



# Experiências estaduais de estímulo, cuidado e interação para o desenvolvimento da primeira infância - Brasília /março 2016



Representação  
da UNESCO  
no Brasil



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL BRASIL  
Américas



Primeira  
Infância  
Melhor



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE



Ação socioeducativa voltada ao fortalecimento das competências das famílias com gestantes e crianças menores de 6 anos de idade, em situação de vulnerabilidade social e risco.

Desde sua concepção, reconhece a singularidade e a importância do investimento nos primeiros anos de vida como condição ao desenvolvimento saudável do indivíduo ao longo da vida .

# O PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR



## OBJETIVO

Orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os 5 anos.

## MODALIDADES DE ATENÇÃO

Visitas Domiciliares e Atividades Grupais semanais (1h), de caráter lúdico e realizadas por Visitadores capacitados em DPI.

## EIXOS DE SUSTENTAÇÃO

- Comunidade
- Família
- Intersetorialidade

Implantado em 2003  
Leis Estaduais 12.544/06 e 14.594/14.  
Compõe os Projetos Prioritários do Governo do RS

Referência  
Metodológica



# ESTRUTURA E FUNÇÕES DA EQUIPE

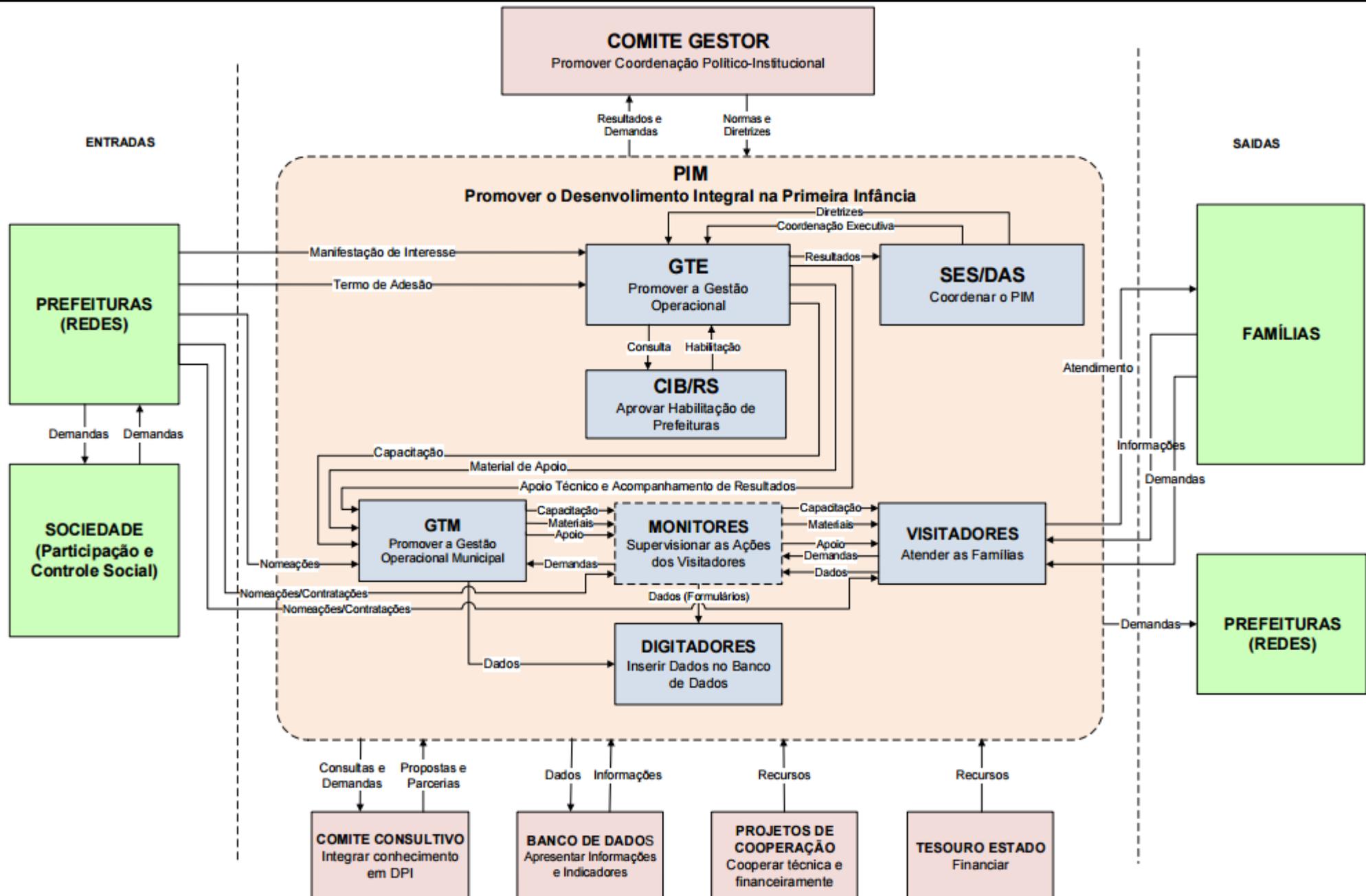


GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE



## Rede de Serviços

Atenção Básica em Saúde/ Proteção Social Básica/ Educação/ Cultura



## A Implantação consta de 3 Etapas:

- \* **CRITÉRIO DE IMPLANTAÇÃO NOS MUNICÍPIOS (IVF - IPEA)** Indica quais municípios são mais vulneráveis no Estado e Estudo FEE quantifica e oferece números de crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade no Estado.
- \* **CRITÉRIO DE IMPLANTAÇÃO DA ÁREA** (Situação da Primeira Infância).
- \* **CRITÉRIO DE IMPLANTAÇÃO SELEÇÃO DE FAMÍLIAS** (Censo e Escala de Risco)

# CRITÉRIO DE SELEÇÃO DAS ÁREAS



✓ **\*Campo da Saúde:** morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos; fatores de risco que envolvem a ocorrência de doenças. (ex: desnutrição, gestação na adolescência, mortalidade materna e infantil, doenças infecciosas, doenças transmissíveis, causas externas, abuso de álcool e outras drogas ).

**\*Campo da Assistência Social:** Famílias incluídas em programas de transferência de renda e/ou com perfil saúde no Bolsa Família.

**\*Campo da educação:** Baixa cobertura de Educação Infantil, Analfabetismo ou baixa escolaridade materna ou do cuidador principal.

**\*Campo da Segurança e Saúde:** Maior incidência de situações de violência (física, abandono, negligência, maus tratos ).

**\*Campo dos Serviços urbanos e Infraestrutura:** condições inadequadas de habitação na qual reside a família; sistema de abastecimento de água; escoamento sanitário; destino do lixo; densidade domiciliar (número de moradores dividido pelo número de cômodos do domicílio).

\*Áreas de difícil acesso rural ou urbano, além de Assentamentos e Ribeirinhas e de Comunidades Tradicionais (Indígenas e Quilombolas).

\*Precariedade ou Inexistência de Serviços Públicos .

\*Indicações pontuais que venham da rede de serviços municipais como por exemplo:

- ✓ Famílias com crianças com mais de uma hospitalização no primeiro ano de vida.
- ✓ Famílias com mães com depressão.
- ✓ Famílias com cuidadores, gestantes e/ou crianças com deficiência.
- ✓ Gravidez precoce.
- ✓ Famílias com indivíduos dependentes de substâncias psicoativas (álcool e drogas).
- ✓ Famílias com indivíduos em atendimento especializado e/ ou tratamento psiquiátrico.



# INCENTIVO ESTADUAL



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

## INCENTIVO FINANCEIRO

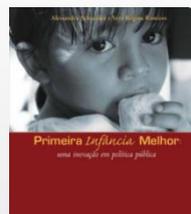
Carga horária semanal	Nº de Famílias	Valor do Incentivo Financeiro (R\$)
20h	14 famílias	500,00
30h	17 famílias	750,00
40h	20 famílias	1.000,00

Portaria 578/2013

## BASE DE CÁLCULO

Número de Visitadores X Carga horária semanal dos Visitadores  
= Nº de Famílias previstas para atendimento

## MATERIAIS DE APOIO



## FREQUÊNCIA E INTENSIDADE

✓ Os atendimentos iniciam na gestação ou pouco após o nascimento e podem seguir até os cinco anos de idade da criança.



✓ As famílias recebem visitas domiciliares semanais, o que favorece o estabelecimento do vínculo e a melhor adequação das atividades às realidades assistidas.

✓ As visitas duram 1 hora e são baseadas em atividades e orientações de caráter lúdico centradas nas especificidades de cada família – planejamentos individuais.

## HABILIDADES FUNDAMENTAIS

- ✓ Valoriza as potencialidades e o protagonismo das famílias para a superação de suas vulnerabilidades.
- ✓ Possui escuta e olhar ampliados sobre os contextos e dinâmicas familiares/comunitárias.
- ✓ Explora a narratividade e a ritmicidade como princípios organizadores do vínculo afetivo, apostando na capacidade das famílias para estabelecerem relações sensíveis e amorosas com suas crianças.
- ✓ Centra suas ações nos desejos, direitos, deveres e demandas das famílias.
- ✓ Suas orientações e atividades respondem a um currículo abrangente, contemplando as dimensões do desenvolvimento infantil e questões relativas à alimentação e nutrição, valorização do meio em que vive, promoção da cultura de paz entre outros.
- ✓ Utiliza a ludicidade como estratégia para fortalecer as famílias.
- ✓ Atua na prevenção e promoção de saúde.
- ✓ Articula a Rede de Serviços no território.

## SUPORTE AOS VISITADORES

Realizado por uma equipe de nível superior, com formação multidisciplinar e representação intersetorial. Contempla as seguintes estratégias:

- ✓ Seleção de acordo com perfil específico voltado à atuação exclusiva com o cuidado, educação e proteção da primeira infância.
- ✓ Formação inicial e continuada, voltada ao cuidado integral da primeira infância, com foco na promoção das competências familiares.
- ✓ Supervisão sistemática (escuta, estudo de casos, planejamentos singulares e acompanhamento de campo).
- ✓ Materiais de apoio específicos do PIM para o desenvolvimento das atividades – Guias de Orientação, Cartilhas, Coleção Fazendo Arte, dentre outros.
- ✓ Rotina de trabalho que equilibra tempo para atendimentos e tempo para supervisão e educação permanente.

## AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA RELAÇÃO CUSTO- EFETIVIDADE, QUALIFICAÇÃO E EXPANSÃO DO PIM

### DIMENSÃO QUANTITATIVA DA PESQUISA

Aspecto: percepção das Famílias atendidas pelo PIM

1.600 famílias entrevistadas

39 municípios



FGV DAPP  
DIRETORIA  
DE ANÁLISE  
DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS

# AVALIAÇÃO - FGV (2014)

## RESULTADOS



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**96%**

Avalia o PIM como importante ou muito importante para sua família

**94%**

Considera que o PIM favorece o desenvolvimento das crianças

**93%**

Avalia o serviço como ótimo ou bom

**92%**

Avalia que o PIM melhora os cuidados com a saúde das gestantes e crianças

**87%**

Se sente mais fortalecida para cuidar e educar suas crianças após entrar no PIM

**91%**

Considera que o Visitador sempre responde as suas dúvidas com clareza

**80%**

Possui alto grau de confiança no PIM

**82%**

Avalia que o PIM melhora a relação com a Rede de Serviços

## AVALIAÇÃO DO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR EM INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

- Evidência forte de redução n° de mortes por diarreia em < de 1 ano (efeito crescente em função do tempo de exposição); Em alguns anos há efeitos sobre < 5 de anos;
- Evidência de redução n° de mortes por causas externas em < de 1 ano (efeito observado em alguns anos de tempo de exposição);
- Evidência de redução em hospitalizações por bronquite <1 ano (primeiros anos do programa);
- Evidência de redução em hospitalizações por bronquite <5 anos (primeiros anos do programa);
- Evidência fraca de redução na proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer <2,5 kg.

## **AVALIAÇÃO DO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR EM INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE**

### **“A poupança por internações evitadas”**

**O caso das internações por bronquite em um município que tenha aderido ao PIM:**

- P/ crianças com menos de 5 anos, municípios há 1 ano no PIM apresentam em média -2.34 internações por bronquite a cada mil crianças menores de 5 anos;**
- Segundo DataSus, o custo médio de internação por bronquite em janeiro de 2015 foi de R\$411,00 no RS. Supondo que esse valor seja constante em todos os meses do ano:**
- O PIM “pouparia” em 2015 uma média de R\$961,74 por mil crianças com menos de 5 anos por município, ou R\$0,96 por criança nesta faixa etária.**

# INSPIRANDO INICIATIVAS NO BRASIL



- ✓ Incipiência da temática primeira infância e da abordagem intersetorial na organização dos serviços.
- ✓ Mudanças nos cenários políticos, provocando rotatividade de gestores e equipes técnicas municipais.
- ✓ Instituição do PIM como política municipal, através de legislação própria, da criação do cargo de Visitador e de previsão orçamentária para o PIM nas administrações municipais.
- ✓ Qualificação constante das equipes municipais.
- ✓ Aprimoramento das ferramentas e técnicas de monitoramento e avaliação da Política.
- ✓ Inserção de dados e uso adequado do Sistema de Informações - pouca cultura de registro e análise.

## DADOS ATUAIS (dez/2015)

Municípios	248
Famílias	52.220
Crianças	57.442
Gestantes	7.833
Visitadores	2.611

## COBERTURA (dez/2015)

50% dos Municípios Gaúchos  
7,01% das crianças 0-6 anos do  
Estado (SINASC)

## TOTALIZAÇÕES (2003-2015)

Famílias	170.271
Crianças	185.790
Gestantes	39.667
Visitadores	9.525

Fonte: Banco de Dados PIM

2003



Primeira Infância Melhor

2015



Primeira  
Infância  
Melhor



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

[www.pim.saude.rs.gov.br](http://www.pim.saude.rs.gov.br)

[primeirainfanciamelhor@saude.rs.gov.br](mailto:primeirainfanciamelhor@saude.rs.gov.br)