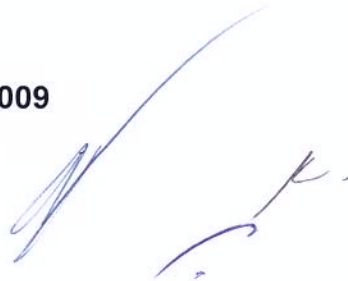
Justificativa

A construção da parentalidade não se dá forma homogênea, linear ou universal. A realização de grupos educativos com espaço de reflexão e apoio, visa abordar aspectos fisiológicos, afetivos e psicodinâmicos relacionados à estruturação do cuidado à criança. Os conteúdos a serem abordados são consoantes aos anteriormente abordados no grupo de famílias grávidas, especificando as características da criança até os 3 anos. O enfoque principal é a discussão e reflexão sobre vivências / conflitos / dúvidas pessoais dos pais, que queiram compartilhar com o grupo, sobre a gestação e parentalidade. Mais do que grupos que prescrevem cuidados e rotinas a atual perspectiva é a de atuar como suporte para a vivência materna/paterna na relação com a criança.

Título do Projeto: Promoção ao desenvolvimento infantil no município de Botucatu – integrar para otimizar

Este projeto foi elaborado por equipe multiprofissional envolvida com a atenção a famílias no município de Botucatu, estado de São Paulo, em especial com a atenção a gestantes e crianças. Esta equipe foi composta por docentes de cursos de graduação em medicina e enfermagem, educadores, profissionais das áreas da saúde e promoção social, vinculados a serviços públicos, privados, filantrópicos e organizações governamentais ou não governamentais

Botucatu, 2009



APRESENTAÇÃO

Apresentação

O presente documento consta de dez itens. Inicia-se pela *Introdução*, que descreve o cenário onde o projeto será desenvolvido, considerando-se tanto aspectos gerais quanto os relativos à área materno-infantil. Em seguida, é apresentada a *Justificativa* para a realização deste projeto em Botucatu.

Os *Objetivos* geral, estratégico e específicos, seguem relacionados com as ações correspondentes e responsáveis.

Os *Antecedentes do Projeto* são apontados, sinalizando as necessidades e potencialidades para ações em Desenvolvimento Infantil -DI, o fortalecimento da família e escola na promoção do DI e o papel dos serviços de saúde na promoção e avaliação do DI.

O *Cronograma* a ser cumprido segue apresentado em linhas gerais e será estabelecido com detalhes, posteriormente, em Oficina elaborada com esta finalidade.

Na seqüência, os *Indicadores de Avaliação* propostos são listados, subdivididos em: pré-natal e parto, primeira semana de vida, primeira infância e família.

A *Equipe Responsável* e a *Organização Proponente* seguem identificadas, precedendo a *Proposta Orçamentária*.

Para finalizar, apresentam-se as *Referências* utilizadas, assim como os *Anexos*.

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução: O Cenário de Desenvolvimento do Projeto

1.1. Análise Situacional Geral

Fundada em 23 de dezembro de 1843, Botucatu - *Ibytu-katu*, que em tupi significa "bons ares" - é uma cidade paulista de 123.836 habitantes, área de 1.482,87 Km² e densidade demográfica de 83,51 habitantes/km², localizada a 224,8 km da capital (SEADE, 2008).

Segundo o Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2008), a distribuição da população indica predominância de população urbana (96,0%) e feminina, com razão de sexos de 95,32. A taxa geométrica de crescimento populacional para o período de 2000 a 2008 foi de 1,71 % ao ano, superior à taxa do Estado de São Paulo no mesmo período (1,34 % ao ano). O índice de envelhecimento, em 2008, encontra-se em 55,8 %, valor muito acima do conjunto do Estado de São Paulo (44,8 %).

Dados relativos à habitação e à infra-estrutura urbana, do início da presente década, indicam que 90,2 % dos domicílios foram classificados com espaço suficiente e 95,5 % tinham infra-estrutura interna urbana adequada. Com relação ao saneamento básico, 98,4 % dos domicílios eram atendidos por coleta de lixo, 98,6 % possuíam água tratada e 94,1 % rede coletora de esgotos (SEADE, 2008).

Também, para o início desta década, a análise relativa às condições de vida evidenciava índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e renda *per capita* de 0,822 e 2,8 salários mínimos, respectivamente, valores próximos àqueles apontados para o estado como um todo: 0,814 e 2,92. Do total de domicílios, 9,4 %

tinham renda *per capita* de até meio salário mínimo e 3,7 % menos de um quarto do salário mínimo (SEADE, 2008).

Com relação ao índice paulista de responsabilidade social (IPRS), indicador que focaliza o município como unidade de análise, a partir das dimensões de longevidade, educação e renda, o valor obtido pelo município de Botucatu permite sua classificação no Grupo I, o qual contempla municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais (SEADE 2008).

Considerando a dimensão riqueza, longevidade e escolaridade do IPRS (variação de 0 a 100), Botucatu tem índices 44, 75 e 55, respectivamente. Demonstrando a amplitude do índice, destaca-se que a primeira dimensão inclui indicadores como consumo de energia elétrica por ligação e na agricultura, comércio e serviços por ligação, remuneração média de empregados com carteira assinada e valor adicional fiscal *per capita*; a segunda contempla indicadores de mortalidade: perinatal, infantil, de adultos entre 15 e 39 anos e de adultos com 60 anos e mais; a terceira dimensão inclui a porcentagem de jovens entre 15 e 17 anos que concluíram ensino fundamental e que possuíam pelo menos quatro anos de escolaridade, a porcentagem de jovens entre 18 e 19 anos que concluíram o ensino médio e a porcentagem de crianças entre cinco e seis anos que freqüentam pré-escola (SEADE, 2008).

O atual perfil de atividade econômica do município caracteriza-se, prioritariamente, por participação nos setores de prestação de serviços (37,3 %), indústria (27,9 %) e comércio (16,8 %) e, menos freqüentemente, nas áreas: agropecuária (11,5 %) e construção civil (6,6 %). Os rendimentos mensais médios são, em ordem decrescente, nas áreas: de serviços (R\$1.741,20), industrial (R\$1.349,33), comercial (R\$736,14), agropecuária (R\$565,84) e construção civil (R\$166,57). O rendimento mensal médio no total de vínculos empregatícios do município é de R\$1.230,85 (SEADE, 2008).

No ano 2000, a taxa de analfabetismo da população com idade igual ou superior a 15 anos era de 5,6 %, sendo que 47,8 % da população, na faixa etária entre 18 e 24 anos, tinham ensino médio completo e a média de anos de estudos da população com idade entre 15 e 64 anos era 8,1. Ainda com relação à escolaridade, a taxa de aprovação no ensino fundamental era de 88,6 %, sendo 90,6 % de primeira a quarta série e 86,8 % de quinta a oitava série. A taxa de aprovação no ensino médio era um pouco inferior: 82,3 % (SEADE 2008).

O município de Botucatu encontra-se, administrativamente, na região de Sorocaba caracterizada por possuir desenvolvimento industrial e agropecuário, com um enorme potencial econômico, mas ainda com alguns problemas na área de saúde e relacionados à escolaridade. A região possui 79 municípios, distribuídos por, aproximadamente, 16,5 % do território paulista, com uma população estimada em quase 2,7 milhões de habitantes, representando 6,8 % do total do estado, quarto lugar na geração do PIB paulista (SEADE 2008).

O serviço público de atenção básica à saúde de Botucatu é constituído por três Policlínicas (PC): CECAP, Jardim Cristina e Central; três Centros Municipais de Saúde (CMS): Vila Jardim, Cohab e Vila São Lúcio e duas unidades do Centro de Saúde Escola (CSE): Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária, que trabalham na forma tradicional dos centros de saúde e oito Unidades de Saúde da Família (USF) que abrigam 10 equipes: Rubião Júnior (duas equipes), Parque Marajoara, Santa Elisa, Jardim Peabiru (duas equipes), Jardim Iolanda, Jardim Aeroporto (duas equipes, sendo que uma atende ao distrito de César Neto) e Vitoriana. Ressalta-se que atualmente as policlínicas, além de realizarem o atendimento básico para a sua área de abrangência, são referências em pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral para as Unidades de Saúde da Família e os Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família são responsáveis pela atenção básica, também de sua área de abrangência.

O sistema municipal de saúde também é composto por:

- Centro de Especialidades Odontológicas de Botucatu (CEO)
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (referência para parte do Departamento Regional de Saúde 6 – DRS 6)
- Ambulatório Regional de Especialidades do DRS 6
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)
- Residências Terapêuticas e Lares Abrigados
- Hospital da Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana (ABHS)
- Hospital Psiquiátrico “Professor Cantídio de Moura Campos”
- Hospital Misericórdia Botucatuense (MB, não conveniado com o SUS)
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (HC)

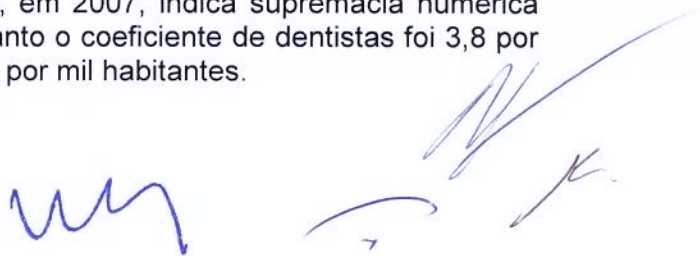
A rede básica de Botucatu tem sua história particular, mas que não foge do contexto geral da Saúde Pública no estado de São Paulo. Em 1972, a cidade contava com duas unidades de saúde: o Centro de Saúde I e o recém inaugurado Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista – UNESP. O primeiro fazia parte do conjunto de centros de saúde do Estado de São Paulo, serviços com organização vertical que desenvolviam ações dirigidas ao combate de doenças específicas (tuberculose e hanseníase) e algumas outras relacionadas à saúde materno-infantil (Nemes, 1993). O segundo nasceu de um convênio entre a FMB – UNESP, na época Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB), e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES).

Em 1986, antes ainda da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início, em Botucatu, a expansão da rede básica de saúde, criando-se as primeiras unidades sob gerência direta do município. Embalada pela criação do SUS, pelos mecanismos indutores da reorganização da atenção básica no Brasil e pelos movimentos sociais locais, a rede continuou crescendo.

O Programa Saúde da Família, após alguns anos de discussão, teve a primeira unidade implantada em 2003. Este programa vem priorizando áreas periféricas e com população em piores condições de vida e saúde e, atualmente, atende a aproximadamente 25 % da população do município.

A localização geográfica das unidades da rede básica de saúde de Botucatu encontra-se a seguir (Figura 1). A maioria das unidades funciona em prédios próprios e, nos últimos três anos, houve franca expansão, com construções novas e reformas/ampliações de unidades existentes.

Em 2002, o total de leitos SUS do município era 574, o que representa coeficiente de 5,1 leitos por mil habitantes (SEADE, 2008). A análise da proporção de alguns profissionais da área da saúde, em 2007, indica supremacia numérica dos médicos: 6,4 por mil habitantes, enquanto o coeficiente de dentistas foi 3,8 por dois mil habitantes e de enfermeiros foi 2,7 por mil habitantes.



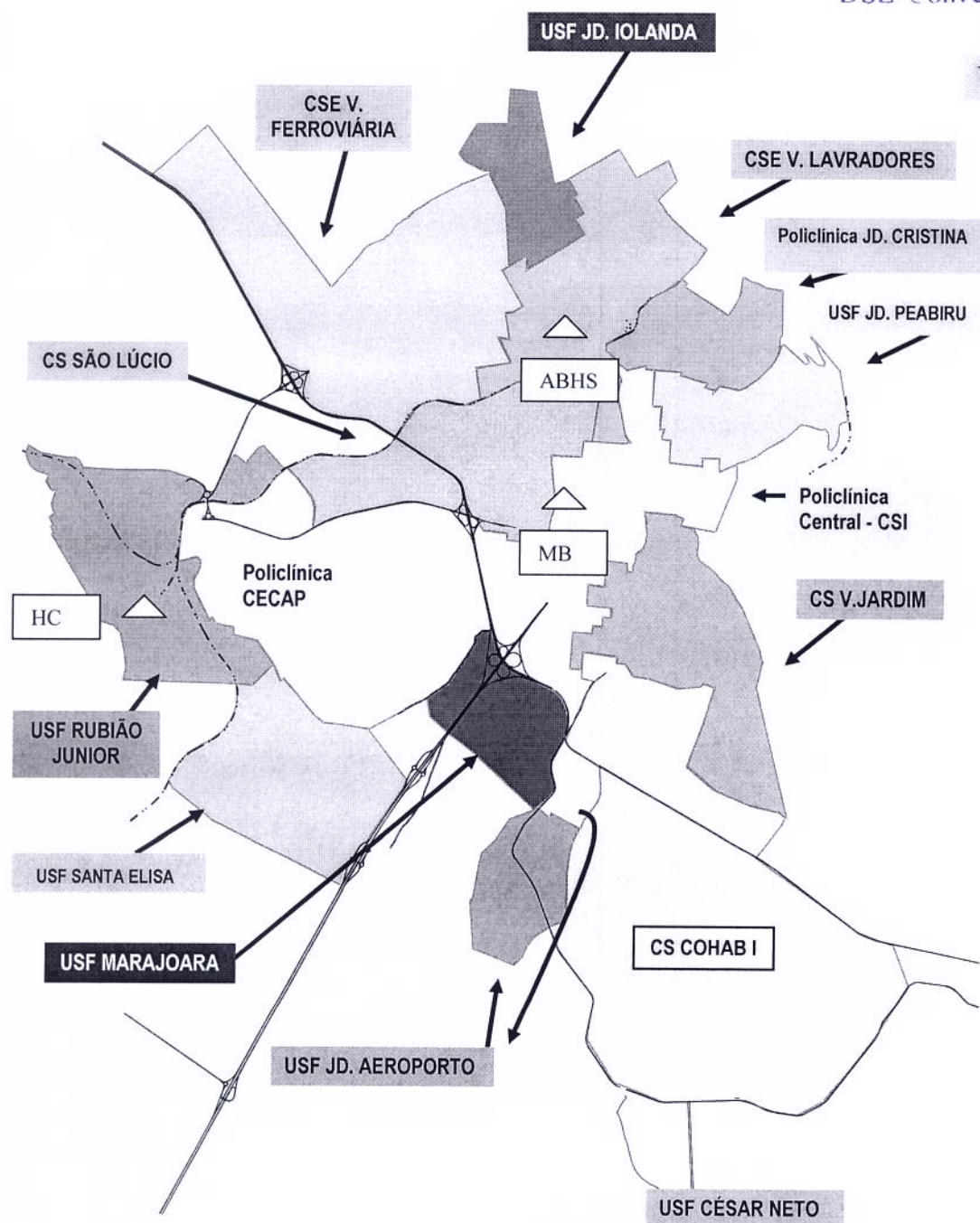


Figura 1 – Mapa das áreas de abrangência das Unidades de Atenção Básica de Botucatu e hospitais, 2008 (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Modificado).

1.2. Análise Situacional da Área Materno-Infantil

Dados de anos recentes, especificamente relacionados à área materno-infantil, indicam que 63.402 habitantes de Botucatu são mulheres, o que representa 51,2 % da população. Em 2006, a prevalência de partos prematuros foi 9,9 %, de baixo peso ao nascer 10,4 %, ocorreram 12 casos de natimortalidade, 80,7 % das gestantes tiveram pelo menos sete consultas pré-natais, a prevalência de cesárea foi 47,4 % e ocorreu um único óbito materno (SEADE, 2008).

O número de nascimentos, em 2007, foi 1.675 e ocorreram 22 óbitos de crianças menores de um ano, indicando taxa de mortalidade infantil de 13,1 por mil nascidos vivos, exatamente a mesma taxa do estado de São Paulo. A análise do

período entre 2003 e 2007 indica taxa de mortalidade infantil média de 11,0 por mil nascidos vivos (SEADE, 2008).

Em relação aos óbitos no primeiro ano de vida, faz-se necessário considerar seus dois componentes: o neonatal ou infantil precoce, que compreende os casos de crianças falecidas até o 27º dia de vida e o pós-neonatal ou infantil tardia, referente às crianças falecidas entre 28 dias e um ano de idade (Brasil, 1998). Esta divisão didática foi elaborada há décadas para se avaliar as causas "endógenas", prevalentes no período neonatal, relacionadas às condições desfavoráveis dos recém-nascidos, tais como imaturidade e anomalias congênitas e as causas "exógenas", com maior incidência no período pós-neonatal, produtos da atuação das condições ambientais sobre as crianças (Ferreira, Monteiro, Zuñiga, 1988).

À medida que a mortalidade infantil diminui, a proporção de mortes ocorridas no período neonatal aumenta, sendo que atualmente no estado de São Paulo, o componente neonatal é maior que o pós-neonatal. Este perfil estadual se repete em Botucatu: a taxa de mortalidade neonatal em 2007 foi de 10,1 por mil nascidos vivos, subdividida em mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias): 5,4 por mil nascidos vivos e mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias): 4,7 por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade pós neonatal, neste mesmo ano, foi 3,0 por mil nascidos vivos (SEADE, 2008).

A maioria das mortes neonatais refere-se ao período neonatal precoce – primeira semana de vida, especialmente os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida. No estado de São Paulo, a mortalidade pós-neonatal foi o mais importante componente da mortalidade infantil até 1982. Desde então, o componente neonatal mantém-se maior, fato este acentuado a partir de 1999, quando a mortalidade pós-neonatal tornou-se inferior, inclusive, à mortalidade neonatal precoce (São Paulo, 2003a).

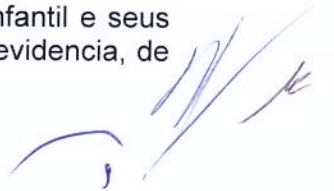
A mortalidade neonatal reflete as condições da gravidez, parto e assistência perinatal, além de doenças congênitas e genéticas e, por isso, tem uma queda mais lenta e difícil que a pós-neonatal. A diminuição neste caso depende não só da assistência básica à gestante, como também da estruturação da assistência médica hospitalar e da existência de uma rede de maternidades, berçários e unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal de qualidade, o que a torna mais custosa e exigente (São Paulo, 2003a).

Atualmente, no estado de São Paulo, os problemas perinatais constituem a primeira causa de óbito em crianças menores de um ano. Em 2007, foram responsáveis por 56,7 % de todos os óbitos no primeiro ano de vida. Em Botucatu, neste ano, as afecções originadas no período perinatal, foram responsáveis por 68,2 % dos óbitos no primeiro ano de vida, seguidas das malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas, 13,6 %. (SEADE, 2008).

Destaca-se que do total de 12.768 óbitos infantis ocorridos no estado de São Paulo em 1999, apenas 895 (7,0 %) podem ser classificados como não evitáveis (São Paulo, 2003b). Estudo realizado no interior do estado de São Paulo evidenciou que três quartos dos óbitos neonatais ocorridos podiam ser classificados como reduzíveis por adequada atenção ao parto, parcialmente reduzível por adequado controle da gravidez ou reduzível por diagnóstico e tratamento precoces (Poles & Parada, 2000). Assim, fica clara a relevância da atenção qualificada ao pré-natal e ao parto para redução das atuais taxas de mortalidade infantil.

Menos utilizado, o indicador taxa de mortalidade na infância (relativa aos óbitos em menores de cinco anos) do Departamento Regional de Saúde VI (que inclui o município de Botucatu), no ano de 2007 foi 16,0 por mil nascidos vivos, valor pouco superior ao apresentado pelo estado de São Paulo, no mesmo ano, a saber 15,2 por mil nascidos vivos (SEADE, 2008).

Em síntese, a análise da série histórica relativa à mortalidade infantil e seus componentes no município de Botucatu, no período de 1991 a 2006, evidencia, de



um modo geral, importante redução das taxas de mortalidade infantil (-47,9 %) e neonatal (-47,1 %), mas com relação a natimortalidade a redução foi muito mais discreta (-17,4 %) (SEADE, 2008).

É inquestionável a relevância da taxa de mortalidade infantil e seus componentes como indicador das condições de vida e saúde de uma população. Porém, aliada à atenção para reduzir tais indicadores, deve-se almejar outros aspectos que contribuam com a qualidade de vida e saúde das crianças e seu pleno desenvolvimento.

Atualmente, compõem a população de zero a quatro anos, 8.830 crianças (7,1 % da população geral), sendo que de zero a três anos, são 7.058 crianças (5,7 % da população geral). Para o ano de 2003, pode-se afirmar que foram realizadas 1.705 novas matrículas na pré-escola, representando 24,5 % da população de zero a três anos deste ano (SEADE, 2008).

Voltados à educação infantil, o município dispõe de: 12 Centros de Educação Infantil, seis Creches, três Escolas Municipais de Educação Infantil e duas Escolas de Ensino Fundamental e Educação Infantil, além de uma Escola Municipal de Educação Especial.

2. JUSTIFICATIVA

2. Justificativa

Sabe-se que na última década, o perfil dos problemas de saúde na infância mudou e, conseqüentemente, o foco de atenção pelos serviços de saúde e pelas políticas públicas não mais recai sobre as doenças imunopreveníveis, desnutrição e desidratação. Hoje, assiste-se a uma crescente presença de problemas relacionados com a qualidade do desenvolvimento infantil, destacando-se os altos índices de problemas na aprendizagem, de saúde mental e a violência entre os adolescentes (Wagner Raíña, 2008).

Programas e ações voltados ao desenvolvimento infantil (DI) devem partir do princípio que o cérebro é composto por bilhões de neurônios, com trilhões de ligações, essenciais para a diferenciação de funções como som e visão, sendo que essas ligações não são automáticas, mas sim estimuladas pela experiência. As primeiras experiências são especialmente importantes, pois é durante os três primeiros anos de vida que a maior parte das conexões cerebrais se forma. Os estímulos de som, tato, olfato e outros, afetam a maneira como o cérebro se desenvolve e, por conseqüência, a saúde, a capacidade de aprendizado e o comportamento dos indivíduos (Mustard, 2008).

Partindo destas concepções, a neurociência vem apontando a importância da experiência do período fetal e dos primeiros anos de vida na determinação das trilhas para os subseqüentes aprendizado e desenvolvimento. Esta experiência afeta a cito e a mielo arquitetura cerebral (celularidade neuronal e a rede de conexões interneuronais), a neuroquímica, a produção de serotonina, de cortisona, de secreção hormonal, assim como a expressão dos genes que controlam o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. O estágio inicial de desenvolvimento das pessoas define a trajetória dos aspectos de saúde, aprendizado e comportamento de toda a vida (Young, 2008).

Considerando o exposto, um projeto de intervenção voltado ao DI deve, obrigatoriamente, contemplar desde o período pré-natal e a atenção ao parto até os primeiros anos de vida da criança, incluindo ações voltadas às áreas da saúde, do ensino e da promoção social.

No município de Botucatu, várias ações correlacionadas à promoção do DI estão sendo desenvolvidas nas três áreas, acima referidas. Porém, não há

coordenação entre elas, ou seja, cada qual procura cumprir com seu papel sem, entretanto, buscar a efetiva integração. Assim, em alguns momentos, percebe-se duplicidade de atuação e, em outros, ausência de ações importantes.

Em síntese, visando a promoção do DI no município de Botucatu, esta é a principal oportunidade que se configura com a elaboração deste Projeto: integrar ações das áreas de saúde, educação e promoção social desenvolvidas no município, em especial aquelas voltadas à atenção ao pré-natal, parto, recém-nascido e criança, viabilizando a proposição e implementação de outras consideradas correlatas e prioritárias. Além disso, otimizar as ações, de forma que as crianças e famílias mais vulneráveis possam ser de fato, atendidas.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Qualificar e humanizar a atenção à família para promover o nascimento saudável e o adequado desenvolvimento das crianças de zero a três anos no município de Botucatu

3.2. Objetivos Estratégicos

Priorizar, na atenção à gestante e às crianças de zero a três anos, as ações de promoção do vínculo embrião/feto, criança, mãe, pai e família com vistas ao pleno DI, a serem realizadas no âmbito da saúde (pré-natal, parto, puerpério, puericultura), da educação infantil e da promoção social do município de Botucatu, nos dois primeiros anos de projeto.

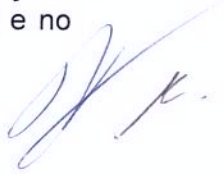
3.3. Objetivos Específicos Voltados à Atenção Pré-Natal e ao Parto

Promover a integração entre as redes de saúde, educação infantil e sócio assistencial, implantando e implementando ações que visem o acesso, o acolhimento, o acompanhamento, a complementaridade, a fluência e a qualidade nos atendimentos dirigidos à mulher no ciclo gravídico puerperal, prioritariamente as adolescentes ou aquelas em risco biológico ou psicossocial, de forma a proporcionar, precocemente, a interação mãe-filho-família.

Ações Previstas e Responsáveis:

- ♦ implementação do projeto "Sete Ações para uma Gestação Saudável"¹. Responsáveis: Coordenação da Atenção à Saúde da Mulher do município;
- ♦ criação de sistema de informações em saúde que permita integrar informações da atenção pré-natal, parto e recém-nascido. Responsáveis: Coordenação da Atenção à Saúde da Mulher do município;
- ♦ capacitação dos profissionais para alimentarem os sistemas de informações que contém dados sobre gestantes, como SISPRENATAL, SIAB ou outros. Responsáveis: Coordenação da Atenção à Saúde da Mulher do município;
- ♦ capacitação de todos profissionais das unidades de saúde, inclusive da área administrativa e limpeza, para o desenvolvimento de atenção humanizada, acolhimento imediato da gestante-pai da criança-família, sempre que procurarem a unidade de saúde. Responsáveis: equipe deste Projeto;
- ♦ capacitação de médicos e enfermeiros para que desenvolvam todas as ações previstas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e no

¹ Projeto detalhado no Item 4. Antecedentes do Projeto.



Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, incluindo a promoção e apoio ao aleitamento materno. Responsáveis: equipe deste Projeto.

♦ realização de práticas educativas em grupo com as gestantes, no mínimo seis encontros. Priorizar os grupos do tipo Sala de Espera, problematizando os temas de acordo com a experiência das próprias gestantes, valorizando não apenas aspectos biológicos, mas também psicossociais.

Possíveis temas: hábitos saudáveis de vida, especialmente na gravidez; sinais de alerta na gravidez; acompanhamento de saúde no pré-natal, parto e puerpério; saúde mental da gestante e do embrião/feto; crescimento e desenvolvimento do embrião/feto desde a concepção até o parto; saúde bucal; aleitamento materno; direitos da gestante e do pai/família da criança; parto normal e outros tipos de parto; cuidados com a saúde do recém-nascido, incluindo acolhimento precoce na primeira semana de vida e acompanhamento pelo serviço de saúde; triagem neonatal (teste do pezinho), testes da orelhinha e olhinhos; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; imunização, ações de estimulação do desenvolvimento neuro-psicomotor e promoção do vínculo afetivo mãe-pai-família-recém nascido. Responsáveis: equipes de saúde.

♦ criação de Grupos de Artesanato para Gestantes, onde as mesmas possam produzir peças para o enxoval e objetos para estimulação de seu bebê, contribuindo para que pensem e cuidem dos filhos desde a gravidez e, possivelmente, capacitando-as para a obtenção de renda. Responsáveis: equipe deste Projeto.

♦ implementação do diagnóstico etiológico das infecções do trato genital inferior, implementando tratamento imediato, de forma a contribuir com um melhor resultado perinatal. Responsáveis: médicos e enfermeiras;

♦ capacitação dos profissionais de saúde para que possam identificar, acolher e ofertar atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência doméstica e/ou sexual, encaminhando-a para o atendimento adequado sempre que necessário (Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher, CRAMI, Casa Transitória). Responsáveis: médicos, enfermeiras, assistentes sociais e equipe de saúde mental do município;

♦ capacitação dos profissionais de saúde na atenção aos transtornos mentais da gestante, especialmente aqueles com maior impacto negativo no desenvolvimento infantil, como a depressão, os transtornos de ansiedade e o uso de tabaco, álcool ou outras drogas. Responsáveis: equipe deste Projeto.

♦ capacitação dos profissionais das áreas da saúde, educação e promoção social na atenção às gestantes mais vulneráveis, como as solteiras ou em situação de isolamento social, adolescentes, portadoras de HIV ou de deficiências físicas, sensoriais ou mentais. Responsáveis: equipe deste Projeto.

♦ capacitação dos profissionais das maternidades de baixo e alto risco no desenvolvimento do parto humanizado, com especial ênfase na viabilização e estímulo à presença do acompanhante, implementação de práticas baseadas em evidências científicas e criação de quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério). Responsáveis: equipe deste Projeto.

♦ inserir o projeto "Sete Ações para uma Gestação Saudável" e a humanização do parto na pauta da mídia local. Responsáveis: equipe deste Projeto.

3.4. Objetivos Específicos Voltados a *Primeira Semana de Vida Saudável*

Promover a integração entre as redes de saúde, educação infantil e sócio assistencial, implantando e implementando ações que visem o acesso, o acolhimento, o acompanhamento, a complementaridade, a fluência e a qualidade nos atendimentos dirigidos à criança na primeira semana de vida, de forma a proporcionar a continuidade da interação mãe-filho-família.

Ações Previstas e Responsáveis:

- ♦ implementação do projeto “Sete Ações para a Primeira Semana de Vida Saudável”. Responsáveis: Coordenação de Saúde da Criança do município.
- ♦ capacitação dos profissionais de saúde para implementarem o Programa “Crescer Feliz”², garantindo visita domiciliar realizada pelo médico ou enfermeira na primeira semana de vida das crianças nascidas em Botucatu. Em especial, aos recém-nascidos de risco (Anexo 1). Responsáveis: equipe deste Projeto.
- ♦ capacitação de médicos e enfermeiros para que desenvolvam todas as ações relativas à *Primeira Semana de Vida Saudável*, conforme preconizado pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança. Responsáveis: equipe deste Projeto.
- ♦ criação de estratégias para imediata identificação dos recém-nascidos de risco (Anexo 1), de forma a poder priorizá-los em todas as ações desenvolvidas nas unidades de saúde ou de promoção social. Responsáveis: equipes de saúde.
- ♦ inserção do projeto “Sete Ações para a Primeira Semana de Vida Saudável” e o Programa Crescer Feliz na pauta da mídia local. Responsáveis: equipe deste Projeto.

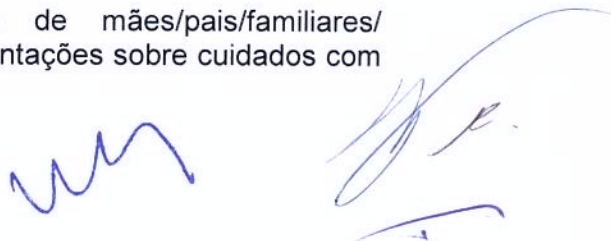
3.5. Objetivos Específicos Voltados ao Cuidado, Vigilância e Promoção da Saúde da Criança de Zero a Três Anos de Vida

Promover a integração entre as redes de saúde, educação infantil e sócio-assistencial, implantando e implementando ações que visem o acesso, o acolhimento, o acompanhamento, a complementaridade, a fluência e a qualidade nos atendimentos dirigidos à criança, na faixa etária entre zero e três anos, com ela incluída ou não nos serviços, mantendo a priorização da interação mãe-filho-família, com foco em DI.

Ações Previstas e Responsáveis:

- ♦ implementação do projeto “Sete Ações para a Primeira Infância Saudável”. Responsáveis: Coordenação de Saúde da Criança do município;
- ♦ capacitação dos profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros, para atendimento a criança de zero a três anos, especialmente através das ações: 1) vigilância do DI; 2) execução do calendário mínimo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Anexo 2); 3) identificação dos fatores de risco relativos à primeira infância (Anexo 3); 4) avaliação integral da criança, sem restringir o atendimento apenas à queixa apresentada; 5) avaliação do cartão da criança (incluindo a situação vacinal) em todas as oportunidades; 6) avaliação dos sinais de perigo (Anexo 4) em toda criança que chegar à unidade. Responsáveis: equipe deste Projeto;
- ♦ capacitação dos profissionais da área da saúde a identificarem e oferecerem cuidados a crianças com desvios do desenvolvimento emocional, comportamental, cognitivo e social. Responsáveis: equipe deste Projeto.
- ♦ capacitação dos profissionais da área da educação infantil, especialmente as educadoras infantis que atuam em creches com crianças entre zero e três anos, no rastreamento e posterior encaminhamento aos serviços de saúde, especialmente em relação a: 1) identificação de problemas relativos ao DI; 2) identificação de fatores de risco relativos à primeira infância; 3) identificação de sinais de perigo. Responsáveis: médicos e enfermeiros capacitados.
- ♦ capacitação dos profissionais da área da educação infantil, saúde e promoção social na avaliação do cartão unificado da criança, especialmente em relação ao crescimento, desenvolvimento e situação vacinal. Responsáveis: médicos e enfermeiros capacitados.
- ♦ realização de práticas educativas em grupo de mães/pais/familiares/responsáveis, no mínimo 4 encontros anuais, com orientações sobre cuidados com

² Projeto detalhado no Item 4. Antecedentes do Projeto.



as crianças e suas mães após o parto. Priorizar os grupos do tipo Sala de Espera, problematizando os temas de acordo com a experiência dos participantes (mães/pais/cuidadores), valorizando não apenas aspectos biológicos, mas também psicossociais.

Possíveis temas: higiene corporal e bucal; higiene mental; promoção do vínculo afetivo mãe-pai-família-criança; sono e repouso; aleitamento materno e alimentação saudável; acompanhamento pelo serviço de saúde; promoção da segurança infantil (acidentes e violência); recreação e estimulação do desenvolvimento infantil; planejamento familiar após o parto. Responsáveis: equipes de saúde.

♦ capacitação dos agentes comunitários da saúde (ACS) para que realizem visita domiciliar para orientação e avaliação da situação em que a criança vive, do controle e segurança do ambiente e outros cuidados de saúde, com destaque para as crianças com dificuldades relativas a amamentação, problemas de DI, egressas de internação hospitalar, as que utilizam o serviço de urgência com frequência, as que chamam e/ou apresentam pneumonias frequentes e/ou são portadoras de asma, desnutridas ou outra patologia importante. Responsáveis: equipe deste Projeto;

♦ capacitação de toda equipe de saúde para que mantenha continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada. Responsáveis: equipe deste Projeto;

♦ instrumentalização de mães, pais, demais cuidadores familiares e informais, bem como os formais, a proporcionarem a estimulação sensorial, emocional, cognitiva e social adequada à etapa do desenvolvimento da criança. Responsáveis: equipes de saúde.

♦ capacitação dos profissionais de saúde na atenção aos transtornos mentais da mãe da criança de zero a três anos, especialmente aqueles com maior impacto negativo no desenvolvimento infantil, como a depressão, os transtornos de ansiedade e o uso de tabaco, álcool ou outras drogas. Responsáveis: equipe deste Projeto.

♦ capacitação dos profissionais das áreas da saúde, educação e promoção social no cuidado às mães de crianças de zero a três anos com vulnerabilidades especiais, como solteiras ou em situação de isolamento social, adolescentes, portadoras de HIV, deficiências físicas, sensoriais ou mentais. Responsáveis: equipe deste Projeto.

♦ inserção do projeto "Sete Ações para a Primeira Infância Saudável" e o DI na pauta da mídia local. Responsáveis: equipe deste Projeto.

3.6. Objetivos Específicos Voltados à Família

Promover a integração entre as redes de saúde, educação infantil e sócio assistencial, implantando e implementando ações que visem o acesso, o acolhimento, o acompanhamento, a complementaridade, a fluência e a qualidade nos atendimentos dirigidos às famílias. Nas ações devem estar incluídos os responsáveis legais por crianças na faixa etária entre zero e três anos e aqueles que detêm responsabilidade de cuidado, legitimada ou delegada, de forma a contribuir com a vinculação da criança com sua família.

Ações Previstas e Responsáveis

♦ desenvolvimento, por meio de abordagens grupais coordenadas por profissionais especificamente designados, de ações de natureza sócio educativas que venham a disseminar informações sobre o DI, multiplicar práticas adequadas, favorecer a reflexão e o estabelecimento de vínculos familiares positivos. Responsáveis: equipe de promoção social do município.

♦ incentivo a troca de experiências e busca de solução para problemas comuns entre grupos de mulheres, grupos de adolescentes e familiares, oriundos de

Programas e Projetos Sociais, executados no âmbito municipal, seja por Organizações Governamentais (OG) ou Organizações não governamentais (ONG), valorizando a aprendizagem horizontal. Responsáveis: equipe de promoção social do município.

♦ capacitação dos profissionais dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) para implementação de medidas de proteção básica, de natureza preventiva, que venham a valorizar indivíduos e famílias como atores sociais, que possam alterar e aprimorar as próprias condições humanas, de saúde e de dignidade. Responsáveis: equipe de promoção social do município.

♦ capacitação contínua, sob a ótica multidisciplinar, dos recursos humanos envolvidos nos trabalhos diretos ou indiretos com famílias, sejam estes trabalhadores, gestores, dirigentes, voluntários, entre outros, objetivando a identificação precoce de situações em que haja a violação de direitos ou que inspirem maior proteção. Responsáveis: equipe de promoção social do município.

♦ criação e inclusão na mídia (jornais, revistas, rádios, TVs, sites e portais) de boletins informativos de práticas, textos, pesquisas produzidas sobre o DI, que socializem informações, resultados, construindo assim novas estratégias e ferramentas de capacitação e comunicação entre os pares. Responsáveis: equipe de promoção social do município.

4. ANTECEDENTES DO PROJETO

4. Antecedentes do Projeto

Várias ações são desenvolvidas em Botucatu voltadas ao desenvolvimento infantil. Algumas têm abrangência universal no município e fazem parte de programas institucionalizados. Outras são experiências exitosas que são desenvolvidas em uma única unidade de saúde, de promoção social ou de educação do município, conforme descrito a seguir.

4.1. Necessidades e Potencialidades para Ações em DI

A atenção à criança de zero a três anos demanda um esforço multilateral, intersetorial, simultâneo e harmônico entre os mais diversos atores sociais. É especialmente importante para o desenvolvimento da criança a escola e o grupo familiar que a rodeia (Calvi & Martinez, 2008).

Segundo Almeida (2008), transformar a primeira infância em prioridade exige um olhar ampliado para outras necessidades essenciais dessa fase da vida. Mais que sobrevivência, é preciso garantir às crianças oportunidades para o seu desenvolvimento integral. Esse olhar requer uma mudança no entendimento sobre a criança e uma ação efetiva do poder público e da família. Assim, o presente projeto priorizará ações a serem desenvolvidas junto às famílias de Botucatu, pelo poder público, aqui entendido como serviços de saúde, escola e serviços de promoção social.

Na atenção pré-natal, essa proposta tomará por base o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Criado no ano 2000 (Brasil 2000) o PHPN pressupõe amplo conceito de atenção humanizada, envolvendo um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. As ações, porém, devem ser iniciadas no pré-natal, procurando garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (Brasil, 2003).

O referido programa tem por objetivo inserir a dimensão do cuidado integral e humanizado às mulheres, prevendo que a mesma gestante realize um conjunto de ações voltadas ao nascimento saudável. Espera-se também, que as práticas

realizadas sejam baseadas em evidências científicas, entre outros. Ao mesmo tempo preocupa-se em garantir os preceitos do SUS, especialmente o acesso, destacando a necessidade de garantir o atendimento a todas as mulheres, do pré-natal ao parto; e a hierarquização e regionalização, apontando a necessidade dos serviços estarem vinculados à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente.

Ao mesmo tempo, o presente projeto toma como base as linhas de cuidados da atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil. Tais linhas estão incluídas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança do Ministério da Saúde que pressupõem que o cuidado em saúde demanda uma visão integral do usuário em todos os aspectos – a pessoa por inteiro, contemplando uma postura acolhedora com escuta atenta, olhar zeloso e o estabelecimento de vínculo e responsabilização (Brasil, 2005).

Sob este referencial, espera-se que os serviços de saúde tenham uma visão global das dimensões da vida dos usuários que possibilitem respostas também mais globais frutos de um trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Da mesma maneira, é necessária a visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutive à necessidade dos usuários (Brasil, 2005).

Considerando as necessidades e potencialidades, serão priorizados:

4.2. Fortalecimento da Família e Escola na Promoção do DI

No sistema de ensino, os educadores receberão capacitação sobre as estratégias de mobilização social que possibilitem conquistar uma participação mais efetiva das famílias no processo de educação formal dos filhos.

Buscar-se-á a inserção da temática relativa ao DI, especialmente, em dois projetos. O primeiro é o Projeto de Educação Continuada, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Educação, que atende 96 educadoras de creche e 15 diretoras das escolas da rede municipal de ensino, que participam de oficinas e palestras cujo objetivo principal é a melhoria da qualificação do profissional de creche, bem como a busca do desenvolvimento global da criança através de atividades educativas. O segundo é o Projeto Pedagogia Cidadã, parceria da Secretaria Municipal de Educação com a Pró-reitoria de Graduação da Universidade Estadual Paulista, através do qual 84 professores da rede municipal de ensino (Educação Infantil) têm a oportunidade de se habilitarem gratuitamente no Curso de Licenciatura para Formação de Professores.

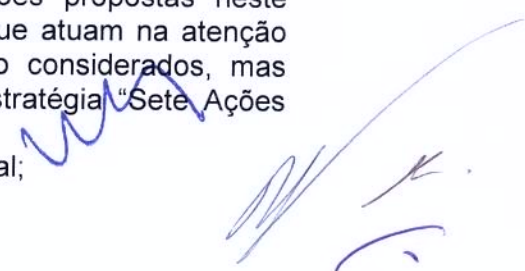
Pais e mães, por sua vez, devem garantir qualidade ao tempo em família, bem como ao tempo dedicado aos encontros com a escola. Recentemente, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) concluiu que o fortalecimento das competências familiares, na atenção à primeira infância, é estratégia indispensável para apoiar a capacidade das famílias oferecerem melhores condições de desenvolvimento humano (Calvi & Martinez, 2008). Assim, atividades educativas serão realizadas em diferentes espaços sociais, de forma a propiciar condições para que os pais compreendam a relevância do seu papel na promoção do DI.

4.3. Os Serviços de Saúde, a Promoção e a Avaliação do DI

Os serviços de saúde também terão importante papel voltado ao desenvolvimento infantil. A promoção do DI deverá ser realizada com a oferta de atenção pré-natal, ao parto e de puericultura qualificadas.

O pleno desenvolvimento PHPN será uma das metas deste Projeto. Garantir que a mesma gestante se beneficie do conjunto de ações propostas neste programa será um desafio para os profissionais de saúde que atuam na atenção pré-natal. Porém, não apenas indicadores biológicos serão considerados, mas também da esfera psicossocial. Para tanto, propõe-se a estratégia "Sete Ações para uma Gestação Saudável":

Ação 1- Iniciar o pré-natal até 14 semanas de idade gestacional;



- Ação 2- Realizar todos os exames de rotina do primeiro trimestre;
Ação 3- Participar de atividade educativa em grupo;
Ação 4- Receber dose imunizante da vacina contra o tétano;
Ação 5- Realizar todos os exames de terceiro trimestre;
Ação 6- Realizar pelo menos seis consultas de pré-natal;
Ação 7- Realizar consulta de revisão de parto.

Para marcar, efetivamente, a importância destas *Sete Ações*, destinaremos a cada uma delas uma das cores do arco-íris, de forma que as mulheres que cumprirem todas tenham o seu arco-íris completo. Nesta situação, receberão um pequeno *book* com fotos de sua gravidez e do recém-nascido.

Considerando a relevância da prematuridade e baixo peso ao nascer na morbidade e mortalidade perinatal e neonatal, algumas ações serão implementadas no período pré-natal com vistas à redução de intercorrências relacionadas a resultados perinatais desfavoráveis. Assim, ampliar-se-á a disponibilidade do exame urocultura, de forma a garantir o diagnóstico das infecções do trato urinário e bacteriúrias assintomáticas na gestação, pela possibilidade de evoluírem para pielonefrite; será realizada busca ativa de infecções do trato genital inferior, a partir da realização de rotina, associada à coleta de citologia oncológica, do exame direto do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram, garantindo tratamento etiológico para vaginose bacteriana, candidíase, vaginite aeróbia e vaginose citolítica, entre outras possíveis alterações de flora vaginal; também será garantida consulta odontológica a todas as gestantes buscando, sempre que possível, instituir o tratamento imediato necessário, inclusive para doença periodontal.

Com relação à atenção ao parto, o objetivo central será na humanização do cuidado. Deverá ser garantido que: a mulher seja a figura central do processo, sendo suas experiências prévias consideradas e valorizadas, podendo contar com a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto e permanecer com seu filho desde o nascimento até a alta hospitalar, amamentando-o precocemente e em livre demanda. Será respeitada a atual hierarquização da atenção ao parto, de forma que os de baixo risco sejam realizados na Unidade Hospitalar de Nível Secundário e os de alto risco, na Unidade Hospitalar de Nível Terciário.

Ações voltadas à ampliação do papel do Banco de Leite Humano serão incentivadas, incluindo a capacitação de profissionais para promoção e apoio ao aleitamento materno, assim como para captação de leite a ser processado. Da mesma forma outras ações que contribuam para a obtenção do Cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e obtenção do título de Hospital Amigo da Criança para o HC – FMB serão viabilizadas, como a formação de rede de apoio após a alta hospitalar, a não oferta de bicos de borracha, o incentivo ao aleitamento sob livre demanda, entre outras.

Experiências exitosas, mas realizadas de forma pontual, deverão ser estendidas a todo município. Nesse sentido, grupos de gestantes e de puericultura serão ampliados, sendo conduzidos por equipe multiprofissional, em que se discuta para além das questões biológicas, mas também a importância do contato, do apego e da relação criança-família para o DI. O mesmo ocorrerá com os Grupos de Artesanato para Gestantes, onde as mesmas possam produzir peças para o enxoval de seu bebê, estimulando-as a pensar e cuidar dele desde a gravidez.

Na primeira semana de vida, a criança deverá receber atenção especial e, para tanto, será prioritária a capacitação das equipes de saúde para o efetivo desenvolvimento do "Programa Crescer Feliz", implantado no município em 1997. Desde sua implantação, este Programa passou por algumas avaliações e reformulações sem, contudo, conseguir desenvolver totalmente suas potencialidades.

Também, serão instituídas as "Sete Ações para a Primeira Semana de Vida Saudável":

- Ação 1- Teste dos Olhinhos;
- Ação 2- Vacinação contra Hepatite B;
- Ação 3- Vacina BCG;
- Ação 4- Teste do Pezinho;
- Ação 5- Teste da Orelhinha;
- Ação 6- Observação de uma mamada;
- Ação 7- Primeira consulta de puericultura.

Da mesma forma que exposto para a atenção pré-natal, neste período também será utilizada a representação gráfica de um arco-íris e quando completo será entregue a mãe um *book* com fotos da família e da criança.

O atendimento de puericultura será garantido, inclusive com a utilização de instrumentos que viabilizem avaliação individual relativa ao crescimento e DI de todas as crianças do município.

No âmbito a atenção primária à saúde, a continuidade do trabalho após o nascimento da criança até os três anos de vida, dar-se-á por meio da Vigilância do Desenvolvimento. Conceitualmente, a Vigilância do Desenvolvimento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento, em um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros (Huthsson & Nicholl, 1988).

Para que se possa realizar a vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimentos básicos sobre DI: como se comporta uma criança normal, que fatores podem contribuir para que seu desenvolvimento possa se alterar e reconhecer comportamentos que possam sugerir algum problema. Para fazer esta vigilância é necessário utilizar metodologias simples, exeqüíveis, porém cientificamente comprovadas e socialmente aceitas.

Neste sentido, como referencial norteador desta necessária qualificação será adotado o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI. Este instrumento, já amplamente validado, tem como objetivo sistematizar o atendimento, facilitando para os profissionais de saúde a orientação dos pais sobre a promoção do desenvolvimento normal dos seus filhos e a detecção precoce das crianças com possibilidades de apresentarem algum problema no desenvolvimento. Estas deverão ser referenciadas para uma avaliação por profissionais com mais experiência em desenvolvimento infantil, a fim de decidir se há realmente um problema que deva ser investigado e qual o tratamento adequado (OPAS, 2005).

O referido manual, em linhas gerais, apresenta o referencial teórico e o marco introdutório para a Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI, bem como os modos de avaliar e realizar a vigilância do desenvolvimento da criança menor de dois meses e dos dois meses aos dois anos de idade. Estão incluídas neste documento, algumas orientações para a promoção do DI saudável, além de alguns exercícios escritos e com vídeo e modelos de fichas de avaliação correlatas.

Como recurso de acompanhamento e incentivo da proposta, também, serão instituídas as "Sete Ações para a Primeira Infância Saudável":

- Ação 1- Cumprimento do Calendário Mínimo de Consultas;
- Ação 2- Vacinação Atualizada;
- Ação 3- Mãe ter participado de atividade educativa relativa ao Aleitamento Materno, após o parto;
- Ação 4- Cuidador principal ter participado de atividade educativa sobre Promoção da Segurança Infantil;
- Ação 5- Ter o gráfico do perímetro cefálico preenchido no prontuário da criança até o final do segundo ano de vida;
- Ação 6- Ter a Ficha do Acompanhamento do DI preenchida no prontuário da criança;

Ação 7- Ter o gráfico de crescimento do cartão da criança preenchido pelo profissional de saúde.

Da mesma forma que exposto para a atenção pré-natal e primeira semana saudável, neste período também se utilizará como recurso, a representação gráfica de um arco-íris e quando completo será entregue a mãe um *book* com fotos da família e da criança.

Considerando a importância da manutenção de um sistema de informações, de forma a garantir dados confiáveis relacionados à atenção materna e infantil desenvolvidas, será viabilizada a ampliação do Sistema Municipal de Informação em Saúde, que atualmente está voltado apenas para a atenção básica, de forma a contemplar também a atenção hospitalar. Ao mesmo tempo, este sistema deverá ser efetivamente capaz de alimentar todos os sistemas de informações propostos pelo Ministério da Saúde, como SISPRENATAL e SISCOLO, entre outros.

5. Cronograma

5. Cronograma

A presente proposta está prevista para um período inicial de 24 meses consecutivos, a partir de janeiro de 2009. Ao final deste período será ponderada a continuidade do Projeto, da forma como está aqui apresentado, havendo a perspectiva inicial de outros 24 meses de desenvolvimento.

O cronograma será discutido e elaborado em Oficina promovida com esta finalidade em janeiro de 2009.

6. Avaliação

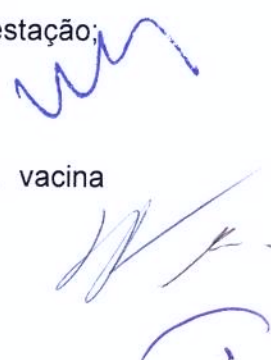
6. Avaliação

A avaliação ocorrerá durante todo o processo e no final, com a análise dos componentes: estrutura, processo e resultados da ação implementada, tanto sob a perspectiva dos coordenadores, quanto dos profissionais e usuários envolvidos, privilegiando aspectos qualitativos e quantitativos do impacto das ações implementadas.

Os indicadores de avaliação propostos considerarão a aderência das gestantes à proposta, durante a gestação e o acompanhamento da criança até o terceiro ano de vida, indicadores de morbimortalidade materna e infantil e grau de satisfação das famílias em relação ao serviço prestado. Destaca-se que dados produzidos, durante o processo de atenção em 2009, serão utilizados na análise comparativa com dados de 2010.

6.1. Indicadores relacionados ao pré-natal e parto

- ♦ Número e % de gestantes que realizaram as Sete Ações para uma Gestação Saudável;
- ♦ Número e % de gestantes que iniciaram o pré-natal até 14 semanas de gestação;
- ♦ Número e % de gestantes que fizeram seis consultas de pré-natal;
- ♦ Número e % de gestantes que fizeram todos os exames básicos;
- ♦ Número e % de gestantes que fizeram a consulta de puerpério;
- ♦ Número e % de gestantes que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;



- ♦ Número e % de gestantes que participaram de atividade educativa no pré-natal;
- ♦ Número e % de unidades de saúde com profissionais qualificados para alimentarem os Sistemas de Informações que contenham dados das gestantes;
- ♦ Número e % de profissionais capacitados a desenvolverem atenção humanizada;
- ♦ Número e % de profissionais capacitados a identificar e encaminhar gestantes vítimas de violência;
- ♦ Número e % de profissionais capacitados na atenção aos transtornos mentais;
- ♦ Número e % de gestantes participantes dos grupos de artesanato;
- ♦ Número e % de profissionais das áreas da saúde, educação e promoção social capacitados na atenção a gestantes/parturientes mais vulneráveis, como as mães solteiras, adolescentes, em situação de isolamento social, portadoras de HIV ou de deficiência física, sensorial ou mental.
- ♦ Número e % de profissionais das maternidades capacitados na humanização do parto;
- ♦ Número e % de mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto/parto;
- ♦ Número e % de cesárea do município comparado com a do ano anterior;
- ♦ Número e % de puérperas que passaram por atividade educativa no alojamento conjunto.
- ♦ razão de mortalidade materna do município, comparado com o do ano anterior;
- ♦ coeficiente de mortalidade neonatal precoce do município comparado com o do ano anterior;
- ♦ coeficiente de mortalidade neonatal tardia do município comparado com o do ano anterior;
- ♦ coeficiente de mortalidade neonatal total do município comparado com o do ano anterior;
- ♦ Número e % de instituições de comunicação do município envolvidas com o Projeto.

6.2. Indicadores relacionados à primeira semana de vida do recém-nascido

- ♦ Número e % de recém-nascidos que realizaram as Sete Ações para a Primeira Semana de Vida Saudável;
- ♦ Número e % de profissionais capacitados a desenvolverem as ações previstas no Programa Crescer Feliz;
- ♦ Número e % de médicos e enfermeiros capacitados a desenvolverem ações relativas a Primeira Semana de Vida Saudável.
- ♦ Número e % de crianças agendadas para seguimento de puericultura;
- ♦ Número e % de recém-nascidos visitados nos primeiros sete dias de vida;
- ♦ Número e % de recém-nascidos que receberam vacina BCG;
- ♦ Número e % de recém-nascidos que receberam vacina contra a Hepatite B;
- ♦ Número e % de recém-nascidos que fizeram teste do pezinho;
- ♦ Número e % de recém-nascidos que fizeram teste da orelhinha;
- ♦ Número e % de recém-nascidos que fizeram teste dos olhinhos;
- ♦ Número e % de recém-nascidos que foram visitados nos primeiros sete dias de vida;
- ♦ Número e % de recém-nascidos em seguimento de puericultura.

6.3. Indicadores relacionados aos primeiros três anos de vida da criança

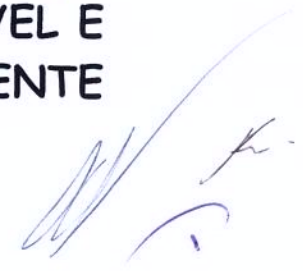
- ♦ Número e % de crianças que realizaram as Sete Ações para uma Primeira Infância Saudável;
- ♦ Número e % de profissionais da área de saúde capacitados no atendimento às crianças de zero a três anos de idade;
- ♦ Número e % de profissionais da educação infantil capacitados a identificarem e manejarem/encaminharem crianças com problemas relacionados ao DI;

- ♦ Número e % de profissionais das áreas de saúde, educação e promoção social, capacitados na avaliação do cartão da criança;
- ♦ Número e % de mães-pais-familiares-cuidadores que participaram das atividades educativas propostas;
- ♦ Número e % de ACS capacitados a realizarem visita domiciliar com foco nas crianças de zero a três anos;
- ♦ Número e % de profissionais da área da saúde que participaram de capacitação relativa ao cuidado humanizado;
- ♦ Número e % de profissionais das áreas da saúde, educação e promoção social capacitados na atenção a mães de crianças de zero a três anos mais vulneráveis, como as solteiras, adolescentes, em situação de isolamento social, portadoras de HIV ou de deficiência física, sensorial ou mental;
- ♦ Número e % de mães-pais-familiares-cuidadores capacitados a desenvolverem estimulação sensorial, cognitiva e social da criança;
- ♦ Número e % de crianças que cumpriram o calendário mínimo de consultas;
- ♦ taxa de mortalidade infantil e componentes, segundo causa do óbito (CID 10);
- ♦ Número e causas de internações de crianças até três anos/ano;
- ♦ Número e causas de encaminhamentos da atenção básica para atenção especializada (DI);
- ♦ Número e % de matrículas na Educação Infantil/ano

6.4. Indicadores relacionados à família

- ♦ Número e % de instituições de saúde, educação e promoção social que desenvolvem regularmente grupos de familiares abordando o DI;
- ♦ Número e % de grupos de mulheres, adolescentes, familiares e outros, apoiados por este Projeto;
- ♦ Número e % de profissionais dos CRAS capacitados em DI;
- ♦ Número e % de profissionais das áreas de saúde, educação e promoção social capacitados para atuação em situação de violência;
- ♦ número de inserções na mídia de notícias ou publicações sobre DI motivados por este Projeto.

7. EQUIPE RESPONSÁVEL E ORGANIZAÇÃO PROPONENTE



7. Equipe Responsável e Organização Proponente

7.1. Equipe Responsável

- Prof. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete, Faculdade de Enfermagem UNESP Botucatu, vttonete@uol.com.br, 14-3811-6270, 14-3811-6004, 14-974-50000
- Prof. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Departamento de Enfermagem, UNESP Botucatu, cparada@fmb.unesp.br, 14-3811-6429
- Solange Leal Vitorino, Psicóloga, Assessora Especial Municipal, botucatu.psdb@terra.com.br, fone 14-3881-3294.
- Beatriz Aparecida da Silva, Técnica de Enfermagem, Obra Social Madre Marina Videmari, Rua Nicola Zaponi 2100, Vila Real, Botucatu, fone 3815-7619
- Maria Dellacoleta, Assistente Social, ONG Arte e Convívio, mariadellacoleta@hotmail.com.
- Izabel Giglioli, Serviço Social da Prefeitura, 14-3882-0666.
- Prof. Dr. Osiris Esteves Pinto, médico Neuropediatria, osirisesteves@uol.com.br, oe Pinto@uol.com.br, fone 14-3882-1666, 14-9775-7914.

7.2. Organização Proponente

Fundação UNI, Botucatu, <http://www.fundacaouni.org.br>

Faculdade de Medicina, Campus de Botucatu da UNESP.

Fone:

Presidente:

8. ORÇAMENTO

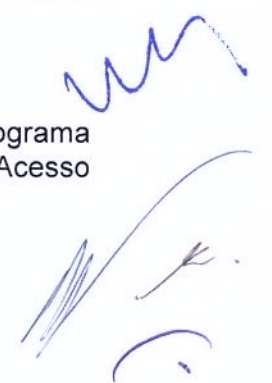
8. Orçamento

vide arquivo .xls anexo

9. REFERÊNCIAS

9. Referências

Almeida LM. A Infância como Eixo Integrador de Políticas Públicas: Programa Primeira Infância Melhor – (PIM). Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br>. Acesso em 10 nov 2008.



Brasil. Ministério da Saúde. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Brasília: UNICEF; 1998.

Brasil. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Ministério da Saúde. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 8 jun. 2000.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasil: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Centro de documentação; 2005.

Calvi G, Martinez L. O papel dos meios multimídia na formação de agentes de desenvolvimento da criança: o Programa Família Brasileira Fortalecida (FBF). Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br>. Acesso em 10 nov 2008.

Ferreira CEC, Monteiro CA, Zuñiga HPP. A mortalidade. In: Monterio CA. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo. São Paulo: Hucitec Nupens/USP; 1988. p. 143-58.

Fundação SEADE. (Homepage da Internet). São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 2008. (acesso em 8 nov 2008). Informações sobre os Municípios Paulistas. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em 8 nov 2008.

Huthsson T, Nicholl A. Developmental screening and surveillance. *Br Hosp Med* 1988; 39:22-9.

Mustard JF. Investindo no Desenvolvimento Infantil Inicial: preenchendo a lacuna entre o que sabemos e o que fazemos. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br>. Acesso em 10 nov 2008.

Nemes, MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. 2ed. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 65 – 115.

Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.16.p.

Poles K, Parada CMGL. A mortalidade neonatal em 1998, no município de Botucatu - SP. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000; 8(3):67-75.

Raíña W. Detecção e intervenção nos distúrbios do desenvolvimento infantil a partir do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br>. Acesso em 10 nov 2008.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria cria ranking com melhores e piores índices de saúde da mulher. São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/ftpsessp/smulher/saude_mulher_completo.doc.

Acesso em 19 ago. 2003a.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Mortalidade infantil. Boletim CIS nº 2. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/DSAUDE/boletins/infantil/html/boletim2.htm>. Acesso em 9 ago. 2003b.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Mortalidade infantil. Boletim CIS nº 2. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/DSAUDE/boletins/infantil/html/boletim2.htm>. Acesso em 9 ago. 2003c.

Young E. Ingredientes-chave para um programa de desenvolvimento infantil eficaz: um relato de experiências envolvendo comunidade, governo e setor privado. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br>. Acesso em 10 nov 2008.

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1

Fatores de risco ao nascer segundo o Ministério da Saúde (2005):

- residente em área de risco;
- baixo peso ao nascer (< 2.500 g);
- prematuros (< 37 semanas de idade gestacional);
- asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida);
- crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido;
- orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido;
- recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos);
- recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo);
- história de morte de crianças < 5 anos na família.

Recém-nascido de alto risco segundo o Ministério da Saúde (2005):

- prematuro pesando menos de 2000g ao nascer;
- recém-nascido com asfixia grave ao nascer (Apgar < 7 no 5.º minuto)
- recém-nascido com outras patologias graves ao nascimento.

10.2. Anexo 2

CALENDÁRIO MÍNIMO DE ATENDIMENTOS NA ATENÇÃO À CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA/FAMÍLIA

Atividades	Idade											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	1ª Semana											
Captação/Acolhimento												
Visita Domiciliar		1		1			1			1		
Consulta Médica/Enfermagem	1		1	2			1			1		
Grupos Operativos	1			1			1			1		
Agendamento de referência no ambulatório de recém-nascido de alto risco												
Imunização da puérpera												
Imunização da criança												
Teste do Reflexo Vermelho												
Teste do Pézinho												
Agendamento de referência do Teste de Acuidade Auditiva												
Manter cartão da criança, prontuário e registros de atendimento completos												
Alimentar os sistemas de informação disponíveis (SIMIS e SIAB) com os dados de cadastro e de atendimento prestado												

10.3. Anexo 3

Risco adquirido/associado para vigilância à saúde segundo o Ministério da Saúde (2005):

- crianças que não compareceram à unidade de saúde na primeira semana de vida para o teste de pezinho;
- menor de 1 ano sem acompanhamento;
- menor de 6 meses que não mama no peito;
- desnutrido ou criança com ganho de peso insuficiente ou com perda de peso recente sem acompanhamento;
- egresso hospitalar;
- crianças com atendimento freqüente em serviços de urgências;
- criança com asma sem acompanhamento;
- crianças com vacinas em atraso;
- criança vítima de violência doméstica;
- criança explicitamente indesejada;
- criança com diarreia persistente ou recorrente;
- criança com anemia ou sinais de hipovitaminose A;
- história de desnutrição nas outras crianças da família;
- criança com sobrepeso/obesidade;
- mãe sem suporte familiar;
- família sem renda;
- mãe/pai/cuidador com problemas psiquiátricos ou portador de deficiência impossibilitando o cuidado com a criança;
- mãe/pai/cuidador em dependência de álcool/drogas.

10.4. Anexo 4

Sinais e sintomas gerais de perigo

- prostração mesmo sem febre
- agitação/irritabilidade intensas
- recusa alimentar/sucção débil
- vômito ao ingerir alimento/líquido
- convulsão
- cianose
- palidez intensa
- hipotonia/hipertonia
- <de 2 meses com FR < 30/ipm
- temperatura corporal muito baixa: < 35,5° C (principalmente em menores de 2 meses)
- respiração rápida: (0 a 2 meses: > 60/ipm; 2 a 12 meses: > 50/ipm; 1 a 5 anos: > 40/ipm; 6 a 8 anos: > 30/ipm)
- esforço respiratório
- diarreia com sangue
- desidratação
- secreção purulenta no ouvido
- doente há mais de 7 dias
- febre persistente há mais de 3 dias
- apnéia (pausa respiratória prolongada)
- excesso/ausência de choro