

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E EDUCADORES EM SAÚDE: UMA PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM AMBIENTE DOMICILIAR

Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga
Jáima Pinheiro de Oliveira
Michelly Santos de Andrade
Eliziane Gai
Gilmar de Carvalho Cruz

Como citar: OLIVEIRA, J. P.; ANDRADE, M. S.; GAI, E., CRUZ, G. C. Agentes comunitários de saúde (ACS) e educadores em saúde: Uma parceria para a promoção do desenvolvimento infantil em ambiente domiciliar *In:* OLIVEIRA, J. P.; BRAGA, T. M. S. (org.). **Desenvolvimento Infantil: Perspectivas de atuação em educação e saúde.** Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Fundepe, 2009. p.142-149. DOI: <https://doi.org/10.36311/2009.978-85-98176-22-2>. p.142-149



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E EDUCADORES EM SAÚDE: UMA PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM AMBIENTE DOMICILIAR

Jáima Pinheiro de Oliveira
Michelly Santos de Andrade
Eliziane Gai
Gilmar de Carvalho Cruz

Panorama geral da infância no Brasil e questões do desenvolvimento infantil

O cuidado, enquanto forma de atenção à criança vem sendo desenhado ao longo dos tempos, influenciado diretamente pelas concepções que a sociedade tem com relação à criança. E isto só se tornou possível após várias transformações na organização social que incluíram a infância e a adolescência como categorias socialmente constituídas (ARIÈS, 1981 *apud* MENDONÇA, 2002). O resultado destas transformações é hoje percebido a partir do reconhecimento de que as crianças são sujeitos de direito, sem distinção de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, origem nacional ou social, posição econômica e nascimento (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990; CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A idéia de promoção do desenvolvimento infantil está implícita na realização do cuidado com a criança e esta abarca a saúde e todos os demais setores a ela interligados, como a educação. Nesse sentido, a Organização pela Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta que na expressão – *educação e cuidado na primeira infância*¹ – estão inclusas todas as modalidades que garantem a educação e o cuidado das crianças antes da idade da escolaridade obrigatória, independentemente da organização do espaço, do financiamento, dos horários de funcionamento ou do conteúdo do programa (BARBA *et al.*, 2003).

Esta organização ressalta que outrora, a educação na primeira infância era tida apenas como responsabilidade privada, ou seja, dos pais e não da sociedade. Atualmente, este conceito foi revisto a ponto da UNESCO (2002) comentar o seguinte:

“[...] os serviços destinados à primeira infância oferecem a possibilidade de identificar crianças com necessidades especiais ou em situação de risco; neste

¹ Grifo do autor

caso, tem a possibilidade de intervir o mais cedo possível a fim de prevenir ou reduzir as dificuldades ulteriores”. (p.60).

Dessa maneira, entende-se que os cuidados aqui explicitados e desenvolvidos pelos governos assumem um papel complementar aqueles realizados pela família e não substitutivos, como argumenta Barba *et al.*, 2003. Cabe ressaltar, que ao observarmos as políticas de atenção à primeira infância em países como os EUA e o Brasil, notam-se semelhanças e diferenças quanto a essas práticas. Segundo Freitas e Shelton (2005), as semelhanças estão na oferta dos serviços voltados a essa população que restringiam os cuidados às crianças de famílias de pais trabalhadores e àquelas de famílias abastadas. Enquanto, para as primeiras exerciam uma “função guardiã” como alimentar, proteger e etc; para as segundas, objetivavam, essencialmente, o desenvolvimento e a educação.

Na atualidade, o Brasil parece sair ganhando em relação à política de atenção à criança quando comparado com os EUA. Isto porque, os serviços de cuidado e educação já estão integrados ao sistema de educação desde a LDB de 1996, enquanto que nos Estados Unidos só estão integrados os jardins de infância (FREITAS; SHELTON, 2005). Pode-se concluir que este fato resulta da:

Exigência de inclusão da política de assistência social na agenda das políticas públicas, visando uma intervenção nos grupos de risco social em seu próprio ambiente, família e comunidade, rompendo com a perspectiva de assistência meramente individualizada, indicando uma intenção de alargar o alvo a ser atingido no processo de desenvolvimento social (MENDONÇA, 2000, p.119).

Isto se torna importante quando analisamos os indicadores sociais encontrados na “Síntese de Indicadores Sociais – 2004” (IBGE, 2005) e no relatório “Situação da Infância Brasileira 2006” (UNICEF, 2006) que apontam números preocupantes. Segundo o relatório, o Brasil obteve avanços importantes nos cuidados com crianças de até 6 anos de idade, tendo o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) subido de 0,61 para 0,67 entre 1999 e 2004. O IDI é composto pelo indicador de escolaridade dos pais, do acesso das mães ao pré-natal, das taxas de imunização e de acesso à pré-escola para crianças de 4 a 6 anos. O Índice é voltado para o desenvolvimento nos primeiros seis anos de vida da criança. O Brasil tem hoje 23 milhões de brasileiros com até 6 anos de idade.

O relatório “Situação da Infância Brasileira 2006” (UNICEF, 2006) aponta que garantir o desenvolvimento da criança não é função apenas dos governos e das organizações sociais. A família tem um papel essencial, e para isso precisa estar capacitada a cumprir sua função. Fortalecer as competências familiares tem sido, portanto, uma das prioridades da UNICEF.

Cabe ressaltar ainda que a promoção da saúde pode ser realizada aproveitando-se os recursos humanos e materiais encontrados na própria comunidade e assim intensificar a auto-ajuda e o apoio social, no sentido de reforçar a participação popular no que se refere às práticas de saúde (Brasil, 2002). Dessa forma, um dos

compromissos com a promoção da saúde como está proposto na Carta da 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em Otawa em 1986 é reconhecer as pessoas como principal recurso para a saúde; *apoiá-las e capacitá-las*² para que se mantenham saudáveis a si próprias, as suas famílias e amigos.

Na Declaração de Santafé de Bogotá - 1992, na qual também foi tratada a questão da promoção da saúde, focando a América latina, um dos compromissos apontados é reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais.

Essa afirmação abre espaço para contemplarmos não somente a família como agente responsável pelo desenvolvimento infantil, mas também a própria figura do agente comunitário de saúde (ACS), o qual está envolvido dia-a-dia com as questões trabalhadas no Programa de Saúde da Família (PSF). No momento em que o PSF configura-se como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, não pode deixar de ser usado como um ambiente favorável à promoção da saúde infantil, uma vez que pode ser concebido como um espaço politicamente construído.

Nesse sentido, este capítulo tem por objetivo apresentar possibilidades de promover o desenvolvimento infantil em ambiente domiciliar; promoção entendida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002) e ambiente domiciliar entendido como “cenário que facilita e favorece a saúde [...] que compõem a agenda da saúde” (BUSS, 2000 *apud* GUIMARÃES, 2003).

A formação continuada e a educação como mediadoras das práticas em saúde

Ainda que existam vários fatores que influenciam a participação efetiva da comunidade em relação às ações de educação em saúde, principalmente referentes às condições sócio-culturais, à população devem ser proporcionadas atividades que insiram-na dentro dessa dinâmica e promova de fato seu bem estar físico, social e mental. É nesse sentido que deverão estar direcionadas as práticas educativas, a fim de confirmar a Educação, como um dos recursos responsáveis pela participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento coletivo e individual (OLIVEIRA; BRAGA, 2004; CAMPOS, 2003; MENDES; VIANA, 2000).

Porém, é necessário que haja uma reflexão sobre a intervenção profissional na área da saúde, a qual não pode prescindir de debates relacionados ao processo de formação dos profissionais que assumirão a responsabilidade de implementar quaisquer proposta que sejam. Deste modo, o Programa de Saúde da Família também vem sendo tema de debates de interesse para a área. Entre as reflexões sobre o Programa de Saúde da Família é possível destacar a realizada por Silva (2004,

² Grifo do autor

p.98), que aponta para os “riscos graves a sua saúde e a necessidade de um investimento muito elevado na sua terapia”.

Neste sentido, Campos e Belisário (2001) apontam que a superação das dificuldades enfrentadas no aprimoramento do Programa de Saúde da Família deve apoiar-se na realização de programas de formação continuada e em uma perspectiva interdisciplinar de relacionamento entre os integrantes da equipe multiprofissional. Algumas reflexões realizadas no âmbito da formação profissional de professores sugerem ser de interesse para a problemática da formação continuada dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do Programa de Saúde da Família.

Um destes pontos refere-se à prática reflexiva. O caráter sedutor das idéias veiculadas pela expectativa de formação de um professor reflexivo, capaz de problematizar o cotidiano escolar e encontrar soluções adequadas aos conflitos que dele emergem, é alvo de críticas que merecem ser observadas.

Uma dessas críticas é feita por Pimenta (2002), ao demonstrar sua preocupação com o esvaziamento do conceito de professor reflexivo, que por sua vez pode sucumbir a mais uma temporada de moda nos grandes salões da Educação brasileira. Ela aponta a “excessiva (e mesmo exclusiva) ênfase nas práticas” (PIMENTA, 2002, p.43) como um dos problemas que deve ser superado na perspectiva de formação do professor reflexivo. Para a autora é preciso colocar “sob suspeita” propostas educacionais formuladas em contextos estranhos à nossa realidade. Em sua opinião a idéia de professor reflexivo representa um “conceito político-epistemológico que requer o acompanhamento de políticas públicas conseqüentes para sua efetivação. Caso contrário, transforma-se em mero discurso ambíguo, falacioso e retórico” (PIMENTA, 2002, p.47).

Portanto, é necessário que seja feita uma leitura aprofundada desta novidade chamada prática reflexiva. Investir na prática reflexiva de profissionais da área da Saúde não pode significar adesão a modismo. Entretanto, envoltos que estamos pelo apelo sócio-educacional imbricado ao tema formação de profissionais da Saúde, somos perseguidos por inquietações que nos acompanham insistentemente. Uma delas diz respeito à explicitação de caminhos que desvelem possibilidades de contribuição efetiva de um programa de formação continuada no enfrentamento dos desafios cotidianos na área da saúde, mais especificamente nos Programas de Saúde da Família.

A formação – em nível de ensino superior – dos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família, apresenta necessidade de aprimoramento com o intuito de oferecer o devido suporte aos seus futuros profissionais. Ter isso em mente é importante para que se desvincule a idéia da formação continuada/permanente/em serviço, como sendo redentora de uma formação superior deficiente, ou mesmo como encarregada de preencher as lacunas observadas nessa formação. A noção de que a graduação oferece uma formação profissional inicial, formação esta que continua se processando ao longo da vida profissional, é fundamental para que a constante aproximação de estudos e experiências mais recentes não seja negligenciada.

Nesse sentido, a necessidade de se avançar nas discussões e práticas educativas, na área de saúde, reflete também na possibilidade de mudança curricular nos cursos mais ligados às necessidades do SUS. O objetivo é o de deslocar o eixo da formação dos profissionais de saúde, de modo geral, centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares e outros setores públicos, para um outro no qual a formação esteja sintonizada com o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2000).

Ainda, cabe reunir às reflexões e proposições anteriores as ponderações de Fusari (1999) ao sinalizar que a proposição de programas de formação contínua, ou em serviço, não deve ignorar circunstâncias históricas que podem agir como deformadoras do professor em seu exercício profissional. Avançando em suas considerações sugere ainda que tais proposições “sejam mais próximas de um paradigma que propicie a formação do educador como um processo permanente, composto pela articulação entre a formação inicial e a contínua”, levando o professor à produção de conhecimento amparado pela “prática profissional coletiva reflexiva” (FUSARI, 1999, p.223). Ele nos alerta também para o fato de que:

As modalidades de educação contínua são meios, portanto, subordinados a determinados princípios e objetivos. A experiência mostra que, numa avaliação das nossas vivências com modalidades de formação contínua, sejam elas quais forem, algumas foram muito importantes, propiciando, de fato, desenvolvimento pessoal profissional, e outras não (FUSARI, 1999, p.224).

Em meio a estes desafios, é preciso ter claro que o delineamento de propostas de educação em saúde deve ser elaborado por equipes multiprofissionais em constante formação e aperfeiçoamento e, sobretudo, devem visar à aproximação entre a comunidade e o serviço oferecido. E essas propostas deverão ter como principais objetivos o incentivo à promoção, proteção e recuperação da saúde – princípios contemplados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, embora ainda em expansão, principalmente em relação à composição da equipe, o PSF (Programa de Saúde da Família) mostra-se como uma das maiores possibilidades dessa proximidade entre os profissionais e a população. Sendo assim, o PSF passou a ser um dos principais instrumentos de concretização dos princípios estabelecidos pelo SUS. As possibilidades de atuação direta com a comunidade, sem dúvida, foram ampliadas para todas as áreas de saúde e educação. Porém, é necessário que haja uma preocupação maior em relação à formação dos profissionais, conforme exposto anteriormente, para que os mesmos se voltem para esse modelo, isto é, trabalhando com várias formas de diagnóstico da população, identificando riscos dentro do contexto sócio-cultural e familiar e, conseqüentemente, favorecendo seu bem estar físico, social e mental.

Esse vínculo pode ser garantido por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já que estes normalmente residem nas respectivas áreas de atuação e têm como uma de suas principais funções o desenvolvimento de atividades de educação em saúde individual e coletiva. Para que essa função seja desempenhada, o agente recebe uma formação contínua, por meio dos profissionais da equipe do PSF, em especial, pela enfermagem. Ao longo de sua atuação, essa formação é aperfeiçoada com orientações, acompanhamentos e reavaliações, para que, se necessário, sejam feitas reorganizações de acordo com as necessidades identificadas. Esse trabalho é de extrema importância, pois a estratégia principal de ação desse profissional é a visita domiciliar, agendada conforme as necessidades identificadas na comunidade.

Falando especificamente da Fonoaudiologia dentro deste contexto, sabe-se que infelizmente, ainda não é comum a participação de um profissional dessa área no PSF, embora já se tenha discutido e indicado sua fundamental importância nesse programa. De modo geral, as ações desse profissional deverão estar voltadas para aconselhamentos gerais sobre a aquisição e o desenvolvimento da comunicação humana, bem como, para as necessidades específicas da família com histórico de riscos para alterações nesse processo (LESSA; MIRANDA, 2005).

De modo a reforçar a importância desse trabalho, será apresentada uma possibilidade de favorecimento de aspectos importantes do desenvolvimento infantil, tais como: habilidades auditivas; de linguagem (oral e escrita); habilidades psicomotoras, dentre outras. Esse programa visa à promoção destes aspectos, em ambiente domiciliar e, poderá ser aplicado por um agente comunitário de saúde em parceria com um profissional da área de fonoaudiologia, ambos devidamente preparados para tal. Ressalta-se que nesse caso as habilidades a serem destacadas estão mais voltadas para a área de fonoaudiologia, o que não impede adaptações ao programa de acordo, é claro, com a equipe envolvida no trabalho como um todo.

Proposta de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

1ª etapa: num primeiro momento, deve-se escolher um local para viabilização de um mini-curso voltado para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este local pode ser na UBS de atuação destes ou em uma instituição pública de fácil acesso, em horários que não interfiram em seu trabalho de rotina. Em seguida deverão ser elaborados roteiro e cronograma iniciais, contendo os temas a serem tratados, bem como as sugestões de aplicação dos conhecimentos adquiridos pelos agentes. É importante que seja distribuído material durante o mini-curso, que deverá ser organizado de acordo com as necessidades da população.

2ª etapa: realização propriamente dita dos encontros. O mini-curso pode ser oferecido em encontros semanais com períodos de duração “curtos” (40 minutos em média). Normalmente destina-se um encontro para apresentação da equipe, do material a ser utilizado, realização de uma entrevista individual com roteiro

previamente elaborado e disposição de uma caixa de sugestões durante cada sessão; caso seja possível, é interessante ter sempre um observador independente para registrar as sugestões ou dúvidas dos participantes. Em dois ou três encontros poderão ser feitas discussões dos temas pertinentes ao mini-curso, podendo acontecer mudanças de acordo com sugestões ou dúvidas dos participantes. Nesses encontros também poderão acontecer diversas práticas (por exemplo: de maneira simultânea à confecção de um brinquedo, explicar quais os aspectos do desenvolvimento podem ser favorecidos com o uso adequado daquele material). Por fim, destina-se um ou dois encontros para finalização da prática, com esclarecimento de dúvidas, aplicação de uma entrevista final, com o objetivo de avaliar o mini-curso e obter sugestões para aperfeiçoar os próximos trabalhos. Ficará a critério da equipe, as formas de orientar os agentes em relação às possíveis identificações de alterações que necessitam de encaminhamentos, tanto em relação às crianças, como adultos.

3ª etapa: início da aplicação dos conhecimentos em ambiente domiciliar: a escolha dos locais, bem como das famílias para iniciar o programa poderá ficar a critério dos agentes, que estão mais familiarizados não só com as áreas de atuação, bem como, com cada família visitada. Inicialmente o agente explicará para a família sobre a importância de estar atenta às questões do desenvolvimento infantil, comentando sobre os profissionais que lidam com essas questões, dentre estes o fonoaudiólogo, foco do trabalho. Após essa explicação, o agente esclarecerá que durante alguns dias ele irá acompanhar a família com o intuito de orientar sobre alguns destes pontos, no sentido de auxiliar na promoção ou no favorecimento do desenvolvimento infantil e também de verificar a necessidade de uma atenção maior de um profissional especializado.

4ª etapa: promovendo o desenvolvimento infantil em ambiente domiciliar: nesta etapa destina-se um número de visitas para cada tema e os agentes devidamente orientados aplicam os conhecimentos adquiridos no mini-curso. De modo geral, as crianças e os pais participam das atividades e são trabalhados os seguintes aspectos: orientações gerais para eliminação de hábitos nocivos orais e orientações sobre saúde vocal infantil; oficinas de confecção de brinquedos com sucata; oficinas de leitura e escrita; uso dos brinquedos confeccionados, dentre outros. Para finalizar, com o contato ao longo das visitas, o agente terá a possibilidade de identificar possíveis casos que necessitam de uma atenção maior ou até mesmo de uma avaliação específica. Nestes casos, ele poderá realizar um encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde mais próxima ou diretamente para os serviços especializados da cidade, de acordo com orientações recebidas no mini-curso.

Considerações finais

É importante reafirmar que a proposta ora apresentada se trata de uma sugestão de um trabalho educativo voltado para familiares, a ser desenvolvido em ambiente domiciliar. Porém, é um delineamento de uma proposta que visa, sobretudo, à busca de novos elementos para avançar tanto em relação às pesquisas na área, quanto à integração dos pais nas questões vinculadas ao desenvolvimento dos seus filhos, uma das prioridades da UNICEF, atualmente (UNICEF, 2006). Destacamos ainda, o papel educativo que todos os profissionais devem desempenhar, independentemente de sua formação, a fim de que os pais e os profissionais da saúde e da educação sejam efetivamente *agentes favorecedores do desenvolvimento infantil*³.

A idéia principal é divulgar a importância de se estar atento às questões fonoaudiológicas e do desenvolvimento infantil de modo geral e também esclarecer à população sobre os serviços prestados nessas áreas. Em muitos casos a comunidade desconhece alguns destes serviços por ser ainda uma proposta em expansão na região (GAI, 2006).

Em experiências anteriores, foi possível observar um efetivo envolvimento dos pais nas questões que permeavam o desenvolvimento dos seus filhos. Dessa forma, reafirmamos a relevância e necessidade de serem planejadas e executadas práticas educativas com essa população (OLIVEIRA; FORMIGA; SANTIAGO, 2002). A contribuição de ações como essas, acontece não só em relação aos pais, mas também para os integrantes das equipes.

Referências

BARBA, P.C.S.D. *et al.* **Promoção da Saúde e educação infantil**: caminhos para o desenvolvimento. Paidéia; Vol.13(26), jul.-dez. 2003, p. 141-146.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, Disponível em: www.saude.gov.br Acessado em: 10/10/2006.

_____. Congresso Nacional. **Constituição**, 1988. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2002. Disponível em : www.mj.gov.br Acessado em 10/10/2006.

CAMPOS, C. E, A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**, *CIênc Saúde Coletiva*, vol 8, n. 2, pp. 569-584, 2003. Disponível em : www.scielo.br, acessado em: agosto de 2006.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.9, p.133-142, ago. 2001.

³ Grifo do autor

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em : www.scielo.br, acessado em: agosto de 2006.

FREITAS, L.B.de.L.; SHELTON, TL. **Atenção à primeira Infância nos EUA e no Brasil**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol.21 (2), maio-ago, 2005, p.197-205.

FUSARI, J.C. Avaliação de modalidades convencionais e alternativas de educação contínua de educadores: preocupações a serem consideradas. In: BICUDO, M.A.V.; SILVA JR., C.A. **Formação do educador e avaliação educacional: formação inicial e continuada**. São Paulo: Editora UNESP, 1999. p.221-224.

GUIMARÃES, G.R.de.A. **Promoção da saúde na escola: a saúde bucal como objeto de saber**. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro: s.n., 2003. Disponível em: www.bireme.br/lilacs Acessado em 05/10/2006.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**, 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2005. Disponível em: www.ibge.gov.br Acessado em 05/10/2006.

LESSA, f. J. D. MIRANDA, G. D. M. Fonoaudiologia e saúde pública, in: BRITO, A. T. B. O. (Org). **Livro de Fonoaudiologia**, 1ª edição, são José dos Campos, SP, Pulso, 2005.

MENDES, D; VIANNA, R. D. Educação em Saúde – Tendência atual, in: VIEIRA, R. M; vieira, M. M; ÁVILA, C. R. B; PEREIRA, L. D (orgs.). **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, editora Pró-fono, Carapicuíba, SP, 2000.

OLIVEIRA, J. P; FORMIGA, C. K. M. R; SANTIAGO, A. M. Proposta interdisciplinar de estimulação do desenvolvimento infantil voltada para famílias de crianças atendidas em um setor neuropediátrico, in: GIACHETI, C. M; FERRARI, C (orgs.). **Coletânea de Comunicações Científicas – VIII Jornada de Fonoaudiologia da Unesp de Marília/SP**, pp. 238-247, 2002.

PIMENTA, S.G. Professor reflexivo: construindo uma crítica. In: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. (Org.). **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. São Paulo: Cortez, 2002, p.17-52.

SILVA, C.A.B. Os dez anos do Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p.97-98, 2004.

UNESCO. **Educação e cuidado na primeira infância: grandes desafios**. Tradução de G.J.F. TEIXEIRA. Brasília: UNESCO, OECD, Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira 2006**. UNICEF Brasil, Brasília, 2006. Disponível em: www.unicef.org.br acessado em 15/10/2006.