

Intensificando o desenvolvimento da primeira infância

Investindo na primeira infância com grandes retornos



Amina D. Denboba, Rebecca K. Sayre,
Quentin T. Wodon, Leslie K. Elder,
Laura B. Rawlings, e Joan Lombardi

Outubro de 2014



Agradecimentos

Este relatório foi elaborado pelos autores da Rede de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, sob a orientação de Harry Patrinos (gerente de Educação), Elizabeth King (vice-presidente em exercício da Rede de Desenvolvimento Humano), bem como Claudia Costin (diretora-sênior de Educação), Arup Banerji (diretor sênior de Proteção Social e Trabalho) e Timothy Grant Evans (diretor-sênior de Saúde, Nutrição e População). A orientação de Nicole Klingen (gerente de Saúde, Nutrição e População), Anush Bezhanyan (gerente de Proteção Social e Trabalho) também é muito apreciada. O coordenador foi Quentin Wodon.

O apoio financeiro da Fundação Fundo de Investimento para Crianças é reconhecido com gratidão. Os autores também são gratos aos revisores paritários Sachiko Kataoka (Educação) e Peter Holland (Educação), por seus valiosos comentários e sugestões. Membros de pontos focais do grupo Primeira Infância e Desenvolvimento do Banco Mundial também forneceram insumos valiosos, inclusive Amanda Devercelli (Educação) e Julieta Trias (Rede de Desenvolvimento Humano), assim como Robin Horn (diretor de Educação da Fundação Fundo de Investimento para Crianças) e Ruslan Yemtsov (Proteção Social e Trabalho). Finalmente, os membros do Institute of Medicine Forum on Investing in Young Children Globally [Forum do Instituto de Medicina da Academia Americana de Ciências para Investimento Global na Primeira Infância] também forneceram comentários valiosos.

Agenda

Agradecimentos ii

Prefácio v

Introdução

Investimento na primeira infância visando grandes retornos 1

Cinco pacotes

Pacote apoio à família 4

Pacote gravidez 7

Pacote nascimento 8

Pacote saúde e desenvolvimento infantil. 9

Pacote pré-escola 11

Resumo dos cinco pacotes integrados 12

Quatro princípios

Princípios da política DPI [Desenvolvimento na Primeira Infância] 13

Realizar um diagnóstico DPI e estabelecer uma estratégia global abrangente 14

Coordenar e implementar amplamente 15

Integrar serviços para alcançar sinergias e reduções de custo 17

Monitorar, avaliar e ampliar 18

Conclusão 20

Siglas 21

Referências 22



Prefácio

O investimento na primeira infância não é apenas a coisa certa a ser feita do ponto de vista ético, mas também a coisa inteligente a ser feita do ponto de vista econômico para as crianças, bem como para suas famílias, suas comunidades e a sociedade em geral.

As intervenções Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) são essenciais para o crescimento e desenvolvimento infantil. Os retornos de tais intervenções também tendem a ser mais elevados do que os retornos de investimentos em capital humano feitos mais tarde na vida.

Hoje, o DPI é cada vez mais reconhecido como um dos mais importantes investimentos que países e famílias possam fazer para prosperar e ajudar todas as crianças a ter uma vida produtiva.

Em reconhecimento à forte evidência do impacto positivo das intervenções DPI em crianças pequenas, os investimentos do Banco Mundial em operações DPI de doações e empréstimos, bem como em trabalho analítico e de desenvolvimento de capacidades relacionados com DPI, aumentaram consideravelmente nos últimos anos. Porém, mais poderá e deverá ser feito para convencer os políticos e os profissionais a realmente priorizar as políticas e programas DPI em suas estratégias de desenvolvimento nacional.

Este documento é um guia simples para políticos e profissionais sobre como investir na primeira infância. Ele identifica 25 intervenções DPI essenciais que podem ser feitas por meio de cinco pacotes integrados em diferentes fases da vida de uma criança, abrangendo os setores de educação, saúde, nutrição, água, saneamento e proteção social. Esses cinco pacotes de intervenções são: (i) o pacote apoio à família, (ii) o pacote gravidez, (iii) o pacote nascimento, (iv) o pacote saúde e desenvolvimento infantil e (v) o pacote pré-escola.

O documento também estabelece quatro princípios simples que os países podem seguir ao elaborar e implementar estratégias bem sucedidas de DPI: (i) preparar diagnóstico e estratégia DPI; (ii) implementar amplamente por meio da coordenação; (iii) criar sinergias e reduzir custos por meio de intervenções integradas; e (iv) monitorar, avaliar e ampliar intervenções bem sucedidas.

Esperamos que o documento venha a ser uma referência valiosa para os políticos e os profissionais de nossos países clientes, bem como todos aqueles interessados em dar a cada criança a oportunidade de realizar seu pleno potencial.

Claudia Costin

Diretora-Sênior de Educação

Arup Banerji

Diretor-Sênior de Proteção Social e Trabalho

Timothy Grant Evans

Diretor-Sênior de Saúde, Nutrição e População



Intensificar o desenvolvimento na primeira infância

Investir na primeira infância visando grandes retornos

O investimento na primeira infância é um dos melhores investimentos que os países podem fazer. Os primeiros anos de uma criança apresentam uma janela única de oportunidade para abordar a desigualdade, quebrar o ciclo da pobreza e melhorar uma ampla gama de resultados mais tarde na vida. Uma recente pesquisa do cérebro sugere a necessidade de abordagens holísticas para a aprendizagem, crescimento e desenvolvimento, reconhecendo que o bem-estar físico e intelectual de crianças pequenas, bem como seu desenvolvimento socioemocional e cognitivo, está interrelacionado.¹ Para aproveitar completamente futuras oportunidades na vida e tornarem-se membros produtivos da sociedade, as crianças, até ao final da primeira infância, devem ser: saudáveis e bem nutridas; devidamente apegadas a seus cuidadores; capazes de interagir positivamente com suas famílias, professores e colegas; capazes de se comunicar em sua língua nativa; e prontas para aprender no ensino primário.²

Falhas no início do desenvolvimento infantil comprometem a capacidade da criança para atingir essas metas importantes e alcançar seu pleno potencial na vida. Intervenções nos primeiros anos têm o potencial de compensar as tendências negativas e fornecer às crianças mais oportunidades de uma qualidade ideal de aprendizagem, crescimento físico e saúde, e consequentemente aumentar sua produtividade ao longo da vida. Novas evidências biológicas e sociais oferecem uma riqueza de recursos com estratégias inovadoras que promovem o desenvolvimento e crescimento ideal da criança. Programas que agregam serviços (tais como nutrição e estimulação psicossocial) podem ter efeitos e taxas de retorno extremamente benéficos.² Infelizmente, a maioria dos países deixa a desejar em sua prestação de serviços essenciais para as crianças e suas famílias. O desafio é desenvolver modelos rentáveis e escaláveis para prestar estes serviços em países de baixa e média renda.

Embora várias definições de desenvolvimento na primeira infância (DPI) tenham sido propostas, neste documento o DPI se refere ao crescimento e desenvolvimento inicial da criança desde a gravidez de uma mulher até o ingresso da criança à escola primária. As intervenções DPI, portanto, incluem serviços para mulheres grávidas e lactantes, bem

como as crianças pequenas e suas famílias. Estes serviços são destinados a abordar a saúde, necessidades nutricionais, socioemocionais, cognitivas e linguísticas durante este período. Eles são essenciais porque os primeiros anos de vida de uma criança constituem a base para a aprendizagem futura, boa saúde e bem-estar, bem como a capacidade da criança para trabalhar bem com os demais na vida adulta.



Existe um consenso emergente de que os investimentos no DPI devem ser prioridade e poderão trazer grandes retornos. Um crescente acervo de trabalhos da literatura demonstra que os retornos sobre os investimentos em crianças pequenas são substanciais, sobretudo quando comparado aos investimentos realizados em fases posteriores da vida. Por outro lado, a falta de investimento pode levar a custos muitas vezes irreversíveis, não só para os indivíduos e suas famílias, mas também para as comunidades e a sociedade em geral.

Por que os países deixam a desejar em seus investimentos no DPI? Um fator é o fato de que os países geralmente operam sob restrições orçamentárias rigorosas. Mas a experiência também sugere que outro fator está relacionado ao fato de que o DPI é altamente complexo e multissetorial. Ainda há falta de conhecimento dos benefícios do DPI e de como os países podem criar políticas de sucesso e programas escaláveis nesta área.

Vários parceiros para o desenvolvimento introduziram estruturas abrangentes para atender às necessidades holísticas da primeira infância. O UNICEF concentra-se em áreas-chave de intervenção DPI inclusive saúde, nutrição, HIV / AIDS, serviços básicos de educação e de proteção.³ A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu diretrizes específicas para cada fase de

desenvolvimento, inclusive a gravidez, pós-parto, lactente, criança pequena e cuidados de saúde da criança. Essas diretrizes ajudam os profissionais de serviços a fornecer melhores resultados de saúde em subperíodos específicos. Além disso, a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH), liderada pela OMS e Universidade Aga Khan, fornece, aos decisores políticos, informações específicas sobre as intervenções essenciais de saúde para lidar com as principais causas de mortes maternas, neonatais e infantis.⁴ No Banco Mundial, o *Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*² apresenta pontos de entrada estratégicos para a implementação de um programa DPI eficaz nos países, inclusive os programas baseados em centros, programas domiciliares, e de transferência de renda, comunicação e campanhas de mídia voltadas para famílias com crianças pequenas.

Baseando-se em uma revisão de evidências científicas e experiências práticas, o Banco Mundial desenvolveu em 2010 a estrutura STEP,⁵ que é uma maneira simples de ver como os países podem ajudar as pessoas a passarem a ter uma vida produtiva. STEP significa *Skills Toward Employment and Productivity [Qualificações visando Emprego e Produtividade]*. A estrutura identificou cinco etapas pelas quais indivíduos podem progredir e aprender ao longo da vida. Este documento utiliza o DPI como a primeira dessas cinco etapas.

Este documento baseia-se nas estruturas existentes sobre os impactos das intervenções DPI. Resume parte da ampla e extensa literatura existente sobre este tema com o objetivo de identificar intervenções-chave necessárias para as crianças. O documento destina-se a fornecer uma introdução acessível para intervenções

e serviços integrados que podem ajudar os decisores políticos e profissionais a pensarem sobre como investir efetivamente no DPI.

Além de identificar as principais intervenções, o documento descreve quatro princípios que podem ajudar os países a elaborar e implementar programas e políticas fortes de DPI. Os países devem: (i) preparar um diagnóstico e estratégia DPI; (ii) implementar amplamente por meio da coordenação; (iii) criar sinergias e reduzir custos por meio de intervenções integradas; e (iv) monitorar, avaliar e ampliar intervenções bem sucedidas.

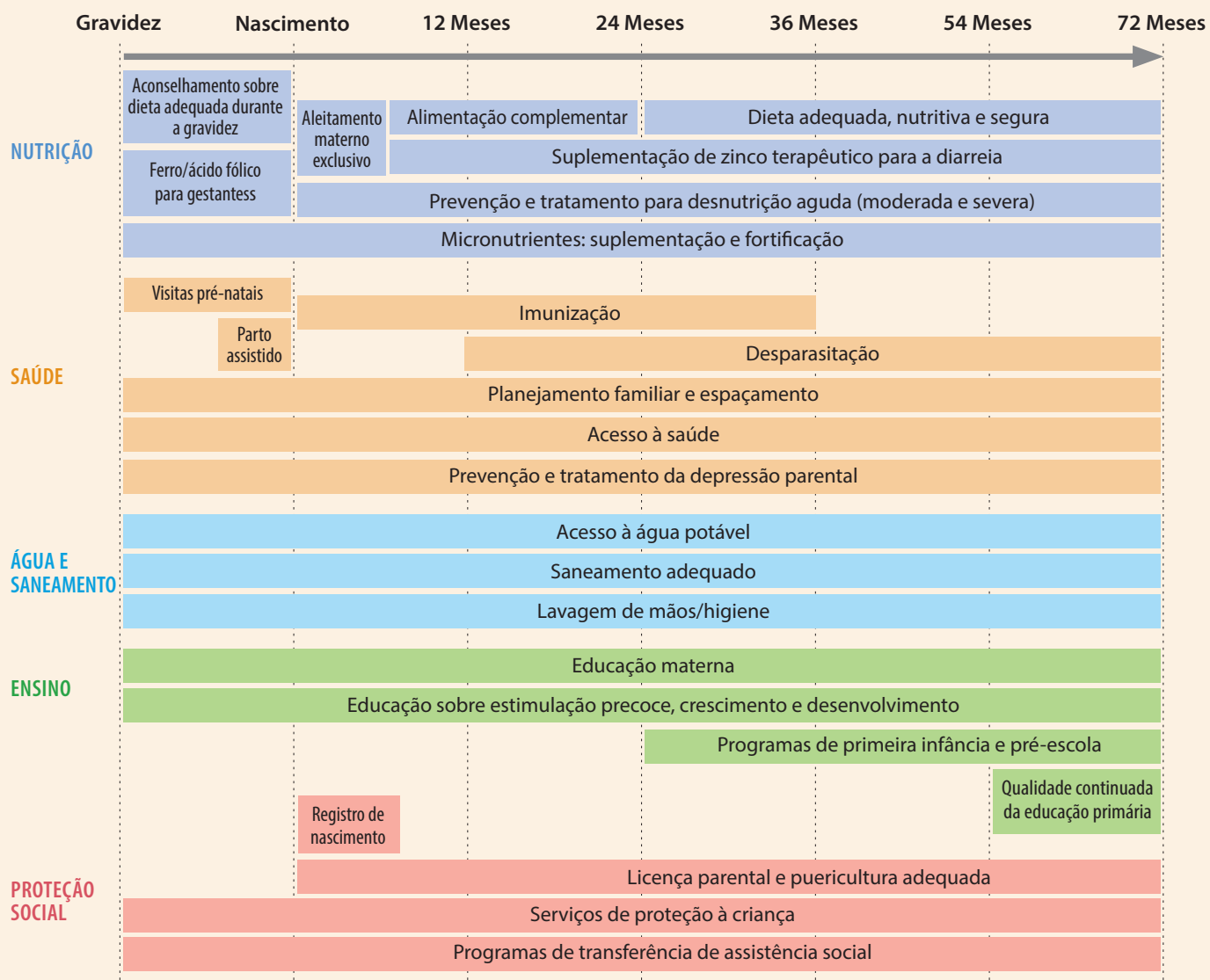


Em termos de intervenções, dentro do período DPI, 25 intervenções-chave são identificadas como essenciais para o crescimento e desenvolvimento de uma criança (resumidas na Figura 1). Para cada intervenção, são apresentados impactos e custos ilustrativos. São baseados em evidências existentes e destinados como meros indicadores.

O documento sugere que estas intervenções podem ser executadas por meio de cinco pacotes integrados em diferentes fases na vida de uma criança. Esses cinco pacotes de intervenções são: (i) o pacote apoio à família, que pode ser disponibilizado durante a fase DPI, (ii) o pacote gravidez, (iii) o pacote nascimento (do nascimento a seis meses), (iv) o pacote saúde e desenvolvimento infantil, e (v) o pacote pré-escola.

Esperamos que a abordagem sugerida neste documento para investimentos em intervenções integradas DPI seja útil para decisores políticos e profissionais, fornecendo-lhes um conjunto de mensagens simples, mas poderosas, para que todas as crianças pequenas venham a alcançar seu pleno potencial e ter a chance de viver vidas saudáveis e produtivas.

FIGURA 1: 25 Intervenções-chave para crianças pequenas e famílias



Fonte: Autores. Obs.: A ideia de apresentar as intervenções por setor e/ou idade já foi usada anteriormente por uma série de autores.

Pacote apoio à família

Do nascimento aos 6 anos



Principais ganhos: maior aproveitamento no desenvolvimento físico, socioemocional e cognitivo

A família é o primeiro e mais eficaz sistema de apoio para garantir o crescimento saudável e o desenvolvimento na primeira infância.

O bem-estar e o envolvimento das famílias desempenham um papel fundamental na abordagem das necessidades de desenvolvimento

holístico das crianças, porque na primeira infância elas dependem inteiramente de suas famílias e passam mais tempo no ambiente doméstico. Embora uma série de intervenções DPI seja para idades específicas, muitas delas são necessárias ao longo dos primeiros anos. Baseado em uma abordagem de duas gerações⁶ criando oportunidades e suprindo as necessidades tanto dos pais como dos filhos, o pacote apoio à família consiste em doze diferentes conjuntos de intervenções e serviços oferecidos para apoiar tanto as crianças como suas famílias.

Apoio parental para famílias em situação vulnerável

1. Educação materna: Evidência demonstra a importância da educação DPI para meninas. Quando as meninas alcançam um nível alto de educação, podem ter uma influência poderosa sobre seus futuros filhos.^{5,7}

2. Planejamento familiar e espaçamento: O planejamento familiar e espaçamento permite aos pais prever e atingir o número desejado de filhos, o espaçamento e o sincronismo de seus nascimentos. Isso é conseguido por meio de métodos contraceptivos e do tratamento da infertilidade. De acordo com a OMS, a capacidade de uma mulher

de espaçar e limitar as gravidezes tem um impacto direto em sua saúde e bem-estar, bem como sobre o resultado de cada gravidez.⁸

3. Educação sobre estimulação precoce, crescimento e desenvolvimento: Alcançar os pais e cuidadores por meio de apoio e visitas domiciliares pode promover a estimulação precoce, cuidados ideais e práticas de alimentação saudáveis, e assim melhorar os resultados nas crianças. Os programas de visitas domiciliares podem informar os pais sobre a saúde, crescimento e desenvolvimento global das crianças. Os programas de apoio aos pais podem melhorar a resposta na alimentação^{9,10} e a estimulação precoce.^{11,12} Interações de “dar e receber” entre pais e filhos podem melhorar o desenvolvimento físico, bem como o desenvolvimento de habilidades cognitivas e sócio-emocionais,¹³ que influenciam posteriormente o desempenho acadêmico e empregatício.¹⁴ Além de visitas domiciliares, redes sociais de apoio e campanhas de educação da comunidade sobre o DPI podem ser uma estratégia eficaz para alcançar os pais e cuidadores com mensagens sobre o crescimento, desenvolvimento e segurança das crianças.

4. Programas de transferência de assistência social podem ajudar os pais a prover as necessidades das crianças e a investir em nutrição, saúde e educação de seus filhos. Estes programas destinam-se, muitas vezes, a famílias pobres e vulneráveis, fornecendo uma saída para ajudar aqueles que mais necessitam e um ponto de partida para a prestação de trabalhos coordenados, inclusive o desenvolvimento na primeira infância. Os programas de proteção social também podem servir como veículos de resposta a crises anticíclicas, ajudando a proteger as famílias de choques de renda e as crianças de uma série de consequências, inclusive o estresse tóxico. Além de apoiar a renda, os programas de proteção social muitas vezes alavancam investimentos no capital humano. Por exemplo, transferências condicionais de dinheiro (TCDs) incentivam os pais a investir na saúde e educação dos filhos, e programas de rede de segurança em ambientes de renda muito baixa estão cada vez mais combinando assistência em dinheiro ou comida com capacitação para os pais nas áreas essenciais de saúde, nutrição e educação.

5. Prevenção e tratamento da depressão parental:

A depressão materna e paterna também deverá causar efeitos adversos no DPI e na qualidade da parentalidade.¹⁵ Sempre que possível, é importante a prevenção e o tratamento da depressão parental, começando com a prevenção durante a gravidez e a prevenção e tratamento durante os primeiros anos da parentalidade.^{16,17}

6. Licença parental e puericultura adequada:

Sem renda suficiente e flexibilidade adequada, pais vulneráveis são incapazes de atender às necessidades dos seus filhos.¹⁸ Sempre que possível, as famílias com crianças pequenas devem ser beneficiadas com os programas de apoio de renda, licença parental e puericultura adequada devem estar disponíveis para pais e mães que trabalham. De acordo com a OCDE, políticas de apoio bem estruturadas a cuidados infantis podem compensar,¹⁹ uma vez que, sem apoio, os pais enfrentam obstáculos para a participação no mercado de trabalho que poderão levar a maiores despesas de bem-estar, perdas de receitas fiscais, parada de crescimento e capital humano desperdiçado.

7. Serviços de proteção à criança: A violência doméstica durante a gravidez está associada ao baixo peso ao nascer, e a exposição à violência na primeira infância afeta negativamente o desenvolvimento socioemocional da criança.²⁰ O efeito da exposição à violência pode ser reduzido por meio de reações de apoio parentais e rotinas familiares positivas.¹⁶ Disposições de proteção à criança no âmbito de aplicação da lei e sistemas judiciais podem proteger as crianças da violência e da exploração.

Saúde, nutrição e saneamento para famílias

8. Acesso aos cuidados de saúde contribui para atingir a cobertura de saúde universal para uma população independentemente da renda ou status social. O acesso equitativo aos serviços de saúde aumenta a demanda por cuidados, principalmente entre os pobres, tornando esses serviços mais acessíveis. [sic] Os serviços de saúde, tais como a prevenção e tratamento da malária são fundamentais para reduzir o risco de mortalidade infantil.

9. Micronutrientes: suplementação e fortificação:

Deficiências em micronutrientes como vitamina A, iodo, ferro e zinco podem causar deficiências irreversíveis no desenvolvimento físico e mental. A suplementação de micronutrientes e fortificação de alimentos básicos podem prevenir e/ou tratar deficiências de micronutrientes. A iodização universal do sal é um método de baixíssimo custo de fornecer iodo à população.²¹

10. Acesso à água potável; 11. Saneamento

adequado; e 12. Lavagem das mãos: Quase nove em cada dez mortes de diarreia entre as crianças estão ligadas a práticas de má higiene, água não potável e falta de acesso a saneamento.²² Um terço da população mundial não tem acesso ao saneamento básico, e mais de 1 bilhão de pessoas defecam ao ar livre. Latrinas podem reduzir os riscos de saúde para mulheres grávidas e crianças pequenas. Higiene adequada e lavagem de mãos podem reduzir significativamente a incidência de diarreia.

Investimento na primeira infância visando grandes retornos:

Na África e na Ásia, o acesso à água potável em áreas rurais pode ter uma relação custo-benefício de 3.4:1, e o saneamento básico pode ter uma relação custo-benefício de 5-8:1.¹⁵ Nas regiões da África, América do Sul, Europa e sudeste da Ásia, a fortificação de alimentos com ferro e outros micronutrientes pode ter uma relação custo-benefício elevada de 37:1.²⁴ Estimativas na África, leste da Ásia, Pacífico e sul da Ásia demonstram que a o sal iodado pode trazer uma relação custo-benefício de 30:1.²¹ Nestas mesmas regiões, a vitamina A pode custar US\$ 3 - 16 por AVAI^a economizada [sic]^{25,26,27}

a O ano de vida ajustado por incapacidade (AVAI) é uma medida da carga global da doença, expressa como o número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte precoce.

Intervenção	Custos ilustrativos	Impactos ilustrativos
1. Educação materna	Varia substancialmente por país	Educação materna é um previsor significativo da participação das crianças em programas de creche e pré-escola (ECCE) com o maior registro encontrado entre as crianças cujas mães tinham mais instrução. ⁶
2. Planejamento familiar e espaçamento	Varia substancialmente por país	Os serviços de planejamento familiar diminuem a probabilidade de morte devido a causas maternas: o controle sobre as decisões de fertilidade, indicado pelo desejo de gravidez, pode levar à redução do risco de mortalidade materna. ²³
3. Educação sobre estimulação precoce, crescimento e desenvolvimento	US\$13 (Mauritânia)-US\$ 1.393 (Qatar) por criança/ano para o programa de visitas domiciliares. ²⁴ US\$4 (Bangladeche)-US\$ 10 (Índia) por criança / ano para programas nacionais de base comunitária. ³⁵	O aumento de conhecimento dos pais leva as crianças a mais estimulação em casa e atividades de aprendizagem (tamanhos de efeito de 0.32-0.86) e por sua vez, maiores resultados no desenvolvimento da criança, inclusive maior desenvolvimento cognitivo e da linguagem (tamanhos de efeito de 0.32-0.97). ²⁶
4. Programas de transferência de assistência social	US\$156-432 por família por ano para os programas de TCR com componente de nutrição (América Latina) ²⁷	O apoio aos rendimentos com foco em CCTs [transferência monetária] pode reduzir a pobreza; aumentar o consumo de alimentos das famílias e a diversidade na dieta ²⁸ ; produzir maior índice de frequência em escolar, registros de nascimento, o acesso a serviços de saúde e preocupação dos pais com a saúde e a educação de seus filhos; também foi verificado na redução do trabalho infantil e violência doméstica. ²⁹
	Varia substancialmente por país	As intervenções comunitárias com paraprofissionais podem reduzir os sintomas depressivos (tamanho do efeito 0,21 - 0,62), melhorar a sensibilidade materna e apego infantil, a saúde da criança e o tempo gasto brincando com crianças. ¹⁵
6. Licença parental e puericultura adequada:	Varia substancialmente por país	A licença parental durante 10 semanas está associada a uma redução nas taxas de mortalidade neonatal, a mortalidade infantil e da mortalidade infantil ³⁰ ; Creches apoiadas pelo governo estão associadas a maiores índices de participação na força de trabalho das mulheres e menor desigualdade de gênero. ¹⁷
7. Serviços de proteção à criança	Varia substancialmente por país	As intervenções de prevenção da violência podem reduzir reações de estresse em crianças pequenas (tamanho do efeito 0,56 - 0,91); a melhoria do ambiente institucional do grupo de cuidados residenciais não parentais pode resultar em benefícios significativos para o desenvolvimento cognitivo infantil e competência socioemocional. ¹⁵
8. Acesso aos cuidados de saúde	Varia substancialmente por país	O acesso aos cuidados de saúde e seguro de saúde que cobre serviços básicos afeta positivamente o estado de saúde e nutrição das crianças. ³¹
9. Micronutrientes: suplementação e fortificação	US\$ 0,20 por pessoa / ano para a farinha enriquecida com ferro, ácido fólico e zinco ³² ; US\$ 1,20 por criança / ano para suplemento ³³ de vitamina A; US\$ 0,05 por pessoa por ano para sal iodado ^{20, 1}	A suplementação de micronutrientes para as mulheres grávidas pode reduzir o risco de bebês com baixo peso em 88% e prematuros nascidos com 97% ³⁹ ; a suplementação de vitamina A pode reduzir o risco de mortalidade infantil (6-59 meses) em 24% ²⁰ ; crianças cujas mães consumiram sal iodado podem ter níveis de desenvolvimento de 10-20% mais elevados e peso maior ao nascer (3,82-6,3) ³⁸ ; suplemento de iodo para mães grávidas pode reduzir o risco de cretinismo (crescimento severamente atrofiado físico / mental) aos quatro anos em 27%. ³⁸
10. Acesso à água potável	US\$ 2 por família por mês para a intervenção de água rural na África e Ásia ²² US\$ 20-80 por família para a rede de distribuição de água ³⁵	Na América Latina e na África, a melhoria da qualidade da água pode reduzir 60% do risco de diarreia em crianças menores de cinco anos. ³⁶
11. Saneamento adequado	US\$ 3 - 5 por pessoa para programa de saneamento liderado pela comunidade; US\$ 20 - 50 para latrinas públicas - US\$ 100 - 200 por família / ano para sistemas de esgoto com tratamento (Sudeste Asiático). ²²	O saneamento adequado pode reduzir a defecação aberta em 20%, e está associado a um aumento de 0,1 de desvio padrão na altura da criança. ⁴²
12. Lavagem de mãos e higiene	Custo adicional insignificante se incluídos em programas de nutrição da comunidade	Higiene e lavagem de mãos podem reduzir a incidência de diarreia entre 30% e 47%. ^{38,40}

Pacote gravidez

Da concepção ao nascimento

Ganhos principais: a prevenção da mortalidade materna e neonatal, risco reduzido de anemia e de baixo peso ao nascer

Quando não recebem um pacote pré-natal de serviços essenciais durante a gravidez, as mulheres e seus recém-nascidos enfrentam vários riscos, inclusive mortalidade materna e neonatal, anemia e baixo peso ao nascer, bem como suas repercussões no crescimento e desenvolvimento futuro da criança. O pacote de gravidez consiste em uma série de serviços essenciais.

13. Atendimento pré-natal: Visitas de cuidados pré-natais oferecem oportunidades para os profissionais de saúde entregarem um pacote de serviços, inclusive testes de triagem, aconselhamento na carga de trabalho reduzida, o tratamento de complicações identificadas, e mudança de comportamento na comunicação para aumentar a capacidade das mulheres de identificação dos sinais de perigo e possíveis complicações. O UNICEF e a OMS recomendam um mínimo de quatro consultas pré-natais durante a gravidez. A educação parental para as gestantes também é importante para fornecer às futuras mães competências-chave parentais para melhorar os resultados dos recém-nascidos.

14. Suplementos de ferro e ácido fólico para gestantes: Quase um quarto das mortes maternas é

causado por hemorragias, que estão intimamente ligadas à anemia durante a gravidez.⁴⁴

A suplementação de ferro e ácido fólico para mulheres grávidas pode reduzir a anemia, bem como o risco de bebês com baixo peso.

15. Aconselhamento de dietas adequadas para mulheres grávidas: A

desnutrição durante a gravidez pode afetar o crescimento e desenvolvimento fetal. Estima-se que 800.000 mortes de recém-nascidos a cada ano possam ser atribuídas ao aumento do risco associado à restrição do crescimento fetal.⁴³ O aconselhamento sobre dietas e estilos de vida saudáveis durante a gravidez pode ajudar a garantir que gestantes tenham uma dieta adequada com alimentos ricos em nutrientes.



Investimento na primeira infância visando grandes retornos:

A suplementação de ferro para mulheres grávidas custa de US\$ 66 (subregião africana com alta mortalidade adulta e infantil) a US\$ 115 (subregião do sudeste asiático, com altas taxas de mortalidade adulta e infantil) por ano de vida ajustado por incapacidade (AVAI).⁴⁵

Intervenção	Custos ilustrativos	Impactos ilustrativos
13. Cuidados pré-natais	US\$ 6,70 - 7,34 por gravidez (Uganda) ⁴¹	Consultas pré-natais reduzem o risco de morte materna e neonatal. ²¹
14. Suplementação de ferro e ácido fólico para mulheres grávidas	US\$ 3.00 (Indonésia, Quênia e México) por gravidez ²³	Ferro e ácido fólico para mulheres grávidas podem render um ganho de 58g de peso ao nascer e reduzir o risco de anemia ao termo em 21%. ³⁸
15. Aconselhamento sobre dieta adequada para mulheres grávidas	Varia substancialmente por país	O aconselhamento sobre dieta adequada para as mães grávidas reduz o risco de baixo peso ao nascer e de natimortos. ³⁸

Pacote nascimento

Do nascimento aos 6 meses

Ganhos principais:
prevenção de morbidade e mortalidade infantil, e mortalidade materna



O pacote de nascimento DPI abrange o período crítico pós-natal das “janelas de oportunidade” do DPI, ou seja, desde o nascimento até seis meses de idade. Na ausência do

fornecimento deste pacote, recém-nascidos e mães poderão

sofrer maior risco de morbidade e mortalidade. Além da sobrevivência, é necessário assegurar o crescimento e o desenvolvimento ideal. O pacote nascimento consiste em três conjuntos principais de atividades.

16. Atendimento especializado durante o parto:

A maioria das causas diretas de mortalidade materna relacionada a complicações obstétricas pode ser eliminada se profissionais de saúde qualificados

estiverem presentes durante o parto, e se instalações obstétricas devidamente equipadas com recursos de emergência estiverem disponíveis. O parto assistido por profissionais pode eliminar os riscos de defeitos de nascimento e mortalidade materna.

17. Registro de nascimento: Em todo o mundo, uma em cada três crianças com idade inferior a cinco anos não está atualmente registrada.⁵¹

O registro de nascimento é o primeiro passo para alcançar as crianças com os serviços que necessitam para se desenvolverem plenamente. Alguma forma de registro de nascimento é geralmente necessária para que as crianças obtenham uma certidão de nascimento e acesso a serviços, proteção e oportunidades ao longo da vida.

18. Aleitamento materno exclusivo: Após o início imediato da amamentação na primeira hora após o nascimento, a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses contribui para a saúde a curto e longo prazo de uma criança e seu desenvolvimento por meio de ricos insumos nutricionais e da interação socioemocional positiva entre mãe e filho,⁵² bem como a prevenção de doenças causadas pelo contato com alimentos ou água contaminada. A promoção do aleitamento materno exclusivo é uma das intervenções mais promissoras para melhorar a sobrevivência infantil nos primeiros seis meses de vida.

Investimento na primeira infância visando grandes retornos:

No sul da Ásia e na África subsaariana, um pacote de serviços de saúde materna e neonatal custa US\$ 3.337- US\$ 6.129 por morte evitada, e US\$ 92 - US\$ 148 por AVAI evitada.⁴⁸ Os programas de incentivo ao aleitamento materno custam entre US\$ 527 e US\$ 2.000 por AVAI.⁵²

Intervenções	Custos ilustrativos	Impactos ilustrativos
16. Atendimento especializado no parto	Os custos do parto assistido variam substancialmente por país; US\$ 1,67 por kit de higiene por parto ⁴⁵	Práticas de higiene no parto podem prevenir infecções (que representam cerca de 35 por cento das mortes de recém-nascidos). O parto institucional/qualificado pode prevenir asfixia (causa de 23 por cento das mortes de recém-nascidos). ²¹
17. Registro de nascimento	US\$ 0,23 (Tanzânia) - US\$ 0,83 (Índia) por cada registro civil ⁴²	O registro de nascimento protege o direito da criança à identidade e acesso a serviços, inclusive o acesso a vacinas e cuidados de saúde, educação e assistência social. A identificação pode salvaguardar os direitos das crianças e ajudar a proteger contra a violação de direitos, tais como o trabalho infantil ou casamento precoce. ⁴³
18. Aleitamento materno exclusivo	US\$ 0 para aleitamento US\$ 0,30 – US\$ 0,40 por nascimento para promover o aleitamento materno ²⁰	Os bebês que são amamentados têm seis vezes mais chances de sobreviver, seis vezes menos probabilidade de morrer de diarreia e 2,4 vezes menos chances de morrer de infecções respiratórias agudas nos primeiros seis meses ⁴⁴ ; a amamentação também está associada a maiores índices de inteligência (diferença média: 4,0 pontos). ⁴⁵

Pacote saúde e desenvolvimento infantil

Do Nascimento aos 5-6 Anos

Principais ganhos: prevenção da mortalidade infantil, redução do risco de problemas de crescimento e anemia, melhor desenvolvimento cognitivo

O terceiro pacote de serviços DPI abrange o período do nascimento^b até os 5-6 anos. O principal risco em não se oferecer serviços essenciais durante este período são problemas de crescimento, anemia, desenvolvimento cognitivo prejudicado e mortalidade infantil. Este pacote consiste em seis intervenções/ serviços principais.

19. Imunizações: Começando no nascimento, uma pauta completa de imunizações é essencial para a redução da morbidade e mortalidade infantis. De acordo com a OMS, uma cobertura progressiva das vacinas pneumocócica conjugada, rotavírus e Hib poderiam ter prevenido 1,5 milhão de mortes em crianças com menos de 5 anos em 2002.⁵⁴ Segundo o Consenso de Copenhague, a expansão da cobertura da imunização para crianças é um dos dez investimentos mais produtivos para os países.

20. Dieta adequada, nutritiva e segura: Após seis meses de amamentação exclusiva, as mães devem continuar a amamentar até os 24 meses enquanto oferecem alimentação complementar com porções, frequências, consistência e variedade de alimentos preparados com segurança apropriadas para a idade. Práticas sensíveis de alimentação são importantes, bem como a alimentação adequada durante e após doenças. Após os dois anos, as crianças pequenas ainda precisam de dietas adequadas, nutritivas e seguras. A subnutrição acarreta a fragilização do sistema imunológico de bebês e crianças pequenas, colocando-as em maior risco de adoecerem por moléstias evitáveis, como a pneumonia e a diarreia. Quase um quinto das mortes abaixo dos cinco anos poderia ser prevenida com a alimentação ideal.²²

21. Suplementação terapêutica de zinco para a diarreia: Aproximadamente 1,5 milhão de crianças

em países em desenvolvimento morrem de diarreia a cada ano. A suplementação terapêutica de zinco pode reduzir as mortes por diarreia em quase um quarto.²²

22. Prevenção e tratamento da desnutrição aguda:

Intervenções comprovadas incluem a alimentação complementar e terapêutica, a fim de proporcionar alimentos fortificados com micronutrientes e/ou alimentos tonificados, para a prevenção e o tratamento da desnutrição moderada entre crianças de 6 a 23 meses, e gestão comunitária da desnutrição aguda grave entre crianças abaixo de cinco anos de idade. A gestão comunitária da desnutrição aguda inclui (a) atendimento com internação para crianças com desnutrição aguda grave com complicações médicas e recém-nascidos com menos de seis meses apresentando sinais visíveis de desnutrição aguda severa; (b) atendimento ambulatorial para crianças com desnutrição aguda grave sem complicações médicas; e (c) programa de educação da comunidade.⁴³

23. Desparasitação: As infecções por vermes são um mal crônico que afeta a saúde, nutrição e o desenvolvimento de crianças, e consequentemente limita sua capacidade de ter acesso à educação e seus benefícios. Os vermes podem fazer com que as crianças se tornem anêmicas e mal nutridas, e podem prejudicar seu desenvolvimento mental e físico.⁵⁹ A desparasitação é simples, segura, barata e apresenta efeitos benéficos nos resultados educacionais.



b A suplementação de zinco e a alimentação adequada devem começar aos 6 meses. As crianças geralmente recebem sua primeira desparasitação com um ano (mulheres grávidas também devem receber intervenções de desparasitação quando necessário).

Investindo na primeira infância visando grandes retornos:

As imunizações podem ter uma relação custo-benefício de até 20:1.⁵³ A suplementação de zinco para o controle da diarreia pode custar US\$ 73 (Tanzânia) por DALY poupado.⁵⁵ As estimativas de regiões da África, Ásia Oriental e Pacífico e Ásia Meridional indicam que a alimentação ideal pode custar US\$ 500-US\$ 1.000 por DALY poupado⁴² e a desparasitação pode ter uma relação custo-benefício de até 6:1.²⁰

Intervenção	Custos Ilustrativos	Impactos Ilustrativos
19. Imunizações	US\$ 30 (Países de baixa renda) por nascidos vivos ⁵⁰	A imunização reduz morbidade e mortalidade infantis. ⁵³
20. Dieta adequada, nutritiva e segura	US\$ 40-80 por criança por ano ⁴²	Práticas de alimentação ideal podem reduzir o baixo crescimento (score Z altura-para-idade) entre 0,25 (sem suplementos alimentares /transferências de dinheiro) e 0,41 (com suplementos alimentares /transferências de dinheiro). ⁵¹
21. Suplementação terapêutica de zinco para a diarreia	US\$ 1 (Índia) por criança por ano ⁵⁹	A suplementação terapêutica de zinco pode levar a 14% menos episódios de diarreia e 15% menos episódios de diarreia severa ou disenteria; 25% menos episódios de diarreia persistente; redução de 9% no risco de mortalidade. ²⁰
22. Prevenção e tratamento de desnutrição aguda	US\$ 200 por criança para o tratamento de desnutrição aguda grave por meio da abordagem comunitária ⁴²	O tratamento da desnutrição aguda está associado à redução de 55% na mortalidade. ⁵²
23. Desparasitação	US\$ 0,25 (países em desenvolvimento de todo o mundo) por criança/ano ⁵³	A desparasitação está associada à redução de 5-10% na anemia em populações com altas taxas de vermes intestinais; uma dose de drogas de desparasitação pode aumentar o peso em 0,58 kg. ³⁸

Pacote pré-escola

Três a Seis Anos

Principais ganhos: aprendizado precoce

O quarto pacote de serviços DPI abrange o período dos 3 aos 6 anos. Um conjunto rico de evidências demonstra que a qualidade das experiências de aprendizado iniciais de uma criança faz uma diferença significativa na preparação, participação, conclusão e sucesso escolar. Sem uma educação da primeira infância adequada, as crianças pequenas não têm as habilidades necessárias para se beneficiarem plenamente da educação que recebem ao nível primário. O pacote pré-escola consiste em duas intervenções principais.

24. Educação pré-primária: As crianças pequenas precisam de acesso contínuo a ambientes acolhedores e estimulantes, que proporcionem um grau alto de estimulação cognitiva e atenção emocional durante os primeiros anos.⁶¹ Comparadas com crianças que participam de programas pré-primários de qualidade, as crianças que entram na escola sem a preparação adequada têm mais chances de apresentar baixo desempenho acadêmico, repetir séries e abandonar a escola.^{62,63,64,65} Além do acesso, a qualidade da educação pré-primária é igualmente importante. As crianças somente se beneficiam do maior acesso à ECCE se os serviços oferecidos atendem aos padrões de qualidade fundamentais. O Quadro 1 define a qualidade na ECCE.⁶¹ Programas pré-primários de qualidade estão relacionados a benefícios vitalícios para os indivíduos e a sociedade em geral. Eles reduzem a necessidade de educação corretiva ou medidas de reabilitação posteriores, inclusive em termos de reduzir o risco de encarceramento e melhorar a prosperidade durante a vida adulta.⁶⁶

25. Continuidade para o primário: Durante o período em que as crianças vão da casa ou de um programa de educação da primeira infância para a escola primária, elas vivenciam mudanças intensas.^{67,68} Para que a transição seja suave, as crianças precisam

estar prontas para a escola e, igualmente importante, as escolas precisam estar prontas para elas.^{69,70} As evidências sugerem que a falta do estabelecimento de habilidades básicas de alfabetização no primeiro ou segundo ano de escola cria deficiências que reverberam ao longo do progresso de uma criança pelo sistema educacional.⁷¹

As crianças pequenas devem possuir as habilidades de preparo para a escola necessárias – saúde física e bem-estar, competência social, maturidade emocional, desenvolvimento cognitivo e de linguagem, habilidade de comunicação e conhecimentos gerais – a fim de poder aprender de maneira eficaz na escola.⁷² Garantir a continuidade entre os anos da primeira infância e do primário é importante para enfrentar o possível desaparecimento do impacto das pré-escolas na escola primária. A melhora da qualidade nas séries primárias iniciais (integrando a experiência ECCE/primário inicial, treinamento de professores em estratégias de sala de aula para crianças pequenas, tamanhos menores das turmas etc.) pode melhorar os resultados de aprendizado, frequência escolar, taxas de aprovação, e promoção e redução das taxas de evasão e repetência.⁷³ Professores experientes, bem treinados e de alta qualidade nas séries iniciais da escola primária podem ajudar a sanar os problemas de preparação que as crianças pequenas podem enfrentar.^{73,74}



QUADRO 1: Definição da ECCE (Educação e Cuidado na Primeira Infância) de Qualidade

A UNESCO define a qualidade do ambiente de aprendizado da ECCE bem como do sistema regulatório em geral. A qualidade do ambiente de aprendizado inclui vários aspectos, tais como o tom e o conteúdo das interações professor-aluno, o conjunto de materiais lúdicos disponível, a segurança e atmosfera do espaço físico, a atenção dada à saúde e à nutrição, as abordagens de aprendizado centradas na criança e o nível de participação dos pais. Além do próprio ambiente de aprendizado, as políticas e regulações relativas às relações crianças-adultos, o tamanho das classes ou dos grupos, as qualificações e treinamento dos professores, inclusive a educação, e os fundos destinados à ECCE também estão relacionados à qualidade da ECCE.

Adaptado da UNESCO (2014) Adapted from UNESCO (2014)

Investindo na primeira infância visando grandes retornos:

O aumento dos índices de matrículas em pré-escola para 50 por cento de todas as crianças em países de baixa e média renda pode resultar em ganhos de renda vitalícios de US\$ 14-US\$ 34 bilhões.³¹ Programas DPI de alta qualidade voltados para grupos vulneráveis nos Estados Unidos têm uma taxa de retorno anual de 7-16 por cento.^{75,76}

Intervenção	Custos Ilustrativos	Impactos Ilustrativos
24. Educação pré-primária	US\$ 58 (Mauritânia) a US\$ 3482 (Qatar) por criança/ano para ECCE para 3-5 anos de idade ²⁹	A qualidade de programas de educação da primeira infância aumenta as pontuações de desenvolvimento infantil em um ou mais fatores de desenvolvimento infantil (alfabetização, vocabulário, matemática, raciocínio quantitativo) com uma faixa de tamanho de efeito entre 0,13 e 1,68; A pré-escola está associada com melhor desempenho escolar na segunda e terceira séries, e os efeitos podem ser ainda maiores na adolescência. ³¹
25. Continuidade para o primário	Varia substancialmente por país	A melhoria na qualidade nas séries primárias iniciais (integrando a experiência ECCE/ primário inicial, treinamento de professores em estratégias de sala de aula para a primeira infância, menor tamanho das turmas etc.) pode melhorar os resultados do aprendizado, frequência escolar, taxas de aprovação, e reduzir taxas de evasão e repetência. ⁷³

Resumo dos pacotes integrados

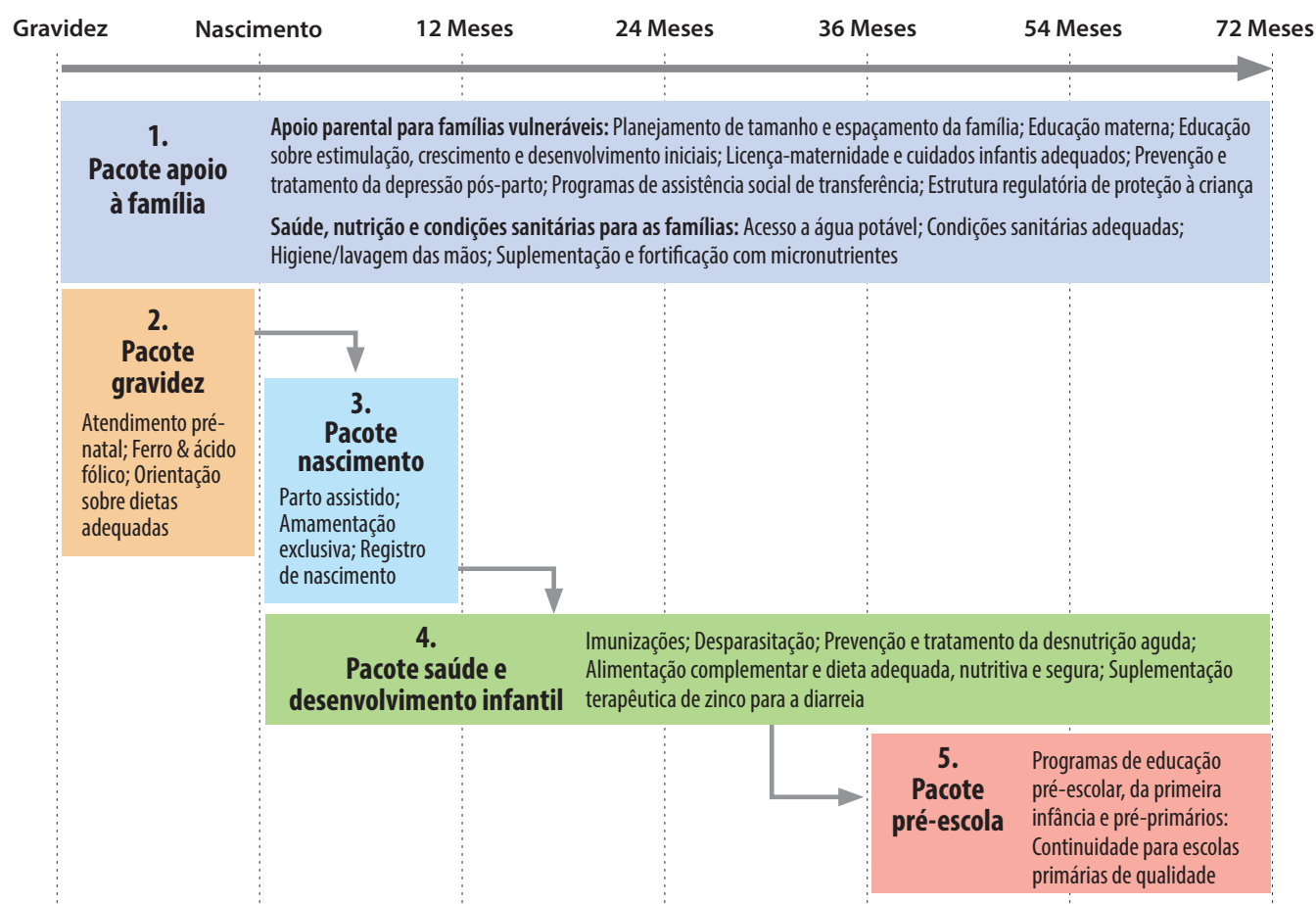
25 Intervenções-chave

O desenvolvimento na primeira infância é um processo multidimensional e sequencial, onde o progresso em uma área age como catalisador para o desenvolvimento das outras. Embora o desenvolvimento nas quatro áreas interrelacionadas de desenvolvimento físico, cognitivo, sócio-emocional e linguístico seja cumulativo durante a primeira infância, algumas intervenções são críticas durante subperíodos de idade específicos ou janelas de oportunidade.

Os cinco pacotes apresentados acima combinam um total de 25 intervenções essenciais durante subperíodos de idade específicos, bem como durante

os primeiros anos da criança, proporcionando um alto retorno e gerando impactos positivos no crescimento e desenvolvimento da criança. A capacidade dos países em implementar todas as 25 intervenções irá variar, mas, de forma ideal, a fim de abordar as necessidades da primeira infância e de suas famílias, um sistema DPI bem desenvolvido deve combinar estas 25 intervenções que demandam a contribuição de diversos setores. A Figura 2 mostra como os cinco pacotes de intervenções e serviços essenciais devem ser oferecidos nos diferentes estágios da vida de uma criança.

FIGURA 2: Cinco Pacotes de Intervenções Essenciais para Crianças Pequenas e Famílias



Princípios-chave da Política DPI

Embora estas intervenções possam ser realizadas por setores isolados, o agrupamento de várias intervenções pode muitas vezes ser mais eficiente e apresentar maior impacto. Existem diversos pontos de entrada para se influenciar o desenvolvimento da primeira infância, que envolvem múltiplos parceiros. Intervenções em uma variedade de setores e áreas afetam os resultados da DPI, inclusive: saúde e higiene, nutrição, educação, proteção infantil, proteção social e redução da pobreza. Estes programas podem visar mulheres grávidas, a criança, o cuidador ou a família, como um todo. Além disso, as intervenções podem ocorrer em vários ambientes, inclusive: em casa, na pré-escola ou creche, no hospital ou posto de saúde ou em um centro comunitário.

Dadas as necessidades holísticas da primeira infância e a variedade de ambientes e serviços que podem atender a estas necessidades, o raciocínio multissetorial no planejamento de políticas e a coordenação de intervenções entre setores melhoram a prestação dos serviços. A seção seguinte deste documento resume quatro princípios-chave que podem ajudar os países a desenvolver e implementar políticas e programas sólidos de DPI. Os países devem (1) Preparar um diagnóstico e uma estratégia DPI multissetorial; (2) Implementá-la amplamente, por meio de mecanismos de coordenação eficientes; (3) criar sinergias e reduções de custo entre as intervenções; e finalmente (4) monitorar, avaliar e ampliar intervenções bem sucedidas.

Princípio 1

Conduzir um Diagnóstico de DPI e estabelecer uma estratégia abrangente

A fim de criar sistemas DPI de bom desempenho, os países devem observar quatro princípios de políticas. O primeiro princípio enfatiza a necessidade de se construir uma estratégia de DPI do

zero, realizando um diagnóstico dos programas e políticas de DPI existentes para identificar lacunas. Como parte da *Abordagem de Sistemas para Melhores Resultados na Educação* (“*Systems Approach for Better Education Results*”, SABER), o Banco Mundial recentemente desenvolveu a ferramenta SABER-ECD para ajudar os países a realizar este diagnóstico. A

ferramenta está estruturada em torno de três objetivos das políticas: (1)

Estabelecer um Ambiente Facilitador; (2) *Implementar Amplamente*; e (3) *Monitorar e Garantir a Qualidade*. Para cada objetivo, três eixos de políticas são analisados (vide Quadro 2), estendendo-se do arcabouço legal para serviços de DPI até o nível em que provedores de serviço como creches ou pré-escolas atendem aos padrões nacionais.⁷⁷ Com base no diagnóstico DPI e levando em

conta custos e financiamento, os países devem priorizar as intervenções tendo três considerações em mente:

- **Início precoce:** As necessidades dos recém-nascidos são cruciais, principalmente durante os primeiros 1.000 dias de vida entre a concepção e os 24 meses. Intervenções durante este período têm impactos vitalícios sobre a habilidade da criança de crescer, aprender e deixar a pobreza.
- **Abordar fatores de risco para o baixo crescimento e desenvolvimento:** Os quatro principais fatores de risco que afetam pelo menos 20-25 por cento dos recém-nascidos e crianças pequenas em países em desenvolvimento são: (1) prejuízo ao crescimento e degenerescência; (2) estimulação cognitiva inadequada; (3) deficiência de iodo; e (4) anemia por deficiência de ferro.⁷⁸ Outros fatores de risco prioritários incluem malária, restrição de crescimento intrauterina, exposição a chumbo, depressão materna e exposição à violência.¹⁶
- **Enfocar os mais vulneráveis:** Embora um sistema que ofereça cobertura universal para intervenções DPI seja o ideal, devido a restrições de orçamento os países devem primeiramente se concentrar nos mais vulneráveis.⁷⁹ Por exemplo, programas de visita domiciliar podem se concentrar em lares com crianças de crescimento prejudicado, e naqueles que enfrentam maiores riscos de desenvolvimento cognitivo atrasado.

QUADRO 2: SABER-ECD

Ferramenta de diagnóstico de políticas DPI

A *Abordagem de Sistemas para Melhores Resultados na Educação* (SABER) foi lançada a fim de ajudar os países a examinar suas políticas de educação de forma sistemática. Uma das áreas desta iniciativa é o SABER-Desenvolvimento da Primeira Infância (SABER-ECD), elaborada para apresentar aos países uma avaliação holística e multissetorial dos programas e políticas que afetam o desenvolvimento de crianças pequenas. O SABER-ECD define três objetivos de políticas principais: *Estabelecer um Ambiente Facilitador*, *Implementação Ampla* e *Monitoramento e Garantia de Qualidade*. Para cada objetivo das políticas, com base nas evidências das avaliações de efeitos e um exercício de *benchmark* dos sistemas de melhor desempenho, é apresentado um conjunto de eixos de políticas sobre os quais os decisores podem agir a fim de fortalecer o DPI. Estes objetivos e eixos de políticas abordam a gama de questões que geralmente restringem os resultados de DPI e formam um pacote coerente que todos os países devem abordar para melhorar os resultados e serviços de DPI. Desde que o SABER-ECD foi lançado, em 2010, mais de 35 países participaram da iniciativa. O SABER-ECD permitiu aos funcionários do Banco e políticos em cada um destes países revisar seus respectivos sistemas de DPI através de uma lente comparativa, e discernir opções de políticas para fortalecer o DPI nos níveis nacional e subnacional. Em alguns casos, a análise do SABER-ECD levou a novos investimentos governamentais e do Banco no sistema de DPI do país.

QUADRO 3: Pontos de entrada múltiplos para alcançar beneficiários de DPI

Pontos de entrada múltiplos para alcançar mulheres grávidas, crianças e suas famílias

Existe uma ampla faixa de pontos de entrada para influenciar o desenvolvimento de crianças pequenas. As políticas e os programas de vários setores e áreas afetam os resultados da primeira infância quanto à nutrição, saúde e higiene, educação, proteção à criança, proteção social e redução da pobreza. Essas políticas e programas podem ser destinados a mulheres grávidas, à criança beneficiada, ao cuidador ou à família como um todo. Vários parceiros e provedores de serviços estão envolvidos para proporcionar as 25 intervenções chave listadas na Seção I. Além disso, as intervenções na primeira infância podem ocorrer em diversos ambientes, inclusive: o lar, a pré-escola ou creche, o posto de saúde ou o centro comunitário.

Embora cada país possa ter sua própria abordagem multissetorial e estabelecer arranjos institucionais e mecanismos de coordenação, é importante identificar estrategicamente ponto de entrada na entrega dos serviços existentes para abordar as necessidades de desenvolvimento de crianças pequenas com sinergia. Geralmente, as crianças pequenas podem ser abordadas através de diferentes canais e, dependendo do contexto e da faixa etária, as intervenções de DPI podem ser oferecidas em uma diversidade de ambientes: programas baseados em creche na maioria se concentram em crianças com 4 e 5 anos (logo antes de sua entrada na escola primária) e podem ser oferecidos em salas de aula, centros comunitários, estabelecimentos religiosos, lares privados e mesmo sob uma árvore. Intervenções DPI baseadas no lar se concentram em serviços para mães e crianças pequenas a fim de promover mudanças de comportamento na saúde, nutrição e criação de filhos em um ambiente doméstico. Campanhas de comunicação visando famílias com crianças pequenas também podem ser uma estratégia eficiente para influenciar mudanças de comportamento de pais e cuidadores, para melhorar o crescimento e o desenvolvimento das crianças.

Adaptado de Naudeau et al. (2011)

Princípio 2

Coordenar & Implementar amplamente

Como o crescimento e o desenvolvimento das crianças não pode ser abordado de forma adequada por meio de intervenções em um único setor, a estrutura de políticas de DPI deve envolver vários ministérios e agências. É crucial reconhecer as necessidades holísticas da primeira infância e a variedade de ambientes e serviços onde estas necessidades podem ser atendidas, pensando em termos multissetoriais durante o planejamento de políticas e a coordenação de intervenções entre parceiros, a fim de garantir a prestação de serviços de DPI eficaz e abrangente. Deve-se manter tanto uma coordenação horizontal entre os setores, quanto vertical, entre o governo central e as autoridades locais.

Geralmente, o Ministério da Saúde pode ser o responsável pelos primeiros anos de vida, e o Ministério da Educação assume este papel a partir da pré-escola e durante a educação básica. Os arranjos institucionais podem variar, mas cada país deve assumir uma abordagem pragmática para operar por meio dos pontos de entrada existentes. É importante haver

atribuições e responsabilidades claras para se evitar ineficiências e redundâncias. A maneira mais eficiente de se obter coordenação intersetorial é possuir uma abordagem contextualizada e específica para o país, de acordo com os arranjos institucionais existentes. Embora não exista um modelo de abordagem único para a coordenação, alguns mecanismos de coordenação entre setores e instituições claramente definidos são essenciais. A comissão intersetorial



de DPI da Jamaica ilustra como os mecanismos de coordenação podem operar (vide Quadro 4).

Ainda que os ministérios da educação ou da saúde geralmente liderem a coordenação de políticas de DPI, outras agências também podem ter papéis de liderança e coordenação. Por exemplo, programas integrados podem ser liderados por agências de proteção social voltadas para famílias vulneráveis. Programas de assistência social como transferências

condicionais de dinheiro podem proporcionar um efeito de ligação único entre os setores. Esses programas, além de oferecer apoio de renda para famílias mais pobres, também podem fortalecê-las para quebrarem o ciclo de pobreza e desvantagem ao melhorar a saúde, a educação e o desenvolvimento de seus filhos. Um exemplo desta abordagem é o *Programa Juntos* (vide Quadro 5) no Peru, que alcança famílias vulneráveis com um conjunto de serviços multissetoriais que reduz a desnutrição infantil.⁸⁰

QUADRO 4: Coordenação da Primeira Infância na Jamaica

Arranjos institucionais multissetoriais para DPI

Em 2003, o governo da Jamaica estabeleceu a Comissão da Primeira Infância (ECC) como uma agência oficial para governar a administração de programas e políticas de DPI. Vinculada ao Ministério da Educação, a ECC assiste na preparação, monitoramento e avaliação de planos e programas de DPI. Ela atua como uma agência de coordenação para otimizar as atividades de DPI, gerencia o orçamento nacional de DPI e supervisiona e regula as instituições da primeira infância. A ECC é supervisionada por um Conselho de Comissários, e opera com sete subcomitês que representam organizações governamentais e não-governamentais. Todos os setores pertinentes, inclusive educação, saúde, governo local e desenvolvimento comunitário, trabalho, fazenda, proteção e planejamento têm um representante no Conselho de Comissários. Os sete subcomitês que oferecem assistência técnica ao conselho da ECC são compostos por 50 agências governamentais e não-governamentais.

QUADRO 5: Coordenação de Intervenções Concentradas no Peru

O papel catalisador do setor de proteção social no DPI

As agências de proteção social podem ajudar a coordenar intervenções concentradas para crianças e famílias vulneráveis. No Peru, o programa *Juntos*, lançado em 2005, hoje alcança mais de meio milhão de famílias pobres. O programa oferece transferências condicionais de dinheiro no equivalente a US\$ 38 por mês (15 por cento do consumo doméstico) para mães, a fim de ajudá-las a ter acesso a serviços de saúde, nutrição e educação. As mulheres grávidas e em amamentação tem a obrigação de realizar check-up pré e pós-natal (vacinas antitetânicas, ácido fólico, suplementação de ferro e exames anti-parasitas), bem como ter um parto assistido por médicos. As famílias com crianças abaixo dos 5 anos devem realizar check-ups regulares, para monitorar o crescimento, receber alimentação complementar fortificada e suplementos vitamínicos, vacinas e desparasitação. Uma avaliação sugere que o programa melhorou a situação nutricional das crianças.⁷⁰ Parte do sucesso do programa *Juntos* foi creditado ao *Grupo Apurimac*, um grupo de trabalho multissetorial entre várias agências que coordena a entrega de transferências e pacotes de serviços de saúde e nutrição.

Princípio 3

Serviços integrados para alcançar sinergias e redução de custos

A fim de garantir que o pacote de intervenções DPI adequado seja entregue às famílias, é importante aproveitar cada contato com as mães e as crianças pequenas, e gerar sinergias entre os vários tipos de intervenções. Intervenções integradas de DPI que abordam as múltiplas necessidades da primeira infância têm mais chances de proporcionar maiores resultados.¹³ Por exemplo, os benefícios cognitivos tendem a ser maiores em intervenções que combinam componentes de estimulação ou aprendizado se comparadas com intervenções apenas de assistência educacional ou econômica.⁸¹ Na Jamaica, crianças com crescimento prejudicado que receberam suplementos nutricionais e estimulação psicossocial tiveram pontuação mais alta em testes de desenvolvimento que as crianças que só receberam uma ou nenhuma destas ajudas.⁸² Embora os efeitos positivos da intervenção apenas nutricional comecem a desaparecer após os 7 anos, as crianças que receberam tanto a estimulação quanto a nutrição mantiveram ganhos cognitivos e educacionais ao longo do tempo.¹³ O Quadro 6 descreve a abordagem de Cuidados para o Desenvolvimento em serviços integrados de DPI adotados pela OMS e pelo UNICEF.

As intervenções DPI estão entre os investimentos de melhor custo-benefício que um país pode fazer em sua população. As evidências sugerem altas taxas anuais de retorno em várias destas intervenções, geralmente da

ordem de 7% a 16%.^{75,76} Os investimentos em DPI de qualidade não só têm uma alta relação de custo-benefício, mas também apresentam uma taxa de retorno mais alta que as intervenções direcionadas para crianças mais velhas e adultos.^{83,84} Apesar disso, os investimentos em DPI continuam limitados. A OCDE recomenda que os países gastem pelo menos um por cento do PIB em DPI para garantir serviços de qualidade, mas a maioria dos países não atinge essa meta.

No contexto de orçamentos restritos, serviços integrados ou co-localizados podem ajudar a reduzir o custo por unidade da prestação dos serviços, reduzindo entre outros fatores o tempo e os custos de deslocamento necessários para se alcançar os beneficiários.⁷⁹ Sinergias por meio da prestação de serviços integrados são muito importantes em contextos onde as mães e as crianças pequenas são difíceis de se alcançar, por exemplo quando elas moram em áreas remotas.



QUADRO 6: Abordagem de Cuidados para o Desenvolvimento Infantil

Esforços coordenados para abordar saúde, educação e nutrição

A abordagem de Cuidados para o Desenvolvimento Infantil (CCD) considera os encontros com crianças pequenas e mulheres como oportunidades para fortalecer os esforços das famílias em auxiliar o crescimento de seus filhos. O pacote CCD oferece orientações para os trabalhadores da saúde, outros orientadores, e prestadores de serviços comunitários sobre como eles podem ajudar os pais e outros cuidadores nos cuidados com suas crianças em casa. O pacote CCD oferece recomendações simples que os trabalhadores da saúde podem compartilhar com as famílias, como, por exemplo, sobre: 1) como melhorar as atividades de brincadeiras, comunicação e alimentação sensível que estimulem o aprendizado das crianças; e 2) como se manter sensível às necessidades das crianças, e responder de modo apropriado. Também são dadas orientações sobre como proporcionar apoio social direcionado para famílias vulneráveis, para ajudá-las a resolver problemas relacionados ao cuidado de crianças pequenas. Materiais de campanha e orientação sobre monitoramento e avaliação também estão disponíveis. Uma avaliação da implementação do módulo CCD na Gestão Integrada de Doenças Infantis na Ásia Central levou a pontuações de desenvolvimento mais altas para as crianças em distritos com intervenções em comparação ao grupo-controle. As melhorias também foram notadas nas atividades dos pais com os filhos, e nas recomendações dos trabalhadores de saúde. Além disso, dois estudos avaliaram o módulo CCD e identificaram efeitos substanciais sobre a estimulação doméstica e o desenvolvimento infantil. Os programas de criação de filhos mais eficientes tiveram um currículo bem desenvolvido, treinamento adequado de funcionários, um equilíbrio entre componentes de saúde, nutrição e desenvolvimento da primeira infância, e se beneficiaram do apoio comunitário ou governamental (local ou nacional).²

Princípio 4

Monitorar, avaliar e ampliar



Sistemas abrangentes de monitoramento e avaliação (M&A) ajudam a rastrear investimentos em DPI e a analisar seu desempenho, apoiando assim uma gestão de programas e criação de políticas eficientes. A coleta de dados de alto nível pelas várias áreas das necessidades da primeira infância, seu acesso a serviços de DPI, a prestação e o desempenho destes serviços, e os resultados dos investimentos em DPI proporcionam informações valiosas para os gestores de programas e formuladores de políticas em seu ajuste e adaptação de políticas e programa.

Os sistemas de monitoramento devem incluir dados de várias fontes. São necessários questionários domésticos e infantis para avaliar o bem-estar geral das crianças pequenas, seu ambiente doméstico e seu desenvolvimento de saúde, nutrição e cognição. Dados administrativos nacionais quanto aos

níveis dos serviços prestados e custo por unidade também devem ser compilados, de preferência com informações sobre diversos grupos populacionais. São necessárias informações sobre o volume e alocação de financiamentos públicos, recrutamento e treinamento de funcionários, e qualidade e cumprimento dos padrões. Sistemas integrados monitorando crianças vulneráveis são particularmente úteis para promover direcionamento, indicações e acompanhamentos eficientes. O programa *Chile Cresce Contigo* é um exemplo de sistema abrangente de monitoramento e indicação que acompanha todas as crianças no país, e facilita a prestação de serviços de saúde, nutrição, educação e apoio a famílias vulneráveis (vide Quadro 7).

Além do monitoramento, as avaliações podem fornecer uma análise objetiva de um projeto, programa ou política.⁸⁵As avaliações em geral podem abordar três tipos de questões: descritivas, normativas e de causa-e-efeito.⁸⁶Questões descritivas avaliam processos, e são úteis para identificar áreas de melhoria no projeto do programa. Questões normativas avaliam a implementação, determinando se as metas de entrada, atividade e resultados estão sendo atingidas. Tanto as avaliações normativas quanto as descritivas podem levar em consideração variáveis como relações adultos-crianças, intensidade do programa, treinamento dos cuidadores, currículo ou interações cuidador-criança, a fim de identificar melhorias na qualidade do projeto e implementação de programas de DPI.² Finalmente,

QUADRO7: O Sistema Nacional de Monitoramento e Indicação no Chile

Chile Cresce Contigo (CCC) é um sistema abrangente de proteção à criança para oferecer apoio intersetorial a crianças entre 0 e 4 anos. Um componente inovador do CCC é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Biopsicossocial, que supervisiona o desenvolvimento individual das crianças com um sistema de monitoramento online que acompanha cada criança por meio do sistema CCC. O sistema verifica se uma criança tem direito a serviços e sua respectiva prestação, bem como seus resultados de desenvolvimento. Ele permite que prestadores de serviço e formuladores de políticas monitorem a prestação dos benefícios e avaliem os impactos dos programas. O acompanhamento se inicia durante o check-up pré-natal inicial da mãe, quando um cartão é gerado para a criança. Cada um dos agentes primários da rede de serviços CCC – inclusive a unidade de apoio familiar, o sistema de saúde pública, o sistema de educação pública e outros serviços sociais – tem acesso ao cadastro da criança, e tem a obrigação de atualizá-lo à medida que a criança avança pelos diferentes serviços de DPI. Caso haja risco de vulnerabilidade, como nutrição inadequada, o sistema identifica o serviço necessário para equacionar o risco. Por meio da abordagem integrada para a prestação de serviços e gestão de informações, os serviços são realizados de maneira eficaz e no tempo adequado, em função das necessidades de cada criança.

questões de causa-e-efeito podem ser respondidas por avaliações de impacto, que determinam os efeitos de uma intervenção DPI específica sobre os resultados. Avaliações de impacto são muito úteis durante o desenvolvimento de um modelo (ou projetos alternativos) que precisa ser avaliado em termos de resultados ou relação custo-benefício.

As evidências sugerem que os benefícios das intervenções DPI podem ser maiores, mas se os programas não tiverem alta qualidade, os benefícios podem ser irrelevantes e os programas podem até ser prejudiciais. Sistemas robustos de M&A baseados na coleta e análise regular de dados de

alta qualidade são de grande importância tanto para monitorar a qualidade como para determinar a possível escalabilidade dos programas. Os dados de resultados de programas e as avaliações de impacto ajudam a entender o que funciona, e assim o que deve ser ampliado. Esta análise de resultados é bastante útil quando combinada com uma análise de custo-benefício pertinente. Por exemplo, sistemas de M&A em muitos programas de CCT tiveram papel importante para determinar a ampliação de CCTs, e para aumentar o foco de programas de CCT em DPI.⁸⁷ O Fundo de Avaliação Estratégica de Impacto do Banco Mundial é um dos fundos que apoiam avaliações de impacto para DPI (vide Quadro 8).

QUADRO 8: O DPI no Fundo de Avaliação Estratégica de Impacto do Banco Mundial

O Fundo de Avaliação Estratégica de Impacto do Banco Mundial (SIEF), lançado com financiamento do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, investe na avaliação de impacto de programas inovadores de desenvolvimento humano, e trabalha com os governos para usar os resultados para a elaboração de políticas mais eficazes. O fundo concentra-se em quatro áreas críticas para o desenvolvimento humano saudável, incluindo programas de desenvolvimento da primeira infância que afetam o estado nutricional e desenvolvimento cognitivo, físico e sócio-emocional de crianças de 0-2 em países de baixa renda. Apoio a mais de uma dúzia de primeira infância avaliações de impacto de desenvolvimento em toda a África, Sul da Ásia e América Latina, a carteira SIEF enfatiza integrado em escala programas que intervenções pacote de nutrição e estimulação, bem como programas de multi-sectorial que combinam intervenções de DPI com saúde existente, programas de proteção social e de saneamento.

Conclusão



Os primeiros anos da vida de uma criança representam uma janela de oportunidade única para melhorar os resultados individuais e da sociedade no futuro. Para se alcançar a redução da pobreza extrema e distribuição da renda, os investimentos em DPI estão entre os melhores que podem ser feitos por um país. Quando as crianças pequenas e suas famílias têm acesso a serviços essenciais de saúde, nutrição, educação e proteção, recebem a oportunidade de aprender e levar uma vida saudável e produtiva. Os programas que combinam serviços podem ter efeitos benéficos particularmente amplos.

Os retornos de muitas intervenções para a primeira infância têm se mostrado repetidamente maiores que aquelas realizadas mais tarde na vida da criança. Isso acontece em parte porque a ausência de investimentos

precoces pode acarretar danos irreversíveis para as crianças. Infelizmente, a maioria dos países hoje não atinge as metas amplamente aceitas de investimentos em DPI. Embora os investimentos nos primeiros anos de vida tragam os maiores retornos, este é geralmente o período que recebe os menores níveis de alocação de orçamentos.

Este documento oferece uma estrutura simples para se pensar a respeito de investimentos em DPI. Foram identificados cinco pacotes de intervenções: pacotes de serviços para a família, para a gravidez, para o nascimento, para a saúde da criança, e para a pré-escola. Juntos, eles reúnem 25 intervenções essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ideais.

Além destas intervenções, foram discutidos quatro princípios para ajudar os países a implementar suas estratégias DPI: (1) Preparação de um diagnóstico e estratégia DPI; (2) Coordenação e implementação ampla; (3) Integração de serviços para criar sinergias e reduzir custos; (4) Monitoramento, avaliação e ampliação das intervenções bem sucedidas. Ao seguir esta abordagem passo a passo para as intervenções DPI, os formuladores de políticas e trabalhadores de saúde irão garantir que todas as crianças pequenas atinjam plenamente seu potencial.

Abreviaturas

CCC	Chile Cresce Contigo
CCD	Cuidados para o Desenvolvimento
TCD	Transferência Condicional de Dinheiro
DALY	Ano de Vida Ajustado para a Deficiência
ECCE	Educação e Cuidado na Primeira Infância
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
PIB	Produto Interno Bruto
GMP	Monitoramento e Promoção do Crescimento
M&A	Monitoramento e Avaliação
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
SABER	Abordagem de Sistemas para Melhores Resultados na Educação
SIEF	Fundo de Avaliação Estratégica de Impacto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OMS	Organização Mundial da Saúde

Referências

- 1 Shonkoff, J., L. Richter, J. van der Gaag, e Z. Bhutta, Z. 2012. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics* 129: 460-72.
- 2 Naudeau, S, Kataoka, N. A. Valerio, M. J. Neuman, L. K. Elder. 2011. *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 3 Britto, P., P. Engle, e S. Super, Eds. 2013. *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy*. New York, NY: Oxford University Press.
- 4 The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. 2011. *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. Geneva, Switzerland: PMNCH.
- 5 World Bank. 2010. *Stepping Up Skills for More Jobs and Higher Productivity*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 6 Lombardi, J., A. Mosle, N. Patel, R. Schumacher, e J. Stedron. 2014. *Gateways to two generations: the potential for early childhood programs and partnerships to support children and parents together*. Washington, DC: Aspen Institute.
- 7 Greenberg, J., 2011. *The impact of maternal education on children's enrollment in early childhood education and care*. New York: Lehman College/CUNY.
- 8 WHO, 2014, Family Planning. Geneva, World Health Organization
- 9 Aboud F., e S. Akhter. 2011. A cluster-randomized evaluation of a responsive stimulation and feeding intervention in Bangladesh. *Pediatrics*, 127: 1191-97.
- 10 Bentley, M. E., S. Vazir, P. L. Engle, et al. 2010. A home-based educational intervention to caregivers in south India to improve complementary feeding and responsive feeding, and psychosocial stimulation increases dietary intake, growth and development of infants. *FASEB J* 24 (suppl): 564.14.
- 11 Young, M. E., Ed. 2002. *From Early Child Development to Human Development*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 12 Landry S., K. Smith, e P. Swank, 2006. Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, 42(4): 627-642.
- 13 Grantham-McGregor, S., Y. Bun Cheung, S. Cueto, P. Glewwe, L. Richer, B. Trupp e o International Child Development Steering Group. 2007. Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries. *The Lancet*, 369 (9555): 60-70.
- 14 Heckman, J. 2006. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312(5782): 1900-02.
- 15 Wong J. J., N. A. Gonzales, Z. Montaña, L. Dumka, R. E. Millsap. 2014. Parenting intervention effects on parental depressive symptoms: Examining the role of parenting and child behavior. *J Fam Psychol.*, 28(3): 267-77.
- 16 Walker, S. P., T. D. Wachs, S. Grantham-McGregor, N. N. Black, C. A. Nelson, S. L. Huffman, H. Baker-Hennningham, S. M. Chang, J. D. Hamadani, B. Lozoff, J. M. Meeks-Gardner, A. Powell Cam Rahman, e L. Richter. 2011. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378: 1325-38.
- 17 Barlow J., N. Smailagic, N. Huband, V. Roloff, e C. Bennett. 2012. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane Library*, Issue 6.
- 18 ILO. 2010. *Workplace Solutions for childcare*. Geneva: International Labour Organization.
- 19 Immervoll, H. e D. Barber. 2005. Can Parents Afford to Work?: Childcare Costs, Tax-Benefit Policies and Work Incentives, OECD Social, Employment and Migration Working Paper No. 31, Paris: OECD.
- 20 Alderman, H., Ed. 2011. *No small matter: the impact of poverty, shocks and human capital investments in early childhood development*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 21 Horton, S., H. Alderman, e J. Rivera. 2008. Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper: Hunger and Malnutrition. <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 22 UNICEF. 2009. *The State of the World's Children- Maternal and Newborn Health*. New York, NY: UNICEF.
- 23 Rijsberman, F. e A. P. Swane. 2012. Copenhagen Consensus 2012 Challenge Paper: Water and Sanitation. <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 24 Horton, S. 1992. United Costs, Cost-Effectiveness, and Financing of Nutrition Interventions. Human Development Network, Health, Nutrition, and Population Working Paper WPS 952. Washington, DC: Banco Mundial.
- 25 Ching, P., M. Birmingham, T. Goodman, R. Sutter, e B. Loevinsohn. 2000. Childhood Mortality Impact and Costs of Integrating Vitamin A Supplementation into Immunization Campaigns. *American Journal of Public Health*, 90(10): 1526-29.
- 26 Fiedler, J. L. 2000. The Nepal National Vitamin A Program: Prototype to Emulate or Donor Enclave?, *Health Policy and Planning*, 15(2): 145-56.
- 27 Horton, S., e J. Ross. 2003. The Economics of Iron Deficiency. *Food Policy*, 28(1): 51-75.
- 28 Seyfried, L. 2011. Family Planning and Maternal Health: The Effects of Family Planning on Maternal Health in the Democratic Republic of Congo. Washington, DC: Georgetown University.
- 29 Van Ravens, J. e C. Aggio. 2008. Expanding early childhood care and education: How much does it cost? A proposal for a methodology to estimate the costs of early childhood care and education at macro-level, applied to the Arab States. Working Paper No. 46. The Hague, The Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- 30 Mason, J. B., J. Hunt, D. Parker, e U. Jonsson. 1999. Investing in Child Nutrition in Asia. *Asian Development Review*, 17(1, 2): 1-32.

- 31 Engle, P. L., L. C. H. Fernald, H. Alderman, J. Behrman, C. O'Gara, A. Yousafzai, M. Cabral de Mello, M. Hidrobo, N. Ulkuer, e the Global Child Development Steer Group. 2011. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9799): 1339-53.
- 32 Bassett, L. 2008. Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reduced Child Nutrition? World Bank Social Protection Discussion Paper 0835. Washington, DC: Banco Mundial.
- 33 Ruel, M. e H. Alderman, for the Maternal and Child Undernutrition Group. 2013. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*; 382:536-51.
- 34 Barrientos, A., J. Byrne, J. M. Villa, e P. Peña. 2013. Social transfers and child protection. Office of Research Working Paper, New York: UNICEF.
- 35 Heymann, J., A. Raub, e A. Earle. 2011. Creating and Using New Data Sources to Analyze the Relationship between Social Policy and Global Health: The Case of Maternal Leave. *Public Health Reports*, 126 (3).
- 36 Alderman, H., L. Elder, A. Goyal, A. Herforth, Y. T. Hoberg, A., Marini, J. Ruel-Bergeron, J. Saavedra, M. Shekar, and S. Tiwari. 2013. *Improving Nutrition through Multisectoral Approaches*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 37 Fiedler, J. L., T. G. Sanghvi, e M. K. Saunders. 2008. A Review of the Micronutrient Intervention Cost Literature: Program Design and Policy Lessons. *International Journal of Health Planning and Management*, 23: 373-97.
- 38 Neidecker-Gonzales, O., H. Bouis, e P. Nestel. 2007. Estimating the Global Costs of Vitamin A Capsule Distribution: A Review of the Literature and Development of a Country-Level Model. *Food and Nutrition Bulletin*, 28:307-16.
- 39 Bhutta, Z., Das, J., Rizvi, A., Gaffey, M., Walker, N., Horton, S., Wbb, P., Lartey, A., Black, R. for the Maternal and Child Undernutrition Group. 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 371(9610): 417-40.
- 40 Whittington, D., M. Hanemann, C. Sadoff, e M. Jeuland. 2008. Copenhagen Consensus Challenge Paper: Sanitation and Water. <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 41 Cairncross S., C. Hunt, S. Boisson, et al. 2010. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhea. *International Journal of Epidemiology* 39 (Suppl. 1): i193-205.
- 42 Spears, D. 2013. How much international variation in child height can sanitation explain? World Bank policy research working paper WPS 6351. Washington, DC: Banco Mundial.
- 43 Horton, S., M. Shekar, C. McDonald, A. Mahal, e J. K. Brooks. 2010. *Scaling up Nutrition: What Will it Cost?* Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 44 Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker e o Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 382(9890): 427-51.
- 45 Baltussen, R., C. Knai, e M. Sharan. 2004. Iron Fortification and Iron Supplementation Are Cost-Effective Interventions to Reduce Iron Deficiency in Four Subregions of the World. *Journal of Nutrition*, 134: 2678-84.
- 46 UNFPA, 2004. UNFPA newsletter.
- 47 Abou Zahr, C., Cleland, J., Coullare, F., Macfarlane, S., Notzon, F., Setel, P., Szreter, S. para o Monitoring of Vital Events Writing Group. 2007. Who Counts? The Way Forward. *The Lancet*, 370: 1791-99.
- 48 UNICEF. 2002. *Birth Registration: Right from the Start*. Innocenti Digest No. 9, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- 49 Jones G., R. W. Stekettee, R. E. Black, Z. A. Bhutta, S. S. Morris, e the Bellagio Child Survival Study Group. 2003. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*, 362: 65-71.
- 50 Horta, B., e C. Victora. 2013. *Long-term effects of breastfeeding*. Geneva: World Health Organization.
- 51 UNICEF. 2012. Fact Sheet: Birth Registration.
- 52 Nelson, C. 2007. A Neurobiological Perspective on Early Human Deprivation. *Child Development Perspectives*, 1(1): 13-18.
- 53 Laxminarayan, R., J. Chow, e S. A. Shahid-Salles. 2006. Intervention Cost-Effectiveness: Overview of Main Messages. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, et al., Editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington, DC: Banco Mundial.
- 54 Barnighausen, T., D. Bloom, D. Canning, A. Friedman, O. Levine, J. O'Brien, L. Privor-Dumm, e D. Walker. 2009. Copenhagen Consensus: Best Practice Paper: The Economic Case for Expanding Vaccination Coverage of Children.
- 55 WHO, UNICEF, World Bank. 2009. *State of the world's vaccines and immunization*. 3rd edition. Geneva: World Health Organization.
- 56 Lassi, Z., G. Zahid, J., Das, Z., Bhutta. 2013. Impact of complementary food and education on complementary food on growth and morbidity of children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3):S13.
- 57 Bhutta, Z., T. Ahmet, R. Black, et al. 2008. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*, 371(9610): 417-40.
- 58 Hall, A., S. Horton, e N. de Silva. 2009. The Costs and Cost-Effectiveness of Mass Treatment for Intestinal Nematode Worm Infections Using Different Treatment Thresholds. *Public Library of Science Neglected Diseases*, 3(3): e402.
- 59 Hotez, P.J., D. A. Bundy, K. Beegle, S. Brooker, et al. 2006. *Helminth Infections: Soil Transmitted Helminth Infections and Schistosomiasis. Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd Edition. Washington, DC: Banco Mundial/OxfordUniversity Press.
- 60 Robberstad, B., T. Strand, R. E. Black, e H. Sommerfelt. 2004. Cost-Effectiveness of Zinc as Adjunct Therapy for Acute Childhood Diarrhea in Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(7): 523-31.

- 61 UNESCO. 2014. *Early Childhood Care and Education: Addressing quality in formal pre-primary learning environments*. New York, NY: UNESCO.
- 62 Heckman, J. J. e D. V. Masterov. 2007. The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 29(3): 446-93.
- 63 Reynolds, A. J., J. A. Temple, D. L. Robertson, e E. A. Mann. 2001. Long Term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest- a 15- Year Follow-Up of Low-Income Children in Public Schools. *Journal of the American Medical Association* 285(18): 2339-46.
- 64 Feinstein, L. 2003. Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort. *Economica* 70(1):73-97.
- 65 Currie, J., e D. Thomas. 1999. Early Test Scores, Socioeconomic Status and Future Outcomes. NBER Working Paper 6943. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- 66 Schweinhart, L. J., J. Montie, Z. Xiang, W. S. Barnett, C. R. Belfield, e M. Nores. 2005. Lifetime Effects: The High/Scope Perry Pre-school Study through Age 40. Ypsilanti, Michigan: High/Scope Educational Research Foundation.
- 67 Arnold, C., K. Bartlett, S. Gowani, e R. Merali. 2006. Is everybody ready? Readiness, transition and continuity. Reflections and moving forward, commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2007, Strong Foundations: Early Childhood Care and Education.
- 68 Fabian, H., e A.-W. Dunlop. 2007. Outcomes of good practice in transition processes for children entering primary school. Working Paper 42. The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- 69 Consultative Group on Early Childhood Care and Development. 1991. Preparing children for schools and schools for children. New York, NY: UNICEF.
- 70 Myers, R., e C. Landers. 1989. Preparing children for schools and schools for children. Discussion paper prepared for the fifth meeting of the Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Paris: UNESCO.
- 71 Abadzi, H. 2006. *Efficient learning for the poor: Insights from the frontier of cognitive neuroscience*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 72 Janus, M., e D. Offord. 2000. Readiness to learn at school. *ISUMA*, 1(2): 71-5.
- 73 Arnold, C., K. Bartlett, S. Gowani, e S. Shallwani. 2008. Transition to School: Reflections on Readiness. *Journal of Developmental Processes*, 3(2): 26-38.
- 74 Schady, N., C. Araujo, P. Carneiro, e Y. Cruz-Aguyao. 2014. Is Kindergarten too late?. Presentation at Institute of Medicine Forum: Investing in Young Children Globally, April 2014. Washington, DC.
- 75 Rolnick, A. J., e R. Grunewald. 2007. *The Economics of Early Childhood Development as Seen by Two Fed Economists. Community Investments*. Federal Reserve Bank of San Francisco.
- 76 Heckman, J. J., S. H. Moon, R. Pinto, P. A. Savalyev, e A. Yavitz. 2009. The Rate of Return to the High/Scope Perry Preschool Program. Working Paper 200936. Dublin: Geary Institute, University College Dublin.
- 77 Neuman, M., e A. Devercelli. 2013. Investing Early: Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper. Washington, DC: Banco Mundial.
- 78 Walker, S. P., T. D. Wachs, J. M. Gardner, et al. 2007. Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556). 145-57.
- 79 OECD. 2011. *Doing Better for Families*. Paris: OECD.
- 80 Jaramillo, M. e A. Sanchez. 2011. Impacto del Programa Juntos sobre nutrición temprana. GRADE Documento de Investigación 61. Lima, Peru: GRADE.
- 81 Nores, M., e W. S. Barnett. 2010. Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young. *Economics of Education Review*, 29(2):271-82.
- 82 Grantham-McGregor, S., S. Walker, S. Chang, e C. Powell. 1997. Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican Children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66: 247-53.
- 83 Heckman, J. J. 2008. Schools, Skills, and Synapses. *Economic Inquiry*, 46(3): 289-324.
- 84 Heckman, J. J., J. Stixrud, e S. Urzua. 2006. The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior. *Journal of Labor Economics*, 24(3): 411-82.
- 85 Gertler, P., S. Martinez, P. Premand, L. Rawlings, e C. Vermeersch. 2010. *Impact Evaluation in Practice*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 86 Imas, L., e R. Rist. 2009. *The Road to Results: Designing and Conducting Effective Development Evaluations*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 87 Fiszbein, A., N. Schady, F. Ferreira, M. Grosh, N. Kelleher, P. Olinto, e E. Skoufias. 2009. *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. World Bank Policy Research Report. Washington, DC: Banco Mundial.



