



# PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

**TRANSFORMANDO A ATENÇÃO AOS PRIMEIROS ANOS  
DE VIDA NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E CONQUISTAS  
DE UMA POLÍTICA PÚBLICA NO SUL DO BRASIL**

**Autora:**

Karine Verch

**Editoras:**

Florencia López Boo

Mayaris Cubides Mateus





# PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

**TRANSFORMANDO A ATENÇÃO AOS PRIMEIROS ANOS  
DE VIDA NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E CONQUISTAS  
DE UMA POLÍTICA PÚBLICA NO SUL DO BRASIL**

**Autora:**

Karine Verch

**Editoras:**

Florencia López Boo

Mayaris Cubides Mateus

**Revisão técnica:**

Alessandra Schneider

Carolina de Vasconcellos Drügg

Florencia López Boo

Mayaris Cubides Mateus

Giuliana Chiappin



---

Catálogo na fonte fornecida pela Biblioteca Felipe Herrera do Banco Interamericano de Desenvolvimento

Verch, Karine.

Primeira Infância Melhor. Transformando a atenção aos primeiros anos de vida na América Latina: desafios e conquistas de uma política pública no sul do Brasil / Karine Verch; editores, Florencia López-Boo, Deiby Mayaris Cubides Mateus.

p. cm. — (Monografia do BID; 548)

Inclui referências bibliográficas.

1. Child development-Brazil. 2. Child welfare-Government policy-Brazil. 3. Children-Services for-Brazil. I. López-Boo, Florencia. II. Cubides Mateus, Deiby Mayaris. III. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Divisão de Proteção Social e Saúde. IV. Título. V. Série.

IDB-MG- 548

Códigos JEL: I10, I20, I38, J13

---

Diagramação e revisão: Marvin Mídia | [www.marvinmidia.com.br](http://www.marvinmidia.com.br)

Tradução inglês e espanhol: Traduzca.com

Revisão de português: Alhen Rubens Damasceno

Fotos: Acervo do Primeira Infância Melhor | Bell Boniatti | Prêmio Salvador Celia



Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desenvolvimento. Esta obra está licenciada sob uma licença Creative Commons IGO 3.0 Atribuição-NãoComercial-SemDerivações (CC BY-NC-ND 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) e pode ser reproduzida com atribuição ao BID e para qualquer finalidade não comercial. Nenhum trabalho derivado é permitido.

Qualquer controvérsia relativa à utilização de obras do BID que não possa ser resolvida amigavelmente será submetida à arbitragem em conformidade com as regras da UNCITRAL. O uso do nome do BID para qualquer outra finalidade que não a atribuição, bem como a utilização do logotipo do BID serão objetos de um contrato por escrito de licença separado entre o BID e o usuário e não está autorizado como parte desta licença CC-IGO. Note-se que o link fornecido acima inclui termos e condições adicionais da licença.

As opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de sua Diretoria Executiva, ou dos países que eles representam.





# Prefácio

As descobertas da ciência, em relação ao desenvolvimento das habilidades e competências humanas, apontam para uma interação crucial entre genes e ambiente. A seleção natural foi aperfeiçoando esse processo para garantir uma sobrevivência de cada indivíduo, em condições cada vez melhores.

Nas primeiras etapas da evolução, a programação genética, aperfeiçoada pela capacidade de sobreviver e se reproduzir, predominou. Com o passar do tempo essa capacidade se ampliou. Foi quando os genes criaram a capacidade do organismo ir além de uma programação prévia, e desenvolver novos mecanismos de adaptação ao ambiente, orquestrados pela função cerebral.

O ser humano é fruto mais recente e sofisticado desse processo e tem o cérebro mais complexo. Nasce com seu desenvolvimento físico e mental ainda no início e as suas habilidades ainda pouco esboçadas. Quanto mais elaboradas elas serão, mais tempo de amadurecimento necessitarão. Assim somos muito frágeis e dependentes ao nascer, e atravessaremos uma longa infância, porque o nosso cérebro poderoso necessita de muito mais tempo para se desenvolver. Nossas competências serão organizadas por etapas e serão muito dependentes de sua adaptação aos mais variados ambientes. Da percepção sensorial do mundo entorno, da formação de memórias sobre cada informação importante, até a explosão cognitiva, passarão vários anos que caracterizam o que chamamos de primeira infância. A plasticidade desse cérebro será extraordinária nesses primeiros anos de vida e decisiva para a singular arquitetura cerebral

humana. Em nenhum outro período da vida acontecerá um processo de aprendizagem tão intenso e veloz.

Como o cérebro humano nasce para aprender com o mundo específico onde irá viver, o processo de intermediação, feito pelos cuidadores, é decisivo para a sua organização. Em cada etapa do seu desenvolvimento o feto, o bebê e a criança pequena necessitam muito de adultos que sejam cuidadores compreensivos, afetivos e entendam a importância de cada estímulo a cada momento.

Desta forma, os cuidadores, sejam pais, parentes ou mesmo profissionais não aparentados, exercerão uma influência decisiva e transformadora, ajudando a moldar a mente e o cérebro da criança, que repercutirá ao longo de toda a vida futura.

Pensando nisso, foram gestadas políticas públicas no mundo e no Brasil, políticas revolucionárias que visam proporcionar o desenvolvimento infantil da melhor forma possível a todas as famílias. No nosso país o Programa público pioneiro foi o *Primeira Infância Melhor* - PIM, iniciado em 2003 no Rio Grande do Sul, que já acompanhou centenas de milhares de crianças nos primeiros anos de vida. Depois dele, vieram outros programas em outros estados, veio o Marco Legal da Primeira Infância e agora um grande Programa Nacional, para 4 milhões de crianças pequenas, que é o *Criança Feliz*. De alguma forma todos inspirados no PIM que completa seus 14 anos e vem transformando para melhor a vida das crianças gaúchas e de suas famílias. Parabéns a todos que participaram desse maravilhoso e transformador processo.

## **Osmar Gasparini Terra**

Ministro do Desenvolvimento Social e Agrário  
Idealizador do *Primeira Infância Melhor*

As brechas no desenvolvimento das crianças se tornam evidentes desde os primeiros anos de vida. É por isso que a primeira infância foi colocada em destaque recentemente na agenda da maioria dos países da América Latina e o Caribe. Os governos estão concentrando os seus esforços principalmente na expansão da cobertura dos serviços de cuidado das crianças pequenas em creches. No entanto, existem outras modalidades de atendimento à primeira infância, e é aí que o estado do Rio Grande do Sul é, definitivamente, pioneiro.

Uma das principais perguntas que os gestores de políticas públicas orientadas à primeira infância enfrentam atualmente é: qual a melhor intervenção para atender a essa população? Dar respostas a essa pergunta não é uma tarefa fácil, pois no caminho deve-se responder a outra diversidade de perguntas que leva ao entendimento da realidade de cada país, cultura ou população em particular; entre elas: especificamente, o que se quer mudar no comportamento das famílias, mães e/ou cuidadores? Quais são os recursos humanos e financeiros com os quais se conta para realizar essa intervenção? Qual é a capacidade institucional? É claro que não existe uma receita única para promover o desenvolvimento infantil.

O Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, assim como outros países da América Latina, reconheceu a importância de investir na primeira infância e, por isso, há 14 anos deu início a uma política integral, o Programa *Primeira Infância Melhor* - PIM. A presente publicação vai além da descrição do PIM. A partir de um ponto de vista crítico e objetivo, permite compreender profundamente o desenho e a implantação, bem como os desafios e as conquistas de um programa que conseguiu se manter no tempo e que serviu de inspiração para outros municípios, estados e, inclusive, outros países da região. Este documento não poderia ser mais oportuno e relevante, uma vez que atualmente a expansão do programa nacional *Criança Feliz* toma o PIM como principal referência.

Nesta publicação, a partir da experiência do PIM, são abordadas questões relevantes

para o debate sobre a melhor forma de atender as crianças com menos de 06 anos, como a valorização da qualidade, o papel que desempenha a intersectorialidade, a apresentação de um sistema de informação e a importância de avaliar rigorosamente os impactos do programa. Este último é tratado em detalhes, por ser o principal desafio que o PIM enfrenta, são apresentados os resultados dos primeiros esforços para avaliar e como exercício ilustrativo se desenvolve uma análise de custo-benefício tomando como ponto de partida uma avaliação mais rigorosa do impacto que se tem até o momento.

A linguagem e a estrutura empregada neste documento permitem que este seja interpretado como um guia de ferramentas para gestores políticos, na qual - mais do que ditar parâmetros ou determinar o que é e o que não é correto - é traçado o caminho percorrido para garantir que as crianças atinjam um desenvolvimento excelente. Considero que a obra apresenta várias contribuições originais. Primeiro, sintetiza em uma única publicação a trajetória de um dos programas de visitas domiciliares mais importantes da região. Segundo, debate em detalhes os aspectos importantes a serem considerados durante a implementação e adaptação de um programa de visitas domiciliares. Terceiro, debate abertamente os desafios e conquistas do programa para que o leitor possa considerar todas as variáveis necessárias para a tomada de decisões. Por último, é apresentado em espanhol, inglês e português, a fim de facilitar o acesso dos leitores de toda a América Latina.

Esta publicação servirá como um guia para os gestores de políticas no Brasil e em outros países, bem como para pesquisadores e profissionais interessados em traduzir o debate sobre a melhoria nos indicadores de desenvolvimento infantil em ações e resultados concretos. Tenho certeza que gostarão da leitura e que será de grande utilidade.

### **Florencia Lopez Boo**

Economista Sênior, Unidade de Proteção Social e Saúde, *BID*.

Criança, a gente deve chamá-la pelo nome porque é sua identidade, seu projeto de vida. O nome expressa a força que vem de dentro para realizar-se na história.

*Primeira Infância Melhor* é seu nome de batismo. Bonito, diz tanto sobre essa “pessoa” que quase a descreve para quem não a conhece. Ali, como carga genética, está a essência do que é e significa, o propósito a que veio, a realidade que se dispõe a construir, a vida a viver. Embora as três palavras formem um sentido único, cada uma tem seu conteúdo próprio. Explorar seus significados é como afastar um pouco o véu que encobre um rosto e passar a vê-lo melhor. A rotina no uso das palavras enfraquece nosso encontro com a profundidade que elas comportam.

*Infância*, começo da vida, primeiro ciclo da existência humana. Não é ali que tudo começa, porque ela é precedida de uma energia intrínseca à vida que tende a perpetuar-se, na sucessão de pessoas e gerações. E acontece o nascer, o encontro com a luz. O tempo em que a criança começa a ver o mundo, descobrir onde está, com quem está, a sentir-se acolhida, cuidada, protegida e amada. É o tempo da formação do vínculo, que dá segurança emocional, que forma referências seguras na multidão de coisas e pessoas, de amores e decepções, de realizações e frustrações.

O nome do Programa agrega à infância o adjetivo: *Primeira*. Mais do que posicionar a infância no tempo, a qualifica. É o período inaugural, que situa o bebê na rede de relações intersubjetivas e começa a constituir-se como sujeito. É *primeira* porque implanta as bases da personalidade: os fundamentos da vida emocional e da socialização, a estrutura da inteligência, a comunicação e a linguagem. Nesses primeiros anos, a criança apreende, cria e usa múltiplas formas de comunicar-se e de afirmar-se perante os outros.

Temos mais um adjetivo no nome do Programa: *Melhor*. Nem toda infância é boa. Há infâncias excluídas de tudo, até dos vínculos afetivos. Há infâncias desconhecidas, isoladas, empurradas para a sombra das políticas públicas. Para essas, é preciso dar infância, assegurar o direito de ser criança e viver como criança. E há infâncias bem cuidadas, protegidas, cercadas de meios favoráveis ao seu pleno desenvolvimento. Isso não é privilégio, e sim, um direito. Porém, direito de todas. Essa infância plena nos direitos e na vivência é inspiração, senão uma ordem, para que todas as crianças, de todas as infâncias, sejam acolhidas, protegidas, amadas e atendidas em suas necessidades. Por isso, pode-se aplicar ao escopo do Programa o lema “nenhum a menos”<sup>1</sup>. Uma política para a Primeira Infância se pauta pela justiça, equidade e igualdade de oportunidades.

*Primeira Infância Melhor*... eis o nome, eis o Programa, a visão e a missão de uma política pública voltada para os primeiros seis anos de vida. O foco é a criança na família, porém aberto para as instituições públicas no território que complementem a ação da família – centro de saúde, creche, pré-escola, centros de atendimento social, conselhos de direito e tutelar, enfim, os órgãos do sistema de garantia de direitos.

Criança, a gente chama pelo nome. Mas, neste caso, vale ter um segundo nome, abreviado quase infantil, ao estilo de criança: PIM. E, como PIM, viajou por outros estados e tornou-se conhecido, inspirando programas de visitas domiciliares que passaram a ser criados com adequações às características geográficas e culturais da respectiva região e desenhados pela criatividade dos gestores públicos e dos profissionais que neles se engajaram.

### **Vital Didonet**

Assessor em assuntos legislativos da Rede Nacional Primeira Infância

1 Nenhum a menos - título em português do filme chinês, de 1999, dirigido por Zhang Yimou.







# Agradecimentos

*“Todo o agradecimento é a memória do coração” (Lao Tsé)*

Para além do reconhecimento à importância da primeira infância pela sociedade, é relevante lembrar que investimentos em causas de tamanha grandeza somente têm resultado a partir da iniciativa de pessoas que acreditam e apostam em ideais. Neste sentido, é oportuno mencionar, carinhosa e respeitosamente, algumas pessoas em especial, responsáveis diretas pelo sucesso e crescimento do *Primeira Infância Melhor* - PIM. Estas pessoas representam todos os demais envolvidos que acreditam e atuam em prol da primeira infância:

Osmar Gasparini Terra, idealizador da proposta de intervenção na primeira infância, gestor na época de criação do *Primeira Infância Melhor*, que direcionou a causa como prioridade institucional de sua gestão;

Arita Bergmann, que na gerência do PIM viabilizou sua concretização junto à Secretaria Estadual da Saúde;

Leila Almeida, Coordenadora Estadual do PIM por longo período, que conduziu com especial carinho e qualidade técnica as ações de gestão, apoiando e respaldando o trabalho de uma competente equipe de profissionais;

Liése Gomes Serpa, pela Coordenação do Programa em um período de intensa articulação com as políticas de saúde e de avanços importantes para o amadurecimento do PIM;

Gisele M. da Silva, atual Coordenadora Adjunta do PIM, pela competência e dedicação ao PIM desde sua criação, e por ser fomentadora das ações que elevam a qualidade do Programa, garantindo sua sustentabilidade e visibilidade;

Francisco Paz, atual Coordenador do PIM, pelo apoio constante na execução do Programa e por confiar nos profissionais que fazem a gestão técnica do mesmo;

Programa *Educa a Tu Hijo*/Celep, instituição cuidadosamente escolhida para sustentar os princípios do PIM, cujos profissionais apoiaram a fase de implantação e implementação do mesmo;

Rede Nacional Primeira Infância, que, por excelência, atua em parceria apoiando e fomentando as ações em prol da atenção aos primeiros anos de vida e nos inspira na luta por uma infância melhor em todo o Brasil;

Equipe do BID, particularmente Florencia López Boo, por confiar no PIM e financiar inteiramente este livro e por contribuir na análise e em todas as revisões com o apoio de Mayaris Cubides;

Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, pela parceria nesta e em outras iniciativas e por fomentar no país a cultura do cuidado com os primeiros anos de vida;

Victor Guerra, por aprimorar nosso olhar para a importância da ritmicidade e da afetividade como princípios organizadores do vínculo afetivo, fortalecendo nosso entusiasmo em apostar na capacidade das famílias em estabelecer relações sensíveis e amorosas com suas crianças;

Vital Didonet, por nos inspirar com seu afeto, sabedoria e capacidade de agregar para construir um país melhor para nossas crianças. Seu apoio e exemplo são fundamentais em nossa trajetória;

Karine Isis Bernardes Verch, pela dedicação e competência com que traduziu, neste livro, nossa trajetória - que é também dela;

Giuliana Chiappin, por acompanhar a produção deste livro com seu olhar atento e cuidadoso;

Profissionais da Equipe Técnica Estadual do PIM do nível central e das Coordenadorias Regionais, que investem seu conhecimento e amor em tudo o que fazem, dia após dia, pensando sempre no melhor para as famílias, gestantes e crianças atendidas;

Gestores estaduais do Rio Grande do Sul, das diferentes administrações que, independentemente de questões político-partidárias, ofereceram condições para a continuidade e fortalecimento das ações do PIM;

Secretarias de Estado parceiras do Programa, pelo apoio constante nas ações em prol da atenção à primeira infância;

Gestores municipais, que aderiram à proposta, oportunizando condições ao trabalho do PIM

junto à rede de atendimento e famílias;

Profissionais das redes de serviços, pela parceria na promoção de uma atenção integrada no desenvolvimento da primeira infância;

Grupos Técnicos Municipais - GTM e Monitores do PIM, pelo esforço permanente em garantir uma atenção de qualidade às famílias e fomentar a primeira infância como prioridade nas administrações municipais;

Visitadores do PIM, profissionais diretamente vinculados às comunidades, responsáveis por orientar as famílias para fortalecer suas competências para o cuidado, a educação e a proteção de suas crianças, obrigado por tornar isso possível;

Às famílias, gestantes e crianças que confiam suas vivências ao PIM, oportunizando a coconstrução desta política pública, numa aprendizagem mútua, transformadora, potente e apaixonante.

**Equipe Estadual do Programa  
Primeira Infância Melhor**

# Apresentação

Este livro consiste em um mergulho na trajetória singular e inovadora de um Programa que trouxe luz ao modo de compreender a infância de nossos tempos. Sua elaboração contou com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e, em todas as etapas, recebeu o olhar atento da Equipe Estadual do PIM.

Nossa história inicia nos primeiros dias de março de 2003, quando o Rio Grande do Sul abraçou o desafio de implantar uma estratégia que considerasse o desenvolvimento humano a partir de uma abordagem integral. Nascia o programa *Primeira Infância Melhor* - PIM, uma iniciativa sem precedentes na história do Brasil.

Nestes 14 anos, o PIM tem nos proporcionado vivências que transformam o nosso modo de olhar e acreditar na vida e no potencial de cada sujeito para construir sua trajetória. Foram transformações intimamente relacionadas aos nossos valores pessoais, mas, principalmente, a nossa responsabilidade, enquanto profissionais, de construir uma política pública centrada no respeito às singularidades, na defesa dos direitos, na união de esforços, na luta por inclusão social e na fidelidade ao nosso principal desejo: contribuir para que todas as

crianças tenham a oportunidade de crescer e se desenvolver em um ambiente saudável e acolhedor. A caminhada, mesmo que sinuosa e cheia de desafios, segue colhendo êxitos. Aprendemos e seguimos aprendendo com as famílias, com o cotidiano das comunidades, com os esforços dos trabalhadores dos territórios. De modo especial, aprendemos com a força dos afetos e com o brincar das crianças em suas descobertas do mundo.

Compartilhamos a certeza de que compor a equipe do *Primeira Infância Melhor* amplia nosso dever em compartilhar tais aprendizagens, servindo de exemplo e inspiração para outras iniciativas. Esta publicação, portanto, integra nossos esforços em contribuir e encorajar aqueles que desejam percorrer trajetórias similares.

A equipe técnica do PIM orgulha-se de cada etapa da história aqui contada. Esta é fruto de nossa luta diária para superação dos desafios e para o alcance de nosso desejo de marcar, indelevelmente, a memória e o coração de todos que, por quaisquer razões, andam ou andaram por nossos caminhos e se deixaram tomar pelo amor maior: a primeira infância – o começo da vida - o começo de tudo.

## **Gisele Mariuse da Silva**

Coordenadora Estadual Adjunta do  
*Primeira Infância Melhor*



# Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CELEP	Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GTE	Grupo Técnico Estadual
GTM	Grupo Técnico Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NIS	Número de Identificação Social
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIM	Primeira Infância Melhor
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNE	Plano Nacional de Educação
PNPI	Plano Nacional pela Primeira Infância
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RNPI	Rede Nacional Primeira Infância
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SESAI	Secretaria Especial da Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SisPIM	Sistema de Informação do PIM
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMI	Unidade Materno Infantil
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

# Lista de Documentos

1. Acompanhamento Descritivo Trimestral
2. Acompanhamento dos Egressos do PIM
3. Ampliação do Número de Visitadores
4. Avaliação do Desenvolvimento Infantil
5. Caracterização e Diagnóstico
6. Censo/Mapeamento
7. Desabilitação de Visitadores
8. Desabilitação do Programa
9. Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil (Marco Zero)
10. Guia de Orientação para Formação Inicial de Visitadores
11. Informe Mensal
12. Informe Trimestral
13. Monitoramento do Desenvolvimento Integral Infantil
14. Parecer Descritivo Trimestral da Gestante
15. Plano de Ação
16. Plano de Formação Inicial de Visitadores
17. Plano de Modalidade de Atenção
18. Programa da Formação Inicial de GTM e Monitores
19. Registro de Visita
20. Relação Mensal de Gestantes e Crianças Atendidas
21. Roteiro de Assessoria
22. Roteiro de Monitoramento das Ações PIM no Município
23. Roteiro de Observação da Visita Domiciliar
24. Situação da Primeira Infância no Município
25. Suspensão Temporária do Programa
26. Termo de Adesão

# Sumário

## **13 INTRODUÇÃO**

### **14 CAPÍTULO 1: O PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR – PIM**

- 16 A trajetória do PIM: contexto histórico e legal
- 19 Eixos de sustentação
- 20 Um Programa voltado à atenção integral
- 22 Tecnologias de intervenção
- 23 Modalidades de atenção: a intervenção junto às famílias

### **26 CAPÍTULO 2: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO**

- 28 Recursos humanos
- 29 Perfil do Visitador
- 32 Formação dos técnicos para atender à complexidade da metodologia
- 33 Orçamento e recursos financeiros para sustentabilidade do Programa
- 34 Da adesão à implementação: a dinâmica de funcionamento do Programa
- 36 Processo de seleção dos beneficiários
- 38 Evolução histórica e perfil dos beneficiários PIM

### **42 CAPÍTULO 3: MONITORAMENTO COMO GARANTIA DA QUALIDADE DO PIM**

- 44 Sistema de Informação do PIM (SisPIM)
- 45 Monitoramento da gestante e da criança
- 47 Monitoramento da atuação do Visitador
- 47 Monitoramento das equipes municipais
- 48 Avaliações realizadas
- 52 Análise do custo-efetividade

### **54 CAPÍTULO 4: INOVANDO A ATENÇÃO À PRIMEIRA INFÂNCIA**

- 56 Ampliação da cultura de investimento na primeira infância
- 57 Inspirando e apoiando a implantação de outros programas no país
- 60 Desafios e conquistas ao longo desta trajetória

## **63 REFERÊNCIAS**

## **66 APÊNDICE**

# Introdução

O Programa *Primeira Infância Melhor* – PIM é uma intervenção de fortalecimento das famílias em suas competências e de promoção do desenvolvimento da primeira infância, em articulação com as ações de saúde, assistência social e educação, prioritariamente.

Esta publicação tem como finalidade apresentar a trajetória percorrida pelo PIM demonstrando sua estrutura, funcionamento e peculiar metodologia, bem como os avanços e desafios enfrentados por esta política pública. Além disso, pretende fornecer informações para iniciativas que buscam implantar serviços de atenção à primeira infância.

O capítulo 1 - O Programa *Primeira Infância Melhor* - PIM - traz uma retrospectiva histórica do contexto legal e teórico da atenção à primeira infância em âmbito nacional e mundial, e a forma como este contexto motivou e influenciou a criação e o aprimoramento do PIM, da mesma forma que o Programa também influenciou tal contexto. São apresentados os eixos do PIM, assim como a importância de uma política pública voltada à atenção integral e como esta política é implementada na prática. Descreve-se também o processo de visita domiciliar e a ludicidade, validados como tecnologias de intervenção do PIM junto às famílias.

O capítulo 2 - Estrutura e funcionamento - apresenta a estrutura e funcionamento do *Primeira Infância Melhor*, no que se refere às suas orientações técnicas, recursos humanos, formação das equipes e etapas que compõem o processo de adesão, implantação e implementação desta política pública. Apresenta, ainda, os critérios de seleção e perfil dos beneficiários, além de explicar sobre orçamento e recursos financeiros para

sustentabilidade do Programa.

No capítulo 3 - Monitoramento como garantia da qualidade do PIM -, discorre-se sobre o processo de monitoramento do *Primeira Infância Melhor*. Sendo este um dos aspectos de garantia de sucesso do Programa, apresentam-se, detalhadamente, os níveis de ação de monitoramento na prática: da gestante e da criança; da atuação do Visitador e das equipes municipais. Finalmente, do ponto de vista crítico, são apresentados os estudos em que se têm avançado para avaliar o Programa.

O capítulo 4 - Inovando a atenção à primeira infância - demonstra o seu impacto no fortalecimento da cultura de investimentos na primeira infância. Ademais, traz-se uma reflexão sobre as dificuldades para a execução do *Primeira Infância Melhor*, aliadas às lições aprendidas no cotidiano desta política pública.

Esta publicação busca traduzir a trajetória de catorze anos de uma política pública inovadora, criada num cenário em que ações em prol da atenção à primeira infância eram raras ou incipientes. Entre as conquistas do PIM está seu reconhecimento enquanto projeto prioritário nas diferentes gestões estaduais, que, independentemente de situações partidárias, foram unânimes em relação à relevância da continuidade do Programa. Além disso, o PIM apoia a implantação de iniciativas similares em outros territórios do país, bem como contribui na elaboração de documentos e legislações afins ao tema.

Almeja-se que esta publicação possa servir como referência àqueles que buscam investir em ações de qualificação da atenção à primeira infância, alicerces de uma sociedade mais justa e igualitária.

CAPÍTULO 1

---

# O PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)





---

O *Primeira Infância Melhor* é uma política pública transversal de ação socioeducativa de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Seu principal objetivo é orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os seis anos de idade. Por meio da visita domiciliar, o PIM promove a estimulação do desenvolvimento infantil, o fortalecimento dos vínculos familiares e a identificação das necessidades específicas de cada beneficiário, articulando a rede de serviços conforme as demandas que surgem no cotidiano das famílias.

## A trajetória do PIM: contexto histórico e legal

Nas últimas décadas, diferentes tratados e legislações abordaram questões relacionadas à infância. A Constituição Brasileira (1988), a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989), a Declaração de Jomtien e a Declaração de Dakar (UNESCO, 2001a) são exemplos significativos que reconhecem a criança como sujeito de direitos e em peculiar condição de desenvolvimento. Tais documentos comprometem governos e sociedade para a promoção de ações que visam garantir, muito além da sobrevivência, o desenvolvimento pleno e a proteção contra todas as formas de discriminação, exploração e abuso, com foco prioritário naquelas crianças que se encontram em situação de vulnerabilidade biopsicossocial.

A legislação brasileira acompanhou o processo de atenção à primeira infância, em diferentes setores do governo, tais como a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei Federal nº. 8.069, 1990), que preconiza o cuidado materno-infantil; o Estatuto da Criança e do

Adolescente - ECA (Lei Federal nº 8.069, 1990), que garante os direitos do desenvolvimento integral da criança, complementando a ação da família e da comunidade; a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei Federal nº 8.742, 1993), que tem entre seus propósitos a proteção à família, à maternidade e à infância; e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB (Lei Federal nº. 9.394, 1996), que integrou a educação infantil ao sistema educacional. Em 2001, o Plano Nacional de Educação - PNE pela primeira vez apresentou diretrizes e objetivos específicos para a faixa etária dos zero aos seis de idade (UNESCO, 2001b).

Impulsionado por estas legislações, em 2003 o Programa *Primeira Infância Melhor* é implantado no estado do Rio Grande do Sul - RS<sup>2</sup>, como resposta às latentes demandas por atenção à primeira infância.

Diferentes iniciativas mundiais foram analisadas para embasar o processo de implantação do PIM. A metodologia do programa cubano

Figura 1 - Linha do tempo



<sup>2</sup> O Brasil é uma república federativa formada pela união de 26 estados federados, além do Distrito Federal. O Brasil organiza-se em três esferas interdependentes: federal (correspondente a todo país), estadual (os 27 estados que compõem o país) e municipal (divisão dos municípios dentro de cada estado). Cada uma dessas esferas tem sua estrutura e gestão. O Rio Grande do Sul é o estado localizado no extremo sul do país correspondente a aproximadamente 3% do território nacional. O Estado possui uma área extensa de 268.000 km<sup>2</sup>, na qual se encontram 497 municípios povoados por aproximadamente 10 milhões de habitantes (6% da população do Brasil).



*Educa a tu Hijo*<sup>3</sup> foi escolhida para ser o modelo inspirador das linhas básicas do Programa. Com este, estabeleceu-se uma cooperação técnica por três anos financiada pela Secretaria de Saúde do Estado - SES, que possibilitou o intercâmbio de experiências e conhecimentos fundamentais para a superação dos desafios inerentes à etapa de implantação de uma política pública sem precedentes no Brasil. O Programa estabeleceu também a cooperação técnica com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco para viabilização das ações da gestão estadual do mesmo.

Em 2003, o cenário no Brasil era de apenas 21,8% da população de zero a seis anos com atendimento na rede de educação infantil. No Rio Grande do Sul, o percentual era ainda menor, 17,9%, representando 218.976 de uma população de 1.220.351 crianças (IBGE, 2005). A proporção de crianças com baixo peso nas áreas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família - ESF no país era de 4,8% até o primeiro ano e chegava a 10,1% aos dois anos de idade (UNICEF, 2006)<sup>4</sup>. O percentual de crianças pobres, com renda familiar *per capita* de até ½ salário mínimo, era de 45% no Brasil e 28,8% no RS (IBGE, 2004). A taxa de mortalidade infantil, em 2003, era de 24,6 óbitos para cada mil nascidos vivos no Brasil e 15,9 óbitos para cada mil nascidos vivos no RS. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH do Brasil era de 0,79, ou seja, o país ocupava o 63º lugar no *ranking* mundial dentre 177 (ONU, 2004; IBGE, 2005).

Até dezembro de 2006, o PIM foi implantado em 45,5% dos municípios do Rio Grande do Sul, atendendo a 40.125 famílias e beneficiando 4.815 gestantes e 44.138 crianças, equivalente a 6% das crianças não matriculadas na rede formal de educação infantil (Schneider & Ramires, 2007). Os resultados visíveis desta política pública fortaleceram a valorização da primeira infância por parte dos gestores

da Secretaria Estadual da Saúde e demais secretarias envolvidas. Simultaneamente, havia um reconhecimento do governo do Estado, que, em 2006, instituiu o Programa como parte integrante da Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância por meio da Lei Estadual nº. 12.544. A instituição desta lei ratificou o pioneirismo no investimento às famílias com crianças pequenas no sul do país.

Em 2007, ao findar a cooperação técnica com o Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar - Celep/Cuba aliado ao fortalecimento técnico e à legitimação do Programa, surgiu a necessidade de aprimorar a metodologia do mesmo, adaptando-a às necessidades e peculiaridades da cultura brasileira. A partir daí, implantou-se o processo de monitoramento do desenvolvimento infantil, não preconizado no modelo adaptado do programa *Educa a tu Hijo*.

Neste mesmo ano, um importante avanço em prol dos primeiros anos de vida no país foi a criação da Rede Nacional Primeira Infância - RNPI, uma articulação nacional que reúne organizações da sociedade civil, governo, setor privado e outras redes e possui importante poder de incidência técnica e política no país. O *Primeira Infância Melhor* tem representatividade desde sua criação, tendo composto o grupo gestor por dois mandatos. Em 2010 a RNPI teve aprovado, no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda, o Plano Nacional pela Primeira Infância - PNPI - documento que contou com a autoria do PIM dentre outras instituições.

Nesta trajetória, duas iniciativas federais foram desenvolvidas: a Estratégia *Rede Cegonha* (Portaria Federal nº 1.459, 2011) que propôs um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança nos primeiros anos e o Programa *Brasil Carinhoso*, que tem no PIM um dos seus pilares e visa contribuir com ações de cuidado integral na primeira infância atuando

3 O "Educa a tu hijo", coordenado pelo Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar - Celep é um programa social cubano que oferece atenção educativa não institucional, dirigida a crianças de zero a seis anos que não frequentam instituições de educação infantil. Possui caráter comunitário e eminentemente intersetorial. Tem a família como foco do atendimento na promoção do desenvolvimento integral de seus filhos, com a finalidade de prepará-los para a entrada na escola.

4 Neste período, não existia no Brasil um retrato abrangente da desnutrição na primeira infância, especificamente. Os dados apresentados referem-se à população atendida pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS e pela Estratégia de Saúde da Família - ESF, a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB do Ministério da Saúde.

em diferentes vertentes, tais como a segurança alimentar e nutricional e a garantia do acesso e permanência da criança na educação infantil.

Em 2012, a metodologia do PIM foi alterada no que diz respeito ao número de famílias atendidas por Visitador. Visando uma maior qualidade no atendimento aos beneficiários, com ampliação do tempo estimado ao planejamento das visitas e à educação permanente do Visitador, reduziu-se, de 25 para 20 famílias, o número máximo de famílias atendidas pelo Visitador (Portaria Estadual nº. 578, 2013).

A consolidação da importância da primeira infância foi se fortalecendo nos mais diversos setores. O Plano Nacional de Educação - PNE (Lei Federal nº. 13.005, 2014) apresentou metas relativas à educação infantil, que dispunham sobre o atendimento de 100% das crianças de quatro e cinco anos na pré-escola até 2016, em observância à Emenda Constitucional nº. 59/09, bem como de 50% das crianças de até três anos em creches até o final da década de vigência do PNE, em 2024. Respeitando essa alteração, o *Primeira Infância Melhor* ajustou novamente sua forma de atendimento às famílias com crianças, reorganizando sua sistemática de atenção por faixa etária.

A sociedade brasileira teve mais uma conquista para comemorar em 2015, quando foi publicada a Portaria Nacional nº. 1130 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC. Documento que contou com a contribuição do PIM em sua elaboração, a PNAISC reconhece a importância dos primeiros anos ao prever, em seu terceiro eixo, o desenvolvimento integral da primeira infância, cujas ações têm no PIM sua referência metodológica.

Em 2016, em decorrência do apoio técnico da equipe estadual do PIM e inspirado nos passos percorridos pelo mesmo, o estado do Amazonas criou a sua própria lei voltada aos cuidados da primeira infância. Apenas 2 dos 27 estados do território nacional possuem leis próprias. Além disso, o intervalo de 10 anos

entre uma legislação e outra revela o quanto a priorização dos primeiros anos de vida ainda é um desafio no país (Lei Estadual nº. 4.312, 2016).

Neste mesmo ano, um avanço histórico foi a aprovação do Marco Legal da Primeira Infância, Lei Federal nº. 13.257/16 que visa a garantia dos direitos em diversos setores voltados à promoção do desenvolvimento integral, tendo o *Primeira Infância Melhor* como referencial de modelo de visitação domiciliar.

Uma ação consequente do Marco Legal da Primeira Infância foi a criação do Programa *Criança Feliz*: programa do governo federal que tem como objetivo o apoio às famílias para promoção do desenvolvimento infantil. É uma ação em larga escala que prioriza as gestantes e crianças de famílias integrantes do Programa *Bolsa Família*<sup>5</sup> - PBF, as famílias com crianças portadoras de deficiência que recebem Benefício de Prestação Continuada - BPC e também as crianças privadas do convívio familiar (Decreto Federal nº 8.869, 2016). Inspirado na metodologia do *Primeira Infância Melhor* e nos demais programas de outros estados, o *Criança Feliz* focará seu atendimento prioritariamente nos primeiros mil dias de vida, por meio de visitação domiciliar.

A prática constante de apoiar diferentes iniciativas em prol dos primeiros anos de vida confirma a importância do *Primeira Infância Melhor* no cenário nacional. Ao longo de sua trajetória, serviu como referência metodológica e apoiou diferentes estados e municípios do Brasil. Destas destacam-se: *Atenção à Primeira Infância e à Maternidade* - Munhoz de Melo/Paraná (2012), *Atenção Melhor à Infância* - Vila Velha/Espírito Santo (2012), *Programa Primeira Infância Ribeirinha* - Iraduba, Novo Airão e Manacapuru/Amazonas (2013), *Programa Cresça com Seu Filho* - Fortaleza/Ceará (2014), *São Paulo Carinhosa* - São Paulo/São Paulo (2014), *Projeto Atenção Nutricional e Estímulo ao Desenvolvimento da Primeira Infância* - 28 municípios do Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia e São Paulo (2014), *Primeira*

5 O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. Já o Benefício de Prestação Continuada é um benefício individual que garante a transferência de um salário mínimo à pessoa com deficiência de qualquer idade, que comprove não possuir meios de se sustentar ou de ser sustentado pela família.

*Infância Acreana* – Acre (2015) e programa em construção em Alagoas (2016)<sup>6</sup>.

Ao analisar o cenário atual, no que se refere aos dados e indicadores estaduais e nacionais, verifica-se um acréscimo na presença de crianças na rede de educação infantil. Segundo dados do Censo Escolar, o Brasil conta atualmente com 29,6% de crianças de zero a três anos e 89,1% de crianças de quatro a cinco anos, matriculadas. No Rio Grande do Sul, este percentual é 32,8% de crianças de zero a três anos e 80,1% de crianças de quatro a cinco anos matriculadas na rede de educação infantil (INEP, 2015). O aumento da oferta de vagas na rede formal de educação impactou, conseqüentemente, no número de atendimentos do *Primeira Infância Melhor*, que teve uma queda significativa no atendimento às crianças a partir dos quatro anos de idade. Por outro lado, um aspecto positivo desta alteração foi a possibilidade de dar maior ênfase no trabalho com gestantes e bebês, período crucial para intervenções de promoção do desenvolvimento integral.

Nos últimos anos, o Brasil avançou no que diz respeito à redução da mortalidade infantil,

cujas taxas caíram de 62 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 13,8 em cada mil nascidos vivos (Berlinski & Schady, 2015), representando uma queda de mais de 10 pontos percentuais, em comparação com o ano de implantação do PIM, em 2003. No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade infantil foi de 10,1 óbitos por mil nascidos vivos (Portal Saúde, 2016), evidenciando uma queda de 5,8 pontos percentuais com relação ao ano de 2003. Segundo relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura - FAO (2014), o Brasil também teve sucesso na redução das desigualdades sociais, ao diminuir pela metade a população que sofre com a fome saindo, pela primeira vez, do Mapa Mundial da Fome, com impacto importante na saúde das crianças e populações mais vulneráveis. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, o Brasil, que ocupava o 63º lugar no ano de 2003, passou a ocupar o 75º lugar no ranking mundial em 2015 (PNUD, 2016). Em relação aos dados específicos do *Primeira Infância Melhor* (SisPIM, 2016), verificou-se que, no final de 2016, o Programa estava implantado em 242 municípios, representando 49% do estado, atendendo 51.700 famílias e beneficiando 7.755 gestantes e 58.870 crianças.

## Eixos de sustentação

Os eixos de sustentação do *Primeira Infância Melhor* são: família, comunidade e intersetorialidade. Tais eixos estão presentes desde a concepção do Programa e revelam-se como um dos pontos chave de sucesso uma vez que representam três premissas básicas: o protagonismo da família, o envolvimento comunitário e a participação ativa de diferentes setores da gestão.

Neste contexto, entende-se família como o lugar onde vínculos afetivos e de convivência se estabelecem e se sustentam. É onde crianças, pais e/ou cuidadores, familiares, independente dos laços biológicos, são concreta e simbolicamente mobilizados. Espaço onde as ações do Programa fazem sentido como o local primário de socialização, aprendizagem

e desenvolvimento de capacidades humanas (Almeida *et al.*, 2016).

O PIM propõe o acolhimento e o respeito às singularidades de cada família, investindo na coconstrução de uma relação dialógica, baseada na conduta ética, que inclui as diferenças e valoriza as potencialidades de cada contexto. Trata-se de um exercício permanente de coprodução de saúde e autonomia dos sujeitos, não representando, portanto, um trabalho de tutela familiar. O PIM é uma ação socioeducativa que motiva a participação reflexiva das famílias nas atividades propostas e na continuidade do cuidado com suas crianças (Drügg, 2011). Percebe-se ser este o caminho possível para trabalhar com o fortalecimento familiar, que se inicia na compreensão do

<sup>6</sup> Os anos referenciados representam o início da parceria entre os programas e o PIM, sendo que, em algumas iniciativas, o apoio técnico permanece até os dias atuais.

modo de vida de cada família, proporcionando a estas um atendimento personalizado, que respeita suas culturas e experiências.

As comunidades são entendidas como a ampliação do espaço de convivência familiar. Espaço onde o sujeito pode exercer sua singularidade e, ao mesmo tempo, se mescla e sofre influência de outros saberes, culturas, histórias e vivências. Nesta lógica, a comunidade institui-se como exercício do coletivo, no qual a mudança nos indivíduos também transforma o contexto a sua volta.

As ações do PIM buscam o fortalecimento das comunidades. Para além das visitas domiciliares e das atividades grupais, o Programa promove regularmente atividades comunitárias com a participação de diferentes segmentos da comunidade, tendo como objetivo a socialização, o fortalecimento da cultura local, a promoção dos direitos, o acesso à informação, entre outros. Neste cenário, o PIM passa a ser reconhecido como parte da própria comunidade.

Um aspecto que ressalta o valor dado ao eixo comunidade é a adaptação metodológica que ocorre no trabalho com as denominadas comunidades tradicionais: indígenas e quilombolas, bem como as específicas: ribeirinhas, do campo, da floresta, das águas e de mães em privação de liberdade. No Apêndice 1 apresenta-se brevemente as experiências e lições aprendidas com projetos de adaptação PIM em comunidades quilombolas, indígenas e mulheres privadas de liberdade.

A intersetorialidade é entendida como um conjunto articulado de ações, de diferentes áreas e atores, visando o cuidado integral de gestantes, crianças e famílias. Esta se apresenta nos diversos níveis de atuação do PIM. No Estado, acontece a partir da articulação de diferentes secretarias, além de contar com o apoio do Comitê Gestor. O Estado, por sua vez, se articula com os municípios por meio de cooperação técnica e financeira. No município, a gestão intersetorial é reafirmada, uma vez que o grupo técnico de coordenação deve ter representação de, no mínimo, profissionais das secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social.

Da mesma forma, a integração das ações do *Primeira Infância Melhor* com os serviços existentes no território ratifica a intersetorialidade preconizada pelo Programa. Ao mesmo tempo em que este identifica demandas e aciona a rede de serviços, é também constantemente referenciado pelos demais profissionais para acompanhar as famílias. Por meio desta prática, o PIM define-se como uma política de atenção integral, promovendo uma ação articulada entre as mais diferentes áreas. Tal articulação visa a otimização de recursos humanos e financeiros, a não dissociação dos diferentes atendimentos, a qualificação da comunicação, e, em especial, a produção de resultados significativos sobre o desenvolvimento da gestante, criança e sua família em situação de maior risco e vulnerabilidade social.

## Um Programa voltado à atenção integral

A atenção integral como princípio do *Primeira Infância Melhor* remete à compreensão de que os fatores que interferem no desenvolvimento da criança são amplos e perpassam por diferentes áreas. A integralidade é sustentada e defendida como valor nas práticas de todos os atores envolvidos na gestão e execução do Programa. Confirmando o caráter intersetorial,

o PIM compõe a Atenção Primária em Saúde, a Proteção Social Básica e a Educação.

O *Primeira Infância Melhor* é um dos acessos ao Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da Atenção Primária<sup>7</sup>, que funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, atuando na prevenção de

7 A Atenção Primária em Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde visando o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. É o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. (Portaria Federal nº 2.488, 2011).

doenças e na promoção de saúde, ao mesmo tempo em que direciona as situações mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade (FIOCRUZ, 2017).

A equipe do PIM se articula com as Equipes de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família - ESF<sup>8</sup>, sendo a Unidade Básica de Saúde - UBS<sup>9</sup> também um dos espaços estratégicos para o Programa. Os Visitadores do PIM e os Agentes Comunitários de Saúde - ACS<sup>10</sup>, dentro das suas especificidades de trabalho, atuam

em parceria com relação à atenção dada às famílias. Cabe ressaltar que o objetivo das visitas, a frequência, a duração do atendimento e as atribuições dos ACS e Visitadores do PIM são diferenciadas, como demonstra o quadro 1. A complementaridade destes profissionais é de fundamental importância para a qualidade do serviço oferecido e o consequente impacto na vida dos beneficiários. Os ACS favorecem a integração da equipe do PIM junto à comunidade, bem como auxiliam na busca ativa de gestantes e crianças.

**Quadro 1 - Comparativo sobre a atuação do Visitador e do Agente Comunitário de Saúde**

	Visitador do PIM	Agente Comunitário de Saúde
Público-alvo	Famílias com gestantes e crianças de 0 até 6 anos incompletos em situação de risco e vulnerabilidade social	Famílias em base geográfica definida por microárea de atendimento
Objetivo	Orientar famílias, a partir de sua cultura e experiência, para que <b>promovam o desenvolvimento integral de suas crianças</b> , desde a gestação até a véspera de completarem seis anos de idade	Desenvolver atividades de prevenção das doenças e <b>promoção da saúde</b> , mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS
Supervisão	Supervisionado por um <b>Monitor</b> e/ou representantes do Grupo Técnico Municipal. Cada Monitor (20h) é responsável por supervisionar até 8 Visitadores	Supervisionado pelo <b>enfermeiro</b> da equipe da Estratégia de Saúde da Família. Cada enfermeiro é responsável por orientar 12 ACSs
Proporção de atendimento	Cada Visitador atende <b>até 20 famílias</b>	Cada ACS atende <b>até 750 pessoas</b>
Frequência de atendimento	<b>Semanal</b> para cada gestante ou criança	<b>Mensal</b> para cada família
Duração do atendimento	De 45 minutos a 1 hora	Não especificado

Fonte: Lei Estadual nº. 14.594/14; Portaria Federal nº. 2.488/11

8 A Estratégia Saúde da Família - ESF é tida pelo Ministério da Saúde e gestores como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Portaria Federal nº 2.488, 2011).

9 A Unidade Básica de Saúde - UBS é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade (Ministério do Planejamento, 2017).

10 O Agente Comunitário de Saúde - ACS é o profissional responsável por atuar na promoção e prevenção na saúde, mapeando e encaminhando pessoas ao serviço de saúde (Ministério do Planejamento, 2017).

Ao trabalhar essencialmente com o fortalecimento dos vínculos familiares e acesso aos direitos, o PIM auxilia as famílias a assumirem o protagonismo no cuidado de suas crianças e proteção dos seus membros. O Programa contribui na prevenção das situações de risco e vulnerabilidade, bem como, no acompanhamento de agravos já presentes no contexto familiar, indo ao encontro dos pressupostos da Proteção Social Básica<sup>11</sup> que tem a garantia de direitos da família como a centralidade de suas ações. O trabalho conjunto com as equipes de proteção social busca fortalecer as famílias e desenvolver a autonomia das mesmas, apoiando-as para que superem eventuais dificuldades. Os Centros de Referência da Assistência Social - CRAS<sup>12</sup> são os principais articuladores das ações conjuntas com o *Primeira Infância Melhor*.

O PIM contempla a educação ao promover um olhar ampliado sobre a constituição dos sujeitos, suas necessidades, potencialidades e direitos. O Programa exerce função crucial no fortalecimento das famílias para acompanharem os processos de aprendizagem de suas crianças, além de contribuir para a prontidão escolar das mesmas quando da sua inserção na Educação Básica<sup>13</sup>. O PIM e as instituições de educação infantil são parceiros na promoção do desenvolvimento infantil, pois atendem, com diferentes metodologias, a mesma faixa etária (zero até cinco<sup>14</sup> anos). Da mesma forma, o PIM articula-se sistematicamente com a rede de ensino local e atua no empoderamento do adulto para o cuidado, educação e proteção de si e de suas crianças, contribuindo, por exemplo, para o reingresso de pais e/ou cuidadores no sistema de ensino, para complementação dos anos de estudo.

## Tecnologias de intervenção

A visita domiciliar e a ludicidade são tecnologias de intervenção do *Primeira Infância Melhor*. Tais tecnologias possibilitam a aproximação do Programa com as realidades atendidas favorecendo um reconhecimento mais preciso das características, potencialidades e necessidades de cada contexto, resultando em propostas singulares de intervenção, pertinentes a cada realidade.

A visita domiciliar prevê a valorização da família, do domicílio e da comunidade enquanto espaços privilegiados para a promoção da saúde e do bem-estar (Drügg; Verch & Fontoura, 2016). A atividade realizada diretamente nas casas permite que a equipe do PIM conheça a estrutura e a dinâmica familiar, identifique

potencialidades e fatores de risco, bem como propicie a participação ativa da família no seu processo amplo de desenvolvimento.

A visita domiciliar no PIM contempla os seguintes aspectos: currículo de intervenção amplo e semiestruturado; plano singular de atendimento; roteiro de visita domiciliar; intensidade e duração das visitas; escuta e olhar qualificados; materiais de apoio; formação dos profissionais envolvidos; processo de supervisão e acompanhamento de campo.

A ludicidade é o principal viés de conexão do PIM com e entre as famílias. Essa passou a ser compreendida como uma tecnologia de intervenção, uma vez que favorece o viés

11 Proteção Social Básica é o conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação - ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros - e/ou fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social - discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras (Lei Federal nº 8.742, 1993).

12 O CRAS representa a principal estrutura física local para a Proteção Social Básica, desempenha papel central no território onde se localiza, possuindo a função exclusiva da oferta pública do trabalho social com famílias por meio do serviço de proteção e atendimento integral a famílias e gestão territorial da rede sócio assistencial (Orientações Técnicas: CRAS, 2009).

13 A Educação Básica é composta de três etapas: Educação infantil - atende crianças desde zero até seis anos incompletos. Ensino fundamental - com duração mínima de nove. Ensino médio - é a etapa final da educação básica, com duração mínima de três anos. Pode ser oferecido de forma integrada à educação profissional (Lei Federal nº 9.394, 1996).

14 5 anos, 11 meses e 29 dias.



positivo no trabalho com as famílias e entende que, para além das fragilidades, é fundamental olhar para as potencialidades das mesmas, valorizando sua autoestima, criatividade, histórias de vida, desejos, entre outros.

A intervenção lúdica possibilita, mesmo que momentaneamente, a construção de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da primeira infância. Neste contexto, o ato de brincar impacta não apenas a criança como também seus cuidadores e os profissionais envolvidos. O brincar é um dos principais meios pelos quais a criança compreende, se relaciona

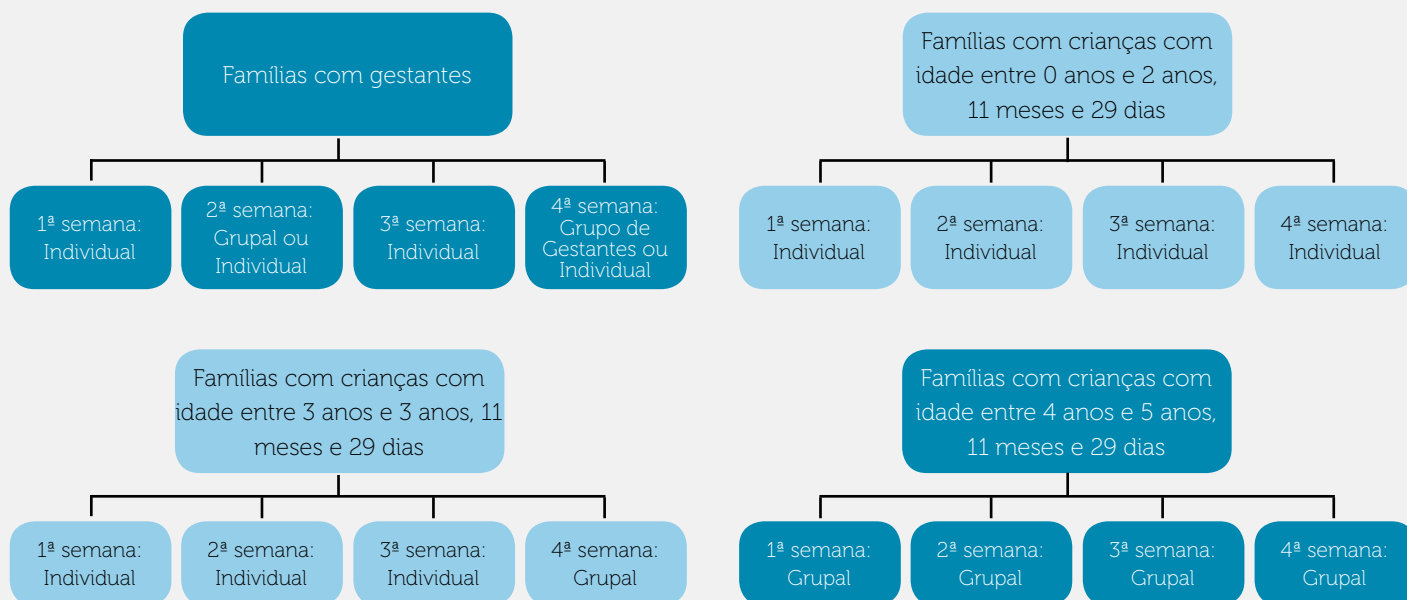
e se comunica com o mundo (Vygotsky, 1988). Para o adulto, as experiências lúdicas do PIM possibilitam o fortalecimento dos vínculos afetivos, momentos de prazer, o resgate e a ressignificação de vivências da sua infância, além da possibilidade de transpor dificuldades de forma mais otimista e espontânea. Da mesma forma, a ludicidade exerce função primordial para os profissionais envolvidos no PIM, em especial o Visitador, que precisa lidar com uma carga intensa de demandas das famílias e encontra nesta tecnologia maior leveza para exercer adequadamente o seu trabalho.

## Modalidades de Atenção: a intervenção junto às famílias

Modalidade de Atenção é o nome dado pelo *Primeira Infância Melhor* para definir o atendimento realizado junto às famílias. Esta se divide em: Modalidade de Atenção Individual

e Modalidade de Atenção Grupal, que se destinam a grupos etários distintos, conforme figura 2.

Figura 2 – Modalidades de Atenção



Fonte: Ofício Circular PIM nº. 01, 2016

Nas famílias com gestantes o atendimento é individual semanal. As mesmas participam mensalmente dos grupos de gestantes

organizados pela rede de serviços no território, sempre com a participação da equipe do PIM. Além disso, respeitando as necessidades de



cada município, eventualmente as gestantes podem participar de uma Modalidade Grupal, sob a coordenação do PIM e com agendamento prévio (Secretaria Estadual da Saúde, 2013).

Nas famílias com crianças de zero até três anos o atendimento é individual semanal por meio de visita domiciliar. Ao completarem três anos passam a ter um atendimento grupal mensal em espaços coletivos da comunidade, de modo a iniciar o processo de socialização, uma vez que a partir dos quatro anos passarão a ter exclusivamente atenção por meio da Modalidade Grupal<sup>15</sup>. (Ofício Circular PIM nº. 01, 2016).

Além das Modalidades de Atenção, o Programa preconiza a realização de Visitas de Acompanhamento, que acontecem de forma esporádica, conforme a necessidade de cada família. As visitas têm a finalidade de fortalecer as orientações, esclarecer

dúvidas e complementar etapas do processo de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil.

O processo de realização da Modalidade Atenção contempla diferentes etapas. Inicialmente, é realizado o **Plano de Modalidade de Atenção**<sup>16</sup> no qual o Visitador planeja a visita domiciliar, define quais atividades serão realizadas, quais os recursos necessários e que aspectos do desenvolvimento serão trabalhados, respeitando o plano singular de atendimento da gestante ou criança e sua família. Este processo acontece com apoio e supervisão do Monitor e/ou representantes do Grupo Técnico Municipal e suporte dos materiais do Programa, tais como os Guias de Orientação e a Coleção Fazendo Arte com o PIM. Validado o plano, o Visitador realiza a visita domiciliar ou a atividade grupal, respeitando os três momentos específicos da metodologia.



15 Até 2016, ao completarem três anos, as crianças e suas famílias passavam a ser atendidas na Modalidade de Atenção Grupal, visando o processo de socialização e interação com a comunidade. Diante da normativa para o alcance da totalidade das crianças a partir dos quatro anos de idade em escolas de educação infantil conforme Plano Nacional de Educação, foi necessário que o PIM ajustasse sua forma de atendimento, ampliando em doze meses a possibilidade de atendimento domiciliar individual. Esta flexibilização da metodologia se deu porque muitas crianças atendidas nas Modalidades de Atenção Grupal ingressaram no ensino formal.

16 Todos os nomes negritos referem-se a instrumentos específicos do PIM, desenvolvidos pelo Grupo Técnico Estadual. Documentos internos, não publicados.

## Quadro 2 - Momentos da visita domiciliar e/ou atividade grupal

1	No primeiro momento o Visitador oferece um espaço de acolhida e escuta da família e verifica como ela está naquele dia, juntos retomam e avaliam as atividades realizadas durante a semana e discutem a proposta de atividade lúdica para o dia. O Visitador apresenta os objetivos da mesma com relação ao período gestacional ou desenvolvimento infantil e combina como será a atividade pela família. As atividades e orientações dirigem-se aos cuidadores para que esses desenvolvam o trabalho proposto com suas crianças, permitindo a consolidação do vínculo familiar e o comprometimento dos pais e/ou cuidadores para com suas crianças. No caso da gestante, as orientações serão dirigidas a ela e aos familiares.
2	O segundo momento é a execução da atividade lúdica pela família com a mediação e apoio do Visitador. Este é o momento em que pais e/ou cuidadores exercitam o protagonismo do cuidado e atenção com suas crianças, onde as potencialidades são valorizadas e há espaço para manifestação da criatividade de todos os envolvidos, além do fortalecimento da interação positiva intrafamiliar.
3	No terceiro e último momento é realizada a avaliação conjunta da atividade com o objetivo de identificar progressos e dificuldades; reforçar a importância dos aspectos trabalhados; esclarecer dúvidas e, em especial, ampliar o conhecimento e a capacidade de atenção dos pais e/ou cuidadores com relação ao desenvolvimento das suas crianças ou da gestante consigo e com seu bebê. Por fim, o Visitador reforça a importância da continuidade das atividades propostas durante a semana.

As atividades realizadas nas Modalidades de Atenção utilizam o lúdico como tecnologia de intervenção por ser esta uma estratégia que fortalece a construção de saberes e práticas de cuidado favoráveis ao desenvolvimento integral da primeira infância. A ludicidade estimula o envolvimento das famílias e sua conexão com o universo infantil, muitas vezes desconhecido ou esquecido pelos adultos. Neste sentido, ela revitaliza as expressões de afeto, criatividade e fantasia e contribui para o estabelecimento de uma participação ativa e segura das famílias. Nas Modalidades de Atenção, são propostas orientações e/ou brincadeiras que contemplam as fases do desenvolvimento infantil ou o período gestacional de cada beneficiário. Pode-se citar como exemplo: a construção da “caixa de sentimentos”, onde a gestante e sua família são convidadas a registrar, por meio de desenhos, palavras ou recortes de revistas, suas expectativas e emoções a respeito da gestação; o “diário da gestante”, realizado em diferentes municípios e mais significativo, em particular, para as mulheres privadas de liberdade, que podem ali registrar, com fotos e relatos, todo o contexto da gestação no cárcere; a confecção

de brinquedos/brincadeiras com materiais disponíveis nas próprias residências, além da construção da “caixa do brinquedo” que insere o brincar na rotina das famílias; a prática da shantala, fortalecendo o vínculo cuidador/bebê; a revitalização de cantigas de roda, como estímulo à linguagem e à socialização; entre outras.

Visando a qualidade do atendimento às famílias, após realização da visita domiciliar e/ou a atividade grupal, o Visitador reflete sobre as intervenções da semana, tendo-as como base para o planejando da atividade da semana posterior. Além disso, analisa com o Monitor e representantes do Grupo Técnico Municipal, em supervisão, aspectos importantes que tenham surgido durante a visita, buscando a otimização das demandas da família, bem como encaminhamentos necessários para a rede de serviços. A organização de espaços de supervisão favorecem a escuta do Visitador e podem contribuir para reflexões, questionamentos e a construção de olhares compostos pelos diferentes profissionais. (Drügg; Verch & Fontoura, 2016).



CAPÍTULO 2

# ESTRUTURA & FUNCIONAMENTO



---

A estrutura técnica e metodológica do *Primeira Infância Melhor* é organizada no sentido de garantir o adequado funcionamento para o alcance dos objetivos do Programa. Para tal, a metodologia do PIM ao mesmo tempo em que é estruturada, respeita e se adapta às características de cada território. Isto exige uma formação consistente, abrangente e constante de toda equipe do Programa. Tendo em vista que o foco do mesmo é o atendimento das famílias em situação de risco e vulnerabilidade social do Rio Grande do Sul, a seleção criteriosa dos beneficiários é outro aspecto fundamental para a execução do PIM. Da mesma forma, faz-se necessário um orçamento que contemple recursos financeiros para a sustentabilidade dessa política pública.

## Recursos humanos

A intersetorialidade é uma característica marcante do PIM e se reflete também nos recursos humanos que compõem as estruturas técnicas tanto no âmbito municipal quanto estadual. No Estado, o *Primeira Infância Melhor* é coordenado pela Secretaria da Saúde com apoio das secretarias da Educação; da Cultura; do Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos e do Gabinete de Políticas Sociais.

Para além dos mecanismos de atuação das secretarias, esta estrutura conta com o Comitê Gestor, que possui atribuições político-institucionais e é integrado por representantes das secretarias citadas acima. Este comitê busca promover debates e reflexões voltados à avaliação de desafios e proposição de medidas práticas para qualificação e expansão do Programa. Além disso, constitui-se como uma oportunidade de fomento das boas práticas para o desenvolvimento da primeira infância bem como promoção do PIM por meio de ações de *advocacy* (FGV, 2014b).

Ainda na esfera estadual, no âmbito da Secretaria da Saúde, situa-se o Grupo Técnico Estadual - GTE, que é o grupo gestor do Programa. É composto por uma equipe multidisciplinar de especialistas distribuídos geograficamente por macrorregiões de saúde. Cada membro do GTE atende um número médio de trinta municípios. Estes profissionais, segundo a Portaria Estadual nº 569/12, têm como principais atribuições elaborar as estratégias de implantação, implementação, ampliação, monitoramento e avaliação do *Primeira Infância Melhor*. Além disso, o GTE desenvolve instrumentos e ferramentas; capacita e assessora as equipes municipais; monitora e avalia as ações e resultados alcançados pelos municípios; mobiliza e articula a rede estadual e nacional para a primeira infância; promove eventos e apoia iniciativas de políticas/ programas para primeira infância em diferentes estados/municípios do país.

Compõem também o GTE os representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS e Coordenadorias Regionais de Educação - CRE, sediados em locais estratégicos do estado. Estes são corresponsáveis por dar apoio aos processos de coordenação, orientação e supervisão das ações do PIM nos municípios de sua jurisdição.

No nível municipal, a estrutura técnica é composta pelo Grupo Técnico Municipal, Monitores e Visitadores. O Grupo Técnico Municipal - GTM é composto por profissionais com formação superior das secretarias da Saúde, Educação, Assistência Social, minimamente. Este grupo cumpre carga horária de ao menos 10 horas semanais e tem a responsabilidade de implantar, gerenciar, monitorar e avaliar o PIM no município. O GTM tem ainda a responsabilidade de selecionar Monitores e Visitadores; realizar formações iniciais e continuadas; supervisionar sistematicamente o Monitor e o Visitador; promover educação permanente; selecionar as áreas a serem atendidas; apoiar a busca ativa de famílias; gerenciar o Sistema de Informação do PIM; articular a rede de serviços; sensibilizar gestores; facilitar as visitas de apoio técnico do GTE; participar das formações promovidas pelo GTE e mobilizar a formação do Comitê Municipal da Primeira Infância (Portaria Estadual nº. 578, 2013).

O Monitor é o interlocutor entre GTM e o Visitador. Profissional com nível superior completo ou em curso que tem a responsabilidade de orientar, acompanhar, monitorar e avaliar o trabalho de até oito Visitadores, bem como apoiar as ações desenvolvidas pelo GTM, cumprindo carga horária mínima de 20 horas semanais. Também desempenha o papel de articulador das redes de serviços nos territórios onde atua.

O Visitador é o membro fundamental desta estrutura por ser o elo direto com as famílias. Ele é o principal conhecedor das dinâmicas e

interações parentais e o agente corresponsável pelo fortalecimento das competências familiares. Tem como funções: planejar, executar e avaliar as Modalidades de Atenção; comunicar Monitor e GTM sobre situações identificadas nas famílias; acompanhar os resultados das intervenções do PIM; participar das supervisões semanais e formações realizadas pelo GTM e Monitor; sensibilizar as famílias e a comunidade, bem como compor ações integradas junto aos demais agentes do território. Este profissional deve ter a formação mínima do ensino médio completo, cumprindo carga horária variável entre 20, 30

ou 40 horas semanais, de acordo com a forma de contratação de cada município (Lei Estadual nº. 14.594, 2014).

A experiência do PIM confirma que esta estrutura técnica se faz necessária, sendo uma dos pontos-chaves do Programa. Tendo em vista os objetivos do PIM, esta estrutura de recursos humanos favorece a resposta adequada às necessidades das famílias. Verifica-se assim um processo dinâmico e permanente, como uma engrenagem em que todas as partes são interdependentes para o bom funcionamento do sistema.

## Perfil do Visitador

O Visitador é o responsável pelo atendimento domiciliar e comunitário às famílias beneficiadas pelo *Primeira Infância Melhor*. É ele o responsável direto por apoiar as famílias no fortalecimento de suas competências em cuidar, educar e proteger suas crianças (Schneider *et al.*, 2016). Considerando a relevância da atuação do mesmo, destaca-se a necessidade da seleção de profissionais com perfil que responda às demandas trazidas no cotidiano do trabalho do PIM.

A seleção do Visitador é de responsabilidade da equipe municipal, com apoio técnico do GTE. Para tanto, são estabelecidos critérios referentes à escolaridade mínima: ensino médio completo e/ou cursando graduação, preferencialmente nas áreas de educação, saúde ou serviço social, acrescido de curso introdutório realizado pelo GTM com duração mínima de 60 horas. Em circunstância excepcional e com parecer favorável do GTE, é admitida a formação em nível fundamental para o cargo de Visitador, acrescido de curso introdutório específico realizado pelo GTM com duração mínima de 120 horas (Lei Estadual nº. 14.597, 2014). Além disso, cada município deve estabelecer, em edital próprio, os demais critérios de seleção respeitando as peculiaridades de cada território e as orientações jurídicas da administração local.

Segundo o **Guia de Orientação para Formação Inicial de Visitadores** espera-se que os profissionais selecionados para o cargo de Visitador respondam às seguintes habilidades: valorizar as potencialidades e o protagonismo das famílias para a superação de suas vulnerabilidades; possuir escuta e olhar ampliados sobre os contextos e dinâmicas familiares/comunitárias; oferecer orientações e atividades que respondam a um currículo abrangente e utilizar a ludicidade como estratégia para fortalecer as famílias.

Tais habilidades devem, também, servir de base para os processos de acompanhamento e formação do Visitador. Para tanto, a equipe municipal deve organizar rotinas sistemáticas de supervisão e suporte com a finalidade de potencializar as competências deste profissional e auxiliar nas dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho. Desta forma, espera-se que o Visitador sinta-se capacitado a desempenhar suas atribuições, conforme descrito na Portaria Estadual nº 578/2013:

- Compor ações integradas contribuindo para a qualificação dos processos de trabalho e para o acesso das famílias às políticas desenvolvidas no território;
- Sensibilizar famílias e comunidades para o

objetivo do PIM;

- Promover o desenvolvimento integral da criança, observando quatro dimensões: socioemocional, motora, linguagem/comunicação e cognitiva;
- Planejar e executar atendimentos, em conformidade com a metodologia do PIM, considerando o contexto familiar, comunitário e cultural, com apoio das redes de serviços;
- Fortalecer as competências familiares para a educação e os cuidados de suas crianças;
- Acompanhar os resultados da intervenção do PIM em relação aos ganhos das famílias, gestantes e crianças;
- Comunicar sobre situações identificadas em sua rotina de atendimentos que possam comprometer o desenvolvimento saudável dos beneficiários.

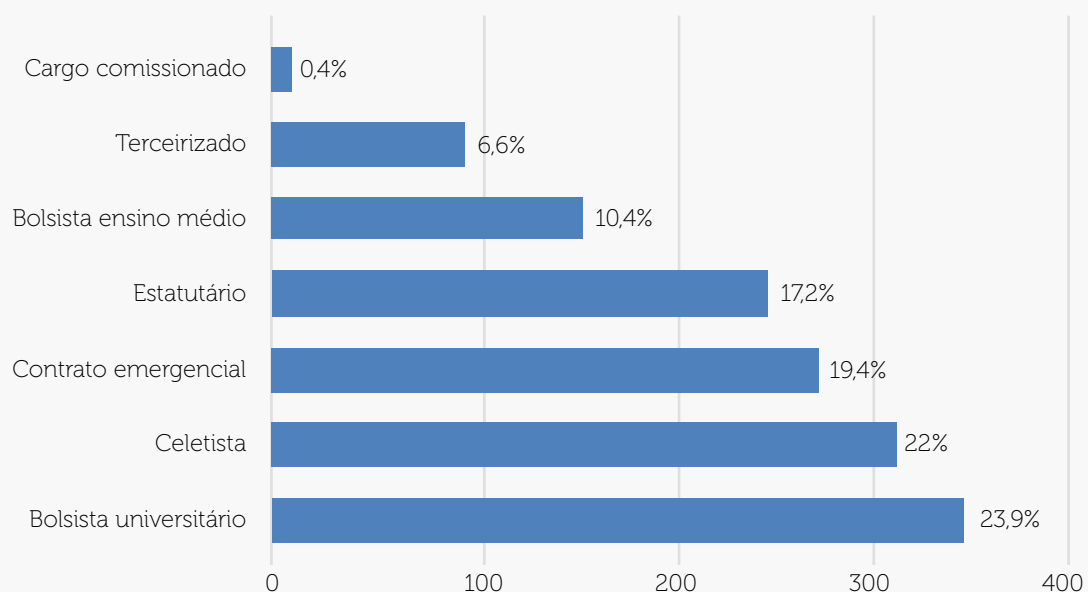
O pagamento da remuneração do Visitador, incluindo os encargos sociais e deslocamentos, é de responsabilidade do município. Contudo, o Estado repassa ao município um valor mensal tendo como base de cálculo a proporcionalidade entre o número de Visitadores ativos e a carga horária prevista em contrato. Tal recurso não se caracteriza por ser

o salário do Visitador, mas pode ser utilizado para o pagamento ou complementação da remuneração deste profissional. Segundo a Portaria Estadual nº. 578/13, os Visitadores podem ter diferentes cargas horárias. Assim, o número de famílias atendidas pelo Visitador também se dá de forma diferenciada. Os profissionais que têm carga horária semanal de 20 horas atendem até 14 famílias, os de 30 horas atendem até 17 famílias e os de 40 horas podem atender, no máximo, 20 famílias.

Apresentadas as atribuições, as habilidades e o perfil esperados no processo de seleção do Visitador, faz-se necessária uma reflexão sobre a situação atual dos profissionais que atuam nos municípios com o PIM implantado, visto que alguns desafios ainda são enfrentados principalmente no que diz respeito à forma de contratação do Visitador, ao mesmo tempo em que é visualizado o nível de escolaridade dos contratados.

Conforme figura 3, dos 1.404 Visitadores ativos no SisiPIM em dezembro de 2016, 39,2% têm contrato estatutário ou celetista; 34,2% são bolsistas e 26% possuem outras formas de contratação.

**Figura 3 - Vínculo empregatício do Visitador**



Fonte: SisPIM - dezembro de 2016



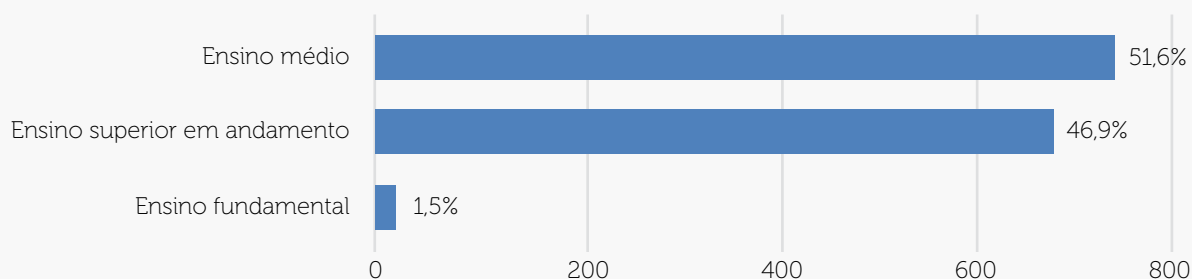
Os Visitadores celetistas ou estatutários são parte do quadro de funcionários do município e portanto recai sobre o município o pagamento dos encargos sociais. Entre os benefícios destas formas de contrato, está a manutenção dos profissionais por maior tempo na equipe, facilitando, por exemplo, o acúmulo de conhecimentos e o aperfeiçoamento de práticas que são requeridas pelo PIM. Além disso, estas modalidades de contratação respaldam o Programa de indicações políticas para o preenchimento dos cargos. Para o Visitador, representa a garantia de benefícios relacionados a direitos trabalhistas, como férias, aposentadoria, 13º salário, entre outros. No entanto, existe o risco da contratação de profissionais sem o perfil desejado. Para tanto, alguns mecanismos contribuem para a superação desse desafio, como a elaboração criteriosa do processo de seleção, com desenho de um edital de seleção adequado e avaliações previstas no período inicial do contrato que permitam, por exemplo, o afastamento dos selecionados.

Na contratação de bolsistas, sejam eles universitários ou de ensino médio, os processos administrativos para pagamento do Visitador são mais simplificados. Esta

alternativa de contratação tem como limitação a permanência do profissional por apenas dois anos, tempo em que é permitida a parceria entre escola/universidade e o município. A rotatividade é um desafio para as equipes municipais, que precisam elaborar estratégias para garantir a manutenção do vínculo das famílias com o Programa. Os benefícios visualizados nesta forma de contratação são: maior conhecimento técnico em área de formação afim ao Programa; olhar direcionado pelo interesse no exercício prático de conteúdos abordados na instituição de ensino; maior produção acadêmica sobre a temática; aproximação da academia com as políticas públicas de primeira infância; supervisão dos Visitadores por professores da academia e enriquecimento profissional do estudante.

Quanto à escolaridade do Visitador, de um total de 1404 Visitadores cadastrados no SisPIM em 2016, 21 possuem ensino fundamental, 725 ensino médio, 658 estão cursando o ensino superior (figura 4). Isso implica que mais de 98% dos Visitadores possuem 11 anos ou mais de formação, o que é considerado por diversos autores como algo desejável sob um cenário de alta qualidade (Leia *et al.*, 2016).

**Figura 4 - Escolaridade do Visitador**



Fonte: SisPIM - dezembro de 2016

## Formação dos técnicos para atender à complexidade da metodologia

A complexidade do trabalho realizado pelo *Primeira Infância Melhor* pressupõe que os profissionais envolvidos estejam em constante formação para garantir a qualidade das ações executadas. Neste contexto, a formação dos profissionais é entendida como um processo educativo contínuo, participativo e crítico-reflexivo que possibilita a construção de competências técnicas às pessoas envolvidas no Programa. São realizadas modalidades de formações iniciais e continuadas, bem como a manutenção constante destas, por meio de educação permanente, sempre em consonância com as diretrizes das políticas de atenção à saúde, educação e desenvolvimento social.

Todo profissional que passa a integrar a equipe técnica do PIM necessita realizar a Formação Inicial que possui caráter introdutório e sensibilizador. Esta se diferencia de acordo com dois diferentes grupos: Formação Inicial de GTM e Monitores e Formação Inicial de Visitadores.

O Grupo Técnico Estadual – GTE é responsável pelo planejamento e execução da Formação Inicial de GTM e Monitores, da qual participam também, gestores e profissionais da rede de serviços. Esta é realizada trimestralmente e possui carga horária mínima de 24 horas. Participam como formadores os representantes do GTE, das Coordenadorias Regionais de Educação e Saúde, assim como especialistas e profissionais da rede de serviços (Lei Estadual nº. 14.594, 2014).

O **Programa da Formação Inicial de GTM e Monitores** contempla os seguintes temas: argumentos para investir na primeira infância, a política pública PIM; perfil, funções e atribuições das equipes técnicas; recursos financeiros e formas de contratação dos Visitadores; situação da primeira infância no município; censo e mapeamento das áreas e das famílias; plano de ação do processo de

implantação; caracterização e diagnóstico; materiais de apoio; Modalidades de Atenção; acompanhamento do desenvolvimento integral infantil e Sistema de Informação do PIM. A metodologia utilizada pressupõe a participação ativa de todos os envolvidos, considerando o saber que vem da experiência destes, visando o estímulo às discussões e a construção de soluções em equipe.

No município, o GTM tem a função de replicar os conhecimentos adquiridos à sua equipe. É de responsabilidade do Grupo Técnico Municipal o planejamento e a execução da Formação Inicial de Visitadores, conforme matriz estruturada pelo Grupo Técnico Estadual. Para tanto, conta com o apoio dos profissionais das redes de serviços locais e representantes do GTE. É importante ressaltar que tais formações são organizadas respeitando as singularidades do território, mas devem manter a sequência dos seguintes eixos temáticos: desenvolvimento humano e primeira infância; brincar; família; comunidade; visita domiciliar; metodologia do PIM; rede e território; gestão; ludicidade no PIM e atividades práticas nas comunidades.

A Formação Inicial de Visitadores pode variar de acordo com a forma de seleção destes profissionais. Há duas versões deste processo: versão pré-seleção, indicada na situação onde a formação inicial compõe o processo seletivo (bolsistas e celetistas) e versão pós-seleção, indicada na situação em que a formação inicial se dá após a contratação do Visitador (concurso público e emprego público). Ambas as versões seguem a mesma lógica temática e devem ser concluídas dentro do período de 30 dias após a contratação dos Visitadores. A carga horária mínima é de 60 horas, sendo que na versão pré-seleção, as 20 horas iniciais possuem caráter eliminatório compondo o processo seletivo.

Tendo em vista que os temas não se esgotam na formação inicial, a complexidade da

metodologia e o desafio de se trabalhar com famílias em situação de vulnerabilidade a partir de uma visão intersetorial, faz-se necessário o investimento na formação continuada dos profissionais que compõem a equipe do PIM. Esta formação tem como objetivo ampliar conhecimentos a respeito de temas específicos e é realizada periodicamente conforme as demandas do cotidiano do Programa.

A partir das questões trazidas nas reuniões de equipe, supervisão dos casos atendidos e demais situações de acompanhamento do Programa, são organizados espaços de formação continuada que podem ser no formato de imersão, participação em eventos, encontros da rede de serviços e nos processos de educação permanente que acontecem semanalmente.

## Orçamento e recursos financeiros para sustentabilidade do Programa

A atenção aos primeiros anos de vida é um dos melhores investimentos que um país pode fazer. Segundo Heckman (2006<sup>17</sup>, 2010) problemas sociais e econômicos graves, muitas vezes, têm origem na baixa capacitação ou competência da população. Ações de intervenção precoce podem auxiliar no aumento da escolarização, redução da criminalidade, incremento da capacidade produtiva e menor número de gestações na adolescência. Estas intervenções produzem altas taxas de retorno financeiro, além de apresentar expressiva relação custo-efetividade (Bernardes, 2010). Neste sentido, é importante destacar que Berlinski & Schady (2015) apontam que de nove países da América Latina e do Caribe, o Brasil é o segundo país com maior investimento público em ações em prol da primeira infância. As despesas públicas anuais são de USD 641 por criança na faixa etária dos zero aos cinco anos de idade, equivalente a 0,5% do PIB brasileiro. No entanto, este investimento é ainda inferior do que fazem os países membros da OCDE (0,7% do PIB) e do que fazem os países nórdicos (1% do PIB).

No Rio Grande do Sul, do orçamento anual do ano 2016 da Secretaria Estadual de Saúde, R\$ 20 milhões são destinados à manutenção do PIM, representando 0,88% do orçamento total desta secretaria. Este valor é utilizado principalmente para o pagamento do repasse financeiro aos municípios com o PIM implantado, além disso, são custeados os recursos humanos do Grupo Técnico Estadual, formações e eventos, uniformes e materiais de apoio enviados às equipes municipais e ações de *advocacy*. A sustentabilidade financeira do *Primeira Infância Melhor* depende de uma ação conjunta entre o Estado e municípios.

O repasse financeiro mensal do Estado para os municípios tem como base de cálculo a proporcionalidade entre o número de Visitadores ativos no município e a respectiva carga horária prevista em contrato. Conforme quadro 3, esta lógica se dá devido ao fato que os municípios possuem diferentes formas de contratação de Visitadores e têm autonomia para trabalhar com diferentes cargas horárias semanais.

### Quadro 3 - Repasse financeiro mensal do Estado por número de Visitadores

Carga horária do Visitador	Repasse financeiro mensal por nº de Visitadores
20 horas semanais	R\$ 500,00
30 horas semanais	R\$ 750,00
40 horas semanais	R\$ 1.000,00

Fonte: Portaria Estadual nº 578/13

17 Relato realizado no I Simpósio Internacional da Primeira Infância, PUCRS, 2006.

Tal recurso deve ser aplicado nas ações vinculadas ao PIM e na complementação dos programas específicos na área da Atenção Básica, podendo ser utilizado em despesas municipais de custeio e/ou capital. Além disso, a transferência regular do recurso está condicionada à efetiva execução do *Primeira Infância Melhor*, bem como à atualização sistemática do SisPIM.

É de responsabilidade do município complementar o valor repassado pelo Estado para sustentabilidade do Programa no território. Considerando a proposta do PIM de garantir a gestão compartilhada de suas responsabilidades, respeitando a interdependência e horizontalidade de suas ações e preservando a identidade institucional das secretarias municipais envolvidas, orienta-se que as Secretarias da Educação, Saúde e Assistência Social reservem fundos específicos em seus orçamentos anuais para as ações do *Primeira Infância Melhor* (Portaria Estadual nº 578, 2013). Este valor é utilizado para cobrir custos tais como: contratação do GTM, Monitor e Visitador; estrutura física de trabalho da equipe; recursos e materiais de apoio para o desenvolvimento das Modalidades de Atenção; formações; viagens; execução de eventos; entre outros.

Analisando o investimento realizado pelo Estado em 2016, dividido pelo número de gestante/criança atendidas pelo PIM, tem-se

um investimento estadual *per capita* de R\$ 36,66 equivalente a USD 11,86 mensais<sup>18</sup>. Já o investimento do município, contabilizando as despesas com a equipe municipal GTM, Monitor, Visitador e Digitador, estrutura física, materiais e deslocamento, tem-se o valor médio por gestante/criança de R\$ 37,23 equivalente USD 12,04 mensais. Sendo assim, o investimento total realizado pelo Estado e município por gestante/criança atendidas pelo PIM é em média de R\$ 73,89 equivalente a USD 23,90 mensais<sup>19</sup> (USD 286,8 anuais). A relação custo-efetividade é fator primordial na alocação de recursos públicos em políticas públicas para primeira infância. Segundo pesquisa realizada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, o custo anual por criança em programas de visitação domiciliar<sup>20</sup> no Chile é de US\$ 871, US\$ 741 na Colômbia e US\$ 515 na Guatemala (Armendáriz *et al.*, 2016). É desafiador mensurar o custo real dos programas de visitação domiciliar, uma vez que contemplam diferentes insumos, conforme a realidade de cada território. Contudo, é um cálculo necessário para que ações de investimento nos primeiros anos de vida sejam estimuladas. O *Primeira Infância Melhor* possui o menor custo anual por criança (US\$ 289). Tendo em vista que o impacto do Programa vai além da gestante/criança atendida, fortalecendo os demais membros da família, pode-se pensar que o custo total do PIM é ainda menor.

## Da adesão à implementação: a dinâmica de funcionamento do Programa

O *Primeira Infância Melhor* sustenta-se como uma política perene devido à consistência e estruturação da sua metodologia. É previsto um roteiro de ações que fundamentam as etapas dos processos de adesão, implantação e implementação do Programa. Tais etapas são gerenciadas e monitoradas pelo Grupo

Técnico Estadual em conjunto com o Grupo Técnico Municipal.

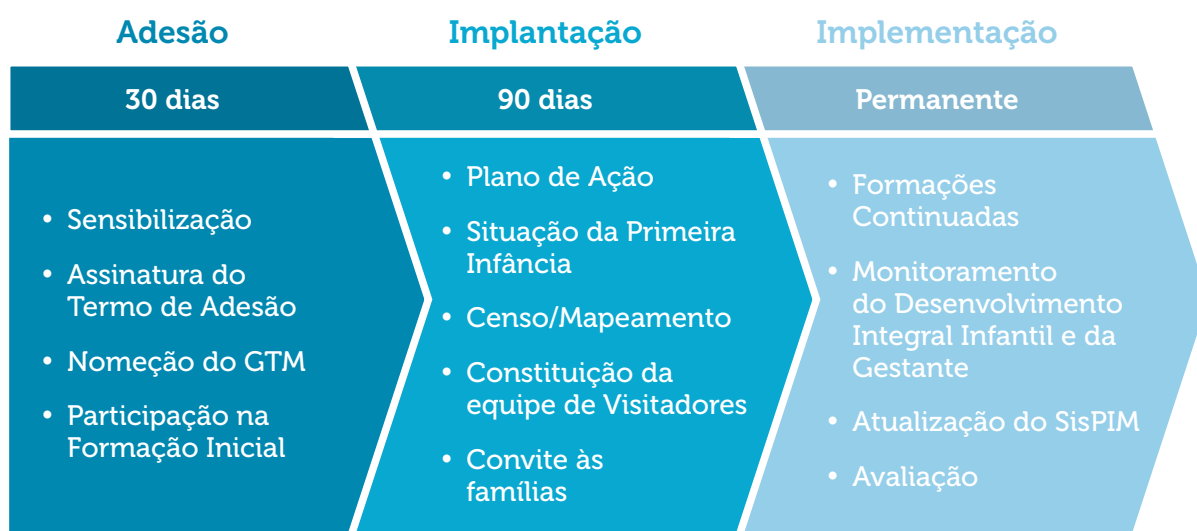
A adesão ao Programa se dá por meio da sensibilização dos(as) prefeitos(as) e secretários(as) por representantes das secretarias estaduais e pelo Comitê Gestor,

18 US\$ 1,00 equivalente a R\$3,08 na data do cálculo.

19 Os valores foram calculados com base nos seguintes insumos: recursos humanos; encargos sociais; infraestrutura; materiais e deslocamentos.

20 Os valores foram calculados com base nos seguintes insumos: recursos humanos; infraestrutura; nutrição, equipamento e materiais; e despesas com capacitação específica e supervisão.

## Quadro 4 - Funcionamento do Programa



bem como por livre iniciativa do município. Uma vez firmado o interesse entre ambas as partes, o(a) prefeito(a) assina o **Termo de Adesão**, no qual oficializa a iniciativa de implantar o PIM em seu município, e já nomeia o Grupo Técnico Municipal. O GTM nomeado será capacitado pelo GTE em até 30 dias para que possa dar seguimento a todos os processos no âmbito municipal. Inicia-se então a sensibilização das lideranças no território e o estudo quanto à forma de contratação dos Monitores e Visitadores (Bernardes, 2010).

A implantação do PIM no município divide-se em três fases. Na primeira fase o GTM deve sensibilizar os gestores envolvidos com o Programa; definir o número e a forma de contratação dos Visitadores; desenvolver o **Plano de Ação**, analisar a **Situação da Primeira Infância no Município**; eleger a(s) comunidade(s) mais indicada(s) à implantação e elaborar o **Censo/Mapeamento** das famílias. Esta etapa deve ser realizada num período máximo de 30 dias a contar do término da Formação Inicial de GTM e Monitores.

O instrumento **Situação da Primeira Infância no Município** contextualiza a realidade estrutural e social e as ações voltadas aos primeiros anos de vida, visando identificar a realidade das diferentes comunidades, mapear os serviços existentes e identificar as necessidades de cobertura da atenção

à primeira infância a partir da organização e articulação com a rede de serviços. As informações necessárias ao preenchimento deste instrumento são obtidas por meio de fontes de dados oficiais e que normalmente subsidiam os respectivos planos municipais. Já o instrumento **Censo/Mapeamento** transforma as informações obtidas no instrumento anterior em um mapa que reflete a distribuição dos Visitadores e recursos disponíveis na área geográfica, de forma a otimizar os serviços e o acesso às famílias.

A segunda fase da implantação refere-se prioritariamente a constituição da equipe de Visitadores e deve se dar em até 60 dias após a Formação Inicial de GTM e Monitores. Esta fase contempla a atualização do Plano de Ação; elaboração do **Plano de Formação Inicial de Visitadores**; elaboração e divulgação do edital para seleção; seleção dos Visitadores e realização da Formação Inicial de Visitadores. Após a seleção dos profissionais, o município informa ao Estado o número de Visitadores contratados e a respectiva carga horária. Inicia-se, então, o processo de cadastramento dos dados do município no Sistema de Informação do PIM.

A terceira e última fase da implantação acontece num período máximo de 90 dias após a Formação Inicial de GTM e Monitores e dá início ao trabalho com as famílias. Esta fase



contempla as seguintes ações: sensibilização e divulgação do PIM no território; participação do GTM em conselhos e/ou comitês municipais voltados à primeira infância; convite às famílias para adesão ao PIM; aplicação do formulário **Caracterização e Diagnóstico** e início da intervenção com as famílias.

O instrumento Caracterização e Diagnóstico é preenchido pelo Visitador junto às famílias que aderiram ao Programa e constitui-se de cinco formulários de caracterização: do bairro ou comunidade; da família; da gestante; da criança e do **Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil (Marco Zero)**. Tal instrumento permite a visualização da situação atual da família e em que etapa do desenvolvimento encontra-se a gestante e/ou a criança quando da entrada no PIM. Somente após esta caracterização é que começam as Modalidades de Atenção.

A partir daí, inicia-se a etapa de implementação, sem tempo determinado,

uma vez que contempla toda a continuidade e aprimoramento do *Primeira Infância Melhor* no município. Nesta etapa, de acordo com o movimento do Programa no município, devem ocorrer ações como: planejamento e execução de Formações Continuidas para Visitadores, Monitores, GTM e demais profissionais da rede; **Monitoramento do Desenvolvimento Integral Infantil**; atualização sistemática do Sistema de Informação do PIM; avaliações do Programa; solicitação de habilitação ao recurso financeiro para **Ampliação do Número de Visitadores**; solicitação de **Desabilitação de Visitadores**; solicitação de **Suspensão Temporária do Programa** e solicitação de **Desabilitação do Programa**. Até os dias atuais, 52 municípios desabilitaram o PIM (SisPIM, 2016), contudo é importante ressaltar que tais desabilitações podem ser sazonais, pois é comum os municípios desabilitarem o Programa e após período de reorganização política e/ou administrativa, reiniciarem o processo de implantação do mesmo.

## Processo de seleção dos beneficiários

O processo de seleção dos beneficiários do *Primeira Infância Melhor* é realizado em três etapas específicas: a seleção do município a ser implantado, a seleção da(s) área(s) beneficiadas e a seleção das famílias atendidas.

Para a seleção do município existem dois caminhos: o interesse do gestor municipal em implantar o Programa ou o estudo realizado pelo GTE de indicadores estaduais e municipais, que revelam cidades com maiores índices de vulnerabilidade no estado, conforme critérios sugeridos no quadro 5. Uma vez definidos tais municípios, membros do GTE sensibilizam os gestores municipais para adesão ao PIM.

A partir da adesão do município, seleciona-se a(s) área(s) a ser(em) atendida(s), baseando-se nos resultados obtidos no estudo da **Situação da Primeira Infância no Município**. Para tanto, são analisados dados como: cobertura de famílias incluídas em programas de transferência de renda e/ou com perfil

Bolsa Família; cobertura de educação infantil; precariedade ou inexistência de serviços, entre outros (quadro 5).

Definida(s) a(s) área(s) com o auxílio dos profissionais da rede de serviços, faz-se o mapeamento das famílias com gestantes e crianças de zero até seis anos e avaliam-se aquelas que se enquadram nos critérios de risco e vulnerabilidade social estipulados como prioritários pelo Programa (quadro 5). A partir daí inicia-se a sensibilização das famílias para participação no PIM. Em municípios em que o Programa já está implantado há mais tempo, as famílias podem também ser encaminhadas para atendimento por meio dos profissionais da rede de serviços. Em locais onde o PIM já está inserido na cultura do território, muitas vezes, são as próprias famílias que indicam ou solicitam a participação, o que não elimina a necessidade de avaliar se as mesmas enquadram-se nos critérios de seleção das famílias definidos na metodologia.

## Quadro 5 - Critérios sugeridos para seleção de municípios, áreas e famílias

### Critérios prioritários para a seleção do(s) município(s)

Menor PIB *per capita*  
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH  
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família  
Taxa de mortalidade materno/infantil  
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados  
Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas  
Concentração da pobreza  
Gravidez na adolescência  
População com algum tipo de deficiência  
Cobertura de educação infantil

### Critérios sugeridos para seleção da(s) área(s)

Número de gestantes e crianças de zero até seis anos de idade  
Cobertura de famílias incluídas em programas de transferência de renda e/ou com perfil Bolsa Família  
Morbidade e mortalidade infantil  
Cobertura de educação infantil  
Infraestrutura urbana  
Incidência de violência/drogadição  
Precariedade ou inexistência de serviços  
Áreas de difícil acesso rural ou urbano, além de assentamentos e comunidades tradicionais e específicas

### Critérios sugeridos para seleção das famílias

Inclusão em programas de transferência de renda e/ou com perfil Bolsa Família  
Renda familiar *per capita*  
Condição da habitação  
Densidade domiciliar  
Gestantes adolescentes e ou de alto risco  
Histórico de morbidade e mortalidade infantil  
Crianças com mais de uma hospitalização no primeiro ano de vida  
Mães com diagnóstico de depressão pós-parto  
Famílias com cuidadores, gestantes e/ou crianças com deficiência  
Abuso de álcool e outras drogas  
Membro familiar em atendimento especializado e/ou tratamento psiquiátrico  
Analfabetismo ou baixa escolaridade materna ou do cuidador principal  
Crianças não inseridas na rede formal de educação  
Violência doméstica  
Membro familiar em privação de liberdade

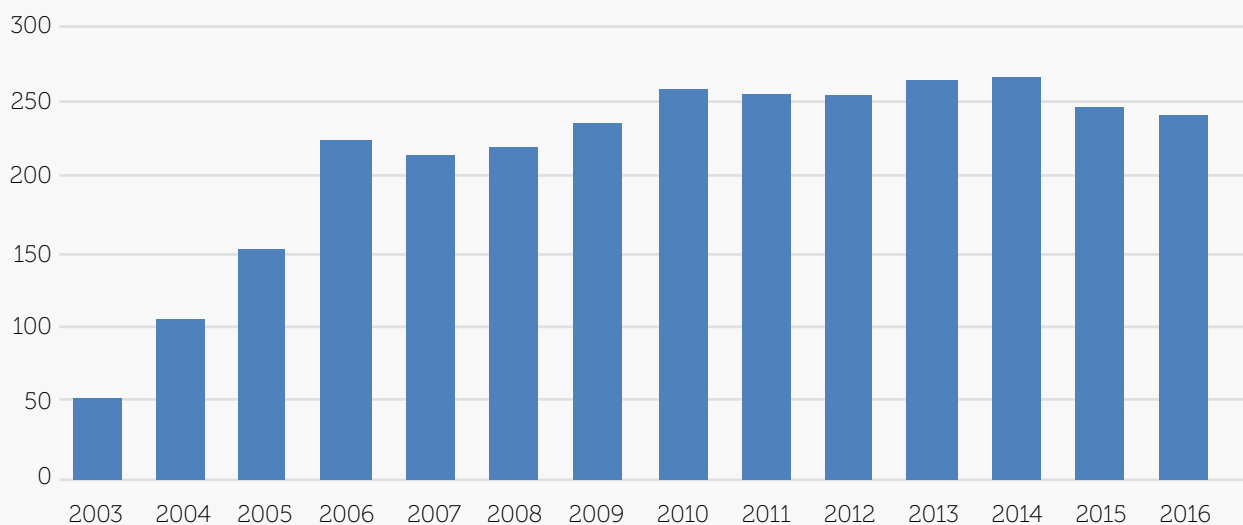
Fonte: Adaptado do Guia do GTM, Monitor e Visitador, 2007

## Evolução histórica e perfil dos beneficiários do PIM

Ao longo dos catorze anos de história do *Primeira Infância Melhor*, a cobertura de municípios, famílias, gestantes e crianças beneficiárias sofreu alterações pertinentes a qualquer política pública, com momentos de plena expansão e outros de declínio (figura 5), fatos estes influenciados por questões legais, econômicas, políticas, administrativas e sociais. Pode-se perceber que o ano de 2006 foi importante para a história do PIM, onde aconteceu o ápice de incremento das implantações (73 municípios<sup>21</sup>), fato este influenciado pela legitimação do Programa por meio da Lei Estadual nº. 12.555/2006. No período entre 2009 e 2010, por influência da

Portaria Estadual nº 78/2008, que ampliou o valor do recurso financeiro de R\$ 500,00 para R\$ 1.000,00 para os municípios que implantaram em áreas com grande incidência de violências, houve aumento de 22 municípios. Já o período entre 2014 e 2016, houve 25 desabilitações, reflexo da crise econômica enfrentada pelo Estado do Rio Grande do Sul, com impacto na manutenção do repasse de recursos financeiros para políticas cofinanciadas e do respeito às determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, 2000)<sup>22</sup>. Esses são fatores que repercutem também na diminuição dos beneficiários e na capacidade de ampliação da cobertura.

Figura 5 - Série histórica de municípios habilitados



Fonte: SisPIM, 2016

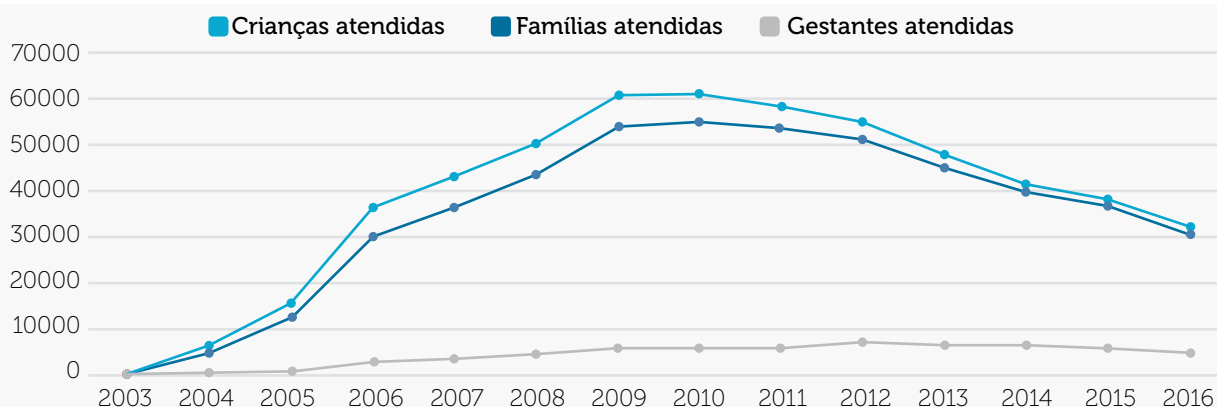
Na série histórica de famílias, crianças e gestantes atendidas (figura 6) percebe-se a diminuição do número de crianças beneficiadas desde o ano 2010. A partir do ano 2014, pode-se explicar este fato pelas alterações na legislação brasileira, que tornou obrigatória a matrícula das crianças a partir

dos quatro anos e a ampliação da cobertura de creches. A respeito do número de gestantes atendidas, se observa que segue o mesmo comportamento de crescimento do número de crianças atendidas, embora as variações sejam menos pronunciadas.

21 Em total RS tem 497 municípios.

22 Estabelece, em regime nacional, parâmetros a serem seguidos relativos ao gasto público de cada ente federativo brasileiro. As restrições orçamentárias visam preservar a situação fiscal dos entes federativos, de acordo com seus balanços anuais, com o objetivo de garantir a saúde financeira de estados e municípios, a aplicação de recursos nas esferas adequadas e uma boa herança administrativa para os futuros gestores (Lei Complementar nº 101, 2000).

**Figura 6 - Série histórica de famílias, crianças e gestantes atendidas**



Fonte: SisPIM, 2016

## Comunidades atendidas

Das comunidades atendidas pelo PIM em 2016, 40% estão localizadas em área rural e 60% em área urbana. O PIM está presente em 19 comunidades quilombolas, o que representa 10% do total de quilombos do estado e em 10 comunidades indígenas representando 8% do

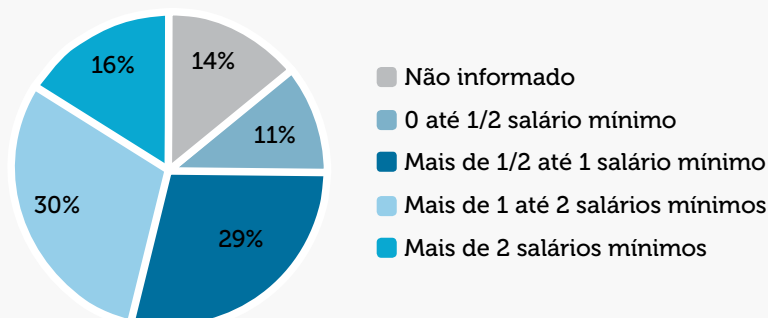
total destas comunidades (INCRA, 2013; SESAI, 2015; SisPIM, 2016). Dentre as comunidades específicas, vale ressaltar que o *Primeira Infância Melhor* atendeu, em 2016, em torno de 100 mulheres, entre gestantes e mães, em situação de cárcere privado.

## Famílias beneficiárias

Do total de famílias atendidas pelo PIM no ano de 2016, 11% têm renda familiar de até 1/2 salário mínimo, 29% entre 1/2 até 1 salário mínimo, 30% entre 1 até 2 salários mínimos, 11% de 2 a 3 salários mínimos, 5% mais de 3

salários mínimos e 14% não informado (SisPIM, 2016). Destaca-se que 53% dos pais (homens) são responsáveis pela manutenção econômica das famílias beneficiárias. Dessas, 30% são beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF.

**Figura 7 - Renda familiar**



Fonte: SisPIM, dezembro 2016

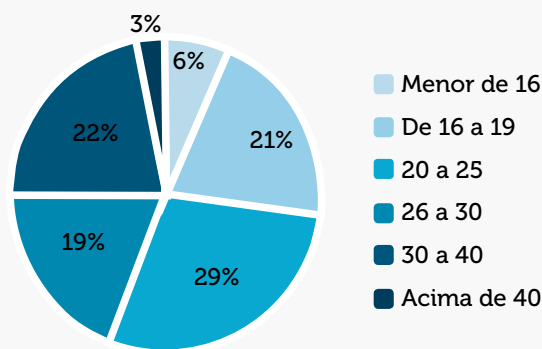
## Gestantes beneficiárias

No que se refere à raça/cor das gestantes atendidas em 2016, 75% se autodeclararam brancas; 22%, pardas ou negras; 0,8%, amarela ou indígena e as demais não especificaram. Quanto ao estado civil, 54% são solteiras; 44%, casadas e 2%, viúvas ou divorciadas. A respeito do seu grau de instrução, 0,7% é analfabeta; 0,3% possui alfabetização mínima; 46%, ensino fundamental incompleto ou completo; 44%, ensino médio incompleto ou completo e 9%, ensino superior incompleto ou completo. Dentre as beneficiárias, 67% não possuem

emprego formal. Do total de gestantes atendidas, 74% iniciaram o atendimento no PIM antes das 22 semanas de gravidez (SisPIM, 2016).

Ao analisar o total de atendimentos realizados em 2016, verifica-se que 27% das gestantes eram adolescentes, 48% encontravam-se na faixa entre 20 e 30 anos e 25% possuíam mais de 30 anos. A maioria (30%) se encontra na faixa etária de 20 a 25 anos (SisPIM, 2016).

Figura 8 - Idade das gestantes atendidas



Fonte: SisPIM, dezembro 2016

## Crianças beneficiárias

Dentre as crianças atendidas no ano de 2016, 51% são do sexo feminino e 49%, do sexo masculino. Com relação à raça/cor, os responsáveis pelas crianças declararam que 82% dos seus filhos são da cor branca; 16% são pardas ou pretas; 2%, indígenas ou amarelas e os demais não informaram. A respeito do grau de instrução da mãe, 1% é analfabeta; 0,5% possui alfabetização mínima; 49%, ensino fundamental incompleto ou completo; 40%, ensino médio incompleto ou completo; 7%, ensino superior incompleto ou completo e as demais não informaram. Já os pais, 8,7% são

analfabetos; 0,5% possui alfabetização mínima; 51%, ensino fundamental incompleto ou completo; 34%, ensino médio incompleto ou completo; 3%, ensino superior incompleto ou completo e os demais não informaram (SisPIM, 2016).

O Rio Grande do Sul apresenta um índice de 3,2% do total da população que se declararam como Pessoa Com Deficiência - PCD (IBGE, 2010). Não há especificação quanto à porcentagem desta população no que se refere às crianças no período da primeira



infância. Conforme o SisPIM (2016), há um registro de 2% de crianças com deficiência ao ingressarem no PIM. Para o registro desta informação no cadastro inicial da criança, é necessário um laudo médico. A experiência do PIM demonstra que o número de crianças com deficiência atendidas aumenta ao longo do envolvimento do Programa com a família, uma vez que o Visitador e a equipe exercem importante papel na identificação de sinais e/ou sintomas não percebidos anteriormente. Além disso, algumas deficiências demoram a ser diagnosticadas.

A atenção dispensada às crianças com deficiência está em sintonia com a metodologia do *Primeira Infância Melhor*, por meio de planos singulares de atendimento que visam estimulação precoce e fortalecimento de vínculos. Além disso, mais uma vez a intersetorialidade se faz presente e necessária. O acompanhamento do PIM é realizado com apoio de profissionais da rede de serviços, que auxiliam na determinação de quais tipos de atividades contribuem para o desenvolvimento integral destas crianças.



CAPÍTULO 3

# MONITORAMENTO COMO GARANTIA DA QUALIDADE DO PIM



---

O *Primeira Infância Melhor* possui um sistema de monitoramento organizado em quatro níveis de ação: monitoramento da gestante ou da criança; monitoramento da atuação do Visitador; monitoramento das equipes municipais e avaliações do Programa. Tais processos têm como importante suporte o Sistema de Informações do PIM - SisPIM, que contém dados de 44 mil gestantes, 195 mil crianças, 166 mil famílias e 10 mil Visitadores que passaram pelo Programa ao longo dos anos (SisPIM, 2016). Além disso, práticas e instrumentos exclusivos foram desenvolvidos pela equipe técnica estadual e serão detalhadamente explicados a seguir.



## Sistema de Informação do PIM (SisPIM)

Desenvolvido especialmente para o Programa, o Sistema de Informações do PIM - SisPIM configura-se como a principal ferramenta de monitoramento. É responsável por fornecer dados referentes às crianças atendidas, famílias, mães/gestantes, profissionais, Visitadores e territórios participantes do programa. Proporciona subsídios para a elaboração de análises, planificações e tomada de decisões, por gestores e integrantes do PIM.

As informações registradas *online* no sistema são coletadas por meio do preenchimento dos formulários de caracterização inicial dos beneficiários, de acompanhamento do desenvolvimento das gestantes e crianças, entre outros formulários administrativos e funcionais. O SisPIM também comporta os materiais de suporte destinados aos municípios, tais como os guias de orientação, instrumentos, materiais para formações, entre outros.

O SisPIM é composto por três seções: cadastros, relatórios e banco de instruções. Na seção cadastros é possível registrar e consultar informações como: dados sociodemográficos; dados das comunidades, famílias, gestantes e crianças atendidas; e dados referentes ao monitoramento do desenvolvimento infantil. No cadastro das crianças, por exemplo, é possível verificar questões relativas ao sexo, raça/cor, cuidador principal, idade de ingresso no programa, idade atual, endereço, Visitador responsável, número do Cartão Nacional de Saúde - CNS e Número de Identificação Social - NIS. Na seção relatório são fornecidos dados e estatísticas para consulta, tais como: totalizações de atendimento; perfil da população atendida; situação dos municípios; recursos pagos pelo Estado, entre outros. Estes relatórios são uma importante fonte de gerenciamento do Programa pelas equipes do PIM e gestores. Na seção banco de instruções, são disponibilizados instrumentos de trabalho.

A qualidade e a proteção da informação que é registrada no SisPIM são de responsabilidade

de seus usuários. O acesso é restrito e realizado mediante identificação de nome próprio e de senha pessoal. Esse mecanismo auxilia na segurança do tráfego de informações e permite identificar os usuários pelas informações registradas ou alteradas no sistema. Existem diferentes níveis de acesso ao SisPIM. O GTE possui acesso às informações de todos os municípios, contudo, não pode incluir ou modificar informações nos cadastros dos beneficiários. O GTM, Monitores e Digitadores possuem acesso restrito aos dados de seu município, podendo incluir, alterar, inativar ou excluir dados. O Visitador apenas visualiza os dados do município. Além disso, os gestores estaduais e municipais possuem acesso para visualização dos dados cadastrados, auxiliando nas ações de gestão. Atualmente o SisPIM possui 2.234 usuários cadastrados ativos. No primeiro semestre de 2017, o sistema apresentou 406.963 acessos (SisPIM, 2016).

A confiabilidade do SisPIM está diretamente relacionada ao preenchimento correto dos formulários, à inserção adequada das informações no sistema e ao domínio de suas ferramentas. O SisPIM ainda apresenta incompletude de dados devido a atrasos em seu preenchimento. Para superar esta fragilidade, a equipe estadual destina técnicos específicos para o desenvolvimento e análise do sistema, para a formação das equipes municipais e para suporte técnico permanente aos usuários, seja de forma presencial ou por meio telefônico e correio eletrônico. O Estado também fornece computadores aos municípios, minimizando possíveis dificuldades na aquisição de equipamentos.

Facilitar o acesso às informações é uma das prioridades da equipe estadual. Neste sentido, além das atividades descritas, o GTE conta com profissionais contratados especificamente para elaborar avaliações do sistema, apontando estratégias de qualificação que são incorporadas gradativamente. São exemplos destas estratégias: a inclusão de informações

nos cadastros que favorecem a articulação com outros sistemas de informações (por exemplo: Número de Identificação Social); o aperfeiçoamento da disposição dos dados; a adoção de mecanismos que favorecem a autonomia do usuário; a criação de filtros que possibilitam a análise de diferentes indicadores (raça/cor, idade, períodos de atendimento) a apresentação de indicadores de forma que facilitem e agilizem a interpretação dos dados; entre outras. No momento, estuda-se a inclusão de novos dados, como a contabilização do número de visitas realizadas a cada família por período; a adequação do sistema para possibilitar o acesso às pessoas com deficiências e a atualização do manual de uso do SisPIM, instrumento que contém orientações para seu uso adequado.

Com o intuito de conhecer as limitações e potencialidades do uso do sistema, o GTE solicitou, em 2014, o preenchimento de um questionário respondido por 155 municípios,

representando 58% do total de habilitados. As respostas revelaram que 72% dos usuários consideravam o SisPIM de fácil preenchimento e 28% relataram encontrar dificuldades para preencher os dados. Das dificuldades apontadas, 41% estavam relacionadas à falta de um profissional específico para a digitação dos dados, seguidas de falta de formações (36%) e internet lenta (32%). O principais responsáveis pela digitação são os Monitores (34,9%), seguidos dos Digitadores (29,6%) e dos integrantes do GTM (28%)<sup>23</sup>.

Este questionário trouxe elementos importantes para discussão, como a necessidade de mais formações para os usuários, o que pode significar que o sistema ainda precisa se tornar mais intuitivo e acessível. Também despertou o interesse em permitir que o Visitador registre informações no sistema, com a devida supervisão de sua equipe, de forma a tornar mais ágil a atualização das informações no SisPIM.

## Monitoramento da gestante e da criança

O monitoramento da gestante e da criança tem como objetivo acompanhar o desenvolvimento destes beneficiários, otimizando as ações de intervenção e fortalecendo o desenvolvimento integral infantil. É um processo contínuo, realizado semanalmente por meio das visitas domiciliares e atividades grupais. Cada encontro é uma oportunidade de acompanhar como a família está elaborando suas aprendizagens e práticas de cuidado com a gestação e/ou com o desenvolvimento de suas crianças.

O **Parecer Descritivo Trimestral da Gestante** é o instrumento que auxilia no monitoramento da gestação contemplando dados do período gestacional, consultas de pré-natal e possíveis fatores de risco. Além disso, descrevem-se neste as potencialidades, fragilidades e/

ou intercorrências observadas durante a gestação, contemplando: os aspectos físicos, emocionais, sociais e comunitários; a dinâmica e envolvimento familiar na gestação; e possíveis encaminhamentos à rede de serviços e/ou resultados dos mesmos.

O Monitoramento do Desenvolvimento Integral Infantil se dá por meio de três instrumentos. Inicialmente, realiza-se o **Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil (Marco Zero)**<sup>24</sup>, caracterizado como a linha de base do desenvolvimento da criança. Tal instrumento, no qual é registrada a avaliação dos indicadores de desenvolvimento, é aplicado pelo Visitador antes do início das Modalidades de Atenção. Esta avaliação acontece respeitando os indicadores por faixa etária estipulados pela metodologia do PIM: 0 a 3 meses; 3 a 6 meses;

23 Dados extraídos da pesquisa interna intitulada de "Monitoramento do SisPIM", realizada em 2014 com 155 municípios do Rio Grande do Sul. Documento não publicado.

24 Instrumento baseado na Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento adaptada da versão elaborada por Brant, J.A.c.; Jerusaliski, A. N. e Zannon, C. M. I. C. pelo Ministério da Saúde (2002); Tabela de Ganhos de Desenvolvimento Infantil (Celep/Cuba); Escala de Denver II Technical Manual Frankenburg, WK; Do.



6 a 9 meses; 9 a 12 meses; 12 a 18 meses; 18 a 24 meses; 2 a 3 anos; 3 a 4 anos; 4 a 5 anos e 5 a 6 anos. Para cada grupo etário há em média oito indicadores de desenvolvimento a serem observados. A avaliação realizada pelo Visitador define se a criança já consegue realizar tal indicador de desenvolvimento sozinha, com ajuda ou ainda não consegue realizá-lo.

Por exemplo, ao final do terceiro mês de idade, são avaliados indicadores de desenvolvimento que compreendem os seguintes comportamentos e habilidades: "sorri frente ao rosto de uma pessoa", "reconhece e reage à voz da mãe/cuidador", emite sons como forma de comunicação", dentre outros. Ao final do sexto mês, são monitorados outros comportamentos e competências, tais como: "reconhece pessoas próximas e chora na frente de estranhos", "senta com ajuda ou sozinha por algum tempo", "procura com os olhos objetos a sua frente". A relação de todos os indicadores de desenvolvimento acompanhados pelo PIM está disponível na página web do Programa ([www.pim.saude.rs.gov.br](http://www.pim.saude.rs.gov.br)).

Em seguida, inicia-se o **Acompanhamento Descritivo Trimestral**, no qual o Visitador registra os avanços e dificuldades referentes ao desenvolvimento integral da criança, observando quatro dimensões: socioemocional, motora, linguagem/comunicação e cognitiva. Tais registros são realizados com base nas observações do Visitador nos momentos de atendimento nas Modalidades de Atenção Individual e Grupal.

Por fim, realiza-se a **Avaliação do Desenvolvimento Infantil** na qual são apontadas quais comportamentos/competências são esperados em cada um dos grupos de faixa etária estipulados na metodologia do Programa por meio da execução de atividades lúdicas. Tal instrumento apresenta a mesma configuração do Marco Zero. Para cada grupo de faixa etária há em média oito comportamentos a serem observados.

Além disso, registra-se os dados de saúde da criança, o envolvimento e a dinâmica familiar com seus aspectos sociais e comunitários, bem como os possíveis encaminhamentos à rede de serviços e/ou resultados dos mesmos.

O **Acompanhamento Descritivo Trimestral** e a **Avaliação do Desenvolvimento Infantil** apontam as potencialidades das crianças e quais dimensões do desenvolvimento devem ser fortalecidas. Este monitoramento serve de referência para análise, comparação e acompanhamento dos ganhos da criança nas fases de seu desenvolvimento.

Todas as informações referentes ao acompanhamento da gestante e da criança são documentadas, discutidas com a equipe e analisadas em supervisão, registradas no SisPIM e em especial discutidas com as famílias durante as Modalidades de Atenção. Tal monitoramento não pretende julgar ou rotular os beneficiários, ao contrário, oferece dados que servem de estímulo para reflexão e maior conhecimento a respeito do esperado em termos de desenvolvimento, respeitando a singularidade de cada sujeito. Este serve também para balizar o trabalho do Visitador e os resultados do Programa no fortalecimento das famílias.

Outra forma de monitoramento do desenvolvimento da criança é o **Acompanhamento dos Egressos do PIM**, que ocorre em parceria entre o GTM, Coordenadoria Regional de Educação, equipe diretiva e docente das escolas do município. Esta avaliação é realizada no primeiro ano de escolarização das crianças egressas do Programa. A professora titular do aluno elabora um parecer descritivo, nos meses de agosto e dezembro respeitando a seguinte orientação: Sob o foco das dimensões socioemocional, cognitiva, motora e de linguagem/comunicação solicita-se seu parecer sobre o desenvolvimento do egresso do PIM no que diz respeito a autonomia, interação e cooperação, potencialidades e habilidades, bem como a participação da família na vida escolar (Bernardes, 2010).

## Monitoramento da atuação do Visitador

A complexidade do trabalho do Visitador exige um permanente apoio das equipes municipais. Para tanto, uma série de processos e instrumentos de monitoramento foram elaborados. O monitoramento do Visitador se dá pelo Monitor e GTM sendo realizado por meio de reuniões semanais, supervisão dos casos atendidos, discussão dos **Planos de Modalidade de Atenção** e visitas de acompanhamento. As visitas de acompanhamento realizadas pelo Monitor e/ou GTM têm como objetivo ampliar as orientações à família, apoiar o Visitador em situações mais complexas, identificar a satisfação das famílias com relação ao Programa e avaliar o desempenho do Visitador.

O **Roteiro de Observação da Visita Domiciliar** é outro instrumento utilizado para o monitoramento e avaliação da qualidade da visita e serve como base para *feedback* e orientação aos planejamentos do Visitador,

assim como para a realização de supervisões e formações continuadas. Tem-se ainda o instrumento **Relação Mensal de Gestantes e Crianças Atendidas** que registra o número de Modalidades de Atenção e demais encontros com as famílias planejados e executados no mês pelo Visitador. Tal documento dá origem ao **Informe Mensal** das suas atividades que deve ser entregue ao Grupo Técnico Municipal.

Os resultados do processo de monitoramento são trabalhados especialmente em supervisão semanal, em que se discutem fragilidades, atitudes, conhecimentos e práticas do Visitador visando sua qualificação para melhor responder aos objetivos do Programa. Quando o Visitador não responde às orientações é possível que este sofra sanções, inclusive podendo ser afastado de suas funções. Esta é uma decisão individual de cada equipe municipal e deve ser respaldada pelo setor jurídico do município.

## Monitoramento das equipes municipais

O Grupo Técnico Estadual conta com profissionais que atuam prioritariamente no monitoramento das equipes municipais. Estes profissionais estão organizados de forma georreferenciada e acompanham aproximadamente trinta municípios, possibilitando assim uma atenção focada nas peculiaridades de cada território. O monitoramento das equipes municipais tem como objetivo apoiá-las nas questões relacionadas à gestão e metodologia do *Primeira Infância Melhor*, coconstruindo formas de garantir a qualidade do mesmo em cada território. Tal monitoramento é realizado por meio de visitas trimestrais aos municípios, além do acompanhamento constante à distância, por meio de diferentes estratégias.

Para a visita periódica, utiliza-se o **Roteiro de Assessoria** que prevê diferentes momentos do encontro: reunião inicial apenas com GTM para contextualização geral do PIM; reunião com GTM, Monitores e Visitadores para escuta, discussão, esclarecimento das temáticas levantadas; apresentação prévia do Plano de Modalidade de Atenção a ser observado no dia; acompanhamento da Modalidade de Atenção; reunião com GTM, Monitores e Visitadores para retorno das observações, educação continuada e encaminhamentos; encontro com gestores municipais para discussão sobre o impacto do Programa, alinhamentos da metodologia e fortalecimento do investimento nas ações voltadas à primeira infância.

Quando necessário, o representante do GTE pode utilizar o Roteiro de Observação da Visita Domiciliar para avaliar a qualidade da Modalidade de Atenção e ter mais um instrumento de registro para instrumentalizar a equipe municipal. Por fim, é preenchido o **Registro de Visita** que oficializa o monitoramento *in loco*, contemplando aspectos discutidos a respeito da situação atual do PIM no município, encaminhamentos acordados e respectivos prazos, além das demais observações que possam impactar o Programa. Este documento é assinado pelos gestores e representantes do GTM e GTE.

O monitoramento à distância é constante e adota diferentes estratégias: contatos telefônicos, *e-mails*, reuniões via *Internet*, análise do **Informe Trimestral**, relatórios, análise das informações contidas no SisPIM, entre outros. Para auxiliar tal monitoramento, as equipes municipais preenchem o instrumento **Roteiro de Monitoramento das ações PIM no Município**, que é um exercício de análise e reflexão da estrutura e funcionamento geral do Programa, enviado ao GTE visando o aprimoramento conjunto das ações e das equipes.

## Avaliações realizadas

A importância de avaliar uma política pública como o PIM conta com três argumentos principais. Primeiro, permite que os formuladores de políticas públicas analisem se os investimentos são rentáveis e decidam sobre a melhor forma de alocar recursos. Segundo, é uma oportunidade de conhecer os pontos da intervenção que precisam ser melhorados, assim como estratégias para promovê-la. Deste modo, a avaliação é um processo de retroalimentação para alcançar maior impacto na população (Berlinsky & Schady, 2015). Por último, gera evidências para inspirar e reformular políticas, pois permite conhecer o que funciona e o que não funciona sob certos contextos, o que é particularmente

relevante para o PIM por ele ser o programa mais antigo do Brasil em termos de cuidados e acompanhamento da primeira infância.

Desde a organização da estrutura técnica e a criação do SisPIM, o *Primeira Infância Melhor* reconhece que o monitoramento e coleta de dados são essenciais para garantir a qualidade do Programa. No entanto, os esforços feitos até agora não têm sido suficientes para avaliar de forma clara e convincente (em termos estatísticos e argumentativos) os impactos provocados pelo PIM sobre a população beneficiária. Em seguida, descrevem-se os estudos que tentaram avaliar parcialmente o Programa.

## Avaliação do Programa Primeira Infância Melhor Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar

Em 2010, foi realizada a avaliação de monitoramento dos processos de implantação e implementação do PIM no estado. Sob a coordenação do Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar/Cuba, a pesquisa teve como objetivo avaliar os resultados no desenvolvimento integral das crianças acompanhadas pelo Programa em comparação com as crianças do grupo controle (composto por crianças sem atendimento em qualquer programa ou instituição de

educação infantil). Além disso, foram avaliadas questões relativas à gestão do PIM, tais como participação dos gestores, desempenho da equipe municipal e percepção das famílias beneficiadas. A pesquisa contou com 1.359 participantes de 16 municípios.

A pesquisa apontou resultados positivos do PIM com relação ao desenvolvimento das crianças beneficiadas em comparação com as crianças do grupo controle. Os ganhos

alcançados pelas crianças beneficiadas foram superiores aos das crianças do grupo controle em 16 pontos percentuais na dimensão socioemocional, 23 na motora, 8 na cognitiva e 10 na linguagem. Na percepção das famílias: 97% acreditavam que sua participação no PIM modificou seu modo de tratar os filhos e 53% das famílias passaram a observar que suas crianças estavam mais comunicativas. Em relação à realização das atividades propostas pelos Visitadores, 51% das famílias afirmaram realizá-las diariamente e 34% faziam-na várias vezes na semana (CELEP, 2010).

Este estudo possui fragilidades no que diz respeito ao delineamento da pesquisa, seleção da amostra, análises estatísticas. Os resultados obtidos não servem de parâmetro para demonstrar o impacto do *Primeira Infância Melhor* no desenvolvimento das crianças atendidas. Contudo, a avaliação foi relevante no processo de qualificação do PIM, uma vez que foi possível analisar as etapas de implementação do Programa junto ao Celep e readequar possíveis falhas visualizadas.

## **Avaliação do Programa Primeira Infância Melhor em relação à prontidão para a escola de crianças de quatro a seis anos no Rio Grande do Sul**

**Janus & Duku, 2012**

Em 2011, foi aplicado o Instrumento de Desenvolvimento Infantil (*Early Development Instrument - EDI*<sup>25</sup>) em 670 crianças (433 do grupo de tratamento e 237 do grupo controle) entre quatro e seis anos de idade, cursando o primeiro ano escolar (nível A ou B da educação infantil ou primeiro ano do ensino fundamental) e pertencentes a 8 municípios representativos do Rio Grande do Sul (em termos de características socioeconômicas).

Além dos requisitos acima, para pertencer ao grupo de tratamento as crianças deveriam ter sido beneficiárias do PIM por, no mínimo, seis meses, não ter participado de outros programas de intervenção infantil e ter seu endereço atualizado, enquanto as crianças do grupo controle deveriam estar nas mesmas salas de aulas que as do grupo de tratamento e pertencer a famílias selecionadas pelos professores da classe (Janus & Duku, 2012).

Como resultados do estudo, é relatado que a porcentagem de crianças vulneráveis, aquelas com pontuações inferiores ao ponto de corte que sugerem os criadores do instrumento (o ponto de corte é equivalente à pontuação

obtida por crianças do percentil 10 de uma amostra de referência do Canadá), ficam entre 8,1% e 14,5% para todos os domínios, exceto para a língua e conhecimentos gerais, onde o percentual é de 37,9% para crianças do grupo de tratamento e 42% para as do grupo controle. Isso indica que, independentemente da atribuição de grupo, as crianças do estudo se desenvolveram segundo as expectativas para sua idade de maneira similar às crianças da amostra do Canadá, em todos os domínios, exceto para a linguagem e conhecimentos gerais.

Por outro lado, mediante análise das médias (sem relatar níveis de significância estatística), os autores descobriram que as crianças que participaram do PIM têm pontuações ligeiramente mais elevadas do que as crianças do grupo controle. No entanto, essas diferenças desaparecem ou são revertidas (as crianças do grupo controle obtêm melhores resultados), quando analisadas por meio de variáveis como escolaridade materna, renda, tempo de exposição domiciliar e a escola frequentada pela criança (Janus & Duku, 2012).

25 O EDI é um instrumento desenvolvido na Universidade de McMaster, que visa medir se as crianças se desenvolvem de acordo com as expectativas para sua idade em cinco domínios: bem estar físico; competência social; maturidade emocional; linguagem e desenvolvimento cognitivo e de comunicação; e conhecimentos gerais. O instrumento consiste em um questionário de 103 itens ou questões que devem ser preenchidos por professores de pré-escola. Deve-se mencionar que este estudo oferece evidência sobre a validação do EDI no Brasil : <https://edi.offordcentre.com/about/what-is-the-edi/>

Estes resultados não podem ser interpretados como um efeito real do PIM, porque a metodologia da pesquisa apresenta diferentes fragilidades, incluindo a seleção da amostra que não foi aleatória, o que implica que há viés de seleção por variáveis observadas e não observadas. Sendo assim, as crianças do grupo de tratamento têm características diferentes

das crianças do grupo controle, o que faz com que não sejam um bom grupo de comparação (contrafactual) e que os efeitos encontrados não correspondem ao impacto real do programa. Por outro lado, a metodologia de análise não é a indicada, carece de relevância e poder estatístico.

## **Avaliação para melhora da relação custo-efetividade, qualificação e expansão do Programa Primeira Infância Melhor** **Fundação Getúlio Vargas, 2014**

Em 2014, foi realizada a consultoria da Fundação Getúlio Vargas/RJ para discutir a "Avaliação para Melhora da Relação Custo-Efetividade, Qualificação e Expansão do Programa *Primeira Infância Melhor*". Apesar dessa nomenclatura, o trabalho realizado pela instituição focou-se mais no conhecimento do Programa e seus processos de trabalho. Os resultados apresentados no que se refere à avaliação de resultados dizem respeito apenas a um aspecto do estudo: a avaliação da percepção dos cuidadores. Tal aspecto contempla resultados a respeito do grau de importância do PIM para as suas famílias, a percepção sobre a qualidade dos serviços prestados, assim como os principais pontos positivos do Programa.

A pesquisa foi realizada por meio de questionário com 1.600 entrevistados, selecionados por estratificação segundo as macrorregiões do estado, quantidade de beneficiários do PIM por município e faixa etária das crianças beneficiárias do PIM (0 até 3 anos e mais de 3 anos até 6 anos), representando uma amostra de 8% do total de famílias atendidas no estado. O questionário utilizado foi elaborado com base nos resultados de entrevistas em profundidade e de grupos focais realizados nas fases anteriores à pesquisa, e validados pelo o GTE, contemplando os seguintes blocos de análise: avaliação do serviço prestado pelo Programa; relação família e Visitador; e percepção de impacto do PIM (Fundação Getúlio Vargas, 2014).

Como resultados gerais tem-se uma grande aceitação e satisfação com PIM. Com relação à avaliação do serviço prestado pelo Programa, 96% dos cuidadores consideraram o PIM importante ou muito importante e 93% consideraram a qualidade do serviço prestado ótima ou boa. Dos entrevistados, 87% responderam que o PIM impactou na sua preparação para cuidar da criança e 95% dos cuidadores disseram que consideram que as atividades orientadas pelo PIM vão contribuir para melhorar as condições de vida da criança no futuro. No que se refere à relação família e Visitador, verificou-se que mais de 80% dos entrevistados apresentaram um alto grau de confiança no Programa, incluindo 32% que consideram que o Visitador é um confidente ou alguém com quem pode conversar. No entanto, apenas 60% tiveram o mesmo Visitador ao longo da sua participação no PIM.

Embora não haja um consenso sobre as normas de qualidade de uma visita domiciliar, a literatura aponta que a inter-relação da frequência, o conteúdo e as relações entre os usuários, cuidadores e crianças constituem a qualidade (López-Boo *et al.*, 2016; Paulsell *et al.*, 2010). No entanto, a relação entre essas dimensões não é linear, portanto, nem sempre um maior número de visitas ou uma relação mais estreita entre as famílias e os visitantes significa melhores resultados (Stolfuz & Lynch, 2005). De modo que tanto a mudança dos Visitadores ao longo do PIM, assim como uma relação tão estreita com o Visitador merecem ser vistos cuidadosamente, posto que podem afetar a qualidade das visitas.



## Uma fotografia da qualidade dos programas de visita domiciliar em sete países da América Latina e do Caribe

Leer *et al.*, 2016

Num contexto mais amplo, Leer *et al.* (2016) indagam sobre as interações entre o Visitador, pais e crianças; o conteúdo das atividades e as estratégias de intervenção que ocorrem durante as visitas executadas por meio de sete programas de visita domiciliar (cinco programas focados no cuidado, estimulação e desenvolvimento infantil e dois focados para verificar indicadores nutricionais) em diferentes países da América Latina e do Caribe, entre eles o *Primeira Infância Melhor*. Como instrumento de medição utilizou-se uma lista de verificação desenvolvida pela Universidade de West Indies constituída por 31 itens e 7 seções que permitem obter uma abordagem da qualidade das visitas.

Por meio da observação de cinco visitas domiciliares no município de Ronda Alta, verifica-se que os Visitadores do PIM têm uma grande compreensão das características e necessidades das famílias e conseguem adaptar as atividades para os interesses das crianças,

bem como, preparam com tempo suficiente o conteúdo das visitas. No entanto, o Visitador gasta mais tempo com foco na criança e poderia trabalhar mais na promoção da participação do cuidador. Embora os programas estudados não sejam diretamente comparáveis, pois diferem em tamanho, conteúdo e alcance, o PIM obteve as pontuações mais altas na maioria dos indicadores.

Para além da limitação de não permitir comparações entre programas, o tamanho da amostra é pequeno e, portanto, não é representativa da qualidade de cada um dos programas; as visitas foram agendadas anteriormente, então não havia um ambiente completamente “natural”; a lista de verificação não teve uma relação validada com indicadores de desenvolvimento infantil e, para o caso específico do Brasil, as famílias selecionadas não correspondiam à população mais vulnerável.

## Atenção Primária em Saúde baseada na família: uma avaliação empírica do Programa Primeira Infância Melhor do Rio Grande do Sul – Brasil

Garcia *et al.*, 2017, em andamento

É importante mencionar que, apesar deste estudo ainda estar em andamento, é identificado como a avaliação mais rigorosa em termos estatísticos e a primeira a usar dados administrativos fornecidos pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde do Brasil.

Fazendo uso das diferenças de ingresso e dos tempos de exposição ao PIM em 496 municípios do Rio Grande do Sul, no período entre 2006 e 2010, Garcia *et al.*, (2017) investigam o efeito do PIM sobre a mortalidade causada por diarreia,

causas gerais e causas externas (mortes que são causadas por acidentes que poderiam ser evitados se o cuidador oferecesse uma maior atenção) em crianças menores de um ano. Nesta análise usa-se a aproximação de diferenças-em-diferenças e se revela que nos municípios que tiveram exposição igual ou superior a sete anos, o PIM reduz em 0.68 (significativos a 5%) as mortes por causas externas por 1.000 crianças, enquanto a exposição em municípios com exposição entre quatro e seis anos, o efeito é de 0.45 (significativos a 10%). Nos municípios com

menos anos de exposição ao PIM (0 a 3 anos), o efeito sobre mortes causadas por diarreia a cada mil crianças é -0,10 (significativos a 10%).

Tal como mencionaram os autores, a pesquisa tem várias limitações, incluindo a seleção dos municípios, que não foi aleatória, o que implica que os municípios que implementaram o PIM podem ter características sistematicamente diferentes, fato que afeta os indicadores estudados. A metodologia de diferenças-em-diferenças baseia-se no pressuposto de tendências paralelas, ou seja, de que o comportamento da taxa de crescimento da variável de interesse (taxas de mortalidade infantil, neste caso) tem a mesma tendência na ausência de tratamento (PIM). No entanto, nenhuma evidência é oferecida a este respeito. A ausência de tendências paralelas pode estar conduzindo a resultados como os observados. Os resultados que o efeito está relacionado

com a intervenção são tão elevados que, em média, leva a taxas de mortalidade negativas. No caso extremo, isso implicaria que o PIM está levando a zero a taxa de mortalidade causada por diarreia ou causas externas, o que é questionável, uma vez que, nos municípios com o PIM implantado hoje, quatro anos após o período de análise, ainda se observam taxas de mortalidade positivas associadas com as causas em questão.

Finalmente, a agregação de indicadores em nível municipal não captura o efeito real do Programa. Por um lado, o PIM só beneficia a uma proporção da população dos municípios; e, por outro lado, eles podem ter sinergias com outras intervenções, tais como a Estratégia de Saúde da Família, apesar do controle por variáveis, tais como serviços de saúde, trabalhadores de saúde e cobertura de imunização.

## Análise do custo-efetividade

A avaliação de uma política pública informará a rentabilidade dos investimentos e sobre a melhor forma de alocar recursos, somente se for acompanhada de uma análise custo-benefício ou uma análise de custo-efetividade comparando custos com resultados ou efeitos gerados. Infelizmente, o PIM não conta com avaliações sólidas que determinem os verdadeiros efeitos sobre o bem-estar social, o que, conseqüentemente, impede o desenvolvimento de uma análise confiável do custo-eficácia do Programa. No entanto, como um exercício ilustrativo, em seguida apresenta-se uma análise de custo-efetividade dos impactos gerados pelo PIM a partir do cálculo dos custos monetários do Programa por *Ano de Vida Perdido Ajustado por Incapacidade*<sup>26</sup> (DALY, sigla em inglês) evitado.

De acordo com a análise de custo realizada pelo PIM<sup>27</sup> em 2016, o custo anual *per capita* de Programa é de USD 286,8 (USD 142,32 custos associados ao nível estadual e USD 144,48 ao nível municipal). De modo que, aplicando uma taxa de desconto de 3%, estima-se que o PIM custou USD 15.747.757,67 no ano de 2012 (custo *per capita* descontado pelo número total de beneficiários).

Os resultados de Garcia *et al.* (2017) apresentam que o PIM reduz em 0,68 e 0,45 anualmente as mortes por causas externas por 1.000 crianças, dependendo do tempo de exposição do município ao PIM. Além disso, o efeito sobre as mortes, por cada 1.000 crianças, causadas por diarreia é -0,10 para os municípios com menos exposição ao PIM. No caso extremo, isto implicaria que o PIM está levando a

26 Considerando a dificuldade de medir em termos monetários os efeitos das políticas, especialmente aquelas relacionadas com o setor da saúde, assim como a necessidade de gerar uma descrição comparativa e consistente das enfermidades, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu a medida de Ano de Vida Perdido Ajustado por Incapacidade (DALY, sigla em inglês). Os DALY, ou a carga de uma enfermidade, são calculados como a soma dos anos perdidos devido a mortes mais os anos de vida saudável perdidos devido à incapacidade causada pela doença. De modo que um DALY pode ser interpretado como um ano de vida saudável perdido (WHO, 2017).

27 Cálculo apresentado no documento "Custo *per capita* anual do PIM no estado e municípios". Documento interno, não publicado.

praticamente zero as taxas de mortalidade causadas por diarreia ou causas externas. Ao multiplicar estas taxas pelo número de crianças menores de um ano no Rio Grande do Sul, em 2012, tem-se que o PIM teria evitado a morte de 547 crianças, o equivalente a 46.866,96 DALY evitados (multiplicação do número de mortes que se evitariam pela expectativa de vida de 85,68 anos em 2010, definido pela Organização Mundial da Saúde - OMS)<sup>28</sup>. Assim, o custo por DALY evitado equivaleria a US\$ 336,1.

Ao comparar o custo por DALY evitado (USD 336,1) com três vezes o PIB *per capita* do país (USD 36.471,92), de acordo com a regra geral estabelecida pela OMS, que estabelece que o primeiro montante deve ser menor do que

o segundo, considera-se que o PIM é um programa altamente rentável. No entanto, este tipo de regras de decisão, onde se estabelecem limites específicos sobre os quais comparar, tem várias limitações. Segundo Marseille *et al.* (2015), tais limitações podem ser: não permite fazer comparações com outras políticas que também são classificadas como custo-efetivas; o limiar é facilmente alcançável e arbitrário (por exemplo, no caso do PIM, se comparado com menos de um PIB *per capita*, também é rentável a intervenção); assume que o PIB *per capita* é a provisão para pagar socialmente um ano de vida saudável, que não é um fato consolidado e pode variar entre países de baixa e alta renda; por último, ignora as restrições orçamentárias dos governos.

## Reflexão

Os estudos descritos representam o interesse em avaliar o PIM e apontam que este tem gerado efeitos positivos sobre as famílias e crianças. No entanto, eles têm limitações significativas em termos de representatividade e de estabelecer um grupo controle que realmente possa ser comparado aos beneficiários do PIM e assim obter uma melhor aproximação aos efeitos reais do Programa. São muito poucos estudos que avaliaram o PIM a partir dos efeitos gerados

diretamente na promoção do desenvolvimento da criança, objetivo primário do Programa. Os autores concordam com a importância de gerar informações de base longitudinal ou experimental que permitam avaliar as crianças não só na dimensão física, mas no desenvolvimento cognitivo e psicossocial; e estimar a relação custo-efetividade da intervenção.

<sup>28</sup> Só se consideram os anos de vida evitados por morte prematura dado que os efeitos só são observados para as taxas de mortalidade, em qualquer caso isso implicaria que as estimativas apresentadas correspondem a um limite inferior. Além disso, a OMS não tem estimativas de DALY por causas externas. Para uma discussão sobre por que ele não é descontado nem é ponderado pela idade, remeter-se a WHO (2017).



CAPÍTULO 4

# INOVANDO A ATENÇÃO À PRIMEIRA INFÂNCIA



---

A trajetória do PIM resultou em seu reconhecimento enquanto uma das tecnologias de desenvolvimento e transformação social mais importantes da América Latina. Para além dos resultados quantitativos das avaliações apresentadas, são as histórias de vida e os relatos das famílias no dia-a-dia que comprovam a qualidade do Programa e a força que tal política tem para promover a vida, transformar histórias, empoderar as famílias e provavelmente romper com ciclos de vulnerabilidades. À medida que o PIM foi se estruturando e se fortalecendo, seus resultados refletiram não apenas nas famílias beneficiárias, mas também na sociedade como um todo. Fica evidente o impacto do *Primeira Infância Melhor* na ampliação da cultura de investimento na primeira infância no Brasil e na América Latina.



## Ampliação da cultura do investimento na primeira infância

Para além do trabalho direto com as famílias, o PIM busca influenciar governos e sociedade na formulação, aprovação e execução de iniciativas que atendam as necessidades da primeira infância, fortalecendo a participação de diferentes atores nos debates de interesse desta causa. Com a finalidade de manter o tema da atenção à primeira infância em evidência, bem como garantir a sustentabilidade do Programa, as ações de *advocacy* tornaram-se uma estratégia fundamental. Semana Estadual do Bebê, Dia do Bebê, Seminário Internacional da Primeira Infância, Prêmio Salvador Célia, Capacitação de Radialistas, eventos nos municípios, reuniões com gestores e controle social, campanhas publicitárias, material informativo para os meios de comunicação, dentre outros, compõem o rol de ações de *advocacy* do *Primeira Infância Melhor*.

A Semana Estadual do Bebê/PIM acontece anualmente no mês de novembro contemplando o Dia do Bebê, o Seminário Internacional da Primeira Infância, o Prêmio Salvador Célia, e demais ações de promoção à primeira infância tanto no Estado quanto nos municípios. Esta foi inspirada na Semana do Bebê do município de Canela/RS e inspira também diferentes estados do Brasil e outros países. Devido à sua importância, foi instituída por meio do Decreto Estadual nº. 42.200/03, compondo o calendário oficial de eventos do Estado.

O Dia do Bebê tem a finalidade de mobilizar a sociedade para a importância da atenção ao começo da vida. As atividades nesta data acontecem no principal parque da capital gaúcha (nível estadual) e em espaços coletivos da comunidade (nível municipal) proporcionando às gestantes e crianças, juntamente com suas famílias, atividades lúdicas, artísticas e culturais, bem como informações e serviços na área do desenvolvimento infantil, saúde, proteção

social, cultura e educação.

O Seminário Internacional da Primeira Infância<sup>29</sup> visa propiciar trocas de conhecimentos e experiências entre especialistas, pesquisadores, educadores, gestores, equipes do PIM e sociedade civil sobre temas atuais relevantes à causa da primeira infância e ao trabalho de visita domiciliar com famílias em situação de risco e vulnerabilidade social. O seminário geralmente acontece em dois dias reunindo em torno de 2.000 pessoas.

O Prêmio Salvador Célia visa promover a integração das Políticas de Atenção Básica e reconhecer publicamente as boas práticas de Visitadores do PIM e Agentes Comunitários de Saúde da ESF, ambos profissionais responsáveis pela visita domiciliar nos territórios. Representa, ainda, um incentivo para que as equipes possam reconhecer o valor de seu trabalho e ampliar as propostas de articulação, da mesma forma que é uma importante ação para mobilizar a gestão municipal para o envolvimento na causa e poder valorizar o trabalho realizado por suas equipes.

Outra importante forma que o PIM vem utilizando para ampliar a cultura de investimento na primeira infância é a sua inserção nos meios de comunicação. Desta forma, coloca o tema dos direitos da criança, da primeira infância e do desenvolvimento infantil na agenda pública. Isto possibilita mobilizar um público diferente daqueles atores que formalmente fazem parte do seu rol de parceiros, podendo utilizar as mais diversas ferramentas para disseminar suas ações e discursos.

Uma importante ação neste sentido é a capacitação para radialistas, baseada na cartilha do Unicef. Esta capacitação habilita radialistas a incluir a temática da primeira infância em seus programas. O rádio nas comunidades em que

29 No Apêndice 2 encontra-se a lista dos eventos realizados, com temas e palestrantes.

o PIM atende é importante meio de acesso à informação para famílias e muitos municípios disseminaram esta prática fortalecendo a cultura de ter um espaço do PIM nas programações locais. Geralmente, fala-se sobre o Programa e também sobre temas relacionados ao desenvolvimento infantil, saúde, acesso a direitos, cultura e educação.

O PIM também se faz presente nas mídias digitais. O seu *website* ([www.pim.saude.rs.gov.br](http://www.pim.saude.rs.gov.br)) tem como objetivo divulgar os projetos, ações, atividades e serviços do *Primeira Infância Melhor*; disponibilizar as informações

estaduais *online*; contribuir para a criação, consolidação e fortalecimento de políticas públicas direcionadas à primeira infância; entre outros. O Programa possui ainda página no *Facebook*, conta no *Twitter*, *Instagram*, *Youtube* e *mailing de newsletter*.

Para além disso, o *Primeira Infância Melhor* promove e/ou é referenciado em matérias de jornais, revistas e *websites*, documentários nacionais e internacionais, reportagens de televisão, entre outros, influenciando a opinião pública na atenção aos primeiros anos de vida e engajando atores relevantes nesta discussão.

## Inspirando e apoiando a implantação de outros programas no país

A prática do *Primeira Infância Melhor* fez com que este se tornasse um centro de referência para projetos de primeira infância e visitação domiciliar. O Programa recebe frequentemente representantes de governos, instituições e profissionais das mais diversas áreas que visam conhecer a sua estrutura e funcionamento. Da mesma forma, representantes do Grupo Técnico Estadual deslocam-se para diferentes países, estados e municípios brasileiros a fim de disseminar a experiência do Programa.

No território nacional, o PIM por meio de parcerias institucionais, inspira e apoia técnica e metodologicamente a implantação e implementação de diferentes ações/projetos/programas em prol da primeira infância. Cabe ressaltar que o suporte do Programa ocorre em diferentes instâncias: na estruturação das equipes gestoras; na construção e adaptação de instrumentos; na elaboração dos currículos das visitas domiciliares e da metodologia de formação das equipes envolvidas; entre outros. O quadro 6 ilustra a conformação básica das iniciativas apoiadas pelo PIM, apresentando seus objetivos, público-alvo e estruturas de funcionamento. Elas representam o esforço de uma colaboração interfederativa que resultou em aprendizagens mútuas, qualificando

também o trabalho desenvolvido pelo PIM.

Ao todo, nove iniciativas são apoiadas pelo PIM nas regiões sul, sudeste, nordeste e norte do país, locais com diferentes configurações geográficas, sociais, culturais, políticas e econômicas. O exercício de replicar o PIM para territórios tão distintos exige uma leitura criteriosa destes contextos de forma a produzir modelos de atenção compatíveis com os mesmos. Por vezes, são necessárias mudanças significativas no modelo original do PIM, contudo, alguns aspectos sempre foram mantidos, tais como: a intersetorialidade como princípio da organização do cuidado; a estruturação de equipes gestoras compostas por integrantes da Saúde, Educação e Assistência Social; a valorização das experiências e cultura das famílias e comunidades; o objetivo de promover o fortalecimento das competências familiares e sua participação ativa e o investimento na qualificação das equipes dos territórios. Importante ressaltar que, em todas as experiências, a participação ativa das equipes locais em todo o processo de replicabilidade é fundamental, além do apoio dos gestores, de instituições de ensino e pesquisa e de organismos financiadores.

**Quadro 6 - Ações/projetos/programas inspirados no PIM**

Programa	Objetivo	Currículo
<i>Atenção à Primeira Infância e à Maternidade</i> Munhoz de Melo/PR	Captar precocemente a gestante, garantindo pré-natal de qualidade e o desenvolvimento integral da criança.	Sim, baseado no PIM.
<i>Atenção Melhor à Infância</i> Vila Velha/ES	Orientar as famílias e trabalhar a convivência familiar e comunitária, aumentando a interação entre pais e filhos, visando o fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças.	Sim, baseado no PIM.
<i>Primeira Infância Ribeirinha</i> Iraduba, Novo Airão e Manacapuru/AM	Trabalhar o desenvolvimento de gestantes e de crianças de 0 a 6 anos em comunidades ribeirinhas.	Sim, baseado no PIM e em outras fontes.
<i>Programa Cresça com Seu Filho</i> Fortaleza/CE	Assistir às famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças no período da gestação e da primeira infância (0 a 3 anos).	Sim, baseado no PIM e em outras fontes.
<i>São Paulo Carinhosa</i> São Paulo/SP	Articular, coordenar, divulgar e ampliar as ações realizadas no município de São Paulo para a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância.	Não
<i>Primeira Infância Acreana</i> Acre	O Programa <i>Primeira Infância Acreana</i> (PIA) foi idealizado para aprimorar o atendimento e o cuidado das gestantes e crianças de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade, favorecendo seu desenvolvimento integral e integrado.	Sim, baseado no PIM e em outras fontes.
<i>Agenda de Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil</i>	Fomentar nos municípios da ANDI (altos índices de desnutrição infantil) um modelo de atenção integral à saúde, com foco na qualificação e articulação dos serviços para o combate à desnutrição e o estímulo ao desenvolvimento na primeira infância.	Não

Outras iniciativas também contaram com o suporte técnico e metodológico do PIM. A partir de 2012, respondendo a um convite do Ministério da Saúde, técnicos da Equipe Estadual do PIM colaboraram na elaboração da nova Caderneta da Criança; na estruturação de

um curso à distância sobre o desenvolvimento na primeira infância e na elaboração e execução de metodologia de formação para gestores e profissionais municipais da saúde, educação e desenvolvimento social, sobre a temática do desenvolvimento infantil. O PIM colaborou

Método	Público-alvo	Usa Visitadores	Supervisão
Visita domiciliar e atividades grupais baseadas no roteiro de visitas do PIM.	Gestantes e crianças de 0 a 3 anos.	Sim, exclusivos para o Programa.	Sim
Visita domiciliar e atividades grupais baseadas no roteiro de visitas do PIM.	Gestantes e crianças de 0 até 5 anos.	Sim, exclusivos para o Programa.	Sim
Visita domiciliar e atividades grupais baseadas no roteiro de visitas do PIM.	Gestantes e crianças de 0 até 6 anos.	Sim, Agentes Comunitários de Saúde.	Sim
Visita domiciliar e atividades grupais baseadas no roteiro de visitas do PIM.	Gestantes e crianças de 0 a 3 anos.	Sim, Agentes Comunitários de Saúde.	Sim
Construção de novas unidades escolares; elaboração de um currículo para a educação infantil; elaboração de critérios para priorização do acesso à educação infantil às crianças em situação de maior vulnerabilidade e Programa de acolhimento familiar.	Crianças de 0 até 6 anos.	Não	Não
Visita domiciliar e atividades grupais baseadas no roteiro de visitas do PIM.	Gestantes e crianças de 0 até 6 anos.	Sim, Agentes Comunitários de Saúde.	Sim
Formação das equipes de ESF. Visita domiciliar e atividades grupais.	Crianças menores de 5 anos.	Sim, Agentes Comunitários de Saúde.	Não

Fonte: Sites oficiais das ações/projetos/programas

na construção dos eixos que referenciam o desenvolvimento na primeira infância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança do Ministério da Saúde em 2015. Por fim, um avanço histórico para a promoção dos primeiros anos de vida foi a aprovação do

Marco Legal da Primeira Infância (2016), que visa garantir os direitos em diversos setores voltados à promoção do desenvolvimento integral, tendo o *Primeira Infância Melhor* como referencial de modelo de visita domiciliar.

## Desafios e conquistas ao longo desta trajetória

A trajetória de catorze anos do *Primeira Infância Melhor* possibilitou o aprendizado de lições relacionadas a superação dos desafios inerentes a uma política pública inovadora no Brasil. Tais desafios incluem aspectos diversos da realidade social, política, cultural e econômica do Estado do Rio Grande do Sul e estimulam seu aprimoramento constante.

No Brasil, governos federais, estaduais e municipais se alteram a cada quatro anos intercalados, fato este que pode provocar descontinuidade nas ações relacionadas ao PIM, de acordo com as prioridades de cada administração. No entanto, a institucionalização do Programa no Estado e nos municípios, por meio da criação de leis, instituição de cargos para provimento do Programa, previsão de metas e orçamento nos planos locais são estratégias que concorrem para a manutenção do PIM e minimizam os efeitos das trocas nas administrações. Soma-se a isso, a articulação do Programa junto a outras esferas administrativas, tais como o setor legislativo (Câmara de Vereadores e Assembleia Legislativa) e o Controle Social (Conselhos de Saúde, Educação e Assistência Social entre outros); a valorização da primeira infância respaldada por evidências científicas e o sentimento de pertencimento das famílias perante o PIM favorecendo a defesa pela sustentabilidade dessa política pública.

A intervenção do PIM, voltada não apenas às crianças, mas inclusiva aos demais membros das famílias, respeita a singularidade de cada indivíduo e as dinâmicas familiares. Isso envolve o investimento do Programa na valorização da historicidade, cultura e hábitos das famílias beneficiárias, percebido também no desenvolvimento de trabalhos específicos com as comunidades tradicionais (quilombolas e indígenas) e específicas (mães privadas de

liberdade ou egressas da prisão).

Além da preocupação com o desenvolvimento de práticas de cuidados que respeitem as peculiaridades etnoculturais dessas comunidades, o PIM tem como desafio contribuir para a superação das vulnerabilidades às quais estas populações estão expostas de forma mais intensa. Nas últimas décadas, o Brasil apresentou melhoria em indicadores relacionados à fome, à mortalidade infantil e ao acesso a saneamento básico, por exemplo. Contudo, estas populações não acompanharam esses avanços e encontram dificuldades em acessar as políticas sociais<sup>30</sup>, especialmente aquelas que residem em áreas de difícil acesso, o que vem demandando um grande esforço do PIM e uma forte articulação com as demais políticas de saúde, educação e desenvolvimento social; sensibilização dos gestores e profissionais da rede de serviços e uma aproximação constante com as lideranças comunitárias.

De igual forma, cabe ressaltar a valorização da participação paterna e/ou de cuidadores homens nas intervenções realizadas e nos materiais desenvolvidos pelo Programa, fortalecendo a responsabilização do homem no cuidado de suas crianças, fundamental para a construção da segurança e estabilidade emocional infantil, papel muitas vezes negligenciado pelas políticas públicas para a primeira infância (Pereira, 2015).

O funcionamento do PIM depende de um aspecto fundamental para a execução de uma política pública voltada à integralidade do cuidado: a intersetorialidade. Esta, é um exercício inaugurado pelo *Primeira Infância Melhor* nos municípios do Rio Grande do Sul, pois até sua criação, não havia a cultura de compartilhar a gestão de políticas

<sup>30</sup> Conforme Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas Tituladas (Anjos, 2013), 41,1% das crianças e adolescentes residentes em comunidades quilombolas vivem com fome ou sob o risco de inanição. A taxa de mortalidade infantil indígena do país passou de 31,90 para 43,46 óbitos para cada mil nascidos vivos – um número duas vezes maior do que a taxa média do Brasil (15) e similar ao de países como a Namíbia ou São Tomé e Príncipe (Bedinelli, 2015).



públicas entre secretarias. O investimento na integralidade do cuidado e no desenvolvimento de estratégias que pensem o sujeito na sua completude demanda romper com práticas fragmentadas de gestão e de organização dos serviços. A intersetorialidade é estimulada em todos os aspectos da organização política e administrativa do PIM, sejam eles na constituição da equipe municipal, no compartilhamento de responsabilidades, na pactuação de prioridades, nas discussões em comitês municipais e/ou no acompanhamento dos beneficiários.

Entre as condições para o funcionamento satisfatório da intersetorialidade e, conseqüentemente do PIM, está a necessidade do apoio dos gestores à atuação dos técnicos, ou seja, é necessário que, além do perfil, os representantes do GTM tenham liberação de carga horária para atuar no Programa e participar de processos de formação. Sem isto, os mesmos não têm condições de oferecer o apoio e acompanhamento necessários à qualidade das ações realizadas pelo PIM devido à falta de respaldo. Esta dificuldade incide diretamente no resultado das ações (Zorzan, 2012).

Uma das dificuldades a ser transposta pelos municípios é a ausência de legislação local específica para o Programa, representando, muitas vezes, um entrave administrativo para a contratação dos Visitadores, um dos maiores desafios das gestões locais. Além disso, sendo os Visitadores os profissionais mais próximos das famílias, responsáveis diretos pela qualidade de vínculo destas com o Programa, é essencial que também tenham perfil adequado ao desempenho de suas atividades e ao manejo de relações interpessoais. De modo geral, pode-se afirmar que o perfil e atuação destes profissionais determina, em grande parte, a credibilidade junto à população no PIM.

A construção de conhecimentos e práticas adequadas ao contexto do PIM depende do desenvolvimento de processos formativos permanentes a todos os atores envolvidos com o Programa. A sensibilização das equipes municipais para a priorização de momentos de formação em suas rotinas de trabalho, bem

como o alinhamento conceitual e prático aos princípios do Programa demandam dos representantes do GTE um constante investimento no desenvolvimento de metodologias de formação e materiais de suporte que possam auxiliar nesses processos.

Vale ressaltar a importância do Sistema de Informações do PIM para o adequado funcionamento do Programa. Este sistema tem potencial para uma série de análises, pesquisas e avaliações, pois dispõe de uma vasta gama de informações e de inúmeras possibilidades de utilização, ainda pouco exploradas. É necessário criar novos filtros, facilitando a autonomia dos usuários e análise de informações já constantes no sistema. Além disso, é preciso conscientizar as equipes municipais sobre a manutenção constante do SisPIM com a inclusão de todos os atendimentos realizados, bem como o preenchimento detalhado do monitoramento do desenvolvimento infantil, o que permite qualificar o processo de monitoramento e avaliação das ações do Programa.

A redução do número de famílias previstas para o atendimento de cada Visitador (de 25 para 20 famílias) foi uma conquista institucional importante, fruto da sensibilização de gestores e de pactuações políticas. Com esta alteração, os Visitadores passaram a ter maior disponibilidade de tempo em suas agendas semanais para educação permanente, construção dos planejamentos, supervisão e avaliação de suas atividades, aprimorando assim, as intervenções e os resultados junto às famílias. Da mesma forma, o crescimento da oferta de educação infantil para crianças maiores de quatro anos ampliou a inclusão de famílias com gestantes e crianças menores de quatro anos, principal foco do PIM.

Outro importante desafio do PIM, de caráter técnico e institucional, foi a inclusão do atendimento a crianças com deficiência. Inicialmente, a prática das ações contemplava apenas o encaminhamento da demanda identificada para a rede, que providenciava sua vinculação a serviços especializados. Após intenso estudo da equipe estadual, com apoio de instituições especializadas e respondendo às demandas das famílias, crianças com

deficiência passaram a ser contempladas nas Modalidades de Atenção do PIM, cujas atividades passaram a ser planejadas sob a orientação de especialistas.

No que tange às pesquisas como forma de monitoramento dos resultados do PIM, além das já realizadas, observa-se ainda a necessidade de um estudo longitudinal ou experimental que analise a relação de custo-efetividade e o impacto das intervenções do Programa no desenvolvimento das crianças, famílias e comunidades. Uma avaliação desta natureza responde às diretrizes de uma administração pública moderna e eficiente, além de concorrer para a promoção de uma agenda de desenvolvimento voltada aos

interesses públicos.

Diante de todas estas considerações, pode-se afirmar que a política pública *Primeira Infância Melhor* é um grandioso exemplar de tecnologia, inovação e desenvolvimento social, em virtude da dimensão de sua estrutura. A concretização das ações e o alcance dos resultados sólidos provém de gestores comprometidos com a primeira infância – e, conseqüentemente, com uma sociedade melhor – bem como de uma grande equipe que não mede esforços, pois seus conhecimentos técnicos respaldam permanentes investimentos em prol de um ideal que segue com legitimidade. De modo geral, a política se fortalece continuamente em virtude da autenticidade de sua existência.

# Referências

Almeida, L., Bergmann, C., Drügg, C.V., Silva, G.M., Chiapin, G., Fontoura, K.M.R., Pires, L.M., & Silva, S.S.N. (2016). O que você faz pelo seu filho hoje vale para a vida toda. In: Haddad, E. (org). O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância- São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura.

Anjos, L. A., (2013). Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e nutricional em Comunidades quilombolas titulados. Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF) / Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense (DataUFF). Brasília.

Baker-Henningham, H., & López Bóo, F. (2010). Early childhood stimulation interventions in developing countries: A comprehensive literature review.

Berlinski, S., & Schady, N. (2015). Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. BID.

Bernardes, K. I. (2010). Avaliação do Primeira Infância Melhor através de estudos de casos: o encontro entre a educação formal e não-formal (Dissertation, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).

CELEP - Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar. (2010). Informe Final de la Evaluación al Programa Primera Infancia Mejor.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social. (2009). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – 1. ed. – Brasília.

Drügg, C. (2011). Formação e desempenho do visitador na prática socioeducativa do Programa Primeira Infância Melhor (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).

\_\_\_\_\_, C.D.V, Verch, K. Fontoura, K. (2016). Investimento na Primeira Infância: Desenhando um Futuro Melhor por meio da Visita Domiciliar. In: CARDIA, Nacy; ALVES, Renato; ASTOLFI, Roberta (orgs.). Visitação Domiciliar. São Paulo: Editora da Universidade São Paulo.

FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. (2014). O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: Um retrato multidimensional. Relatório 2014: Brasília.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Atenção Básica. (2017). Disponível em <http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Consultado em maio de 2017.

FGV - Fundação Getúlio Vargas/RJ. (2014). Avaliação para Melhora da Relação Custo Efetividade, Qualificação e Expansão do Primeira Infância Melhor (PIM).

\_\_\_\_\_. (2014b). Metodologia de Trabalho para Efetivação do Comitê Gestor do PIM. Documento Interno. Não publicado.

Garcia, F., Braun, G., Carraro, A., Teixeira, G., & Petrucci, D. (2017). Atenção Primária em Saúde baseada na Família: Uma Avaliação Empírica do Programa Primeira Infância Melhor do Rio Grande do Sul – Brasil. Workingpaper. Não Publicado.

Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., y Yavitz, A. (2010). "The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program". *Journal of public Economics*, 94(1), 114-128.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Cartilha do Censo 2010 - Pessoa com Deficiência.

\_\_\_\_\_ (2004). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2004. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/>. Consultado em maio de 2017.

\_\_\_\_\_ (2005). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2005. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/>. Consultado em maio de 2017.

INCRA. (2013). Censo da População Quilombola 2013. Disponível em <http://www.incra.gov.br/>. Consultado em maio de 2017.

INEP. (2015). Censo escolar 2015. Brasília: Ministério da Educação/Inep. <http://matricula.educacenso.inep.gov.br/>. Consultado em maio de 2017.

Janus, M., & Duku, E. (2014). Resultados da implementação da versão adaptada para o Português do EDI no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Leer, J., López Boo, F., Perez Expósito, A., & Powell, C. (2016). A Snapshot on the Quality of Seven Home Visit Parenting Programs in Latin America and the Caribbean.

López-Boo, F., Araujo, M. C., y Tomé, R. (2016). ¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado infantil?: guía de herramientas. BID.

Marseille, E., Larson, B., Kazi, D., Kahn, J., and Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bulletin of the World Health Organization*.

Ministério do Planejamento. (2017). Unidade Básica de Saúde. Disponível em <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>. Consultado em maio de 2017.

ONU. (2004). Índice de desenvolvimento Humano. Disponível em <http://hdr.undp.org/en/data#>. Consultado em maio de 2017.

Paulsell, D., Avellar, S., Martin, E. S., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. Mathematica Policy Research.

Pereira, J. P. (2015). Da paternidade responsável à paternidade participativa? Representações de paternidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2016). IDH Brasil. Disponível em <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/countryinfo/>. Consultado em maio de 2017.

Portal Saúde. (2016). Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.

Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>. Consultado em maio de 2017.

RNPI - Rede Nacional Primeira Infância. (2010). Plano Nacional para a Primeira Infância.

Secretaria Estadual da Saúde, Rio Grande do Sul. (2013). Programa Primeira Infância Melhor. Guia da Gestante. 7 ed. Porto Alegre: CORAG, 2013.

SESAI. Censo da População Indígena 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>. Consultado em maio de 2017.

SISPIM - Sistema de Informação do Primeira Infância Melhor. (2016). Disponível em [http://www.pim.saude.rs.gov.br/a\\_PIM/php/identificacaoDeUsuario.php?d=b](http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/identificacaoDeUsuario.php?d=b). Consultado em maio de 2017.

Schneider, A., Bergmann, C. K., Drügg, C.V., Silva, G.M., Chiapin, G., Fontoura, K.M.R., Pires, L.M., Almeida, L.M., & Silva, S.S.N. (2016). Pioneirismo e Inovação em Política Pública para a Primeira Infância no Brasil: A Experiência do PIM. In: Avanços do Marco Legal da Primeira Infância. Caderno de Trabalhos e Debates da Câmara de Deputados.

Schneider, A., & Ramires, V. R. (2007). Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública.

Stoltzfus, E., & Lynch, K. (2009). Home visitation for families with young children (CRS Report for Congress).

UNESCO. (2001). Educação para Todos: o compromisso de Dakar. Ação Educativa, Brasília-DF.

\_\_\_\_\_. (1990). Declaração Mundial sobre Educação para Todos (Conferência de Jomtien).

\_\_\_\_\_. (2001b). Plano Nacional de Educação. Brasília: Senado Federal.

UNICEF. (2006). Situação da Infância Brasileira (2006). Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

\_\_\_\_\_. (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. Adaptada pela Assembléia Geral nas Nações Unidas.

Vygotsky, L. S.; Luria, A. R.; Leontiev, A. N. (1988) Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. Tradução de Maria da Penha Villalobos. 2. ed. São Paulo: Ícone.

World Health Organization - WHO. 2017. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015.

Zorzan, S. P. (2011). Gestão de qualidade em educação: a experiência do Programa Primeira Infância Melhor (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).



# Apêndice

## 1. Comunidades tradicionais e específicas<sup>31</sup>

Em todas ações do Programa *Primeira Infância Melhor*, a cultura e as experiências de cada comunidade atendidas são valorizadas. Contudo, existem especificidades que precisam ser consideradas no que diz respeito à adaptação da metodologia do PIM, principalmente nas comunidades tradicionais: indígenas e quilombolas; e específicas: ribeirinhas, do campo, da floresta e das águas e mães em privação de liberdade. Para responder a esta demanda, além dos instrumentos descritos na seção de implantação e implementação do PIM, foi elaborado o instrumento Mapeamento Cultural que tem por objetivo identificar subsídios para a adaptação e elaboração das intervenções e das atividades lúdicas a serem implementadas por meio da metodologia do Programa.

A realização do Mapeamento Cultural deve ocorrer após a Formação Inicial de Visitadores envolvendo também os Monitores, Grupo Técnico Municipal e representantes do PIM nas Coordenadorias Regionais de Saúde e Educação. Além disso, são realizadas visitas às comunidades, entrevistas e conversas com as famílias de cada comunidade. Este estudo inicia-se no processo de implantação do PIM, mas deve permear todas as ações de implementação, buscando adequar-se a metodologia e ao contexto local. Não obstante, cada comunidade tradicional ou específica possui características diferentes, por isso, não há um roteiro pronto das adaptações a serem realizadas. Sendo assim, apresenta-se abaixo, três experiências já realizadas no PIM, que ilustram como foi a trajetória de implantação do PIM nas referidas comunidades.

### Comunidade quilombola<sup>32</sup>

Em 2006, a implantação do PIM em área quilombola contou com a participação de membros da coordenação e técnicos do PIM, do Conselho de Desenvolvimento e Participação da Comunidade Negra no RS e das Secretarias Estaduais da Saúde, da Assistência Social e da Educação. Também participaram pesquisadores, colaboradores e representantes da sociedade civil interessados no tema. Esta união de esforços foi fundamental para agregar conhecimentos e práticas a uma proposta inédita dentro da metodologia do Programa. Na oportunidade, foi possível dialogar sobre os dados epidemiológicos desta população, suas lutas por acesso e garantia de direitos constitucionais e as desigualdades sociais e

econômicas as quais estão historicamente submetidas.

A proposta iniciou com o mapeamento das comunidades quilombolas no RS a fim de identificar os municípios que já contavam com o PIM e quais deveriam ser sensibilizados para implantação do Programa. Na oportunidade, foi possível verificar a fragilidade dos dados, pois não havia clareza quanto ao número de famílias e crianças residentes nestas comunidades.

Em 2008, deu-se início à proposta de atenção do PIM nas comunidades de Pedras Grandes e Rincão dos Alves no município de Bagé. Foram meses de sensibilização e de

31 Textos com base no relato dos representantes do GTE que acompanharam o processo de implantação do PIM nestas áreas.

32 De acordo com o Censo 2010, a população quilombola no Rio Grande do Sul é de 10.248, dos quais 579 se encontram na faixa etária de 0 a 4 anos.

mobilização dos gestores e equipes técnicas locais para a importância de desenvolver um trabalho específico com estas famílias. Entre os desafios, estava a resistência de lideranças locais em aderir à proposta, por receio de uma interferência que não respeitasse a cultura de cuidado com a infância e os arranjos organizacionais das comunidades. O apoio das equipes técnicas e gestores municipais foi fundamental nesse processo. Os próprios gestores realizaram visitas aos quilombos para conversar com as lideranças, contribuindo para fortalecer a confiança no trabalho a ser desenvolvido. O preenchimento do mapeamento cultural foi uma importante estratégia desenvolvida especialmente para esta experiência e que, na sequência, foi utilizada em outras iniciativas de atenção a comunidades tradicionais e específicas. As informações levantadas fundamentaram práticas de revitalização da cultura local e subsidiaram a organização das metodologias de formação das equipes, a seleção dos conteúdos a serem trabalhados com as famílias e demais estratégias de implantação.

A seleção dos Visitadores priorizou pessoas da própria comunidade (fato este que não é requisito nas demais comunidades atendidas) identificadas com apoio das lideranças, o que favoreceu uma aproximação maior com as famílias e as práticas de cuidado locais. A formação dos Visitadores foi desenvolvida pelo GTM, com suporte do GTE e aconteceu com carga horária maior do que a estipulada na metodologia, uma vez que foi necessária a inclusão de temas específicos da cultura local. A distância de cerca de 100 Km da sede

## Comunidade indígena<sup>33</sup>

A primeira experiência do PIM no território indígena aconteceu no ano de 2010, nos municípios de Iraí e Liberato Salzano.

Além dos gestores municipais (prefeitos e secretários), as lideranças indígenas foram consultadas sobre seu interesse e como o processo aconteceria na área indígena. A partir

do município foi um desafio importante a ser superado pelo GTM para o desempenho de suas funções de acompanhamento dos Visitadores - foi preciso conquistar o apoio dos gestores para a disponibilização de transporte e carga horária adequada para tal.

As atividades desenvolvidas priorizaram a articulação com os serviços de saúde, educação e assistência social, considerando a necessidade de uma atenção integral às demandas identificadas. Os atendimentos do Programa focaram na promoção e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, na valorização da ancestralidade, tão importante para a identidade da cultura afro-brasileira. Tais atividades mobilizaram nos cuidadores e familiares sentimentos que contribuíram para sua autoestima e autoimagem, com a valorização da memória étnico-cultural. As visitas domiciliares objetivaram, principalmente, fortalecer o valor às raízes, por meio de brincadeiras tradicionais, culinária, jogos e cantigas populares, além da contação de histórias. O estímulo ao cuidado com a natureza, bem como as vivências corporais, lhes permitiram compreender os significados aí contidos. Deste modo, promoveram em si próprios a identidade como sujeitos de sua história, conscientes de suas potencialidades para ser e crescer.

O PIM procurou viabilizar, por meio desta proposta, um olhar diferenciado sobre o desenho das atividades relacionadas à cultura afro-brasileira, rompendo com barreiras socioculturais e levando visibilidade a estas comunidades.

da consonância de interesses entre os gestores municipais e lideranças indígenas, foi agregado ao Grupo Técnico Municipal, um representante da área indígena (com nível superior e indígena). Ao cacique e aos conselheiros foram apresentados os pressupostos do PIM, fazendo parte deste momento a explanação sobre o Mapeamento Cultural.

33. No Rio Grande do Sul, de acordo com o Censo de 2010, havia 10.693.929 habitantes. Destes, 34.001 se declararam indígenas, sendo que 18.616 viviam em território indígena e 2.145 eram crianças entre 0 e 4 anos.

Orienta-se aos municípios que implantam o programa em áreas indígenas que os Visitadores pertençam à comunidade, sejam indígenas e falem a língua materna. Tais critérios são embasados na manutenção e fortalecimento da cultura. A formação voltada para os Visitadores se dá na lógica do respeito à cultura e experiências dessa população e, a mesma exige a presença de profissionais do GTE, da Secretaria Especial da Saúde Indígena - SESAI, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, numa relação dialógica com os participantes. Quando a formação é realizada na aldeia, além dos candidatos à função de Visitador, podem participar todos os membros da comunidade: cacique, conselheiros, Agentes Indígenas de Saúde - AIS, Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN e moradores, uma vez que, o coletivo faz parte do viver da cultura indígena. A formação abrange as temáticas sobre visitação domiciliar, desenvolvimento da primeira infância e gestação, considerando como a etnia (no RS as etnias prevaletentes são Kaingang e Guarani) concebe a criança, seu crescimento e desenvolvimento, a gestação, as relações na comunidade, entre outros. Ressalta-se que a ludicidade é um elemento constante da cultura indígena. Os ensinamentos se dão, em sua

maioria, de forma oral, por meio da contação de histórias, das músicas, da representação teatral.

As Modalidades de Atenção acontecem em suas duas formas: Individual e Grupal. Os materiais utilizados primam por valorizar o ambiente (sementes, cestarias, madeiras). A Modalidade Individual é realizada na casa, porém, não raro, várias crianças adentram ao espaço para observar e participar. Isso faz parte de sua cultura. A Modalidade Grupal, além das crianças e seus cuidadores, também é acompanhada por avós, primos, parentes (como eles próprios denominam: todos são parentes).

Transversalizados pelo acultramento, hábitos não indígenas e não saudáveis, incidem na fragilidade da cultura, geram depressão, alcoolismo, violências. Um dado preocupante é o coeficiente de mortalidade infantil que está acima, inclusive, da criança negra. A inserção do PIM nestes espaços está permeada também pelo viés de auxiliar na diminuição da mortalidade infantil e qualificar outros indicadores de saúde que não acompanham as melhorias do restante da população.



## Comunidade prisional

Ciente da importância da intervenção nos primeiros anos de vida, e sabendo que no contexto prisional a mãe é a principal ou única referência familiar, o *Primeira Infância Melhor* ampliou seu atendimento para a comunidade carcerária do Presídio Feminino Madre Pelletier, localizado em Porto Alegre, na capital do estado do Rio Grande do Sul. O objetivo desta iniciativa é estimular e fortalecer o vínculo mãe/bebê e promover o desenvolvimento infantil integral saudável, por meio de vivências lúdicas, fortalecendo o protagonismo materno.

O projeto piloto iniciou em 2012, ano em que foram realizados grupos de estudos, sensibilização dos gestores envolvidos, conversa com o público-alvo, articulação com a rede de serviços e levantamento dos dados sociais e de saúde das gestantes e/ou mães privadas de liberdade. Tal projeto foi elaborado e executado em parceria com a Secretaria de Segurança Pública, por meio da Superintendência de Serviços Penitenciários e por intermédio do Departamento de Tratamento Penal.

O Presídio Feminino Madre Pelletier conta com uma população de 224 apenadas. Dessas, 121 são mães; 34% possuem entre 35 a 45 anos de idade e a maioria, 63%, é solteira. Em relação ao número de filhos, 30% possuem um, 28% dois, 22% três, 7% quatro e 13% mais de quatro. A maior parte das crianças, 68%, possui entre zero e 11 anos<sup>34</sup>. O presídio possui uma galeria denominada de Unidade Materno Infantil - UMI, que abriga anualmente 60 gestantes e 25 mães acompanhadas de seus filhos em média. A casa carcerária recebe apenadas gestantes de todo o estado a partir do sexto mês de gravidez.

No Projeto Piloto, as visitas foram planejadas e executadas por representantes do Grupo Técnico Estadual, como forma de conhecer a realidade do sistema carcerário; analisar as especificidades do público-alvo; refletir sobre as adaptações metodológicas necessárias;

entre outros aspectos. Este fato foi de extrema relevância para a elaboração de nova proposta para este público, atendendo a diferentes regiões do Rio Grande do Sul.

O atendimento do PIM no Madre Pelletier foi realizado por meio da Modalidade de Atenção Grupal, independente da idade da criança. Tal adaptação da metodologia foi necessária pois não era possível o atendimento individualizado, visto que as apenadas habitam um espaço único. Além disso, instrumentos de caracterização e monitoramento não foram utilizados devido à rotatividade das gestantes e mães. As visitas eram programadas previamente, respeitando a cultura e experiência das participantes, e constituíam-se em orientações e atividades lúdicas para promoção do desenvolvimento infantil e do cuidado com a saúde por meio do protagonismo materno. Os principais objetivos desta iniciativa foram: garantir acesso a uma política pública materno-infantil, buscando minimizar a vulnerabilidade da população privada de liberdade; estimular e fortalecer o vínculo mãe-bebê; promover o desenvolvimento infantil integral saudável e orientar sobre os cuidados de saúde para a gestante e bebês.

Como desafio do Projeto Piloto teve-se a dificuldade de sensibilização das gestantes e mães para adesão à proposta, visto que a maternidade no cárcere muitas vezes é algo não desejado, pela dificuldade de enfrentar a chegada de um bebê que ficará em situação de privação de liberdade. Além disso, a participação rotativa das detentas, em função das transferências, realocações e trâmites legais; a falta de ambientação adequada para o cuidado com o bebê aliada a fragilidades na segurança foram também aspectos relevantes desta iniciativa.

Após cinco anos de experiência, inicia-se em 2017 a construção da "Linha de Cuidado Intersetorial Materno Infantil", voltada às mulheres de três prisões exclusivamente

<sup>34</sup> Pesquisa desenvolvida pelo Centro de Apoio Operacional da Infância, Juventude, Educação, Família e Sucessões e pela Promotoria de Justiça de Execução Criminal de Porto Alegre. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/noticias/id39558.htm>

femininas do Rio Grande do Sul, encarceradas ou egressas das referidas prisões e seus filhos menores de 4 anos. Caracteriza-se por uma ação de visitação a crianças, mulheres e lactantes no cárcere. Envolve a visitação à criança e sua mãe/cuidador durante sua permanência na prisão e a continuidade da visitação no processo de reinserção da criança na família extensa/comunidade. O projeto envolve todas as crianças menores de quatro anos com mãe oriunda ou egressa das prisões exclusivamente femininas e residentes nos municípios de Porto Alegre, Torres e Guaíba e será desenvolvido como uma linha de ação do Programa *Primeira Infância Melhor*, que compõe as redes de saúde dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. As etapas do projeto envolvem as seguintes ações voltadas à promoção do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos cujas mães estão em situação de privação de liberdade:

- Levantamento dos casos de gestantes e mulheres com filhos de até 4 anos, privadas de liberdade em prisão preventiva;
- Mapeamento dos serviços que compõem a rede de atenção intersetorial às mulheres e crianças oriundas e egressas das três prisões;
- Pactuações com as esferas locais dos poderes municipais, estaduais e federais incluindo as redes de educação, assistência

social e saúde dos municípios;

- Seleção dos funcionários para supervisão, articulação de rede e visitação;
- Formação dos Visitadores selecionados;
- Avaliação das estruturas físicas dos presídios femininos;
- Adaptação das estruturas com a criação de uma sala específica para a execução do projeto nas três prisões;
- Adaptação do espaço físico do presídio onde permanecem os bebês respeitando normativas nacionais de vigilância, buscando a garantia do direito ao desenvolvimento em um ambiente saudável;
- Início das ações de visitação do Programa *Primeira Infância Melhor* para gestantes, mães e bebês dentro das três prisões femininas, nas modalidades individuais e grupais, desde a gestação até a permanência dos bebês no cárcere e
- Início da visitação domiciliar do PIM no processo de inserção do bebê na família extensa e de crianças menores de 4 anos com a mãe oriunda ou egressa das prisões exclusivamente femininas residentes nos municípios.



## 2. Seminário Internacional da Primeira Infância

Ano	Tema	Principais palestrantes
2003	A experiência mundial e brasileira no desenvolvimento integral da primeira infância	J. Kevin Nugent – EUA Emily Fenichel – EUA Bruna Giacopini – Itália Mary Young – EUA Liliana Mayorga Salas – Chile Maria Guadalupe Rodríguez Martínez – México José Ovidio C. Waldemar - Brasil
2004	Desenvolvimento emocional na primeira infância: pressupostos básicos para a aprendizagem	Thomas Berry Brazelton – EUA José Amar Amar – Colômbia Vital Didonet – Brasil Osmar Gasparini Terra – Brasil Marcos Fuchs – Brasil Isabel Rios – Cuba Battista Quinto Borgui – Itália Alessandra Schneider – Brasil



Ano	Tema	Principais palestrantes
2005	O ambiente familiar no desenvolvimento infantil	<p>Salvador Célia – Brasil            Jaderson Costa da Costa – Brasil            Jairo Alberto Zuluaga Gomes – Colômbia            Angela Nunes – Portugal            Rubens Alves – Brasil            Anna Lúcia Campos – Peru            Maria Guardalupe Rodriguez Martínez – México            Maria Auxiliadora González – Venezuela            Marilyn Benoit – EUA            Anne Frichet – França            Gaby Fujimoto – EUA            Humbert Montagner – França</p>
2006	O impacto econômico da primeira infância	<p>James Heckman – EUA            Fraser Mustard – Canadá            Soo Choi – França            Rosane Silva Pinto de Mendonça – Brasil            Maria Madalena Santos – Brasil            Alessandra Schneider – Brasil            Francisca Maria Andrade – Brasil</p>
2007	A política de prevenção da violência e da primeira infância no estado do RS	<p>Vital Didonet – Brasil            Maria Inés Cuadros – Colômbia            Myrtha Chokler – Argentina            Bernard Golse – França            José Ottoni Outeiral – Brasil            Vitor Mardini – Brasil            Dominic Berter – Brasil            Saul Cypel – Brasil            Isabel Rios – Cuba</p>
2008	A atenção à primeira infância e o impacto na redução da pobreza e da violência	<p>Christopher Clouder – Inglaterra            Richard Tremblay – Canadá            Jorge Kayano – Brasil            Alina Gómez Flórez – Colômbia            Francisco Carrión – Equador            Mary Eming Young – EUA            Magdalena Janus – Canadá            Alberto Concha – Brasil            Miriam Diaz – Cuba            Fraser Mustard – Canadá</p>

Ano	Tema	Principais palestrantes
2009	Modelos inovadores de atenção à primeira infância.	<p>Steven Barnett – EUA            Ellen Claire Frede – EUA            Antenor Napolini – Brasil            Lúcia Grigolletti – Brasil            Miguel Zabalza Beraza – Espanha            Vitor Guerra – Uruguai            Jon Korfmacher – EUA            David Dickinson – EUA            Bernardo Castro – EUA            Juan Jose Ortiz – Cuba</p>
2010	Investimento na primeira infância – realidade e evidências	<p>Paolo Fontani – Itália            Leonardo Yáñez – Holanda            Sinane Reynaldo Goulet – EUA            Agnès Szanto – França            Jonathan Richard Henry Tudge – EUA            Nicholas David Wechsler – EUA            Myrtha Chokler – Argentina            Maite Onochie – Espanha            Marilena Flores Martins – Brasil            Marcos Kisil – Brasil</p>
2011	A infância e a saúde: linhas de cuidado e integralidade da atenção	<p>Abraham Hersz Turkenicz – Brasil            Adriana Friedmann – Brasil            Angél Martinez – Espanha            Fernanda Ramos Luz – Brasil            Herve LeGuillouzic – França            Leonardo Yanes – Holanda            Lori Roggman – EUA            Maria Thereza Marcílio – Brasil            Ricardo Paes de Barros – Brasil            Victor Guerra – Uruguai</p>
2012	Ser bebê: direito incondicional de todas as crianças	<p>Sandra del Rócio – Equador            Paulo Bonilha – Brasil            João Batista – Brasil            Leandro Pinheiro – Brasil            Marcela Aracena Alvares – Chile            Clarissa Aliatti Beleza – Brasil            Fernando Anschau – Brasil            Angelita Hermann – Brasil</p>

Ano	Tema	Principais palestrantes
2013	A criança no território: um compromisso de todos	<p>Celso Gutfriend – Brasil  Cristina Loyola – Brasil  Eric Duku – Canadá  Liliane Penello – Brasil  Dora Ruiz – Peru  Miriam Diaz Gonzales – Cuba  Tião Rocha – Brasil  Carmem Oliveira – Brasil</p>
2014	A ludicidade como atividade essencial ao desenvolvimento humano	<p>Vitor Guerra – Uruguai  Ana Cláudia Leite – Brasil  Alemberg Quindins – Brasil  Membros do Grupo Técnico Estadual</p>

Fonte: Site do PIM ([www.pim.saude.rs.gov.br](http://www.pim.saude.rs.gov.br)), 2017.





**Carla Naíne Martins** - *Família atendida pelo PIM*

Quando a Visitadora chegava, toda a família se envolvia para transmitir à bebê os conhecimentos adquiridos. Era muito divertido e gratificante sentir que minha filha passava a corresponder, gradativamente, aos estímulos realizados. O programa estreitou o vínculo de proximidade entre nós, o que fortaleceu nossos laços familiares.

**Angela Lopes** - *Visitadora Indígena Rio da Várzea - Município de Liberato Salzano/RS*

Com o nosso trabalho, temos mais crianças saudáveis. Foi difícil pra mim no começo. Nós tínhamos que orientar as atividades a elas para elas *fazer e participar* de todas as atividades. E *através* disso, estou muito contente, muito feliz, porque as crianças estão aprendendo muito.

**Eduardo de C. Queiroz** - *Presidente Diretor da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal*

Essa publicação pode contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a primeira infância e esperamos que este livro possa servir de inspiração para outros países, estados e municípios que desejam priorizar essa importante etapa da vida em suas políticas e programas. Parabenzamos o PIM pela iniciativa e agradecemos por todos esses anos de parceria.

**Leonardo Yánez** - *Representante Sênior da Fundação Bernard van Leer*

O PIM é um equalizador de oportunidades, um Programa que acredita no poder da família para superar as desigualdades. O PIM é um modelo que tem sido adaptado a outras regiões do Brasil e vem inspirando soluções para os graves problemas de desigualdade que ainda afetam esta grande nação.

**Liliane Penello** - *Coordenadora da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis/Ministério da Saúde*

A proposta de aproximação coordenada dos equipamentos sociais do território e a preocupação em articular os desafios das micro às macropolíticas traduzindo-as em ações efetivas para uma atenção integral são destaques altamente positivos desta iniciativa que aplaudimos.

**Gilvani Pereira Grangeiro** - *Assessora Técnica da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Ministério da Saúde*

Destaco três aspectos do PIM: o tempo de experiência, a atuação intersetorial e a disponibilidade em conceder saberes. O PIM extrapolou os limites do Rio Grande do Sul e se dispõe a repassar conhecimentos e encurtar caminho dos que querem começar.

**Katherine M.M. Benevides** - *Coordenadora Estadual de Saúde da Criança do Estado do Amazonas*

Tínhamos grandes desafios no Amazonas. O primeiro era tentar "adaptar" o bem sucedido PIM à realidade amazônica; o segundo era a equipe do PIM atravessar o Brasil para nos apoiar nessa construção. A equipe do PIM abraçou conosco esse desafio.

**Alessandra Schneider** - *Psicóloga, Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)*

Por todas as aprendizagens geradas, após quase quinze anos de implementação, o PIM tem sido reconhecido no Brasil e no exterior como uma boa-prática de atenção integral às crianças pequenas e suas famílias. Parabéns a todos aqueles que, cotidianamente, constroem essa realidade.

