

# O Primeira Infância Melhor como modelo de acolhimento na atenção básica em saúde

## **Better Early Childhood Program as an user embracement model in Primary Health Care**

Giuliana Chiapin<sup>i</sup>

Rochelli Colossi<sup>ii</sup>

### **Resumo**

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma política pública do Rio Grande do Sul de promoção do desenvolvimento infantil e do fortalecimento da Atenção Básica em Saúde. O objetivo é orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os seis anos de idade. O PIM tem como pressuposto que o desenvolvimento infantil é um processo complexo, que envolve diversas dimensões e, por isso, a família, o ambiente da criança e a comunidade são elementos de fundamental importância. Nesse sentido, a promoção de vínculos entre a criança e a família, crianças/famílias e comunidade, criança/famílias e serviços municipais, equipe do PIM entre si e com demais serviços são essenciais para a criação de um ambiente de confiabilidade propício ao desenvolvimento saudável. Sendo assim, o PIM não apenas dispara práticas de proteção e cuidados efetivos e resolutivos como também insere a participação cidadã das famílias e comunidades, corresponsabilizando-as na promoção da saúde. O presente trabalho tem por objetivo apresentar esta política pública como um modelo de sucesso da aplicação do conceito de acolhimento às famílias, conforme proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH), além do impacto na articulação da rede de serviços, tendo em vista que a intersectorialidade é um princípio básico do Primeira Infância Melhor.

**Palavras-chave:** Primeira Infância; Atenção Básica; Acolhimento.

### **Abstract**

Better Early Childhood program (PIM) is a public policy of Rio Grande do Sul to promote child development and strengthening of the Primary Health Care. The aim is to guide families from their culture and experiences, in order to promote the integral development of their children, from pregnancy to six years old. The PIM presupposes that child development is a complex process that involves several dimensions and therefore the family, the child's environment and the community are elements of fundamental importance. In this sense, the promotion of relationship between the child and the family, children/families and community, children/families and municipal services, the PIM team with each other and with other services are essential for creating a reliable environment conducive to a healthy development. Thus, the PIM not only triggers protection practices and effective and resolute care, but also inserts the citizen participation of the families and communities, making them jointly responsible for health promotion. This work aims at presenting this Public Policy as a successful model of the concept implementation of family embracement, as proposed by the National Humanization Policy (PNH), apart from the impact on the articulation of network services, considering that the intersectorial approach is a basic principle of Better Early Childhood.

**Keywords:** early childhood, primary care, user embracement

<sup>i</sup> Giuliana Chiapin (giuliana-chiapin@saude.rs.gov.br) é psicóloga e mestre em Saúde Mental e Desenvolvimento Infantil.

<sup>ii</sup> Rochelli Colossi (rochelli-colossi@saude.rs.gov.br) é psicóloga e mestranda em Docência Universitária.



### **A política pública Primeira Infância Melhor**

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento infantil e do fortalecimento da Atenção Básica em saúde. É uma política pública que envolve todas as dimensões humanas, trabalhando em suas raízes a integralidade da primeira infância. O objetivo é orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os 6 anos de idade.

O PIM foi uma iniciativa inovadora do governo do Estado do Rio Grande do Sul criada no ano de 2003. Em 3 de julho de 2006, tornou-se uma política pública, através da Lei Estadual 12.544/2006. No fim de 2010, o PIM passou a integrar o Departamento de Ações em Saúde do Estado (DAS), com o

objetivo de fortalecer a atenção básica através da intersetorialidade e da transversalidade e atualmente compõe, com a Rede Cegonha, um dos projetos prioritários da Secretaria Estadual de Saúde/RS.

Na sua gestão participam as Secretarias Estaduais de Educação, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Social, Justiça e Direitos Humanos, sob a coordenação da Saúde. Desta forma, o PIM é uma demonstração concreta de como equacionar o desafio da atenção integral, promovendo uma ação articulada entre diferentes áreas, em benefício das crianças, gestantes e famílias em situação de maior vulnerabilidade social.

O PIM se organiza a partir de uma parceria entre estado, municípios e instituições não governamentais que aderem a esta política. De acordo com este modelo, as prefeituras são corresponsáveis pela execução do PIM, articulando, prioritariamente,

te, as ações das secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social. Atualmente, dos 497 municípios do Estado, 267 já aderiram ao PIM. Através das atividades realizadas por 2.757 visitantes, são atendidas 55.140 famílias, acompanhadas 8.271 gestantes e beneficiadas 60.654 crianças<sup>7</sup>.

Outro aspecto importante e diferencial é que o PIM se estrutura em torno de três eixos: a família, a comunidade e a intersetorialidade.

A família é considerada um agente competente, ativo e coparticipativo. Respeitando e considerando as experiências e a cultura das famílias atendidas no planejamento de suas ações (a partir de um modelo não paternalista ou assistencialista de ação), os visitantes levam, semanalmente, atividades planejadas de acordo com a necessidade de cada família, compartilhando o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, incentivando à reflexão, o olhar para as crianças identificando suas potencialidades, suas características, dificuldades, promovendo o cuidado adequado a seus filhos. Sendo assim, através do PIM as famílias têm acesso a informações e vivências essenciais para o favorecimento dos cuidados e da educação de suas crianças.

Da mesma forma, a comunidade é um eixo central do PIM. A comunidade é concebida como um espaço fundamental de potencialidades, recursos humanos, materiais e institucionais. Os costumes, tradições, produções culturais são extremamente respeitadas e incluídas nas atividades propostas.

Principalmente quando o assunto é primeira infância e cuidado as famílias, indispensável a articulação de todos os setores envolvidos. Guiado por esses princípios, o PIM toma a criança e a família como unidade de análise e de intervenção para sua formulação, com base na integração dos diferentes níveis de governo, articulando as famílias e a sociedade civil às ações governamentais.

A intersetorialidade se define como um conjunto articulado de ações em rede de apoio à ges-

tante, à criança de zero a 6 anos e às suas famílias. Nesta articulação ficam preservadas as especificidades de cada secretaria, o incentivo para implementação de programas e para a complementaridade da rede de forma a integrar um conjunto de atividades que estejam em sintonia e que possam ir ao encontro das demandas do público-alvo. Para o próprio Executivo Estadual, eleger a primeira infância como prioridade se tornou um eixo integrador de políticas públicas, e essa integração é, sem dúvida, um dos fatores de maior sucesso do PIM.

Em termos de funcionamento, a gestão do PIM é exercida pelo Grupo Técnico Estadual (GTE), que é integrado por técnicos das secretarias envolvidas e por representantes das Coordenadorias Regionais. O GTE elabora as estratégias de implantação e implementação do Programa, assessora, monitora, capacita e avalia cada Grupo Técnico Municipal (GTM), os monitores e os visitantes do PIM. O GTM é integrado por representantes de cada secretaria municipal envolvida no Programa, e é ele quem gerencia o PIM no município. O GTM é o responsável pela organização, planejamento, execução e acompanhamento da capacitação dos visitantes e monitores e das ações de implantação e implementação do PIM, estabelecendo uma sistemática de ação contextualizada e adequada às características de cada município e comunidade. O GTM é também quem seleciona as famílias que serão beneficiadas pelo Programa.

A atenção dedicada às famílias participantes é realizada por meio de modalidades de atenção individual e grupal, realizadas de forma lúdica pelos visitantes. Os visitantes são figuras centrais no PIM, já que são eles quem, semanalmente, trabalham com as famílias em suas casas. O visitante é um importante elo entre a família atendida e todos os demais programas sociais existentes no município. Em municípios com mais de cinco visitantes existe ainda a figura do monitor, que é quem acompanha, supervisiona e apoia o grupo de visitantes.

Essa proximidade e o vínculo entre os visitantes e as famílias/comunidade é algo fundamental e construído com muita dedicação e seriedade, e nele está a força motriz do Programa.

### **O Primeira Infância Melhor na atenção básica em saúde**

O Programa Primeira Infância Melhor, enquanto ação transversal de promoção do desenvolvimento infantil e do fortalecimento da atenção básica em saúde, propõe a garantia e ampliação de acesso às ações primárias de saúde para as famílias gaúchas, especialmente na atenção à gestantes e crianças de zero a 2 anos de idade, em consonância com a proposta da Estratégia Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, estabelecida pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Assim, sendo, portanto, uma ação que compõe os processos de trabalho da atenção básica em saúde, o PIM, de acordo com a Portaria 569<sup>6</sup>, de 16 de agosto de 2012, propõe mudanças na postura e atuação das equipes municipais, privilegiando as seguintes questões:

*Fortalecimento da articulação entre as políticas correlacionadas desenvolvidas nos municípios e territórios adscritos, priorizando, nas rotinas de trabalho, espaços para o compartilhamento de saberes e práticas que otimizem os recursos humanos existentes e privilegiem uma atenção centrada nas demandas das famílias, gestantes e crianças atendidas. Promoção de formações continuadas periódicas sobre temas afins às políticas de atenção à família, gestante e criança, com espaço para acolhimento das demandas identificadas nas rotinas de trabalho, em iniciativas que priorizem o equilíbrio entre as questões metodológicas e as questões reflexivas. (p. 1).<sup>6</sup>*

Por ter como estratégia de atendimento a visita domiciliar, o PIM tem assumido um importante papel dentro da rede de atenção básica, representando uma oportunidade de acolhimento às demandas nos territórios, mais especificamente, no âmbito familiar (dentro de cada residência). Assim, toda a dinâmica familiar passa a ser compreendida como um fator preponderante na compreensão das necessidades de cada criança/gestante/família. Diante deste reconhecimento, a equipe gestora desta política, bem como a equipe da atenção básica em saúde, tem a oportunidade de dar encaminhamento às mais diferentes demandas, definindo as estratégias de cuidado e, por sua vez, a necessidade de articulação da rede de serviços de cada município. Por tudo isso, é que se tem identificado a necessidade de constituição de fluxos de atendimento, ou seja, a importância da construção de linhas de cuidado integral que possibilitem um acolhimento seguro e efetivo.

### **Acolhimento e responsabilização**

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo governo federal, busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Desta forma, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A PNH tem três princípios básicos, os quais estão em congruência com a metodologia do PIM, são eles:

- *Transversalidade*: a PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pes-



soas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido.

– *Indissociabilidade entre atenção e gestão:* trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Da mesma forma, o usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação à sua saúde e a de seus familiares.

– *Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos:* cada pessoa é reconhecida como cidadã de direitos e valoriza e incentiva a atuação na produção de saúde. As mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um.

Uma das principais diretrizes da PNH é o acolhimento. A PNH acredita que dentre todas as suas dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde,

*o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimização do sistema público de saúde. (p. 3)<sup>4</sup>*

O acolhimento é, portanto, uma ação de aproximação, um “estar com”, “estar perto de”, uma atitude de inclusão, de estar verdadeiramente e inteiro em relação a algo ou a alguém, de receber e de se responsabilizar. A ideia do acolhimento em saúde está relacionada com a qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. É um processo de encontros, que no Primeira Infân-

cia Melhor se constrói semanalmente através da prática de visitação domiciliar.

*O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (p. 18)<sup>4</sup>*

O acolhimento, mais que receber e aceitar, envolve uma postura capaz de dar respostas mais adequadas e de prestar um atendimento com responsabilidade e resolutividade em cada caso específico. Acolher, na metodologia do PIM, implica capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Além disso, cada visitadora desenvolve um plano de atendimento singular para cada família sob sua responsabilidade. É sob esta perspectiva que acolher também implica estar atento às diversidades cultural, racial e étnica. Desta forma, conforme ressalta a PNH, o profissional deve escutar a queixa, os medos, as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Essa resposta nem sempre significa um retorno imediato, mas sim o direcionamento de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário.

Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma atitude de mudança, que é constantemente buscada pela equipe do PIM no fazer em saúde e implica, conforme a PNH:

- a) protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- b) a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua

- rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- c) uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
  - d) elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalizados por linhas de cuidado);
  - e) mudanças estruturais nas formas de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento a seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
  - f) uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde traduzidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;
  - g) uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Um aspecto fundamental no acolhimento é a capacidade de avaliação de risco e de vulnerabilidade como uma nova forma de olhar e atender o usuário através de uma reflexão mais complexa e integrada que, conseqüentemente, remete a níveis de responsabilização mais adequados por parte da equipe e usuários envolvidos.

A aplicação do acolhimento

*significa a retomada da reflexão da universalidade na assistência e da dimensão da governabilidade das equipes locais ... é o resgate e potenciação do conhecimento técnico das*

*equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde.*<sup>2</sup>

Acolher permite que o usuário se organize como sujeito, ficando, dessa forma, estimulado a recorrer ao serviço mais confiante na resolução de seus problemas. Portanto, no fazer saúde, acolhimento implica transformar a maneira como se vem dando acesso à população desde a porta de entrada, bem como significa mudanças em ações que decorrem desse primeiro contato. Assim, além de contribuir para humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação dos profissionais e nas relações desses com os usuários na melhoria do seu bem-estar.

Verifica-se, então, que a responsabilização é a consequência de um acolhimento de qualidade, um não existe sem o outro. Responsabilização refere-se a um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garanta atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Quando se propõe pensar na temática do acolhimento, inúmeras questões se fazem presentes, tais como a constituição de redes de serviços, a intersectorialidade, as linhas de cuidado e, por sua vez, o fortalecimento da atenção básica em saúde. Essas questões tornam-se fundamentais, já que repercutem diretamente na dinâmica dos serviços dos trabalhadores, assim como na efetividade do atendimento prestado aos usuários e, por sua vez, em sua qualidade de vida.

Para garantir a intersectorialidade e a articulação com a rede de serviços, de acordo com a Lei 12.544/2006 do PIM, a constituição das equipes

técnicas municipais tem como premissa básica a representação de no mínimo um profissional de cada uma das seguintes pastas: Saúde, Educação e Assistência Social.

A prática da intersetorialidade é que torna possível a articulação entre sujeitos de diferentes setores e, portanto, de diferentes saberes e poderes. Esta prática “decorre da constatação de que a fragmentação das iniciativas, a setorialização excessiva e a ênfase na especialização das ações resultam em políticas inadequadas e em programas pontuais que, além de dispersar os recursos, reduzem sua eficácia e efetividade” (p. 54)<sup>5</sup>. A prática intersetorial apresenta-se, portanto, como uma possibilidade de construção de políticas públicas, que busca superar a fragmentação dos conhecimentos a fim de produzir efeitos mais significativos nos serviços destinados à população.

Nessa perspectiva, a construção de linhas de cuidado se apresenta como uma oportunidade de atender às necessidades de cada usuário. Uma linha de cuidado é o que permite a integralidade da assistência à saúde, dando acesso aos recursos de que o sistema dispõe. É, portanto, pelo seu estabelecimento que se pode constituir redes de serviços, tornando possível o cuidado a cada usuário, desde o momento do acolhimento, até o estabelecimento dos fluxos de atenção.

A identificação de demandas/acolhimento tem como porta de entrada os serviços da Atenção Básica em Saúde, seja através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou mesmo pelos programas de visita domiciliar. Por esta lógica de atenção, temos a territorialidade como fator preponderante e ao mesmo tempo desafiador, pois a realidade social permite que se reconheça e compreenda a complexidade de cada sujeito em suas relações familiares e sociais.

Atender bem, fazer uma escuta qualificada do problema, resolver se necessário, fazer um enca-

minhamento seguro, é o que uma linha de cuidado efetiva possibilita. Para tanto, é necessário que os trabalhadores estabeleçam um vínculo no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede e se responsabilizem, procurando facilitar o atendimento de suas necessidades. Desta forma, torna-se necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo de atuação de cada profissional, para que essas diretrizes se tornem rotina em suas práticas. O processo de trabalho mostra-se a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários<sup>1</sup>. Por esta questão, o PIM tem uma metodologia consistente que prevê desde a capacitação de seus técnicos para o Programa até treinamentos e supervisões permanentes, contemplando uma rotina específica que delimita, dentre outros aspectos, o número de famílias atendidas por visitador e oferece ferramentas específicas para garantir a qualidade deste atendimento.

Assim, é de fundamental importância compreender que o ato de acolher não pressupõe um espaço, mas uma postura ética, uma prática de cuidado que implica a existência de uma equipe comprometida, que possa compartilhar saberes e incertezas em prol de uma rede de serviços mais digna e eficaz (intersetorialidade). Por isso, a postura de cada profissional e o reconhecimento de sua responsabilidade é crucial para a efetividade dos mesmos.

O acolhimento mostra-se, nesta perspectiva, como uma “ferramenta tecnológica relacional, de intervenção na escuta, na construção de vínculos, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços” (p. 15)<sup>3</sup>.

Acolhimento é

*[...] um dispositivo de intervenção que possibilita analisar os processos de trabalho (...) com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários*

*e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção de saúde. (p. 17)<sup>3</sup>*

Sendo assim, entende-se o Programa Primeira Infância Melhor como um modelo de acolhimento na atenção básica. Em contraposição a um padrão que privilegia a intervenção sobre os problemas, a doença, o déficit, a falta, o PIM parte de um novo paradigma norteador da compreensão das ações nos campos da saúde e demais áreas uma vez que privilegia a atenção integral, contemplando ações educativas e de promoção de saúde e do desenvolvimento, e prevenção das dificuldades, além das ações de atenção e assistência quando necessárias. De ações especializadas e focalizadas, busque contemplar ações interdisciplinares e intersetoriais, que levem em conta a complexidade de cada gestante, criança e família.

#### Referências

1. Franco CM, Franco TB. Linhas de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Rio de Janeiro; 2012. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)
2. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. Belo Horizonte; 2001. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-13.pdf>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF); 2010b.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS, 2).
5. Schneider A, Ramires VR. Primeira infância melhor: uma inovação em política pública. Brasília: UNESCO; 2007.
6. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Portaria 569/2012. Diário Oficial do Estado, 16 ago. 2012. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [www.pim.saude.rs.gov.br](http://www.pim.saude.rs.gov.br)
7. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Primeira Infância Melhor - PIM. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/dados/](http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/dados/)