Primeira Infância Melhor

CADERNOS DO PIM

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO



2025
1ª edição

Primeira Infância Melhor

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

02

RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE
DIVISÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

CADERNOS DO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR:

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

N. 2

Porto Alegre
1ª edição

Primeira Infância Melhor

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

2025
Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Copyright © 2022 Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Esta obra está licenciada sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0 - https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR) e pode ser reproduzida com atribuição à SES e para qualquer finalidade não comercial.



Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
Arita Bergmann - Secretária
Ana Lúcia Pires Afonso da Costa - Secretária Adjunta

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Marilise Fraga de Souza - Diretora
Carolina de Vasconcellos Drügg - Diretora Adjunta

Divisão da Primeira Infância
Primeira Infância Melhor
Marília Pinto Bianchini - Chefe de Divisão
Rosana Nobre dos Santos - Chefe de Seção

Autoras
Carolina de Vasconcellos Drügg
Gabriela Dutra Cristiano
Janine Garcia Serafim
Karine Isis Bernardes Verch
Luiza Campos Menezes
Luciane de Almeida Pujol
Marília Pinto Bianchini

Revisão do texto
Alneura Ana Provenzi
Cleci de Souza Lima
Cristiane Kessler de Oliveira
Gisele Mariuse da Silva
Juliana Kriger Mentges
Letícia Ratkiewicz Boeira
Rosana Nobre dos Santos
Virginia Heberle Eichler

Capa e diagramação
Márlio Esmeraldo Ribeiro
Laura Coelho Barreto
Bruna Deporte Ferreira Krohn

Ilustrações
Tiago Palma

R585c Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão da Primeira Infância.
Cadernos do Primeira Infância Melhor: estrutura e funcionamento [recurso eletrônico] / elaborado por Carolina de Vasconcellos Drügg ... [et al.] - Porto Alegre: ESP/SES, 2025.
94 p.: il., color. - (Cadernos do PIM; 2)

ISBN 978-65-89000-64-8

1.Orientação Metodológica - PIM. 2. Política de Saúde. 3. Programa Primeira Infância Melhor. I. Drügg, Carolina de Vasconcellos. II. Cristiano, Gabriela Dutra. III. Serafim, Janine Garcia. IV. Verch, Karine Isis Bernardes. V. Menezes, Luiza Campos. VI. Pujol, Luciane de Almeida. VII. Bianchini, Marília Pinto. VIII. Título. IX. Série

NLM WA 320

Catalogação na fonte — Centro de Informação e Documentação em Saúde- CEIDS/ESP/SES/RS



Atendimento do PIM em comunidade indigena no município de Osório.
Fotografia por: Tuti Flores

Sumário

Apresentação | 08

Capítulo 01: O programa Primeira Infância Melhor (PIM) | 11
1 Eixos de atuação | 13
1.1 Público-alvo | 15
1.2 Formas de atendimento | 16
1.3 Estrutura da equipe | 18
1.4 Sistema de Informação do PIM (SisPIM) | 21
1.5 Plataforma de educação à distância do PIM (e-pim) | 22
1.6 Site e Redes Sociais | 22
1.7 PIM Informa | 23
1.8 Semana do Bebê e Prêmio Salvador Celia | 23
1.9 Pesquisas | 24
1.10 Incentivo estadual | 28

Capítulo 02: Ações da implantação e implementação do PIM no território | 32
2 Adesão, implantação e implementação do PIM nos municípios | 33
2.1 Ampliação e redução da meta de indivíduos para atendimento e desabilitação do PIM | 34
2.2 Ações da implantação e implementação do PIM no território | 35
2.2.1 Diagnóstico Situacional da Primeira Infância | 35
2.2.2 Plano de Ação | 39
2.2.3 Seleção e contratação da equipe de monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as) | 42
2.2.4 Formação Introdutória da equipe de monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as) | 44
2.2.5 Territorialização: Conhecendo e atuando no território | 49
2.2.6 Sensibilização de famílias e territórios | 51

Capítulo 03: A atenção às famílias no PIM| 55
3 Caracterização das famílias, gestantes e crianças | 56
3.1 Qualificação da caracterização: Registro e supervisão | 59
3.2 Plano Singular de Atendimento (PSA) | 61
3.3 Formas de atendimento às famílias | 65
3.4 Plano de Visita/Atividade em Grupo | 68
3.5 Execução dos atendimentos | 69
3.5.1 Aspectos importantes sobre a visita remota no PIM | 72
3.5.2 Qualificação de atendimento às famílias: Registro, supervisão e acompanhamento | 74

Capítulo 04: Monitoramento da atenção à gestante e do desenvolvimento integral infantil | 77
4 Monitoramento da atenção às famílias | 78
4.1 Monitoramento da atenção às famílias com gestantes | 80
4.1.1 O Monitoramento do Desenvolvimento Integral Infantil (MDII) | 81
4.1.2 Acompanhamento Descritivo Trimestral | 85
4.1.2.1 Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil | 86
4.1.2.2 O monitoramento do desenvolvimento integral da criança com deficiência | 88
4.2 Qualificação do monitoramento: Registro e supervisão | 89

Referências | 92

APRESENTAÇÃO

A publicação da série "Cadernos do Primeira Infância Melhor" visa sistematizar as orientações metodológicas e normativas relativas à política a fim de fortalecer as equipes municipais e qualificar o desenvolvimento do PIM.

O Caderno nº 02 aborda aspectos essenciais sobre a estrutura e funcionamento do programa, como as atribuições das equipes, a entrada nos territórios, busca ativa e cadastro das pessoas beneficiárias, a metodologia da visita domiciliar e atendimento grupal, e o monitoramento das ações realizadas junto às famílias, gestantes e crianças.

Todos os documentos e materiais do Programa aqui citados podem ser encontrados no site do PIM (www.pim.saude.rs.gov.br) ou no Repositório do Sistema de Informação do PIM (SisPIM).



Atendimento do PIM no município de Santa Bárbara do Sul.
Fotografia por: Luis Ventura

Capítulo 1

O PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

O PIM é uma política pública intersetorial de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, instituída pela Lei Estadual nº 12.544/2006 e alterada pela Lei nº 14.594/2014, cujo objetivo é apoiar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade.

É uma "estratégia intersetorial para qualificação e fortalecimento da atenção à primeira infância na Atenção Primária à Saúde, contribui para a efetivação das diretrizes do Marco Legal da Primeira Infância, da Rede Cegonha, das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Criança e de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Programa Criança Feliz entre outras políticas sociais".

(Art. 72 da Portaria SES nº 188/2024).

Inspirado na experiência cubana do Programa Educa Tu Hijo, o PIM foi adaptado para a realidade local e implantado no Rio Grande do Sul em 2003. Considerado como uma política de atenção à primeira infância pioneira no país, serviu de inspiração para outros projetos/programas em diferentes estados brasileiros, como o Primeira Infância Ribeirinha (PIR), no Amazonas; o Cresça com seu Filho, em Fortaleza; entre outros.

Além disso, sua base metodológica foi suporte para a construção do programa nacional Primeira Infância no SUAS/Criança Feliz (PI-SUAS/CF), implantado no país em 2016. Em razão da similaridade de seus objetivos e metodologias, no Rio Grande do Sul, o PIM atua de forma integrada ao PI-SUAS/CF[1].

As principais legislações e normativas do PIM são:

- Lei n.º 12.544/2006 (atualizada pela Lei n.º 14.594/2014) - Institui o Programa Primeira Infância Melhor e dá outras providências;
- Portaria SES nº 188/2024 (atualizada pela Portaria nº 213/2025) - Define os critérios de habilitaçã o do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS);
- Portaria SES nº 212/2025 - Define o montante e a forma de distribuição do recurso financeiro do PIAPS;
- Nota técnica DAPPS/PIM nº 01/2026 - Aborda a estrutura, funcionamento, metodologia de atendimento e atribuições das equipes do Programa.

[1] Para saber mais sobre a integração entre as duas iniciativas acesse o Guia de Integração PIM e PI-SUAS/CF.

1 EIXOS DE ATUAÇÃO

Todas as ações do Programa se estruturam a partir de três eixos:

I

Vigilância e a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, considerando as dimensões cognitiva, socioafetiva, motora e de comunicação e linguagem.

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil é uma tarefa que exige a vigilância continuada nos primeiros anos de vida e o conhecimento dos indicadores do desenvolvimento, de acordo com as faixas etárias, tendo em vista que "a vigilância do desenvolvimento é um processo contínuo de atividades relacionadas à promoção do potencial de desenvolvimento da criança e a detecção de problemas" (BRASIL, 2013a, p.41).

O desenvolvimento infantil envolve uma série de aspectos biológicos, ambientais, psicológicos e culturais e as relações estabelecidas entre a família, a comunidade e a criança. Assim, para realizar vigilância do desenvolvimento, além de acompanhar os indicadores do desenvolvimento por faixa etária, é preciso também lançar olhar para fatores de proteção e risco que permeiam a vivência da criança.

É preciso estar atento aos aos diferentes fatores que incidem direta ou indiretamente na promoção do desenvolvimento integral infantil como: o ambiente onde a criança vive, as condições de moradia e higiene, o trabalho e renda da família, segurança alimentar, redes de apoio, relações afetivas, hábitos familiares e questões sócio-histórico-culturais.

II

O fortalecimento da interação parental positiva, considerando o interesse superior da criança e as competências, o vínculo e o protagonismo familiar.

A parentalidade positiva diz respeito aos "comportamentos parentais respeitosos, acolhedores, estimulantes, não violentos e que promovem o reconhecimento e orientações com o estabelecimento de limites, para fortalecer o pleno desenvolvimento da criança (COUNCIL OF EUROPE, COMMITTEE OF MINISTERS RECOMMENDATION, 2006)".

Se refere aos comportamentos parentais baseados no diálogo amoroso, no acolhimento das necessidades das crianças, no reconhecimento das especificidades de cada faixa etária, no encorajamento das descobertas e aprendizagens infantis e na construção de limites de forma respeitosa, sem o uso de violências, como castigos físicos e punições. A interação parental positiva é fundamental para a promoção do desenvolvimento integral infantil e do bem estar de adultos e crianças. Entre outros efeitos, promove a vinculação segura, a autonomia infantil e o equilíbrio emocional.

O trabalho do PIM objetiva apoiar e fortalecer essas habilidades nos cuidadores, acolhendo suas dúvidas, oportunizando reflexões sobre o cuidado e a educação das crianças, ampliando seus conhecimentos sobre os comportamentos infantis esperados em cada fase, valorizando suas iniciativas e oferecendo alternativas para uma educação não violenta.

III

A articulação em rede, prioritariamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Proteção Social Básica e da Educação, considerando, ainda, as redes comunitárias.

A articulação das ações do PIM em rede se dá desde a definição dos territórios de atuação e das famílias que serão atendidas, perpassando pela construção conjunta dos planos singulares de atendimento. Ao longo dos atendimentos, a partir das necessidades identificadas na família, é necessário que a equipe mantenha espaços de diálogo com os diferentes atores da rede intersetorial de serviços que acompanham a família visando à integralidade do cuidado.

Além da rede de serviços, a equipe deve buscar compreender as relações e as redes estabelecidas pela família, em sua comunidade, território e até mesmo fora destes. São nessas redes que as famílias encontram, muitas vezes, o apoio para o cuidado das gestantes e crianças. Portanto, é também papel do PIM fortalecer essas alianças, favorecendo a corresponsabilidade pelo cuidado e a convivência comunitária, além de valorizar as expressões culturais destes contextos.

O PIM atua ainda na promoção de ações de comunicação e defesa pela atenção à primeira infância, sensibilizando a sociedade e o poder público para a importância do investimento nos primeiros anos de vida.

1.1 PÚBLICO-ALVO

O público-alvo para atendimento do PIM são famílias com gestantes e/ou com crianças menores de 6 anos de idade, sendo prioritário o atendimento às famílias:

I) em situação de vulnerabilidade;

II) com gestantes;

III) com crianças menores de 3 anos de idade.

O PIM compreende por famílias em situação de vulnerabilidade aquelas que estão expostas a diferentes fatores sociais, culturais, individuais, históricos, econômicos, que incidem de forma desigual sobre o desenvolvimento integral infantil. Não se trata, assim, de uma característica das pessoas, famílias e comunidades, mas de situações decorrentes de diferentes fatores, como os acima mencionados.

O conceito de vulnerabilidade adotado pelo programa estrutura aspectos da gestão (escolha dos territórios e famílias prioritárias para atenção, definição do quantitativo e do perfil dos visitadores da equipe, articulações necessárias com outras políticas, entre outros) e da metodologia de atendimento (possibilidade de ampliação da periodicidade dos atendimentos em situações específicas, articulações em rede, entre outros), favorecendo intervenções na realidade social que buscam minimizar iniquidades sociais e em saúde.

Para entender melhor este conceito, é necessário compreender as dimensões da vulnerabilidade. Ayres e colaboradores (2006) destacam três dessas dimensões, que são relacionadas entre si, não podendo serem tomadas separadamente:

- PROGRAMÁTICA: neste aspecto, é importante pensar em como as políticas sociais, sejam elas de saúde, assistência social, segurança, do sistema jurídico, entre outras, atuam para a proteção ou desproteção de certas famílias e grupos. Como é o acesso das famílias a seus direitos, incluindo os serviços públicos e benefícios? Quais suas condições econômicas? Suas necessidades são reconhecidas pelas políticas públicas? Conseguem exercer participação ativa no controle social ou se fazer representar para que seus direitos sejam cumpridos?
- SOCIAL: nesta dimensão, observamos as condições de vida das pessoas e comunidades. Por exemplo, quais as condições de trabalho, moradia, saneamento, acesso/deslocamento entre outras? As famílias fazem parte de alguma população que é marcada por estigmas e preconceitos? Suas vidas são marcadas por desigualdades sociais, de gênero, raça, entre outras? São afetadas pela exclusão e invisibilidade social? Que acessos elas têm às informações?

- INDIVIDUAL: aqui, observamos como as pessoas vivem e como se relacionam com o ambiente. Como é a rede de apoio das famílias, para além dos serviços que a atendem? Possuem relações de amizade, vizinhança e vida comunitária? Como é a cultura e como a cultura aparece no modo de vida? Quais as crenças que circulam? Estas crenças são protetivas ou incorrem em alguma vulnerabilidade?

Nesse sentido, ao acompanharmos uma família, o mais importante é entendermos quais são os fatores de vulnerabilidade que a afetam e que essas vulnerabilidades podem ter múltiplas relações com sua condição de vida e com a forma como ela cuida, protege e educa as crianças. Trata-se de uma postura ética, que possibilita romper com práticas preconceituosas e/ou que culpabilizam as família pelas situações vividas. Identificar estas questões favorece intervenções mais assertivas e respeitosas com a cultura e experiência de cada família, fortalecendo e valorizando seus recursos e potencialidades.

1.2 FORMAS DE ATENDIMENTO

Os atendimentos do PIM ocorrem por meio de visitas domiciliares e atividades em grupo realizadas, preferencialmente, de forma presencial. Em alguns casos excepcionais, o atendimento às famílias pode ser feito de forma híbrida, associando atendimentos presenciais e remotos.



VISITA DOMICILIAR

Atendimento realizado no domicílio da família. É a principal estratégia de intervenção do Programa.



ATIVIDADE EM GRUPO

Atendimento realizado por meio de encontros em espaços coletivos da comunidade ou em instituições (ex: serviços de acolhimento, unidades prisionais, entre outros).



ATENDIMENTO HÍBRIDO

Associa visitas presenciais e remotas. A visita remota é realizada através de chamadas de vídeo, ligações telefônicas e/ou outras ferramentas.

Os atendimentos são planejados pelos(as) visitadores(as) com apoio dos(as) monitores(as)/supervisores(as) a partir do Plano Singular de Atendimento (PSA). Construído em diálogo permanente com a família, cuidadores e com a rede de serviços, o PSA possibilita reconhecer as especificidades de cada contexto e traçar as ações a serem desenvolvidas. Também contam com o suporte do Guia da Gestante e do Guia da Família do programa, entre outros materiais. Com duração em torno de uma hora, os atendimentos utilizam a ludicidade como uma abordagem que incorpora brincadeiras e jogos, valorizando o potencial brincante das crianças e famílias.

Os atendimentos do PIM podem ocorrer na Unidade Materno Infantil das Unidades Prisionais, onde são atendidas as gestantes e mães com bebês. Ainda, nos serviços de acolhimento institucional, onde gestantes adolescentes e crianças são atendidas em conjunto com os educadores. O formato e a organização destes atendimentos deve ocorrer em diálogo com as gestões das referidas instituições e com os serviços de saúde e assistência social, respeitando as especificidades de cada local e do público atendido. É possível que sejam necessárias adaptações metodológicas, desde que respeitados o objetivo e eixos do Programa.

1.3 ESTRUTURA DA EQUIPE

O PIM é composto por uma equipe estadual e equipes municipais:

GRUPO TÉCNICO ESTADUAL (GTE)

No nível estadual, o GTE é a equipe responsável pela gestão do programa no Estado, com funções de apoiar a implantação e a implementação, monitorar e avaliar a execução do PIM e os resultados gerais alcançados pelos municípios. Entre suas atribuições está a formação das equipes municipais e a formulação de instrumentos e normativas, por exemplo.

O GTE possui formação multidisciplinar, sendo composto por profissionais lotados na sede das Secretarias Estaduais de Saúde; Educação; Cultura; Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social. Também compõem o GTE representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Educação (CRE).

Nos municípios, a equipe PIM é composta, obrigatoriamente, pelos membros do Grupo Técnico Municipal (GTM), monitor(a)/supervisor(a) e visitador(a), sendo facultativa a contratação de digitador(a).

GRUPO TÉCNICO MUNICIPAL (GTM)

O GTM é o responsável pela gestão do PIM no município e deverá ser composto, no mínimo, por:

- 01 técnico(a) da Secretaria Municipal de Saúde
- 01 técnico(a) da Secretaria Municipal de Educação
- 01 técnico(a) da Secretaria Municipal de Assistência Social

Outras secretarias municipais também poderão indicar representantes para compor o GTM. Cada representante do GTM deverá ter assegurada a carga horária semanal mínima que varia de acordo com a meta de indivíduos (gestantes e crianças) para atendimento pactuada pelo município:

GRUPO TÉCNICO MUNICIPAL (GTM)

Carga horária semanal mínima do(a) representante do GTM	Meta de atendimento pactuada
02h	até 20 indivíduos
04h	até 50 indivíduos
08h	mais de 50 indivíduos

Um representante do GTM poderá, ainda, ter sua carga horária ampliada para desempenhar a função de Coordenador ou monitor/supervisor do PIM.

A escolaridade mínima exigida é o ensino superior completo nas áreas afins (Saúde, Educação, Serviço Social e Ciências Sociais), acrescido de formação introdutória disponibilizada pelo GTE na plataforma de educação à distância do PIM, o e-PIM, com duração de 24 horas.

MONITOR(A)/ SUPERVISOR(A)

O(a) monitor(a)/supervisor(a) do PIM é o(a) profissional responsável pela supervisão do trabalho do(a) visitador(a), bem como pela interlocução com o GTM e a rede de serviços. Deve apoiar o trabalho do(a) visitador(a) acompanhando, orientando e monitorando suas atividades.

A escolaridade mínima exigida para o cargo é o ensino superior completo ou em curso nas áreas afins ao programa (Saúde, Educação, Serviço Social e Ciências Sociais), acrescido de formação introdutória realizada pelo GTM com duração mínima de 32 horas. A Formação Introdutória do PIM disponibilizada pelo GTE na plataforma e-PIM, com duração de 24 horas/aula, pode ser contabilizada como formação inicial do(a) monitor(a)/supervisor(a).

A carga horária restante necessária (8 horas), deve ser complementada pelo GTM, com o apoio dos(as) monitores(as)/supervisores(as) que já atuam na equipe, conforme orientações em documento específico.

MONITOR(A)/ SUPERVISOR(A)

O número de visitadores(as) supervisionados(as) varia conforme a carga horária semanal de trabalho do monitor(a)/supervisor(a):

Carga horária semanal mínima do(a) monitor/supervisor(a)	Nº de visitadores(as) supervisionados(as)
04h	até 02 visitadores(as
10h	até 04 visitadores(as
20h	até 08 visitadores(as
30h	até 12 visitadores(as
40h	até 15 visitadores(as

Membros do GTM poderão acumular a função de monitor/supervisor, desde que possuam carga horária compatível às funções e que seja informado no SisPIM.

VISITADOR(A)

O(a) visitador(a) é responsável pelo atendimento às famílias. Ele(a) deve planejar e executar os atendimentos em conformidade com a metodologia do PIM, considerando o contexto familiar, comunitário e cultural, visando apoiar as famílias no cuidado, educação e proteção das crianças.

Ele(a) deve possuir mais de 18 anos e a escolaridade mínima exigida para o cargo é o ensino médio completo[1] acrescido de formação introdutória realizada pelo GTM com duração de 60 horas, coforme documento de orientações.

A Formação Introdutória do PIM, disponibilizada pelo GTE na plataforma e-PIM, com duração de 24 horas/aula, pode ser contabilizada como formação inicial do visitador(a). A carga horária restante necessária (36 horas), deve ser complementada pelo GTM, com o apoio dos(as) monitores(as)/supervisores(as).

[1] Na falta de pessoal com a qualificação exigida, em hipótese excepcional e com parecer favorável do GTE, poderá ser admitida formação no nível fundamental, acrescida de formação introdutória realizada pelo GTM com carga horária de 180 horas.

VISITADOR(A)

Em sua carga horária semanal devem ser contemplados, além dos atendimentos às famílias, momentos para o planejamento das ações, participação em reuniões de equipe com o GTM e monitor(a)/supervisor(a), monitoramento das ações realizadas, preenchimento de instrumentos do Programa, participação em formações e espaços de educação permanente e outros. Os(as) visitadores(as), conforme sua carga horária, devem acompanhar[2]:

Carga horária semanal mínima do(a) vistador(a)	Nº de indivíduos atendidos
20h	até 12 indivíduos
30h	até 16 indivíduos
40h	até 20 indivíduos



Nos municípios cujos(as) visitadores(as) cumpram carga horária diferenciada das estabelecidas acima, para o cálculo do limite de indivíduos a serem acompanhados por visitador será considerada a carga horária imediatamente inferior às estipuladas.

1.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PIM (SISPIM)

O PIM possui um sistema de informação próprio para registro e monitoramento das ações junto às famílias. Todos os membros da equipe devem ser cadastrados no sistema e têm acesso a ele. Membros do GTM, monitor(a)/supervisor(a) e digitador(es) são responsáveis pela atualização do sistema e pela qualidade das informações inseridas, com base nos registros de cadastro e acompanhamentos das famílias, gestantes e crianças realizados pelos(as) visitadores(as). O(a) visitador(a) pode visualizar no SisPIM as informações das famílias que acompanha.

[2] O nº de indivíduos de acordo com a carga horária do(a) visitador(a) informado no quadro acima está relacionado ao cálculo do incentivo financeiro estadual. Os municípios poderão cadastrar no SisPIM e acompanhar um número de indivíduos atendidos por visitador(a) superior ao descrito, desde que não haja prejuízo na metodologia de atenção da política. No entanto, em caso de superação do teto descrito acima, não haverá repasse estadual adicional.

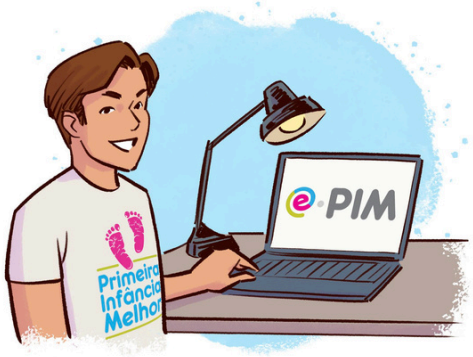
CADASTRO DE USUÁRIO

Todos os membros da equipe PIM devem ser cadastrados no SisPIM. Para tanto, no SisPIM, no menu "Cadastros" e submenu "Usuários", o responsável pela digitação do sistema deve incluir novos cadastros ou inativar os cadastros dos membros que não fazem mais parte da equipe.

SisPIM

1.5 PLATAFORMA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA DO PIM (e-PIM)

O PIM possui uma plataforma própria de educação à distância, o e-PIM. Nele é disponibilizada a Formação Introdutória do PIM (24h) e formações continuadas relacionadas ao programa para qualificação das equipes municipais e demais interessados.



1.6 SITE E REDES SOCIAIS

O PIM possui um site próprio (www.pim.saude.rs.gov.br) que armazena informações, notícias, repositório com os materiais, guias e documentos utilizados pelas equipes e muitos outros. Além disso, possui páginas em redes sociais como Facebook (www.facebook.com/PIMRS) e Instagram (@pimrs) e um canal no YouTube (www.youtube.com/@ProgramaPIMRS).

1.7 PIM INFORMA

O PIM Informa consiste em boletins e notícias veiculados por meio do perfil institucional do Primeira Infância Melhor (PIM) no WhatsApp. Trata-se de uma ferramenta de comunicação criada com o objetivo de promover conteúdos, notícias e eventos produzidos pelo Primeira Infância Melhor para as equipes municipais, famílias e profissionais que trabalham com o público do PIM, além do público em geral, desde que realizem o seu cadastro por meio de um link específico para o PIM Informa, disponível no site do programa.

1.8 SEMANA DO BEBÊ E PRÊMIO SALVADOR CELIA

No RS, todos os anos, no dia 23 de novembro, acontece o Dia Estadual do Bebê. Na Semana Estadual do bebê, na qual se insere o dia 23 de novembro, acontece uma série de ações que objetivam mobilizar a sociedade para a importância da atenção à primeira infância.

Durante as comemorações da Semana, os municípios também organizam simpósios, encontros, fóruns e seminários. Além disso, comemoram o Dia do Bebê com diferentes ações: passeata dos bebês, apresentações e espetáculos infantis, mostras fotográficas, brincadeiras e serviços à população.

Durante a Semana Estadual do Bebê, o o GTE do PIM realiza o "Seminário da Primeira Infância". Desde 2004, profissionais de renome nacional e internacional se fazem presentes nos eventos realizados pelo PIM, enriquecendo as discussões sobre o tema. Os municípios são convidados a participar, trazendo suas equipes para engrandecer os debates.

Desde 2011, também é realizado anualmente o Prêmio Salvador Celia, iniciativa voltada à valorização das boas práticas de visitadores(as) do PIM e PI-SUAS/CF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto às famílias e comunidades atendidas.

O prêmio é uma homenagem ao Dr. Salvador Celia, reconhecido psiquiatra infantil que dedicou parte da sua vida a estudar e promover ações de cuidado a bebês e crianças.

O edital do prêmio é lançado entre os meses junho e agosto e os profissionais (visitadores e ACS) do estado podem concorrer com seus trabalhos por meio do envio de vídeos, fotografias, relatos de experiências e outros.



1.9 PESQUISAS

Ao longo dos mais de 20 anos do Programa, diversas instituições realizaram importantes estudos sobre o PIM como: Banco Interamericano de Desenvolvimento, Fundação Getúlio Vargas, London School of Economics (Inglaterra), Mcmaster University (Canadá), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Pelotas, entre outras.

Essas pesquisas produziram evidências dos impactos do Programa junto às famílias e comunidades, legitimando sua atuação e investimento no campo da primeira infância. Além disso, proporcionaram um olhar crítico sobre sua metodologia de atuação, possibilitando ao programa uma constante revisão e atualização de suas referências teóricas, em conjunto com os instrumentos de trabalho utilizados durante os atendimentos realizados à população.

Confira a seguir as principais pesquisas nacionais e internacionais realizadas nos últimos anos e seus resultados:

COMPREENSÃO DOS PROGRAMAS DE VISITAS DOMICILIARES NO MUNDO REAL: UM ESTUDO DE EFICÁCIA EM LARGA ESCALA DOS MECANISMOS PARENTAIS NO BRASIL (2024)

Universidade de Cambrigde - Reino Unido
Principais resultados: Foram encontradas evidências com efeito positivo do PIM em duas medidas de parentalidade responsiva. Melhorias nessas capacidades básicas de cuidado sugerem que o programa pode servir como uma poderosa alavanca política para promover ambientes domésticos mais seguros e sensíveis ao desenvolvimento. Os resultados, ainda, indicam que o PIM pode ter sido diferencialmente eficaz na melhoria da sensibilidade para famílias de baixa renda.

EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR VOLTADO À PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL (PIM): ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL ALINHADO A UMA COORTE DE NASCIMENTO (2022)

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Principais resultados: crianças acompanhadas pelo PIM desde o momento da gestação tiveram uma diminuição de 60% na probabilidade de apresentar um baixo escore de desenvolvimento infantil em relação às crianças não acompanhadas pelo PIM.

AVALIAÇÃO EXPERIMENTAL LONGITUDINAL DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (EM ANDAMENTO)

Fundação Getúlio Vargas (FGV), Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal (FMCSV) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)
Confira os principais resultados até o momento no infográfico a seguir:

Avaliação do programa Primeira Infância Melhor

Primeira Infância Melhor

O Primeira Infância Melhor (PIM) é uma política pública intersetorial do Estado do Rio Grande do Sul de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância.



O programa tem como objetivo apoiar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade.

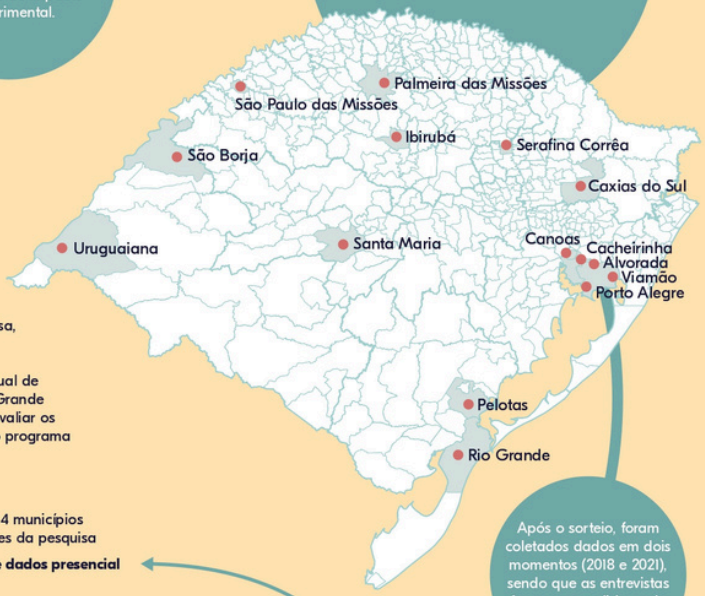
A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais periódicas de viés lúdico, que são realizadas a partir de planos singulares de atendimento, e da articulação de ações em rede.

Saiba mais sobre o Programa PIM: https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/

Método

Avaliação de impacto experimental.

2419 crianças de até 3 anos incompletos de famílias com perfil socioeconômico considerado alinhado aos critérios de elegibilidade ao PIM foram alocadas de maneira aleatória entre um grupo de intervenção e um grupo de controle.



Após o sorteio, foram coletados dados em dois momentos (2018 e 2021), sendo que as entrevistas foram respondidas pelo cuidador principal da criança

Em dezembro de 2018, foram **entrevistados presencialmente 502 cuidadores** de crianças da amostra

Na segunda rodada, no segundo semestre de 2021, foram **entrevistados por telefone 478 cuidadores**



Pesquisa de avaliação de impacto do programa PIM

A pesquisa teve como objetivo identificar e mensurar os impactos gerados pelo programa no desenvolvimento infantil, na parentalidade e no acesso das famílias à rede de serviços.

Linha do tempo da pesquisa

2017
Parceria entre instituição de pesquisa, organizações financiadoras e Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul para avaliar os impactos do programa

2018
- Primeiros 4 municípios participantes da pesquisa
- **Coleta de dados presencial**

2019
- Aprendizados da primeira etapa da pesquisa e aprimoramentos de processos

2021
- Revisão Teoria da Mudança do programa
- **Coleta de dados por telefone**

2022
- Encerramento da segunda etapa de coleta de dados
- Análise dos dados coletados

ANÁLISES

Efeito da Intenção de Tratar (ITT), efeito causado pelo programa nas crianças e famílias a partir do sorteio da oferta de participar do PIM, independentemente de sua participação, quando comparadas aos que não receberam.

Efeito Médio Local do Tratamento (LATE), efeito do programa para o subgrupo de famílias que de fato participaram do programa devido à oferta recebida para participar.

Resultados

Ao avaliar o programa foram encontrados efeitos em relação ao desenvolvimento infantil, saúde da criança, parentalidade e qualidade das interações familiares, assim como no acesso das famílias à rede de serviços.

Saúde da criança e acesso a serviços

Em 2021, foi encontrado um resultado positivo sobre a probabilidade **16,1% maior no grupo de intervenção** de algum membro da família ter procurado atendimento na rede de serviços nas quatro semanas anteriores à entrevista, comparado com o grupo controle*.

*Análise ITT



Desenvolvimento infantil

Em 2018, as crianças do grupo de intervenção apresentaram **ganhos no desenvolvimento infantil na área das habilidades motoras finas** (coordenação e movimentos dos dedos e mãos, diferente das habilidades motoras amplas, que dizem respeito à coordenação e movimento de braços e pernas, por exemplo).

*Análises ITT e LATE

O programa PIM apresentou um maior impacto para as crianças com cuidadores de nível educacional mais baixo (até ensino médio incompleto). Para essas crianças foi observado ganho no desenvolvimento nas seguintes áreas:

- Habilidades motoras amplas
- Habilidades motoras finas
- Escore global de desenvolvimento



Parentalidade e interações familiares

Há evidências de impacto positivo do programa PIM na melhoria de aspectos relacionados à parentalidade.

Melhoria das habilidades parentais.

FOI ENCONTRADO UM **GANHO NAS HABILIDADES PARENTAIS**, medidas a partir do indicador que engloba todos os domínios de habilidades parentais observados, sendo eles: consistência parental, encorajamento positivo, práticas coercitivas e qualidade da relação cuidador-criança*.

*Análises ITT e LATE
Dados de 2021

Uso de punições físicas com crianças.

PROBABILIDADE **62,4%** MENOR NO USO DE **PUNIÇÕES FÍSICAS** COM CRIANÇAS*.

*Análise LATE
Dados de 2021

Horas que o cuidador passa com a criança.

AUMENTO DE **28,8 HORAS** POR SEMANA ou mais de 4 horas por dia a mais*.

*Análise LATE
Dados de 2018



Maior interação das famílias com as crianças.

PROBABILIDADE **31,6%** MAIOR DE A FAMÍLIA CANTAR OU ENSINAR CANÇÕES à criança todo dia e um AUMENTO DE **34,6%** NA PROBABILIDADE DE TER LIVROS INFANTIS À DISPOSIÇÃO DA CRIANÇA*.

*Análise LATE
Dados de 2018

Lições Aprendidas

O Programa PIM é uma estratégia que possibilita o fortalecimento da parentalidade positiva e do desenvolvimento da criança.

O processo avaliativo, que inclui contato constante entre pesquisadores e equipe do programa, propiciou a construção da teoria da mudança do programa, o fortalecimento das práticas de monitoramento e o constante aprimoramento do PIM.

O programa pode ser aprimorado com novas estratégias para conseguir atingir e fidelizar um maior número de famílias, assim como pode promover atividades para fortalecer outras áreas do desenvolvimento da criança, tal como o desenvolvimento socioemocional e cognitivo.

Importância do monitoramento e supervisão dos visitadores domiciliares em relação às atividades do programa que realizam com as famílias.

Realização: CLEAR África Lusófona e Brasil; FGV EESP

Parceiros Institucionais: Primeira Infância Melhor; Governo do Estado Rio Grande do Sul Secretaria da Saúde

Apoio: FGV; Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal; BID Banco Interamericano de Desenvolvimento

PROGRAMAS DE VISITA DOMICILIAR NA PRIMEIRA INFÂNCIA E VIOLÊNCIA ESCOLAR: EVIDÊNCIAS DO BRASIL (2021)

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Principais resultados: os resultados sugerem uma redução em casos de violência física, furto ou roubo, e ataque ou ameaça por mais de 5 pontos percentuais em escolas com alunos que receberam acompanhamento do PIM. Há também evidências de que os efeitos são maiores quanto mais cedo as crianças participam do Programa, o que significa que as intervenções nos primeiros anos podem ser uma política eficaz para reduzir a violência escolar.

UMA AVALIAÇÃO EMPÍRICA DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL (2018)

Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Universidade Federal do Rio Grande (Furg)
Principais resultados: o PIM teve impacto na redução do número de óbitos por causas externas, mostrando eficácia também na redução do número de mortes evitáveis em lactentes. Segundo os investigadores, o tempo de exposição ao programa parece potencializar os efeitos.

Para saber mais sobre as pesquisas do PIM, clique aqui.

1.10 INCENTIVO ESTADUAL

O estado repassa aos municípios um incentivo financeiro mensal para a execução da política. O incentivo é transferido do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde em parcelas mensais e consecutivas. Seu valor é calculado a partir do número de indivíduos acompanhados pelo município, sendo repassado R$ 78,00 (setenta e oito reais) por gestante ou criança atendida. A fórmula de cálculo do incentivo financeiro mensal varia de acordo conforme a seguir:

Nos três meses após a publicação da habilitação ao PIM, o repasse do incentivo tem como base a meta de atendimento de indivíduos (gestantes e crianças) que serão acompanhados. Esta meta é pactuada na adesão e publicada através de portaria específica no Diário Oficial do Estado.

Primeiros 03 meses da habilitação:
Incentivo estadual = meta pactuada X R$ 78,00

Após esse período, o repasse tem como base de cálculo o número de indivíduos cadastrados e acompanhados no SisPIM.

Após 03 meses da habilitação: Incentivo estadual = nº de indivíduos cadastrados e acompanhados X R$ 78,00

O incentivo financeiro poderá ser utilizado exclusivamente para ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, para despesas de manutenção e estruturação, contemplando a possibilidade de compra de insumos, equipamentos, veículos, pagamento de salários e gratificações de profissionais de saúde, ações de educação, reformas, ampliações, dentre outros, desde que em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e relacionadas ao PIM. Além do incentivo financeiro estadual, os municípios poderão prever em seus orçamentos anuais recursos da Saúde, Educação, Cultura e Assistência Social para financiamento e execução do PIM.

A manutenção do repasse do incentivo estadual está condicionada à alimentação periódica do SisPIM. O repasse será suspenso automaticamente quando o atraso dos registros de acompanhamentos no SisPIM for superior a 120 dias, sendo automaticamente restabelecido a partir da competência do mês em que houver a regularização do SisPIM, sem possibilidade de repasse retroativo.

INFORMAÇÕES SOBRE O INCENTIVO FINANCEIRO DO PROGRAMA

No SisPIM, é possível visualizar o valor empenhado para o pagamento do incentivo financeiro estadual por mês de competência, a fase de execução que o município se encontra, o número de visitadores(as) cadastrados(as) e ativos(as), o número de gestantes e crianças cadastradas e acompanhadas, o percentual de alcance da meta de atendimento, o número de dias de atraso na atualização do sistema, o valor do repasse no mês, e outras informações. Para isso, deve ser acessado no SisPIM o menu "Relatórios", o submenu "Incentivo financeiro estadual". Por último, o "Relatório de empenho para pagamento a partir de dez/21".

Também é possível consultar os repasses já recebidos pelo município desde a implantação do PIM. Para isso, deve ser acessado no SisPIM o menu "Relatórios" e o submenu "Incentivo Financeiro Estadual". Após, em "Totalização de recursos pagos com os recursos do tesouro" e, na sequência, em "Pagamentos do Fundo Estadual de Saúde (atualizado)". A partir disso, haverá o redirecionamento para a página da Secretaria Estadual da Saúde onde é possível visualizar todos valores pagos.

Capítulo 2

AÇÕES DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PIM NO TERRITÓRIO

2 ADESÃO, IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PIM NOS MUNICÍPIOS

A adesão ao Primeira Infância Melhor ocorre em períodos divulgados pela Secretaria Estadual da Saúde por meio de edital de chamamento público e é condicionada a critérios definidos no edital e ao Teto Orçamentário Anual do Programa.

Na adesão, o município propõe uma meta de atendimento de gestantes e crianças pela sua futura equipe do PIM. Esta proposta é avaliada pela Comissão Técnica de Julgamento do Edital. O município que tiver sua proposta de adesão aprovada deverá enviar ao GTE as documentações abaixo para formalização de sua adesão, a qual ocorrerá por meio de portaria específica publicada no Diário Oficial do Estado contendo a meta de atendimento do PIM no município.

DOCUMENTOS PARA A FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO

- Termo de Adesão ao PIM assinado pelo prefeito;
- Cópia do decreto ou portaria municipal de nomeação do GTM;
- Formulários de Cadastro no SisPIM de, pelo menos, um integrante do GTM;
- Ofício assinado pelo prefeito contendo a meta de indivíduos a serem atendidos pelo programa e o número de visitadores(as) necessários(as), com suas respectivas cargas horárias;
- Inscrição do GTM na Formação Introdutória do PIM ou comprovação de sua participação.



A meta de atendimento pactuada na adesão deverá ser acompanhada e monitorada pela equipe municipal, servindo como base para o planejamento das ações, territorialização e busca ativa de famílias. Além disso, servirá de parâmetro para o cálculo do repasse do incentivo financeiro estadual do PIM.

Após a publicação da habilitação no Diário Oficial do Estado, inicia-se a fase de implantação do programa no município. Para tanto, durante os seis primeiros meses após a habilitação, a administração municipal deve cumprir as seguintes ações:

- Realização da Formação Introdutória pelo GTM
- Elaboração do Diagnóstico Situacional da Primeira Infância
- Definição dos territórios de atuação do PIM e do número de visitadores(as) que serão contratados(as)
- Elaboração do Plano de Ação
- Seleção e contratação da equipe de monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as)
- Formação Introdutória da equipe de monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as)
- Territorialização
- Busca ativa e sensibilização das famílias para atendimento
- Caracterização das famílias, gestantes e crianças
- Construção do Plano Singular de Atendimento
- Atendimento às famílias
- Monitoramento da atenção às famílias, gestantes e crianças

Na fase de implementação, o município deve comprometer-se com a manutenção da equipe e dos atendimentos às famílias, realizar a atualização sistemática do SisPIM e promover a educação permanente e continuada da equipe. Nessa etapa, se consolida a rotina de trabalho do PIM, incluindo as reuniões periódicas, os planejamentos dos atendimentos e o estabelecimento dos fluxos necessários para a qualificação da atenção às famílias. O Plano de Ação deve ser revisto e atualizado, considerando a rotina de trabalho e as metas de atendimento de gestantes e crianças, cujo alcance deve ser mantido, pelo menos, em 80%.

2.1 AMPLIAÇÃO E REDUÇÃO DA META DE ATENDIMENTO E DESABILITAÇÃO DO PIM

A meta de atendimento de gestantes e crianças pactuada na adesão poderá ser ampliada ou reduzida.

AMPLIAÇÃO DA META

Ocorre quando são identificadas novas famílias ou territórios para atendimento e o município apresenta as condições necessárias para ampliar sua equipe e sua demanda de trabalho. Implica na seleção e na contratação de novos(as) visitadores(as) ou na ampliação da carga horária de visitadores(as) da equipe e na possibilidade de ampliação da equipe de monitores(as)/supervisores(as). A ampliação da meta será condicionada ao Teto Orçamentário Anual e a critérios estabelecidos e divulgados em edital pela Secretaria Estadual da Saúde (SES). Nos períodos divulgados, o município poderá solicitar a ampliação da meta.

REDUÇÃO DA META

Poderá ocorrer por solicitação oficial do(a) prefeito(a) municipal ou mediante parecer técnico da SES, quando o município não alcançar pelo menos 80% da meta de atendimento por um período igual ou superior a 06 meses consecutivos.

A desabilitação do PIM pode ocorrer mediante solicitação do(a) prefeito(a) municipal ou por meio de parecer técnico da equipe estadual:

- A desabilitação por solicitação municipal deve ser comunicada à equipe estadual através de ofício assinado pelo(a) prefeito(a);
- A desabilitação realizada por parecer técnico da equipe estadual ocorre quando o município reiteradamente não cumpre com os requisitos para manutenção do programa, mesmo após tratativas e apoio da equipe estadual para sua reorganização.

A ampliação e redução da meta, bem como a desabilitação do PIM, será publicada no Diário Oficial do Estado.



PARA SABER MAIS

Consulte o Caderno do PIM nº 01: Adesão, Implantação e Implementação do PIM.

2.2 AÇÕES DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PIM NOS TERRITÓRIOS

2.2.1 Diagnóstico Situacional da Primeira Infância

Antes de iniciar os atendimentos é necessário definir em quais territórios a equipe do PIM pretende atuar, considerando também a possibilidade de atendimento em serviços de acolhimento institucional e unidades prisionais.

É comum que os profissionais e gestores que atuam no município já tenham percepções sobre quais são os territórios mais empobrecidos, vulneráveis ou violentos. Contudo, essa definição deve ser baseada em indicadores e informações que permitam uma decisão fundamentada e livre de visões preconcebidas.

O Diagnóstico Situacional da Primeira Infância (DSPI) é uma ferramenta utilizada pelo programa que reúne indicadores populacionais, socioeconômicos, de saúde, educação, assistência social e cultura, além de dados e informações sobre a rede de serviços disponível no município. Possibilita o reconhecimento da oferta de serviços e da demanda de atendimentos para o PIM. Seu objetivo é, a partir dos indicadores levantados, traçar um panorama da realidade atual acerca da primeira infância no município.

A elaboração do DSPI auxilia o GTM e gestores municipais na tomada de decisão sobre a política, como na definição dos territórios e do públicos prioritário. Além disso, a sistematização das informações contribui para o desenvolvimento de ações em rede, fortalecendo a atenção integral às famílias e a pauta da primeira infância no município. A análise também orienta o planejamento das ações do PIM e apoia a construção dos Planos Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social, assim como do Plano Municipal da Primeira Infância. A elaboração do DSPI é realizada pelo GTM, a partir de articulação com a rede de serviços.

Quando realizar ou atualizar o DSPI?

I — MUNICÍPIOS QUE ESTÃO NA FASE DE IMPLANTAÇÃO DO PIM: após a formação introdutória do GTM. O instrumento apoiará na definição dos territórios de atuação e das famílias prioritárias para atendimento, assim como o planejamento das ações do programa.

II — MUNICÍPIOS QUE JÁ DESENVOLVEM O PIM: no primeiro semestre de cada nova gestão municipal, articulando à construção dos instrumentos de planejamento municipal, como os Planos Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social e o Plano Municipal da Primeira Infância.

III — MUNICÍPIOS QUE DESEJAM A AMPLIAÇÃO DA META DE INDIVÍDUOS (GESTANTES E CRIANÇAS) PARA ATENDIMENTO: atualizar o diagnóstico, fundamentando a solicitação de ampliação na avaliação da demanda e oferta de serviços.

Na fase de implantação, o DSPI auxilia o GTM a definir questões importantes para o funcionamento do PIM no município, entre elas:

- Quais serão os territórios de atuação do PIM?
- Quais as áreas e famílias são prioritárias para o atendimento?
- Existe serviço de acolhimento institucional ou programa família acolhedora no município com gestantes adolescentes ou crianças menores de 06 anos?
- Existe Unidade Prisional com Unidade Materno e Infantil no município?
- Qual o número de gestantes e crianças pretende-se atender em cada território prioritário ou instituição?
- Com quais iniciativas públicas, privadas ou comunitárias poderão ser articuladas as ações do PIM?
- A partir do DSPI, qual será o planejamento das ações do PIM? Quais ações são prioritárias?

A cada nova gestão e nos momentos de ampliação da meta de indivíduos para atendimento ou mudanças de território, o DSPI auxilia o GTM a avaliar as seguintes questões:

- O território que está sendo atendido é o que mais precisa de atuação do PIM no momento?
- É necessário ampliar ou alterar o território de atuação do programa?
- Está sendo alcançada a meta de indivíduos para atendimento?
- O número atual de visitadores(as) dá conta da demanda do município?
- Que estratégias precisam ser traçadas intersetorialmente para impactar na realidade identificada, visando a melhoria de indicadores?

Para a definição dos territórios e famílias a serem atendidas, é fundamental estar atento ao público prioritário do PIM. Para isso, o DSPI traz alguns aspectos baseados em indicadores que contribuem para essa definição:

São critérios relevantes para a definição do território de atuação:

- Número de gestantes e crianças de zero até seis anos de idade;
- Famílias incluídas em programas de transferência de renda;
- Morbidade e mortalidade infantil e materna;
- Baixa cobertura de educação infantil;
- Infraestrutura urbana insuficiente (saneamento básico, mobilidade urbana);
- Incidência de violência e criminalidade, uso abusivo de substâncias e/ou exposição ao tráfico de drogas e ao abuso e exploração sexual;
- Situação de trabalho infantil;
- Áreas de difícil acesso rurais ou urbanas;
- Ocupações urbanas ou rurais;
- Assentamentos e comunidades tradicionais e específicas (ex: indígena, quilombola, migrantes e refugiados, entre outras);
- Existência de instituição de acolhimento e/ou família acolhedora;
- Existência de Unidade Prisional com Unidade Materno infantil;
- Territórios afetados ou impactados por catástrofes naturais e humanas.

Para priorização das famílias a serem acompanhadas, sugere-se considerar as seguintes situações:

- Beneficiárias de programas de transferência de renda como o Bolsa família;
- Pobreza, extrema pobreza e/ou vulnerabilidade socioeconômica;
- Famílias vivendo em situação de rua;
- Condições de habitação e densidade domiciliar;
- Gestantes adolescentes e/ou de alto risco;
- Histórico de morbidade e mortalidade infantil;
- Criança prematura;
- Criança egressa de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal;
- Crianças com mais de uma hospitalização no primeiro ano de vida;
- Mães com diagnóstico ou sintomas de depressão pós-parto;
- Abuso de álcool e outras drogas na família;
- Famílias com cuidadores, gestantes ou criança com deficiência;
- Membro familiar em atendimento especializado e/ou tratamento psiquiátrico;
- Gestantes adolescentes e crianças menores de 06 anos em situação de acolhimento institucional ou familiar;
- Família acolhedora;
- Analfabetismo ou baixa escolaridade materna ou do cuidador principal;
- Crianças não inseridas na rede formal de ensino;

- Violência doméstica;
- Membro familiar em privação de liberdade;
- Gestantes e puérperas com bebês privadas de liberdade;
- Famílias monoparentais;
- Fragilidade na função protetiva;
- Fragilidade das relações familiares;
- Baixa capacidade para vida autônoma;
- Exposição à HIV ou sífilis durante a gravidez e/ou transmissão vertical;
- Trabalho infantil;
- Indígenas, quilombolas, negros, migrantes e refugiados em situação de vulnerabilidade;
- Indígenas não aldeados;
- Famílias afetadas ou impactadas por catástrofes naturais e humanas.

Ao definir o território que será atendido, o GTM e/ou monitor(a)/supervisor(a) deve realizar o preenchimento do Formulário de Caracterização da Comunidade/Território, que será abordado no Capítulo 3. Por meio desse instrumento será possível identificar os serviços que atuam no território (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência de Assistência Social, Escolas, Centros de Atenção Psicossocial, Conselheiros Tutelares, dentre outros), assim como iniciativas comunitárias e da sociedade civil organizada. Na sequência, as informações do formulário devem ser inseridas no SisPIM.

2.2.2 Plano de ação

O Plano de Ação é uma ferramenta de gestão fundamental para organização da implantação e implementação do PIM no município.

Um bom planejamento parte de um bom diagnóstico, o qual pode ser realizado com o auxílio do DSPI, da análise sobre demandas e prioridades para o processo de trabalho e outros instrumentos de diagnóstico e análise local. Esta análise possibilita a identificação de "nós" e problemas para, a partir disso, elencar prioridades de curto, médio e longo prazo.

Para isso, a equipe pode realizar o seguinte exercício de pensamento: quais são as necessidades? Qual o tamanho delas (tempo/recursos/exigência)? Qual a viabilidade? Qual a prioridade? É algo que precisa ser trabalhado de forma permanente ou é possível definir periodicidade?

No Plano de Ação são definidos os objetivos e construídas as ações e estratégias para o alcance dos mesmos, possibilitando a previsão dos recursos humanos, materiais, financeiros e articulações necessárias para a execução das metas previstas. Além disso, são definidos os prazos e responsáveis para cada uma das ações e como será realizado seu monitoramento e avaliação.

Após a sua elaboração, é importante destacar aspectos do Plano de Ação do PIM que precisem ser incorporados aos Planos Municipais das secretarias envolvidas, nos seus Conselhos e/ou instrumentos de gestão do município.

A responsabilidade pela elaboração do Plano de Ação é do GTM, em diálogo permanente e com apoio dos(as) monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as), de forma articulada com a gestão das secretarias municipais envolvidas e com os atores da rede de serviços.

Para auxiliar a equipe municipal na elaboração do plano, abaixo encontram-se algumas sugestões de elementos importantes para sua construção. O município pode incluir outros itens que considere relevantes:

IDENTIFICAÇÃO	Identificar o município, o período de vigência do plano e os responsáveis pela sua elaboração.
INTRODUÇÃO	Discorrer de forma geral sobre o PIM, apresentando o que é essa política pública e como se dá sua estrutura e funcionamento.
PANORAMA DA PRIMEIIRA INFÂNCIA	Com o apoio do DSPI, realizar análise situacional da primeira infância no município e do Programa Primeira Infância Melhor.
DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	Descrever qualitativamente o que se deseja atingir com as ações do plano, tendo como foco principal a efetivação e a qualificação das ações do PIM.
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES	A partir do que foi analisado na situação atual do município, dos objetivos, das potencialidades e fragilidades identificadas, a equipe deverá planejar as ações que serão desenvolvidas.
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	É importante também informar como será realizado o monitoramento e avaliação das atividades do plano, durante o período de vigência (ano/semestre). O GTM deve acompanhar o desenvolvimento das ações previstas, revendo e/ou adequando objetivos, estratégias e percursos sempre que necessário.

No exercício de construção do plano de ação, deve-se considerar os seguintes aspectos:

Recursos humanos

- Quais os recursos humanos necessários para a execução das ações previstas? Quem irá compor a equipe? Quais as necessidades de contratação e perfil de cada integrante? Qual será a forma de contratação dessa equipe?
- A equipe está completa? O GTM e monitores(as)/supervisores(as) possuem a carga horária assegurada? Há necessidade de novas contratações de visitadores(as)? Há necessidade de mudanças na forma do vínculo empregatício da equipe?
- Quais os pontos a serem qualificados?

Recursos materiais

- Quais bens ou serviços são necessários às atividades previstas? (materiais de escritórios, de comunicação, equipamentos, serviços, transporte, aluguel de sala, entre outros). Com quais materiais cada secretaria envolvida pode contribuir?

Recursos financeiros

- Qual será o valor mensal do recurso financeiro estadual que o município receberá? (de acordo com a fase de execução em que se encontra e a média de indivíduos acompanhados pelo PIM durante o período vigente do plano)
- Como será realizada a utilização do incentivo financeiro estadual?
- Qual a contrapartida financeira que o município precisará realizar para a manutenção das ações do PIM? Quais as secretarias envolvidas no programa cofinanciarão as ações?
- Quais os custos das ações previstas? (contratação de equipe, diárias, materiais, despesas administrativas, deslocamento da equipe, entre outros).

Território e público-alvo

- Como vai se dar ou está sendo o processo de territorialização?
- É necessária a ampliação de áreas para atendimento?
- O PIM tem conseguido chegar ao público-alvo do programa? Como está o número de gestantes, pessoas com deficiência, entre outros?
- Há demanda reprimida para atendimento?
- O número de indivíduos acompanhados por visitador está de acordo com o orientado pela política?

Rotina de trabalho da equipe

- Qual será a rotina do trabalho da equipe?
- Qual será a periodicidade das reuniões de equipe? Qual será a periodicidade das reuniões com os visitadores(as) para planejamento, supervisão e monitoramento dos atendimentos às famílias?
- Como serão organizadas as ações de articulação com a rede de serviços para a discussão dos casos?
- Planejar as formações iniciais e continuadas dos(as)) visitadores(as);
- Quais serão as ações de cada pasta envolvida (Saúde, Educação, Assistência Social e outras) com relação ao trabalho do PIM?
- Como ocorrerá a atualização do SisPIM? Quem fará a digitação?
- Quais os eventos serão realizados no período? (Semana do Bebê, sensibilização comunitária, entre outros).

Articulações em rede e da pauta da primeira infância

- Quais serviços da rede o PIM precisa se aproximar? Como realizar a articulação com eles?
- A partir do DSPI e outros diagnósticos locais, quais os indicadores municipais da primeira infância o PIM pode contribuir? (ampliação da cobertura vacinal de crianças, da cobertura e adesão ao pré-natal na atenção básica; redução na gestação na adolescência, redução do trabalho infantil, da pobreza, e muitos outros)
- Que ações são necessárias com outros serviços da rede?
- Quais as ações necessárias para incluir o PIM nos instrumentos de gestão municipal (Plano Municipal de Saúde, de Assistência Social e Educação)?
- Como divulgar e dialogar sobre a pauta da primeira infância para sensibilizar gestores(as), trabalhadores(as) e sociedade?

2.2.3 Seleção e contratação da equipe de monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as)

A seleção e a contratação de monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as) são de responsabilidade do município.

Desde a adesão, o município deve estudar sobre a forma de seleção e de contratação que utilizará, em diálogo permanente com o setor jurídico e de recursos humanos da prefeitura.

Para cumprir a função de monitor/supervisor pode ser indicado um dos integrantes do GTM, desde que tenha carga horária acrescida para esta finalidade. Caso o município entenda que essa alternativa não é viável, pode indicar outro trabalhador com perfil para as atribuições, ou realizar a contratação de novo profissional para o cargo.

A equipe municipal de visitadores(as) pode ser contratada de diferentes formas (concurso público, seleção pública, contratação temporária, bolsista de nível superior e outras). Essa tomada de decisão deve ser realizada levando-se em conta as legislações que orientam as formas de contratação e a escolaridade mínima exigida para o cargo.

Ao realizar a seleção, é importante buscar candidato com perfil adequado às necessidades do cargo, considerando suas atribuições. Observar este aspecto contribui para a definição dos conteúdos da prova de seleção, dos itens que serão pontuados no currículo e na entrevista, entre outros.

Quando a contratação de visitadores(as) for destinada a territórios indígenas e quilombolas, o processo seletivo deve priorizar a contratação de profissionais pertencentes a esses povos e comunidades. Oportunizar a escuta e a participação das comunidades e lideranças contribui para a contratação de visitadores(as) com perfil alinhado às especificidades locais, além de favorecer a aceitação do Programa pelas comunidades e a valorização de sua cultura e experiências singulares. Após a contratação, monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as) devem ser cadastrados(as) no SisPIM.

O PIM possui um documento de orientação sobre a seleção e contratação de monitores e visitadores que pode ser consultado pelas equipes.

RECOMENDAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO DA EQUIPE DE VISITADORES(AS) E MONITORES(AS)/ SUPERVISORES(AS)

- Evitar limitar/vincular o(a) profissional a um território de atuação específico. Isto porque, ao longo do tempo, pode ser observada a necessidade de atuação em outros territórios além dos definidos inicialmente;
- Sempre observar a escolaridade mínima e as atribuições do cargo definidos na legislação do PIM;

- Na seleção de visitadores(as), se for exigido ao(a) candidato(a) ter ensino superior completo ou em curso, não recomenda-se essa exigência como critério de seleção, mas sim como pontuação em etapa de análise de currículo. Isto porque há pessoas com ensino médio completo que possuem magistério ou cursos técnicos que podem ter perfil para o cargo, e até aquelas que, mesmo sem formação específica, também o tenham. Esta sugestão auxilia a não limitar muito o perfil dos(as) condidatos(as) e, assim, reduz o risco de não conseguir executar a seleção;
- O município poderá realizar parte da Formação Introdutória na fase de seleção, o que possibilita ao(à) candidato(a) já visualizar se tem afinidade com o trabalho e, ao município, ter uma lista de classificação com candidatos(as) parcialmente capacitados(as).

2.2.4 Formação introdutória da equipe de monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as)

No contexto do PIM, a formação dos(as) trabalhadores(as) é entendida como um processo contínuo, participativo, crítico-reflexivo e problematizador que possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades para o desenvolvimento das atribuições no programa.

A formação das equipes adquire um caráter permanente no PIM, pois entende-se que ela está estreitamente ligada à qualidade da atenção ofertada pelo programa. Assim, antes mesmo do início do trabalho com as famílias, toda a equipe precisa realizar uma formação inicial do programa. Além disso, a equipe municipal precisa incluir em seu planejamento momentos de educação permanente com a equipe, tais como:

- Organização de formações continuadas sobre temáticas afins com o PIM;
- Organização de espaços de supervisão e discussão de casos;
- Participação da equipe PIM nas capacitações ofertadas pela rede e correlacionadas ao trabalho do PIM;
- Realização dos cursos disponibilizados no e-PIM;
- Participação das webinars e outros eventos organizados pelo GTE e parceiros.

É atribuição do GTE realizar a formação introdutória no PIM do GTM. Este, por sua vez, é responsável por realizar a formação inicial dos(as) monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as).

Monitores(as)/supervisores(as) e visitadores(as) podem realizar a Formação Introdutória do PIM disponibilizada pelo GTE no e-PIM, tendo sua carga horária complementada pelo GTM, até completar a carga horária requerida (monitor: 32h e visitador: 60h).

A Formação Introdutória de visitadores(as) é de responsabilidade do GTM e sua execução pode contar com apoio dos(as) monitores(as)/supervisores(as), profissionais da rede de serviços local e do GTE. Sua execução deve ocorrer sempre que novos(as) visitadores(as) se agregam à equipe.

Para sua realização, sugere-se uma matriz metodológica que possui caráter introdutório e sensibilizador, aborda as temáticas referentes à metodologia de atendimento do PIM e oportuniza um espaço de fortalecimento dos conhecimentos e competências que serão requeridos na prática cotidiana dos(as) visitadores(as).

Essa matriz prevê eixos temáticos indispensáveis à qualificação inicial de visitadores(as) e outros temas poderão ser agregados de acordo com as demandas da política e das realidades locais.

Propõe-se que as formações adotem uma metodologia participativa e reflexiva, onde o sujeito da aprendizagem é ativo na construção dos saberes. Para tanto, sugere-se práticas de problematização e troca de experiências, possibilitando o encontro entre saberes diversos (vividos, populares, acadêmicos, entre outros) sobre as temáticas.

MATRIZ METODOLÓGICA DA FORMAÇÃO INTRODUTÓRIA DE VISITADORES(AS)

TEMÁTICA	CARGA HORÁRIA
<u>Eixos introdutórios:</u> 1. Primeira Infância: desenvolvimento humano, políticas públicas e marcos legais 2. O programa Primeira Infância Melhor - PIM 3. O PIM nos territórios: ações de implantação e implementação 4. A atenção às famílias no PIM 5. Monitoramento da atenção à gestante e do desenvolvimento integral infantil	24h
6. Contextualização da primeira infância e do PIM no município	1h
7. Eixos de atuação do PIM: vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil, interação parental positiva e articulação em rede	6h
8. Aspectos fundamentais da gestação para a atuação do PIM	3h

9. Aspectos fundamentais do desenvolvimento infantil para a atuação do PIM	3h
10. O brincar	2h
11. A ludicidade no desenvolvimento humano	1h
12. Metodologia de atenção às famílias: Caracterização dos bairros, famílias, gestantes e crianças atendidas	2h
13. Metodologia de atenção às famílias: Plano Singular de Atendimento e planejamento (Plano de Visita e Grupo) e execução dos atendimentos	2h
14. Metodologia de atenção às famílias: Registro dos atendimentos e Monitoramento da atenção	2h
Eixo Transversal: atividades práticas e de campo	14h
TOTAL	**60h**

Os eixos introdutórios podem ser realizados através da Formação Introdutória do PIM autoinstrucional disponível no e-PIM ou realizada de forma presencial pelos municípios. Mais informações e orientações podem ser encontradas no documento "Orientações para a formação introdutória de visitadores(as)".

Caso a equipe municipal compreenda que a formação inicial pode ser relevante para o processo de seleção e contratação dos(as) visitadores(as), auxiliando na seleção de pessoal com perfil para o trabalho com a primeira infância, parte dela pode ser executada ao longo desse processo e outra posterior à contratação. Também há a possibilidade da formação introdutória de visitadores(as) ser desenvolvida inteiramente após a contratação.

Independente da escolha do município, é fundamental que a carga horária completa da formação (60 horas) seja executada em até 30 dias após a contratação dos(as) visitadores(as).

VERSÃO PÓS CONTRATAÇÃO Quando a formação introdutória se dá após a seleção/contratação do(a) visitador(a).

VERSÃO PRÉ CONTRATAÇÃO

Quando parte da formação introdutória compõe o processo seletivo, ou seja, a mesma é contabilizada no escore classificatório da seleção. Nesta versão, sugerimos duas possibilidades:
1) Formação Introdutória do PIM auto-instrucional, realizada através do e-PIM com 24 horas-aula e, posteriormente, esta embasar a prova ou a entrevista do(a) candidato(a) realizada pelo município no processo seletivo;
2) Versão presencial, realizada pelo município, contemplando os eixos temáticos 1 e 2 (Primeira Infância: desenvolvimento humano, políticas públicas e marcos legais e O programa Primeira Infância Melhor - PIM). Nas duas situações, as demais temáticas deverão ser realizadas após a contratação dos(as) visitadores(as).

SUGESTÕES PARA A REALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO INTRODUTÓRIA DE VISITADORES(AS)

- GTM e monitores(as)/supervisores(as) se apropriarem do documento "Orientações para a formação introdutória de profissionais visitadores(as)", observando a metodologia, temáticas, materiais de apoio, etc.
- Definir o formato (versão pré ou pós-contratação), local, semana, materiais necessários, como será feita a abertura e o fechamento, etc.
- Identificar quais temáticas serão ofertadas pela equipe do PIM e quais profissionais da rede de serviços podem apoiar, quais serviços e territórios podem ser visitados, etc.
- A formação pode ser executada em parceria com um ou mais municípios, seja na íntegra, ou parte dela. Uma visita para conhecer o trabalho de algum PIM de referência na região também pode ser um momento importante de formação;
- Criar momentos que favoreçam a aprendizagem significativa, com diálogo, problematização e colaboração;
- Sempre que é realizada uma nova formação de visitadores(as), toda a equipe tem uma rica oportunidade de se atualizar, aprender e debater sobre o programa.

SUGESTÕES DE TEMAS PARA AS FORMAÇÕES CONTINUADAS DA EQUIPE

- Planejamento sexual e reprodutivo
- Pré-natal da gestante e Pré-natal do parceiro
- Imunizações/calendário vacinal
- Gestação e parto
- Gestação na adolescência
- Gestante e crianças com deficiência
- Prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis
- Cuidados no puerpério e ao recém-nascido
- Puericultura
- Amamentação
- Crescimento e condição nutricional
- Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos
- Saúde mental
- Ética e sigilo
- Interação parental positiva
- Plano Singular de Atendimento
- Acolhimento
- Brincar livre
- Ludicidade
- Literatura infantil
- Desenvolvimento motor, cognitivo, sócio-emocional e de linguagem
- Sinais de risco ao desenvolvimento infantil
- Prevenção de acidentes
- Prevenção, identificação e notificação das violências
- Violência doméstica
- Trabalho infantil
- Equidade/diversidade/racismo/LGBT/migrantes
- Práticas antirracistas no atendimento às famílias
- Marco Legal da Primeira Infância
- PIM no contexto prisional
- Serviços do CRAS (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos- SCFV)
- Serviços da Proteção Social Especial, como os serviços de acolhimento
- CadÚnico
- Programas da assistência social e transferência de renda
- Combate ao Aedes aegypti e doenças relacionadas

2.2.5 Territorialização: conhecendo e atuando no território

A territorialização é o processo de conhecimento e ação em um território. Constitui-se como um exercício permanente, com vistas à compreensão do modo de vida, da cultura das famílias que ali vivem e das redes que o compõe.

Mas o que é um território?

Os municípios são espaços territoriais adstritos dentro de um estado ou unidade federativa, com uma prefeitura. Estas adstrições formais são organizativas da vida das pessoas e dos acessos que têm às políticas públicas. Contudo, a construção dos territórios é um processo vivo e dinâmico.

Na saúde os territórios são entendidos para além de suas delimitações formais, referem-se aos lugares onde a vida das pessoas acontece. Características como os sons, os cheiros, a estética das casas e o ritmo de circulação das pessoas compõem um território. Sua localização na cidade; a distância entre as casas; a distância das casas até a parada de ônibus; a localização da escola, da unidade de saúde e do CRAS; como são as ruas e calçadas, como é a geografia do lugar, onde as pessoas trabalham...tudo isso influencia as condições e o modo de vida das pessoas.

Todos esses elementos formam um emaranhado de significados e representações para cada habitante desse território. O território do gestor público não é o mesmo território da criança que percorre o caminho de sua casa até a escola, que também não é o mesmo território da mulher que trabalha no mercadinho e consulta na Unidade de Saúde. O território é constituído de múltiplos sentidos.

Para formularmos políticas públicas num determinado território precisamos adentrar nesses vários sentidos e significados que ele tem para seus habitantes, precisamos nos empenhar a ler o território vivo que existe. Estas e outras questões nos ajudam a compreender a multiplicidade de aspectos que afetam as condições de vida e as possibilidades de escolhas das pessoas.

Desde a Constituição Federal de 1988, políticas públicas como a Assistência Social e a Saúde vêm adotando a territorialização dos serviços como estratégia para que a proteção e seguridade social aconteçam mais próximas dos lugares onde as pessoas moram, trabalham, sofrem, adoecem, brincam e criam possibilidades de resistência - isto é, onde a vida das pessoas acontece.

A perspectiva de descentralização e territorialização das políticas públicas foi muito influenciada por Milton Santos (2005), compreendendo o território para além do espaço geográfico. Este é, também, um lugar "usado" pelas pessoas, vivo, onde se expressam as condições sociais, econômicas e políticas. Ao entrar em um território, observar, sentir, dialogar sobre e refletir sobre estas e outras questões nos ajudam a compreender o modo como as relações entre as pessoas e as infâncias acontecem, ampliando o olhar para as situações das famílias.

O PIM, da mesma forma, organiza sua ação de forma territorial e programática, buscando priorizar atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade, considerando aspectos que incidem de forma desigual no desenvolvimento integral infantil.

Esta é uma estratégia alinhada com as políticas de promoção da equidade que busca reparar e reduzir os danos causados pelos processos de vulnerabilização, buscando melhorar as condições para o desenvolvimento integral infantil nos lugares mais afetados pela desigualdade. Assim, o programa visa a promoção da equidade de condições para que as crianças pequenas se desenvolvam integralmente.

Nem sempre é possível para os municípios implantarem o PIM de forma a atender a todos os territórios. As orientações para a priorização da atenção do PIM em determinados territórios objetivam que as equipes nos municípios tomem decisões acertadas e condizentes com o propósito do programa, apoiada pelo DSPI.

Ainda, ao pensar no território de atuação, deve-se ter em vista que as comunidades tradicionais são uma prioridade para o PIM. Por uma série de processos históricos de violência e violação de direitos, essas populações são afetadas de forma desigual pelos processos de vulnerabilização. A atuação do programa deve valorizar e respeitar a cultura dos povos e comunidades tradicionais, atuando de forma não colonizadora.



COMUNIDADES TRADICIONAIS

Segundo a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (BRASIL, 2007), entende-se por Povos e Comunidades Tradicionais grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tal, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição.

A territorialização nessas comunidades deve considerar, além dos aspectos já mencionados, alguns específicos, como as principais práticas de promoção e cuidado em saúde realizadas pela comunidade, formas de transmissão dos conhecimentos, rotinas e hierarquias sociais e familiares, a compreensão dos membros da comunidade tradicional em relação aos seus direitos/legislações vigentes, entre outros.



Para apoiar no reconhecimento desses territórios em específico, o PIM possui o documento com "Orientações para o Trabalho do PIM em comunidades tradicionais". Este visa aperfeiçoar o atendimento do PIM destinado às famílias de povos e comunidades tradicionais, instrumentalizando as equipes municipais para uma abordagem sensível às suas particularidades.

O Diagnóstico Situacional do Município e a definição dos territórios de atuação apoiam o processo de territorialização. Esse trabalho inicia na fase de implantação do programa e inclui o diálogo com lideranças comunitárias, com profissionais de referência dos serviços locais, com as famílias e crianças. Esses diálogos, além de possibilitarem o reconhecimento, favorecem a sensibilização do território para uma melhor inserção do PIM.

É neste momento que ocorre o preenchimento do formulário de Caracterização do Território (bairro/comunidade).

2.2.6 Sensibilização de famílias e territórios

É a partir do reconhecimento dos territórios e do diálogo com seus atores que as equipes do PIM terão acesso à relação das famílias prioritárias para atendimento. Os serviços costumam ter essa relação organizada, já com a identificação de endereços e contatos, extraídas principalmente de sistemas oficiais, como o Cadastro Único da Assistência Social.

O GTM deve articular sua secretaria de origem para a identificação e encaminhamento das famílias prioritárias para atendimento pelo programa. Com essas indicações, inicia-se a busca ativa das famílias e a sensibilização das mesmas para adesão ao PIM.

Geralmente, as equipes abordam as famílias indicadas de porta em porta, apresentando o PIM e convidando-as a participar. Além disso, é comum a entrega de materiais que ilustrem o trabalho da política (folders, panfletos, entre outros).

Convidar os parceiros das redes (ex: agente comunitário de saúde, agente de combate a endemias, etc.) que já atuam no território e têm vínculo com as famílias para acompanharem estes primeiros contatos é uma estratégia que favorece a acolhida e a inserção do PIM nas comunidades. As equipes do PIM também podem combinar fluxos com as equipes de atenção básica e dos Centro de Referência em Assistência Social para que estas apoiem na identificação e convite.

Além da sensibilização das famílias, é importante desenvolver estratégias de sensibilização das comunidades através de ações que demonstrem aos moradores a importância da primeira infância e do PIM. Estas ações são fundamentais para fomentar a participação comunitária e o fortalecimento da política.

A sensibilização das famílias e comunidades é um processo permanente. Nele é importante sempre reforçar os objetivos do PIM, seu funcionamento, periodicidade, metodologia de trabalho e benefícios pretendidos, lembrando que a participação da família não é obrigatória, e sim por adesão voluntária.

Para isso, as equipes podem se valer de algumas estratégias, tais como:

- Participar de reuniões comunitárias;
- Divulgar as ações do PIM em mídias sociais e nas rádios locais;
- Promover eventos culturais;
- Realizar cortejos pelas comunidades;
- Colar cartazes em lugares de grande circulação e distribuir panfletos (ex: escolas, mercearia, unidades de saúde);
- Dialogar com lideranças comunitárias e sociedade civil;
- Articular-se, de forma permanente, com demais serviços da rede;
- Realizar a divulgação e sensibilização sobre a primeira infância e o trabalho do PIM aos pares da rede de serviços.

Além disso, é muito importante que as pessoas participem da tomada de decisão das ações executadas pelo programa, isso faz com que se sintam mais identificadas e pertencentes. Essa aproximação pode ser feita, por exemplo, através da construção do plano de ação do PIM junto à comunidade e junto a outras estratégias de planejamento participativo do município.



Prêmio Salvador Celia

Fotografia vencedora do IX Prêmio Salvador Celia pela Macrorregião Serra, de autoria da visitadora Naiane Guerreiro de Lima de Caxias do Sul, com título "Naqueles morros cheios de moradias, estão as lutas de todos os dias".

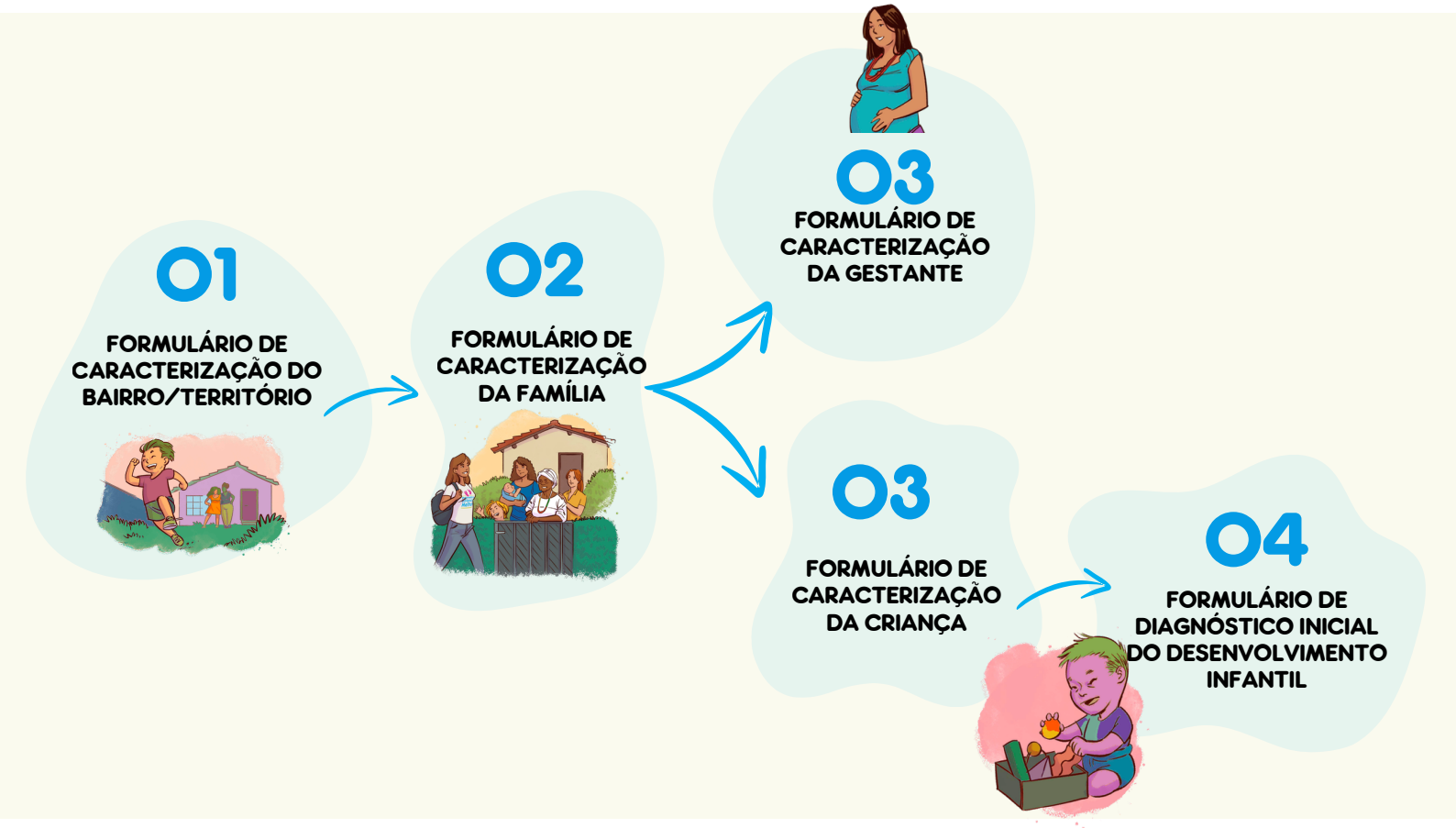
Capítulo 3

A ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS NO PIM

3 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS, GESTANTES E CRIANÇAS

Com a adesão das famílias ao programa, inicia-se o contato inicial com cada uma delas e a realização dos Formulários de Caracterização da Família, Gestante e Criança atendidas, além do diagnóstico inicial do desenvolvimento infantil. Estes formulários, além de servirem como cadastro, representam uma oportunidade do(a) visitador(a) conhecer as singularidades de cada contexto e os aspectos que irão compor o trabalho junto às famílias, contribuindo para a construção do Plano Singular de Atendimento para cada uma delas.

Para isso, é importante que o(a) visitador(a) tenha uma escuta atenta, acolhedora e livre de julgamentos, pois esses primeiros contatos são fundamentais para a construção de vínculo com as famílias. O preenchimento dos formulários pode levar até 30 dias.



No capítulo anterior, foi apresentado o Formulário de Caracterização do Bairro/Território. Ele é o único que deve ser realizado pelo GTM e/ou monitor(a)/supervisor(a), antes dos demais, no início do processo de territorialização. Ele possibilita caracterizar o bairro/comunidade, a fim de aperfeiçoar o atendimento do PIM, através de uma melhor adaptação das ações à realidade local.

O Formulário de Caracterização da Família possibilita conhecer as condições físicas de habitação, saneamento básico, aspectos de ordem social e econômica, dinâmica familiar, entre outros. Os dados deste formulário devem ser preenchidos pelo(a) visitador(a), a partir de entrevista(s) junto a um adulto responsável e por meio de observação.

Em seguida, se houver gestante na família, é realizado o preenchimento do Formulário de Caracterização da Gestante. Este permite traçar o perfil da pessoa gestante acompanhada pelo programa quanto aos aspectos sociais, de educação e saúde. Também é preenchido pelo(a) visitador(a) através de entrevista(s) junto à gestante e da consulta aos dados que constam na Caderneta da Gestante.

Nas famílias com crianças, o(a) visitador(a) realiza o Formulário de Caracterização da Criança. Ele permite traçar o perfil quanto aos aspectos de saúde, educação relacionamentos, hábitos e da convivência da mesma com sua família. Deve ser preenchido a partir de entrevista(s) junto ao adulto cuidador da criança. Para cada criança, deverá ser preenchido um formulário, tendo em vista suas singularidades.

O segundo passo no cadastramento da criança é a aplicação do Formulário de Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil, também pelo(a) visitador(a). Ele permite caracterizar o desenvolvimento da criança conforme os indicadores referentes à sua faixa etária no momento em que ingressa no PIM.



PARA SABER MAIS

Consulte o Guia da Caracterizaçao dos territórios, famílias, gestante e crianças e realize Formação Continuada no e-PIM "O processo de caracterização no PIM"

O Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil configura-se como uma "testagem", em que o(a) visitador(a), por meio de brincadeiras e atividades planejadas junto ao(a) monitor(a)/supervisor(a), caracteriza o desenvolvimento da criança no momento em que ela ingressa no PIM. Esse marcador serve de base para o Plano Singular de Atendimento, assim como para o planejamento das atividades de estimulação do desenvolvimento integral infantil com a família, que devem iniciar somente após a aplicação do referido formulário.

Desde 2026, o PIM orienta que deve ser realizada a aplicação do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil para todas as crianças, inclusive aquelas com deficiência (comprovada por laudo médico e informada no Formulário de Caracterização da Criança).

PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE OS FORMULÁRIOS QUE COMPÕEM O INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO

	 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO	 CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA	 CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE	 CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA	 DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLIVMENTO INFANTIL
OBJETIVO	Caracterizar o bairro ou comunidade a fim de aperfeiçoar o atendimento do Programa através de uma melhor adequação das ações à realidade local	Conhecer a situação das famílias no que se refere às condições físicas de habitação, aos aspectos de ordem social e econômica, bem como as relações que se estabelecem no contexto familiar	Traçar o perfil da gestante quanto aos aspectos de educação e saúde e dos cuidados no período pré-natal	Traçar o perfil da criança quanto aos aspectos de saúde, relacionamentos, rotinas, hábitos e interação familiar com ela	Caracterizar o desenvolvimento da criança conforme os indicadores referentes à sua faixa etária no momento em que ingressa no PIM
QUEM APLICA?	GTM ou Monitor(a) / Supervisor(a)	Visitador(a)	Visitador(a)	Visitador(a)	Visitador(a)
COMO É APLICADO?	Entrevista com lideranças comunitárias e/ou profissionais que atuam no território	Entrevista junto a um adulto responsável e alguns aspectos através da observação (sem que a família seja interrogada)	Entrevista junto à gestante e consulta de informações na Caderneta da Gestante	Entrevista junto ao adulto responsável, consulta de informações na Caderneta da Criança e observação de alguns aspectos	Aplicação prática de atividades lúdicas que permitam visualizar o desenvolvimento da criança. Realizadas pelo(a) visitador(a) junto à criança e na presença de um adulto cuidador
ESPECIFICIDADE	1 formulário por bairro atendido	1 formulário por família acompanhada	1 formulário por gestação	1 formulário por criança acompanhada. Itens relacionados à deficiência só devem ser preenchidos quando há laudo médico	*Único momento em que o visitador faz atividade com a criança

3.1 Qualificação da Caracterização: registro e supervisão

Após a etapa de caracterização, o(a) visitador(a) deverá dialogar com o monitor(a)/supervisor(a), para compartilhar impressões sobre as interações familiares, práticas de cuidado e de vida, as necessidades identificadas e, a partir delas, elaborar o Plano Singular de Atendimento.

Os momentos de supervisão são fundamentais, uma vez que através do diálogo é possível desenvolver e/ou aperfeiçoar a escuta sensível, o olhar atento, o respeito às diferenças, a ética e o sigilo necessários, além de amadurecer entendimentos e propostas de apoio às famílias. Essas práticas contribuem para uma abordagem empática e efetiva nas interações entre família, cuidadores, gestante, criança e membros da equipe municipal.



No processo da caracterização, a supervisão é fundamental para:

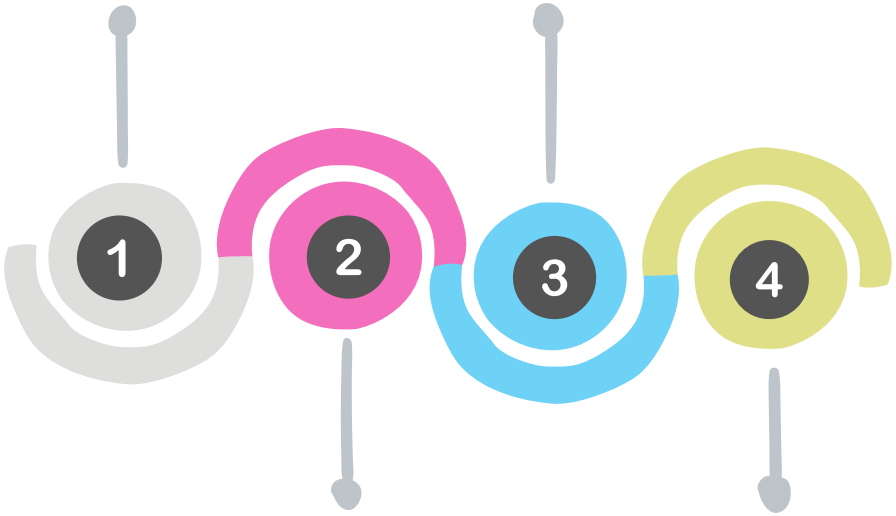
1. Apoiar o(a) visitador(a) no desenvolvimento de uma escuta acolhedora;

2. Iniciar a construção do Plano Singular de Atendimento;

3. Verificar a qualidade dos dados coletados antes da inclusão do cadastro dos formulários no SisPIM.

Também é importante que a equipe municipal estabeleça fluxos para inclusão dos formulários no sistema de informação. A organização e atenção aos fluxos alinha a equipe nos processos de trabalho, minimizando a possibilidade de erros na coleta dos dados e sua inserção no sistema.

1. Visitador(a) preenche os formulários
2. Monitor(a)/ supervisor(a) revisa os formulários. Se necessário corrige ou confirma informações ou as qualifica. Monitor(a)/ supervisor(a) dialoga com o(a) visitador(a)
3. Monitor(a)/ supervisor(a), GTM ou digitador inclui as informações já revisadas no SISPIM
4. GTM e monitor(a)/supervisor(a) acompanha os relatórios gerados no SISPIM, monitorando e avaliando as ações



INCLUSÃO DOS FORMULÁRIOS DE CARACTERIZAÇÃO NO SISTEMA

Para a inclusão dos formulários de caracterização das famílias atendidas no SisPIM, o(a) profissional reponsável pela digitação deve-se acessar o menu "Cadastros" e o submenu "Famílias". Na tela seguinte, clicar no botão "Incluir" e inserir as informações coletadas pelo(a) visitador(a) através do Formulário de Caracterização da Família. Ao salvar, deve preencher os dados da Caracterização da Gestante e/ou da Criança e, ao final deste último, no botão "Incluir acompanhamento de desenvolvimento em nova faixa etária", digitar as informações do formulário de Caracterização do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil (que pode ser incluído em até 30 dias após a Caracterização da Criança no sistema) e salvar.

SisPIM

3.2 PLANO SINGULAR DE ATENDIMENTO (PSA)

O Plano Singular de Atendimento é uma estratégia de planejamento na qual, a partir do contexto de cada família, são traçadas as ações que serão desenvolvidas durante o seu atendimento pelo PIM.

Sua construção ocorre a partir do diálogo com a família, gestante e criança e com a rede de serviços e da observação de fatores de risco e proteção. Incorpora informações identificadas no processo de caracterização e nos contatos com os profissionais de referência para a família dos serviços de Saúde, Assistência Social e Educação.

A elaboração do PSA fomenta a participação ativa da família na construção de seu percurso no programa. Por meio dele é que se reconhecem as expectativas das famílias com relação ao PIM, se pactua a formato e os objetivos do atendimento, assim como o caminho para alcancá-los. Além disso, o PSA concorre para fortalecer a atuação articulada da rede de serviços e uma atenção centrada nas especificidades de cada família. É possível, por exemplo, identificar demandas e pactuar encaminhamentos para atuação do PIM e dos demais serviços da rede.

O resultado do PSA deve refletir a singularidade de cada família: suas necessidades, potencialidades, interesses e expectativas. Esses aspectos irão referenciar a construção dos Planos de Visita Domiciliar/Atividade em Grupo. Portanto, é possível entender a construção do PSA como uma etapa que antecede a elaboração dos Planos de Visita Domiciliar/Atividade em Grupo. Destaca-se que se trata de um instrumento vivo e dinâmico, que deve ser atualizado na medida em que os atendimentos avançam, o contexto familiar se altera ou mudam as expectativas e objetivos pretendidos, por exemplo.

Alguns norteadores que podem auxiliar na construção ou atualização do PSA:

- Análise das informações coletadas nos Formulários de Caracterização;
- Escuta atenta e ativa da família, incluindo as crianças;
- Reflexão sobre os aspectos observados no diálogo com a família, especialmente das potencialidades e fragilidades do contexto familiar que podem afetar, direta ou indiretamente, o cuidado com as gestantes e crianças;

- Diálogo com profissionais da rede de serviços e/ou pessoas (familiares, vizinhança, amizades, lideranças comunitárias) que são referências para a família;
- Reconhecimento da cultura e experiências do território e família;
- Observação dos aspectos do território que podem afetar, direta ou indiretamente, no cuidado com as gestantes e crianças;
- Análise dos resultados das ações já realizadas pelo PIM e/ou outros serviços da rede em apoio à família;
- Ações pactuadas anteriormente entre a família e a rede de serviços;
- Avanços e/ou intercorrências observados no decorrer do acompanhamento realizado pelo PIM;
- Características do PIM e dos demais serviços da rede, como metodologia, cobertura, fluxos de acesso, recursos humanos disponíveis;
- Nos casos de crianças em situação de acolhimento institucional e/ou família acolhedora é necessária uma atualização periódica das mudanças ocorridas nas instituições/programas de acolhimento quanto a quem acompanha a criança e onde ela esta residindo.



Na atenção às gestantes, o trabalho do PIM se soma às ações da Atenção Primária, fortalecendo o pré-natal realizado no serviço de saúde. Nos atendimentos são ofertados apoio e orientações que visam promover o cuidado com a saúde física e emocional da pessoa gestante, o fortalecimento da rede de apoio, o vínculo da família e/ou cuidador com a criança, além de contribuir para a adesão da gestante e do(a) parceiro(a) (e/ou múltiplas parcerias) ao pré-natal e para o acesso aos demais serviços da rede.

Caso a gestante deseje entregar seu bebê para a adoção, direito previsto em lei, e deseje, também, ser acompanhada pelo PIM durante a gestação, o objetivo dos atendimentos deve concentrar-se na adesão ao pré-natal, à promoção do autocuidado e cuidado integral e na articulação com a rede para apoio ao direito da gestante à entrega voluntária do bebê[3].

Compreender os aspectos que envolvem o período gestacional contribui para que o(a) visitador(a) atue junto à família, rede de apoio e cuidadores de modo sensível e indo ao encontro de suas necessidades. A escuta da história pessoal da gestante, a leitura sobre o contexto no qual a gestação está se desenvolvendo, a realidade socioeconômica da família e como ela tem acessado a rede de serviços, são alguns elementos fundamentais para a atuação. Esses aspectos são identificados pelo(a) visitador(a) desde o processo de Caracterização da Gestante, orientando a construção do PSA.

[1] Mais informações na Cartilha Entrega Responsável para Adoção.

Aspectos importantes para o planejamento da atenção às famílias com gestante	
História pessoal da pessoa gestante	• Ginecológica/obstétrica • Vivências da sua infância • Relações familiares e afetivas • Rede de apoio • Experiências prévias de aborto • Crenças
Contexto em que a gestação está acontecendo	• Idade • Tipo de vínculo com o(a)(s) parceiro(a)(s) • Condições de saúde • Primeiro filho? • Possui rede de apoio? • Se em idade escolar, frequenta a escola?
Contexto socioeconômico	• Condições de moradia • Condições financeiras da família • Inserção no mercado de trabalho
Contexto assistencial	• Vínculo com profissionais do pré-natal • Qualidade do pré-natal • Qualidade da assistência ao parto



Na atenção às famílias com crianças, o trabalho do PIM se direciona especialmente à vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil e do protagonismo familiar, por meio do fortalecimento do vínculo e da busca pela proteção das crianças, na perspectiva da garantia de direitos.

Para realizar este atendimento, o(a) visitador(a) deve estar atento a aspectos relacionados à interação dos pais e/ou cuidadores com a criança e outros relacionados às diferentes dimensões do desenvolvimento integral infantil: socioemocional, motora, cognitiva e de comunicação e linguagem.

A partir da Caracterização da Criança e do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil, é possível compreender aspectos que precisam ser prioritários na intervenção, especialmente no que diz respeito às dimensões do desenvolvimento da faixa etária em que a criança se encontra.

Aspectos importantes para o planejamento da atenção às famílias com criança	
História pessoal da criança	• Composição familiar • Condições de saúde • Relações familiares • Aspectos relacionados a gestação/parto/puerpério
Dimensões do desenvolvimento infantil	• Linguagem e comunicação • Socioemocional • Motricidade • Cognitiva
Parentalidade	• Vínculos afetivos • Relação de afeto • Condutas de disciplina • Atenção ao brincar • Convivência familiar
Contexto assistencial	• Vínculo com profissionais da rede de serviços • Encaminhamentos necessários

3.3 FORMAS DE ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS

Os atendimentos no PIM ocorrem por meio de visitas domiciliares e atividades em grupo realizados periodicamente. Em algumas situações, o atendimento às famílias pode ser feito de forma híbrida, associando visitas presenciais e remotas.

Os atendimentos são planejados e realizados periodicamente pelo(a) visitador(a) com o apoio do(a) monitor(a)/supervisor(a), tendo como base o Plano Singular de Atendimento de cada família. Partem de conhecimentos de saúde, educação, cultura e desenvolvimento social e são realizados a partir de uma abordagem lúdica que incorpora brincadeiras e jogos.

As formas de atendimento, sejam elas visitas domiciliares, atividades grupais ou os formatos híbridos, que contemplam também as visitas remotas, devem se atentar a aspectos fundamentais da metodologia do programa:

- Cadastrar todas as famílias no SisPIM;
- Reconhecer e valorizar as singularidades e particularidades dos territórios e famílias, pautando os atendimentos no Plano Singular de Atendimento;
- Apoiar as famílias no cuidado, na proteção e na educação das crianças;
- Promover a parentalidade positiva, considerando o interesse superior da criança e as competências, o vínculo e o protagonismo familiar;
- Realizar a vigilância e promover o desenvolvimento integral infantil;
- Articular o cuidado em rede, contribuindo para a melhoria do acesso aos demais serviços e identificando a rede de apoio da família;
- Realizar orientações sobre direitos e formas de acessá-los;
- Valorizar e estimular o potencial brincante das famílias e crianças;
- Utilizar a ludicidade como estratégia de interação com as famílias;
- Utilizar materiais e objetos seguros e disponíveis nos domicílios e/ou de fácil acesso para as famílias, valorizando os recursos que as famílias possuem para o desenvolvimento das ações;
- Utilizar os espaços públicos de convivência social disponíveis nas comunidades.

O atendimento presencial é a forma prioritária de atendimento no PIM. É organizado a partir do seguinte formato:

GESTANTES



Atendimento semanal por meio de visitas domiciliares. Uma vez ao mês, a visita pode ser substituída pela participação da pessoa gestante em grupos de gestantes organizados em rede.

CRIANÇAS MENORES DE 4 ANOS



Atendimento semanal por meio de visitas domiciliares. Uma vez ao mês, a visita pode ser substituída pelo atendimento em grupo.

CRIANÇAS DE 4 A MENORES DE 6 ANOS



Atendimento quinzenal por meio de visitas domiciliares ou atendimentos em grupo.

A depender das necessidades identificadas, podem ser realizadas um maior número de visitas domiciliares ao longo do mês. São alguns exemplos da necessidade da ampliação do número de visitas:

- Momento inicial de vinculação da família ao PIM;
- Família em fase de realização da Caracterização Inicial;
- Famílias que apresentam vinculação frágil com o Programa;
- Situações de risco identificadas ou suspeitas (violências, saúde mental, saúde materna e fetal, dentre outras);
- Gestantes com dificuldade de adesão ao pré-natal e/ou busca ativa para a vacinação e realização de exames;
- Busca ativa de crianças faltosas nas consultas de puericultura e/ou com esquema vacinal incompleto;
- Gestantes adolescentes e crianças em instituições de acolhimento.

Em algumas situações excepcionais pode-se ofertar para as famílias o formato híbrido de atendimento, o qual combina visitas remotas e presenciais. As visitas remotas são realizadas de forma síncrona com a família a partir de chamadas de vídeo, ligações telefônicas e/ou por meio de outras ferramentas acessíveis tanto para a família quanto para o(a) visitador(a), com duração de aproximadamente 30 minutos.

O atendimento híbrido pode ser ofertado nas seguintes situações:

- Famílias com gestantes inseridas no mercado de trabalho;
- Famílias com gestantes e crianças em situação de vulnerabilidade que encontram-se fora do território de atendimento do programa;
- Famílias com mães que estão ou estavam privadas de liberdade e encontram-se fora do território de atendimento do programa;
- Famílias com pais adolescentes que encontram-se fora do território de atendimento do programa;
- Famílias com crianças matriculadas na Educação Infantil em tempo integral;
- Situações de risco nos territórios e/ou calamidade pública.

As visitas remotas foram uma estratégia importante de atendimento desenvolvida no período da pandemia do Covid-19. Apesar dos inúmeros desafios, identifica-se que esta é uma estratégia que pode ser potente para alcançar diferentes públicos, os quais, muitas vezes, não seria possível atender com a metodologia do atendimento presencial.

A organização do atendimento híbrido se dá da seguinte forma:



GESTANTES

Atendimento semanal por meio de visitas remotas. Uma vez ao mês a visita pode ser substituída pela participação da gestante em grupos de gestantes organizados em rede. Pelo menos uma vez ao fim de cada trimestre gestacional, deve ser garantida uma visita domiciliar presencial.



CRIANÇAS MENORES DE 4 ANOS

Atendimento semanal por meio de visitas remotas. Pelo menos uma vez por mês a visita remota deve ser substituída por uma visita domiciliar presencial.



CRIANÇAS DE 4 A MENORES DE 6 ANOS

Atendimento quinzenal por meio de visitas remotas. Pelo menos uma vez a cada trimestre a visita remota deve ser substituída por uma visita domiciliar presencial.

Assim como para o atendimento presencial, no formato híbrido também pode ser identificada a necessidade de um maior número de visitas remotas e presenciais a depender do Plano Singular de Atendimento, tais como nas situações destacadas anteriormente.

3.4 PLANO DE VISITA/ATIVIDADE EM GRUPO

A partir da construção do PSA, o(a) visitador(a) realiza o planejamento semanal das visitas domiciliares ou das atividades em grupo, procurando, a partir das necessidades e potencialidades identificadas, definir objetivos, quais atividades e/ou estratégias possíveis de realizar, bem como os recursos necessários e adequados para o seu desenvolvimento.

O planejamento das visitas semanais às famílias ou instituições com gestante e/ou crianças deverá contemplar aspectos relacionados à gestação, ao desenvolvimento infantil, à promoção da parentalidade positiva, desdobrando assim as propostas previstas de atenção no PSA, bem como dos atores envolvidos.

Para apoiar nessa construção, o Programa disponibiliza um formulário específico para o planejamentos dos atendimentos que pode ser usado e/ou adaptado pelas equipes municipais.

Ao planejar as atividades deve-se privilegiar o uso de recursos que a família ou instituição possua, desde objetos da casa e até mesmo aspectos referentes ao repertório cultural (histórias da infância, cantigas e brincadeiras por eles reconhecidas). Além disso, caso seja construído algum brinquedo e/ou outras atividades, a família ou os cuidadores devem participar desse processo de construção.

O planejamento deve contar com o apoio e acompanhamento do(a) monitor(a)/supervisor(a), além do suporte de materiais do PIM, tais como os Guias de Orientação do Programa (Guia da Família, Guia da Gestante) e também outros materiais como a Caderneta da Criança e a Caderneta da Gestante.

3.5 EXECUÇÃO DOS ATENDIMENTOS

A partir da elaboração do Plano de Visita Domiciliar/Atividade em Grupo, o(a) visitador(a) irá realizar o atendimento com a família. Na metodologia do PIM, o atendimento prevê 3 momentos:

1º MOMENTO

ESCUTA, ACOLHIDA E ORIENTAÇÃO

No primeiro momento, o(a) visitador(a) oferece um espaço de acolhida e escuta da família e observa o contexto familiar, identifica como se dão às relações entre seus membros, como se estabelecem as práticas de cuidado com as crianças. Esse momento é fundamental para o fortalecimento do vínculo entre visitador(a) e a família.

Segundo Barthes (1982), ouvir é um ato biológico, já escutar é uma atividade psicológica - envolve atenção e pensar sobre aquilo que está sendo comunicado. Já o acolhimento, conforme a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013b), é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade. A prática de acolhimento e escuta ativa é transversal a todos os momentos do atendimento, seja ele individual ou grupal.

Essa postura acolhedora e respeitosa junto à família contribui para a construção do vínculo entre ela e o(a) visitador(a), possibilita traçar intervenções mais próximas às necessidades da família e, com isso, obter uma melhor adesão ao PIM.

Dessa forma, a cada novo atendimento o(a) visitador(a) deve iniciá-lo escutando e acolhendo a família, observando como ela está no dia, como foi sua semana e como está a família e a criança para esse novo encontro. É fundamental que nessa primeira escuta ele(a) possa avaliar as condições para a realização das atividades planejadas para esse dia. Em alguns casos é preciso rever o plano, pois nem sempre o ambiente estará favorável para orientação e execução das atividades planejadas. Nessas situações, a escuta do que está afligindo a família já configura-se como um atendimento.

Também é preciso avaliar que potencialidades e/ou dificuldades a família encontrou em relação às atividades e pactuações propostas no atendimento anterior. Deve, ainda, avaliar como ela percebeu o desenvolvimento da criança nesse processo e se encontrou dificuldades para realizar as atividades. É um momento importante em que se deve estimular e valorizar as práticas e esforços que a família tem empenhado no cuidado e na promoção do desenvolvimento.

Em seguida, o(a) visitador(a) apresenta os objetivos planejados para o dia e combina com a família como poderá realizar a atividade, bem como aspectos que deverão ser observados por ela, durante a realização da atividade pela criança ou gestante.



As atividades e orientações devem ser dirigidas aos cuidadores, para que eles desenvolvam o que foi proposto com suas crianças, promovendo o vínculo familiar, a compreensão da família sobre os processos de desenvolvimento de suas crianças e a importância do seu comprometimento para com elas. No caso da gestante, as orientações serão dirigidas à ela e aos familiares.

2º MOMENTO

EXECUÇÃO DA ATIVIDADE LÚDICA

No segundo momento, acontece a execução da atividade lúdica pela família com a mediação e apoio do(a) visitador(a). Este é o momento em que pais e/ou cuidadores exercitam o protagonismo do cuidado e atenção com suas crianças, em que as potencialidades são valorizadas e onde há espaço para manifestação da criatividade de todos os envolvidos, além do fortalecimento da interação positiva intrafamiliar. Neste momento, o(a) visitador(a) acompanha a atividade estimulando a família em sua realização, observando as interações interpessoais.

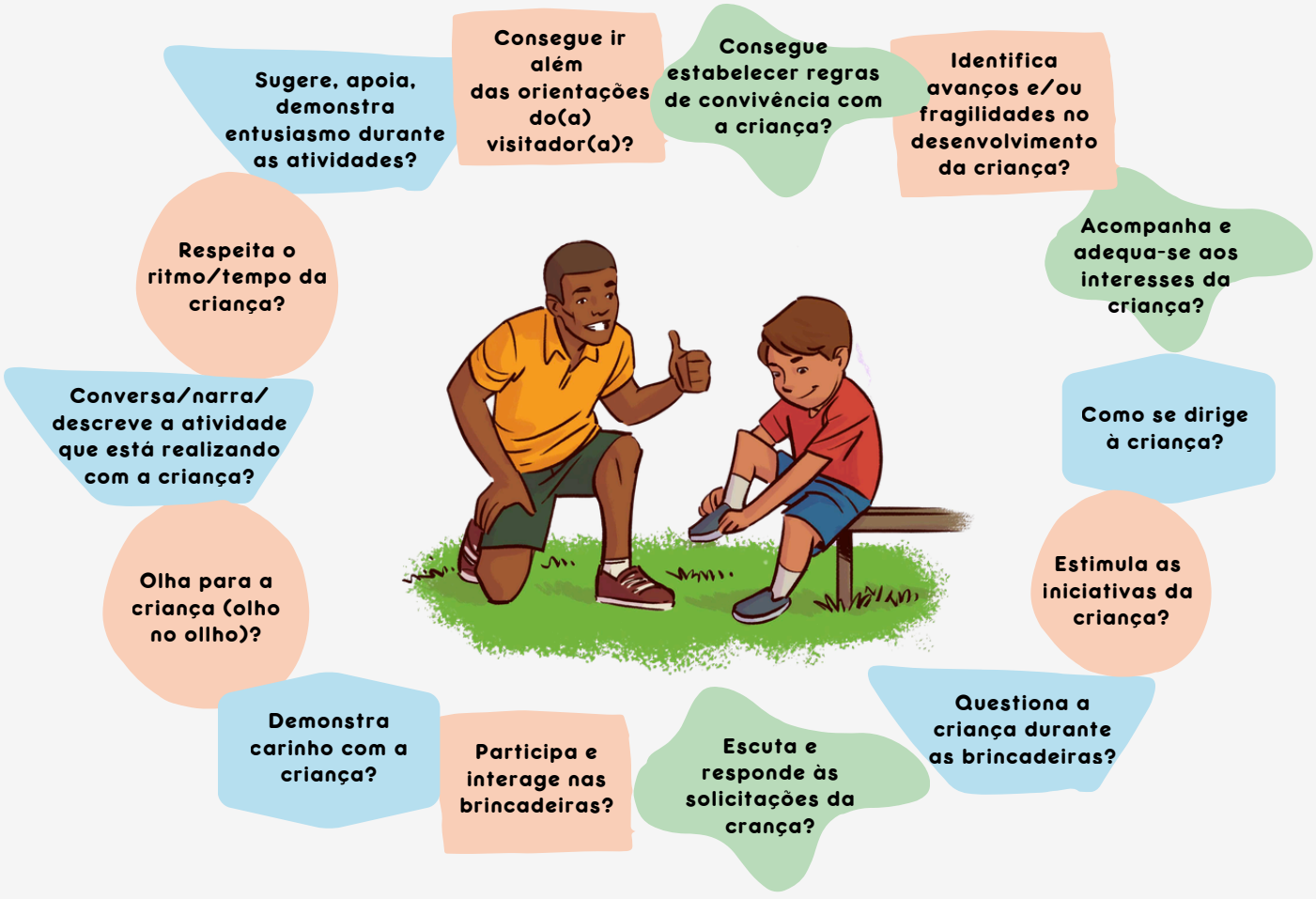
No atendimento à pessoa gestante, o(a) visitador(a) deve estar atento a como ela compreende as orientações sobre o período gestacional; como está se sentindo; se outros membros da família participam com ela e como se dá essa interação; como a gestante está significando a gestação; como está a construção do vínculo com o bebê, quais dúvidas surgem; dentre outras questões.



Nas famílias com crianças, o(a) visitador(a) deve atuar como mediador e observador da atividade desenvolvida entre o(s) cuidador(es) e a criança. Deve estar atento a aspectos relacionados à interação da família com a criança e outros que dizem respeito ao desenvolvimento dela. A atividade está adequada para a criança? Como está o desenvolvimento dela ao longo da atividade? A família incentiva a criança? Respeita seu ritmo? Valoriza sua criatividade? Dentre outros. Esse processo de observação é fundamental para a realização do terceiro momento e para o planejamento dos atendimentos futuros.

Na interação da família com a criança, o(a) visitador(a) pode observar alguns aspectos que o apoiarão a refletir sobre a qualidade das interações e que serão importantes de serem valorizados, ou algumas necessidades que podem ser foco de próximas visitas/grupos:

A família...



3º MOMENTO

REFLEXÃO E AVALIAÇÃO

No terceiro momento é realizada uma reflexão e avaliação conjunta da atividade. É importante que o(a) visitador(a) possa dialogar com a família sobre como ela compreende o desenvolvimento da gestação ou o desenvolvimento infantil, apoiando-a na identificação dos progressos e dificuldades que ela apresentou ao longo da atividade, construindo com a família alternativas para o alcance de melhores resultados. Este também é um bom momento para o esclarecimento de dúvidas e, em especial, para ampliar o conhecimento e a atenção dos pais e/ou cuidadores com relação ao desenvolvimento das crianças ou da gestante consigo e com seu bebê.

Por fim, o(a) visitador(a) reforça a importância da continuidade das atividades de estimulação do desenvolvimento infantil e/ou do olhar sobre aspectos da gestação, bem como sugere outras atividades, a partir dos guias de orientação, para serem desenvolvidas pela família ao longo da semana.

> A realização da avaliação do atendimento de modo conjunto com a família é um elemento central para a promoção de autonomia e protagonismo no cuidado, proteção e promoção do desenvolvimento integral infantil. Nesse sentido, tanto o Guia da Família quanto o Guia da Gestante devem ser entregues para a família, para que ela possa acompanhar e realizar atividades.

3.5.1 Aspectos importantes sobre a visita remota no PIM

No PIM, considera-se visita remota aquela que foi devidamente planejada de acordo com a metodologia do Programa, com um plano individualizado para cada beneficiário (gestantes e crianças), de acordo com a faixa etária e suas particularidades. Por isso, é fundamental que sejam utilizados canais que permitam a comunicação, esclarecimento de dúvidas e momento de escuta com a família, evitando a utilização de mensagens padronizadas.

A visita remota apresenta alguns desafios. As orientações a seguir podem contribuir para o aprimoramento deste tipo de atendimento, estimulando a participação, o vínculo e o interesse das famílias na continuidade do acompanhamento, bem como reduzindo a fadiga dos profissionais e das famílias provocada pelo excesso de informação e tempo de exposição aos meios eletrônicos. Nesse sentido, é preciso estar atento aos seguintes aspectos:

Valorizar a escuta: procurar escutar atentamente os interesses, preferências, capacidades, recursos, demandas e disponibilidade de cada família para que, a partir de suas realidades, sejam definidas as melhores estratégias de comunicação para cada uma delas. Para definir as melhores estratégias, é preciso estar atento a:

- Disponibilidade de dispositivos de comunicação da família como telefone, smartphone, tablet ou computador;
- Disponibilidade de linha telefônica da família, de pacote de dados e a qualidade da conexão de internet;
- Canais de comunicação mais utilizados pela família como telefone, WhatsApp, Facebook, Instagram e e-mail, por exemplo;
- Grau de conhecimento e capacidade de uso das ferramentas digitais;
- Interesse e as preferências da família nestas formas de comunicação.

Estabelecer e respeitar rotinas: combinar com antecedência com as famílias os melhores horários para o atendimento. O agendamento de visitas remota permite que o(a) visitador(a) e a família cheguem a um acordo sobre um momento em que os cuidadores estarão disponíveis.

Caso o(a) visitador(a) esteja trabalhando em casa, precisa combinar com os familiares e pessoas que moram com ele(a) os horários e locais de trabalho a fim de evitar intercorrências durante videoconferências, chamadas ou produções de áudio e vídeo.

Priorizar videochamadas ou ligações telefônicas individuais: caso seja possível, estas devem ser priorizadas para o atendimento individual por permitirem alto grau de interação por meio de comunicação oral e visual instantânea.

Estar presente: durante a visita remota, o(a) visitador(a) deve fazer-se presente da mesma forma que o faria pessoalmente. Manter-se atento(a), sintonizar com a família, observar os sentimentos e interagir com afeto e empatia.

Lembrar da ludicidade: a abordagem lúdica, com viés positivo, deve ser reforçada na mensagem e na linguagem direcionada às famílias. A promoção do bem-estar e da autoestima estimulam a participação, o vínculo e o interesse das famílias na continuidade do acompanhamento.

3.5.2 Qualificação do atendimento às famílias: registro, supervisão e acompanhamento

Visando a qualidade do atendimento às famílias, após sua realização, o(a) visitador(a) deve refletir sobre as intervenções da semana, utilizando-as como base para o planejamento das atividades da semana seguinte. É fundamental que o(a) visitador(a) possa registrar como foi o desenvolvimento da visita ou atividade em grupo e suas reflexões, construindo, desta forma, um histórico dos atendimentos da família, o qual irá fundamentar a construção dos planejamentos futuros, bem como sua execução.

Além disso, é necessário que o(a) visitador(a), juntamente com o monitor(a)/supervisor(a), em reunião de supervisão, analisem aspectos importantes e/ou inesperados que tenham surgido durante o atendimento, buscando a otimização das demandas da família, bem como os encaminhamentos necessários para a rede de serviços. A organização de espaços de supervisão favorecem a escuta do(a) visitador(a) e podem contribuir para reflexões, questionamentos e para a construção de olhares compostos pelos diferentes profissionais (Drügg; Verch & Fontoura, 2016).

Além de apoiar o(a) visitador(a) no processo de construção PSA, planejamento das visitas semanais e na supervisão, o(a) monitor(a)/supervisor(a) deve incluir na sua rotina de trabalho eventuais visitas conjuntas para observação e apoio ao trabalho dos(as) visitadores(as). Essas visitas, programadas e combinadas com a família, podem ter como objetivo apoiar o(a) visitador (a) com questões relacionadas ao estabelecimento de vínculo com a família, compreensão de necessidades desta e também pode ser um momento importante para a qualificação da metodologia, a partir de observação de como os(as) visitadores(as) estão realizando-a.

Ainda, visando a qualificação das ações junto às famílias, recomenda-se que os representantes do GTM e monitores(as)/supervisores(as) organizem ações de educação continuada e educação permanente para a equipe de visitadores(as), a partir das necessidades formativas identificadas pelos membros da equipe e também das observações e vivências junto às famílias.

Como referido no capítulo anterior, essas podem ser executadas pelos próprios membros da equipe, com apoio e parceria de profissionais da rede, aprofundando temáticas importantes para o aprimoramento das ações. Além disso, (as)os visitadores(as) podem ser incluídos em formações realizadas pela rede com temáticas afins ao seu cotidiano de trabalho.

O PIM disponibiliza importantes ferramentas para organização da rotina de trabalho da equipe, como os instrumentos "Relação mensal de crianças atendidas" e "Relação mensal de gestantes atendidas".

Prêmio Salvador Celia



Fotografia vencedora do IX Prêmio Salvador Celia pela Macrorregião Missioneira, de autoria da visitadora Cleoniria Madril dos Santos de Selbach, com título "Musicalidade: unindo gerações e emoções".

Capítulo 4

MONITORAMENTO DA ATENÇÃO À GESTANTE E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL

4 MONITORAMENTO DA ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS

O monitoramento da atenção às famílias faz parte da metodologia de trabalho do PIM. Nele, o olhar da equipe do PIM deve ser integral, tendo como foco não perder oportunidades de atuação, tanto na prevenção como na promoção do desenvolvimento infantil, mantendo o vínculo com a família e estimulando a responsabilidade contínua e conjunta no cuidado à criança. A vigilância do desenvolvimento infantil é de fundamental importância para a saúde da criança por ter potencialidade de prevenir possíveis agravos e promover melhor qualidade de vida.

Neste sentido, o(a) visitador(a), com o suporte da equipe do PIM, irá apoiar as famílias na construção de narrativas e possibilidades sobre aspectos que perpassam a gestação, o cuidado e a proteção das crianças. Essa proximidade e olhar atento também percorre, percebe e lê o olhar da família sobre o desenvolvimento das crianças, suas habilidades e novos aprendizados, permitindo, também, identificar questões como involução e/ou regressão, apatia, irritabilidade e insegurança alimentar, entre outras. A atuação do(a) visitador(a) permite, ainda, observar como se dá a implicação familiar ou dos cuidadores neste processo complexo do crescimento e desenvolvimento infantil.

Tudo isso é fundamental para fortalecer o exercício da parentalidade positiva e cocriar um ambiente de cuidado e promoção da vigilância do desenvolvimento infantil. O cuidado com afeto é um elemento essencial para que o bebê se sinta seguro e encorajado a explorar o ambiente e, com isso, avançar em aquisições importantes para sua autonomia.

No acompanhamento às famílias, o(a) visitador(a) deve reforçar as orientações sobre as consultas de rotina realizadas na Unidade Básica de Saúde, conforme Caderneta da Gestante e o previsto na Caderneta da Criança; acompanhar dados de crescimento e marcos do desenvolvimento; apoiar no fortalecimento das competências familiares para promoção de ambientes que favoreçam o desenvolvimento integral nos primeiros anos e elaborar conjuntamente os planos singulares de atendimentos.

Neste processo, o Plano Singular de Atendimento sempre será revisitado, contemplando e ajustando aos interesses dos indivíduos acompanhados, evidenciando seus progressos e suas dificuldades, buscando compreender como o lugar onde a criança ou a gestante vive com seus familiares e/ou cuidadores funciona e como tais aspectos refletem no desenvolvimento das crianças e no período gestacional.

O desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação do sistema nervoso central (SNC), mas também de aspectos biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais.

"Essa pluralidade de fatores e dimensões envolvidas no desenvolvimento infantil se expressam nas vivências e nos comportamentos dos bebês e das crianças, nos modos como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes" (BRASIL, 2016, p. 21). Também influenciam como a pessoa gestante significa a sua gestação e como constrói vínculo com o bebê ainda intra útero.

Devido à possibilidade de eventuais atrasos no desenvolvimento nas fases iniciais e impactos na vida futura, é crucial que se possa, o mais precocemente possível, identificar as gestantes e crianças de maior risco, dialogando com a rede de serviços e, quando for o caso, construindo encaminhamentos para atenção especializada, para acompanhamentos e estruturação de intervenções adequadas e efetivas. Intervenções precoces, somadas às práticas parentais positivas, podem ter um impacto muito significativo no potencial de aprendizado e no desenvolvimento de novas habilidades e aquisições.

Diversos fatores podem afetar o desenvolvimento integral da criança:

- Fatores de risco psicossociais/ambientais: condições externas ao indivíduo, relacionadas à vida em família e/ou comunidade, como por exemplo a exposição à violência doméstica, física, sexual, psicológica, negligência; uso excessivo de álcool e substâncias psicoativas pelos cuidadores; e a pobreza extrema, sendo esta um dos mais impactantes.
- Fatores de risco biológico: estão relacionados com eventos pré, peri e pós natais como prematuridade, baixo peso, asfixia perinatal, distúrbios bioquímicos e hematológicos (hipoglicemia, policitemia e hiperbilirrubinemia), malformações congênitas, infecções congênitas ou perinatais (Zika, toxoplasmose, sífilis, rubéola, herpes, HIV, citomegalovírus), restrição ao crescimento intra uterino. Mães usuárias de álcool e drogas representam alto risco para lesão cerebral e/ou alterações no desenvolvimento.

(Camargos e colaboradores, 2019)

No desenvolvimento das ações, a equipe do PIM deve estar atenta e manter a escuta sensível às narrativas da gestante e/ou de adultos que exercem a função de cuidado às crianças (pais e/ou cuidadores, familiares, educadores, profissionais da rede, dentre outros), bem como a observação e escuta da própria criança. Além disso, buscando a promoção da parentalidade positiva, os(as) cuidadores(as) deverão ser apoiados e incentivados para a observação das atitudes, podendo sinalizar para o(a) visitador(a) eventos que despertam dúvidas ou preocupações e as aquisições dos marcos do desenvolvimento.

A Caderneta da Gestante, a Caderneta da Criança e o Guia da Família do PIM são referências importantes para apoiar o(a) visitador(a) e equipe nesse acompanhamento. Além disso, o trabalho pautado na prevenção e promoção do desenvolvimento infantil prevê a observação atenta das necessidades de encaminhamento e planejamento em conjunto com a rede, considerando também a importância do acesso aos serviços.

4.1 Monitoramento da atenção às famílias com gestantes

No PIM, o monitoramento da atenção à gestante é realizado através do Formulário de Acompanhamento Trimestral da Gestante, que se configura como uma ferramenta de trabalho permanente do(a) visitador(a) junto à família, a partir do qual ele formula hipóteses de intervenção, avalia os atendimentos realizados e identifica novas necessidades. Ao longo do instrumento há questões que visam nortear as intervenções que serão realizadas junto às famílias com gestantes. Deve ser realizado ao final de cada trimestre gestacional como um produto das intervenções, das observações e das ações desenvolvidas pelo(a) visitador(a).

Com exceção dos dados referentes à Caderneta da Gestante, os demais aspectos não são questionados diretamente para a gestante e sim pautados ao longo dos atendimentos. Todos esses registros são a base para a construção das intervenções.

O instrumento auxilia na identificação de fatores de riscos e de proteção ao longo da gestação. A identificação de fatores de risco vai para além dos critérios clínicos que envolvem uma gestação de alto risco, também estão relacionadas a vinculação que a mãe, o pai ou parceria(s), e os demais membros da família está desenvolvendo com o feto e a rede de apoio que a gestante identifica, tanto ao longo da gestação, quanto para os cuidados futuros com o bebê. Ainda, são fatores de risco, estressores como os aspectos vinculados a dificuldades financeiras na família e situações de violência doméstica e/ou no território. A presença de uma rede de apoio, o desenvolvimento do autocuidado, a sensação de bem-estar ao longo da gestação, dentre outros, são fatores protetivos à gestante e ao desenvolvimento de sua relação com o bebê.

Assim, ao longo dos atendimentos junto às famílias com gestantes, o olhar do(a) visitador(a) deve recair para aspectos relacionados: à saúde materna, ao autocuidado, às relações e interações estabelecidas, à rede de apoio e cuidado e para a vinculação entre a mãe-pai-parceria(s) e o bebê, a fim de alcançar os objetivos do programa.

O formulário deve ser realizado pelo(a) visitador(a) no final de cada trimestre gestacional, ou seja:

Trimestre gestacional	Mês da aplicação do formulário	Semana aplicação do formulário
1º	Terceiro	09 a 13 semanas
2º	Sexto	22 a 26 semanas
3º	Nono	36 a 40 semanas

Em breve, o Formulário de Acompanhamento Trimestral da Gestante será incluído do SisPIM. Até lá, o(a) visitador(a) deve realizar o seu preenchimento e arquivá-lo na sede municipal do PIM, junto aos demais documentos das famílias e do programa.

4.1.1 O monitoramento do desenvolvimento integral infantil (MDII)

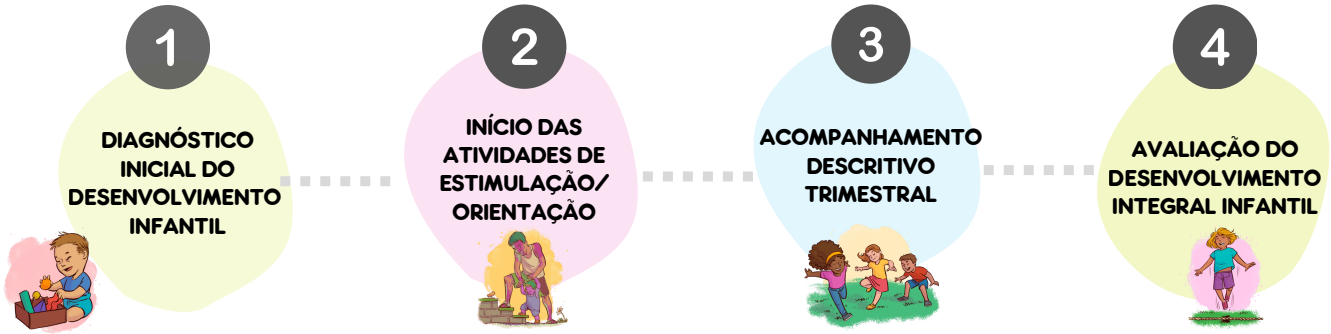
No PIM, o monitoramento do desenvolvimento integral infantil é realizado por meio dos formulários de Acompanhamento Descritivo Trimestral (ADT) e de Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil (ADII) e tem início com a avaliação realizada por meio do formulário de Caracterização do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil.

Como visto no capítulo anterior, o Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento infantil é um formulário preenchido pelo(a) visitador(a) e deve evidenciar os resultados obtidos a partir da aplicação prática de atividades lúdicas, que permitem visualizar o desenvolvimento da criança no momento em que começa a ser acompanhada pelo programa, numa espécie de testagem. Nesse momento, as atividades são realizadas pelo(a) visitador(a) junto à criança, sempre com o apoio de um(a) adulto(a)/cuidador(a). A partir da aplicação deste formulário, fica definido o diagnóstico inicial do desenvolvimento da criança.

Posteriormente, o(a) visitador(a) irá iniciar os acompanhamentos junto à família. Como exposto no capítulo anterior, a cada encontro com a família, é fundamental que o(a) visitador(a) esteja atento aos processos de desenvolvimento da criança e também à interação entre a família e ela ao longo da execução da atividade, observando a família e incentivando-a.

Nos acompanhamentos do PIM, que iniciarão após o Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil, o terceiro momento da visita ou grupo, sejam eles presenciais ou remotos, é dedicado a uma avaliação reflexiva junto aos cuidadores sobre as ações desenvolvidas com a criança, suas potencialidades, fragilidades e desafios, além de aspectos referentes às questões de saúde e acesso à rede de serviços.

Essa reflexão de forma conjunta proporciona que a família vá se apropriando das dimensões do desenvolvimento integral infantil e de como sua participação é fundamental para a promoção desse desenvolvimento. Ainda, a partir dos diálogos realizados com a família e da vigilância do desenvolvimento, o(a) visitador(a) poderá organizar o foco de abordagem dos próximos encontros, além de ir reunindo informações para o preenchimento dos formulários do monitoramento da atenção às famílias com crianças: o de Acompanhamento Descritivo Trimestral e a Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil.



O SisPIM disponibiliza o relatório "Lista de crianças para acompanhamento/avaliação no mês" para que a equipe possa acompanhar quais registros do MDII devem ser realizados ao longo do mês.

Há também o relatório "Totalização de Acompanhamentos do Desenvolvimento Infantil". Nele é possível visualizar os resultados alcançados pelas crianças em cada indicador do desenvolvimento, segundo a faixa etária, bem como os possíveis atrasos de registros no sistema. Estes resultados permitem acompanhar a evolução da criança ao longo do tempo e sinalizam alertas em relação ao desenvolvimento infantil.

SisPIM

PERIODICIDADE DE APLICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS DO MDII

O(a) visitador deve realizar o Acompanhemento Descritivo Trimestral (ADT) ou a Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil (ADII) conforme abaixo e em até 30 dias após a criança ter completado a faixa etária.

	FAIXA ETÁRIA DA CRIANÇA	FORMULÁRIO DO MDII A SER PREENCHIDO PELO(A) VISITADOR(A)
No primeiro ano de vida da criança, a ADII é trimestral	3 meses	ADT + ADII
	6 meses	ADT + ADII
	9 meses	ADT + ADII
	12 meses	ADT + ADII
Entre 01 e 02 anos de vida da criança, a ADII é semestral	15 meses	ADT
	18 meses	ADT + ADII
	21 meses	ADT
	24 meses	ADT +ADII
A partir do segundo ano de vida da criança, a ADII é anual	2 anos e 3 meses	ADT
	2 anos e 6 meses	ADT
	2 anos e 9 meses	ADT
	3 anos	ADT +ADII
	3 anos e 3 meses	ADT
	3 anos e 6 meses	ADT
	3 anos e 9 meses	ADT
	4 anos	ADT + ADII
	4 anos e 3 meses	ADT
	4 anos e 6 meses	ADT
	4 anos e 9 meses	ADT
	5 anos	ADT + ADII
	5 anos e 3 meses	ADT
	5 anos e 6 meses	ADT
	5 anos e 9 meses	ADT
	6a	ADT + ADII





A seguir, as principais diferenças entre os formulários do MDII e a periodicidade da aplicação, cuja referência são os meses de vida da criança e não a data inicial da intervenção do programa.

	Método	Parâmetro	Exemplo
I DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO	Realizado através de uma testagem dos indicadores a partir de atividades lúdicas realizadas pelo(a) visitador(a), com o apoio dos(as) cuidadores(as)	Utiliza como parâmetro os indicadores da faixa etária em que a criança se encontra no momento de sua entrada no PIM	O diagnóstico inicial de uma criança que entrou no PIM com 2 anos e 6 meses de vida utilizará como parâmetro para a testagem os indicadores de 2 a 3 anos (Faixa 7)
II ACOMPANHAMENTO DESCRITIVO TRIMESTRAL	Construído a partir dos registros e anotações feitos pelo(a) visitador(a) dos atendimentos realizados durante o último trimestre de vida da criança	Utiliza como parâmetro as dimensões do desenvolvimento (comunicação e linguagem, cognitiva, socioafetiva e motora)	O ADT de uma criança que já está sendo acompanhada pelo PIM e que completou 3 anos e 3 meses de vida irá descrever sua evolução nas diferentes dimensões do desenvolvimento no último trimestre
III AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL	Construído a partir dos registros e anotações feitos pelo(a) visitador(a) dos atendimentos realizados durante toda a última faixa etária	Utiliza como parâmetro os indicadores da faixa etária recém completada pela criança	A ADII de uma criança que já está sendo acompanhada pelo PIM e que completou 2 anos de vida utilizará como parâmetro os indicadores de 18 a 24 meses (Faixa 6)

4.1.2 Acompanhamento Descritivo Trimestral

O Acompanhamento Descritivo Trimestral é o formulário de registro da evolução da criança no que diz respeito às dimensões do seu desenvolvimento (comunicação e linguagem, cognitiva, socioafetiva, motora) e aspectos relacionados à sua saúde, à interação familiar e o acesso à rede de serviços.

A partir das observações e intervenções realizadas junto às famílias ao longo do período, o(a) visitador(a) deve identificar e registrar eventos significativos do crescimento e desenvolvimento da criança em cada uma das dimensões do desenvolvimento integral infantil. É importante compreender quais os caminhos as crianças, em interação com seus cuidadores, percorreram ao longo daquele trimestre, quais os avanços conquistados e quais os desafios ela ainda tem para alcançar os indicadores de sua faixa etária.

Além disso, também devem ser feitos registros a partir da Caderneta da Criança. O preenchimento dos aspectos identificados com o uso da Caderneta permite à equipe do PIM e aos familiares compreender como está o acompanhamento voltado à saúde, crescimento e desenvolvimento através das consultas de puericultura, vacinação, questões relacionadas à nutrição (segurança alimentar), dentre outros. Essa compreensão auxilia a equipe do PIM a identificar aspectos importantes para orientar a família e, ainda, aqueles necessários para articulação em rede.

As crianças com desnutrição, atraso no desenvolvimento ou deficiência podem exigir maiores cuidados e atenção. É preciso apoiar e sensibilizar os cuidadores para que possam entender melhor os sinais de desconforto e outras necessidades da criança, respondendo da melhor maneira às demandas específicas de cada uma, proporcionando um ambiente favorável ao seu desenvolvimento.

No acompanhamento de crianças com suspeita ou diagnóstico de deficiência, o(a) visitador(a) deve incluir no acompanhamento descritivo trimestral os progressos e limitações/incapacidades nos diferentes domínios (motor, cognitivo, socioafetivo e de comunicação e linguagem).

Outro ponto crucial é observar aspectos relacionados à interação da criança com os cuidadores, considerando que o PIM apoia e fortalece o protagonismo da família no desenvolvimento de suas crianças. Observar e relatar esses aspectos e sua evolução permite apreender a evolução da família e seu engajamento nos processos. A partir disso, também, pode-se identificar pontos que precisam de intervenções futuras.

Assim, o(a) visitador(a) deverá registrar os aspectos que sobressaem durante as visitas, com um olhar sobre a parentalidade, evidenciando as competências e vínculos positivos. É preciso também salientar quando estes aspectos não são observados, como por exemplo, se a família age de modo indiferente, negligente ou age de forma violenta com a criança.

Compreender qual momento a família está vivendo, quais as potencialidades e situações de estresse e conflito identificados na família são fundamentais para fazermos um acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. Identificar como essa família está acessando os recursos de sua comunidade, se têm uma rede ampliada para auxiliar no cuidado das crianças; se os familiares se sentem apoiados na tarefa do cuidar ou estão sobrecarregados, entre outros. Lançar olhar para esses aspectos é fundamental para garantir que o ambiente familiar seja um ambiente que favoreça o desenvolvimento integral da criança, compreendendo que a família também precisa de apoio para desempenhar esse papel.

Por fim, caso o(a) visitador(a) tenha identificado necessidades que precisam de intervenções articuladas com a rede de serviços, deve realizá-las em conjunto com monitores(as)/supervisores(as) e GTM e registrar os encaminhamentos e seus resultados. Esses registros contribuem para o acompanhamento das ações de articulação em rede e fortalecem o cuidado integral das crianças acompanhadas. É fundamental assim, considerar o diálogo em rede, na construção da atenção às famílias.

4.1.2.1 Avaliação do desenvolvimento integral infantil

O Formulário de Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil apresenta um quadro com indicadores esperados para a faixa etária que servem de balizadores para acompanhar e avaliar a evolução da criança. Os indicadores apresentados neste formulário são os mesmos utilizados no Formulário de Caracterização do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil.

O preenchimento pelo(a) visitador(a) deve sinalizar o momento em que a criança se encontra em relação aos indicadores de desenvolvimento de sua faixa etária, observando se ela:

- CONSEGUE FAZER SOZINHA: se considera que a criança consegue realizar a atividade por si só, sem a ajuda de outra pessoa.
- CONSEGUE FAZER COM AJUDA: se considera que a criança necessita de algum tipo de apoio/ajuda para realizar a atividade.
- AINDA NÃO CONSEGUE FAZER: se considera que a criança, neste momento, ainda não a executa.

Esta avaliação é balizada pelas informações contidas nos Formulários de Acompanhamento Descritivo Trimestral onde o(a) visitador(a) registrou as informações coletadas ao longo das atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares e atividades em grupos no último período. A partir desses registros e das suas observações, ao final da faixa etária da criança, o(a) visitador(a) realiza o preenchimento do formulário de Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil.

A Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil, bem como o acompanhamento descritivo trimestral, podem ser feitos em até 30 dias após o finalização da faixa etária correspondente. Assim, mesmo que o período de sua realização coincida com o período de férias ou afastamento do(a) visitador(a), a avaliação pode ser realizadas em seu retorno, com base nas informações e observações já registradas nos Acompanhamentos Descritivos Trimestrais.

Além dos indicadores relacionados às dimensões do desenvolvimento, o instrumento também contempla a observação de aspectos relacionados à interação da família com a criança, às questões de saúde com informações provenientes da Caderneta da Criança e, por fim, as articulações com a rede de serviços para o cuidado integral da família.

Com relação à periodicidade, as avaliações são trimestrais no primeiro ano de vida da criança. No período entre um e dois anos de idade são semestrais e, a partir dos dois anos, são anuais.

Se a criança não alcançar indicadores esperados por repetidas faixas etárias, deve-se redobrar a atenção, pois atrasos no desenvolvimento integral indicam uma defasagem entre a idade cronológica e a idade da aquisição de determinada habilidade. Esses são sinais de alerta tanto para avaliarmos se a metodologia do Programa está sendo desenvolvida de forma efetiva, quanto para identificarmos sinais de risco ao desenvolvimento infantil.

Quando a criança ainda não consegue alcançar determinada habilidade ou apresenta dificuldades para tal, isto pode sinalizar que não está recebendo o estímulo adequado ou, ainda, que o ambiente não está favorável ao desenvolvimento de habilidades, por questões como: condições emocionais e afetivas frágeis; condições socioeconômicas precárias, envolvendo a insegurança alimentar; grau de estudo do cuidador principal; condições de vida do território; entre outras.

Além disso, atrasos nos marcos evolutivos do desenvolvimento podem sinalizar alterações genéticas e ambientais, consequência de uma lesão adquirida no período do desenvolvimento (pré, perinatal e/ou pós natal).

Nessas situações, mesmo que ainda sem laudo médico que ateste deficiência(s), precisamos intervir e promover interações efetivas, com o apoio e acompanhamento de profissionais especializados da rede considerando a importância da intervenção precoce.

4.1.2.2 O monitoramento do desenvolvimento integral da criança com deficiência

No PIM, o monitoramento do desenvolvimento integral da criança cuja deficiência foi atestada por laudo médico passou por uma mudança metodológica no ano de 2026. A partir desta data, o MDII é realizado da mesma maneira para crianças com ou sem deficiência, sem nenhum tipo de distinção. Isso significa que o Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil, o Acompanhamento Descritivo Trimestral e o Formulário de Avaliação do Desenvolvimento Integral Infantil ao final de cada faixa etária devem ser realizados para todas as crianças.

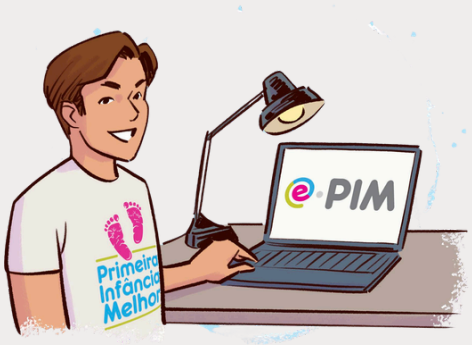
Essa alteração foi realizada a partir do entendimento de que crianças com deficiência devem ter seu desenvolvimento avaliado por meio de indicadores, pois esta é uma importante forma de monitorar suas conquistas e aprendizagens e de avaliar suas necessidades de apoio. Crianças com deficiência possuem capacidade de atingir marcos e desenvolver habilidades mesmo com sua condição.

No acompanhamento da criança com deficiência no PIM, é importante registrar os diálogos e combinações realizados em parceria com a rede de cuidados à pessoa com deficiência, destacando os registros das terapias e as orientações dos profissionais da Atenção Especializada, incluindo atividades, adaptações e cuidados.

É importante lembrar que caso a criança receba diagnóstico de alguma deficiência após a inclusão de seus dados no SISPIM, deve-se retornar ao cadastro da criança e atualizá-lo. Isso auxilia no monitoramento e avaliação do programa com base em dados fidedignos.

PARA SABER MAIS

Consulte o Guia do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil e realize Formação Continuada no e-PIM "Vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil" e "Metodologia do PIM e o Sistema de Informação"



4.2 QUALIFICAÇÃO DO MONITORAMENTO: REGISTRO E SUPERVISÃO

É fundamental que a equipe de monitor(a)/supervisor(a) e/ou GTM organize espaços de apoio ao(à) visitador(a) para orientação sobre os processos de monitoramento, reflexão e análise dos aspectos observados junto à família, bem como sobre possíveis desafios na organização de seu trabalho.

O monitoramento da atenção de gestantes e crianças deve ser visto para além do ato de preenchimento das informações e registro das evoluções dos atendimentos prestados às famílias. Configura-se como uma importante ferramenta a partir da qual é possível atentar-se para aspectos fundamentais a serem trabalhados e também observados ao longo dos atendimentos.

Dessa forma, o(a) monitor(a)/supervisor(a) deve estar atentos à qualidade dos registros nos formulários para que, a partir desses registros, possam acompanhar e aprofundar o conhecimento sobre as gestantes, crianças e suas relações familiares. Ainda, como identificar demandas, contribuindo para a adequação constante do Plano Singular de Atendimento, com intervenções sensíveis à cada contexto.

Além disso, o monitoramento da atenção prestada pela política oportuniza à gestão avaliar os impactos de suas ações, contribuindo para o seu fortalecimento, a partir da reorganização dos processos de trabalho e articulação de demandas junto aos serviços da rede.



O(A) visitador(a) deve registrar como foram desenvolvidas as visitas e grupos e seus resultados. Tais registros auxiliam não só no planejamento e monitoramento das ações, mas também configuram-se como o histórico de cada família no Programa. Todos os registros dos atendimentos e do monitoramento da atenção devem ser organizados e armazenados na sala do PIM, em local adequado que garanta o cuidado e sigilo das informações das famílias.

Prêmio Salvador Celia



Fotografia vencedora do IX Prêmio Salvador Celia pela Macrorregião Metropolitana ,de autoria da visitadora Melissa Pellin Müller de Porto Alegre, com título "Semeando amor".

Referências

AYRES, J. R. de C.M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006

BARTHES, R. A escuta. In: O óbvio e o Obtuso. Ensaios críticos III. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/%5C_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_criancas_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança Menina. Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

CAMARGOS, A. C.; et al. Fisioterapia em Pediatria: da evidência à prática clínica. Rio de Janeiro: Medbook, 2019.

COUNCIL OF EUROPE, Committee of Ministers Recommendation (2006). 19 on policy to support positive parenting. Disponível em: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&Site=CM

DRUGG, C.D.V, VERCH, K. FONTOURA, K. Investimento na Primeira Infância: Desenhando um Futuro Melhor por meio da Visita Domiciliar. In: CARDIA, N.; ALVES, R.; ASTOLFI, R. (orgs.). Visitação Domiciliar. São Paulo: Editora da Universidade São Paulo, 2016.

RIO GRANDE DO SUL, Defensoria Pública do Estado. Cartilha Entrega Responsável para Adoção. Disponível em: https://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/202109/29161414-entrega-responsavel.pdf.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 12.544, de 03 de julho de 2006. Atualizada até a Lei n.º 14.594, de 28 de agosto de 2014. Institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM - e dá outras providências.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria SES nº 188, de 14 de março de 2024. Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS). Capítulo IV - Componente de incentivo ao Primeira Infância Melhor.

RIO GRANDE DO SUL. Nota Técnica nº 01/2024. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Primeira Infância Melhor.

SANTOS, M. O retorno do territorio. In: OSAL: Observatorio Social de América Latina. Ano 6 no. 16 (jun. 2005-). Buenos Aires: CLACSO, 2005.

PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)

+55 51 3288.5921
pim@saude.rs.gov.br
www.pim.saude.rs.gov.br

CENTRO ADMINISTRATIVO FERNANDO FERRARI (CAFF)
AV. BORGES DE MEDEIROS, 1501 4º ANDAR — ALA NORTE
PRAIA DE BELAS CEP 90110-150 PORTO ALEGRE/RS BRASIL

Primeira Infância Melhor

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE