

PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR: PERCEPÇÕES DO VISITADOR

Dagmar Elaine Kaiser¹
Talita Cristiane Sutter Freitas²

RESUMO

O Programa Primeira Infância Melhor é um programa voltado para a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. O estudo tem como objetivo conhecer as percepções do visitador no contexto de suas atividades no Programa Primeira Infância Melhor, suas potencialidades e limitações nas atividades que desempenha, em uma abordagem metodológica qualitativo-exploratório-descritiva. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo e sua coleta deu-se em 2008, por meio de 256 visitadores que aceitaram participar do estudo. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entregue por correio ou pessoalmente, nas capacitações do Programa, juntamente com o instrumento de pesquisa preenchido. Integram o estudo 38 dos 217 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, que à época estavam com o Programa Primeira Infância Melhor implantado, compondo um perfil de visitador em relação às atividades realizadas no Programa. Atuar como visitador requer a busca constante por conhecimento e aprimoramento, o TRABALHO com crenças e culturas das famílias. Exige uma forma de ser e de se relacionar reconhecendo especificidades das famílias nas visitas domiciliares, além de saber planejar as atividades convenientes para cada realidade e consultar profissionais da área da saúde do Programa. Este estudo contribui para a seleção e capacitação qualificada de visitadores, assim como para a sua adequada atuação em ações comunitárias no Programa Primeira Infância Melhor.

Palavras-chave: Visitadores Domiciliares. Programas Governamentais. Saúde Pública. Criança. Gestante.

INTRODUÇÃO

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) enfoca o desenvolvimento holístico da primeira infância em atividades que promovam o desenvolvimento cognitivo, psíquico e social da criança, o fortalecimento dos laços da família e da comunidade em que elas se inserem, a cidadania e a participação social. O PIM está sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e articula-se com as Secretarias Estaduais da Educação, Cultura, da Justiça e do Desenvolvimento Social⁽¹⁾.

O PIM foi criado em 2003 pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como referência teórico-metodológica o programa cubano *Educa a tu Hijo*⁽²⁾, coordenado pelo Centro de Referência Latino Americano para a Educação Pré-Escolar de Cuba. Tornou-se política pública em 03 de julho de 2006, pela Lei Estadual n. 12.544/06. Tem por objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para o estímulo ao desenvolvimento das capacidades e potencialidades das suas crianças⁽¹⁾.

O Programa prioriza áreas cuja população se encontre em situação de vulnerabilidade e risco social e que concentrem um alto número de gestantes e de crianças de zero a seis anos com índices elevados de mortalidade infantil e um grande número de crianças não assistidas por escolas de Educação Infantil⁽³⁾.

O PIM tem a família como objeto precípuo de atenção e a entende a partir do ambiente em que vive, vislumbrando uma compreensão ampliada do desenvolvimento integral da primeira infância e da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. É um programa desvinculado dos demais programas nacionais de assistência à saúde das famílias, como por exemplo, o Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que conta com agentes comunitários para a interlocução com as famílias em seus domicílios. No PIM, esse trabalhador de saúde é o visitador.

Estamos na sociedade mundial do controle, na qual o meio ambiente se constitui, de certa maneira, como uma nova mercadoria, através da estratégia do discurso promovido pelos diferentes atores sociais, que, por sua vez,

¹Enfermeira. Mestre em Educação. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: dagmar@enf.ufrgs.br

²Enfermeira Sanitarista. Especialista em Saúde Pública. E-mail: talitacris@terra.com.br

agenciam estratégias politicamente corretas transmitidas ao cidadão como um novo apelo de mercado⁽⁴⁻⁵⁾. O PIM do Governo do Rio Grande do Sul, resultado de uma parceria entre o governo do Estado e os municípios gaúchos, com repasse de recursos estaduais, constitui-se como mais um ator a visitar e intervir nos domicílios, junto às famílias, voltado para a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância com a imagem do fazer o bem à sociedade gaúcha.

Seguindo essa direção, quais os possíveis efeitos de subjetividade que se produzem nas interfaces políticas, sociais, econômicas, culturais e ambientais, considerando-se a influência do PIM sobre a dinâmica subjetiva e social?

A visita domiciliar é a forma preconizada para que o visitador capte a realidade das crianças, dando subsídios para a execução do PIM. Sendo ele a pessoa que irá ter o olhar diferencial dentro da casa das famílias, é a partir do seu conhecimento, experiência e sensibilidade que ele irá perceber e identificar o que precisa ser oferecido como orientação e trabalhado com as famílias, utilizando-se da relação empática e da construção de vínculos como condição para o seu estímulo ao desenvolvimento de capacidades e potencialidades junto às crianças⁽⁶⁻⁷⁾.

O visitador, sendo a pessoa que irá trabalhar no Programa, em contato com as famílias, visitando e orientando sobre o desenvolvimento infantil aquelas que se encontram em situação de pobreza, necessita de um olhar humanizado e integral da situação que cerca a família. Também deve perceber riscos que colocam as crianças e os integrantes da família em vulnerabilidade à saúde e à violência, assim como estimular e avaliar o desenvolvimento socioafetivo, cognitivo, de linguagem e de motricidade das crianças atendidas. Ser visitador é uma função de extrema responsabilidade e exige conhecimento e capacitações constantes.

A visita domiciliar realizada pelo visitador do PIM deve ter, além do planejamento das ações, um olhar integral à família, sendo-lhe necessário possuir um perfil como trabalhador de saúde e uma base de conhecimentos previamente adquirida em saúde, educação, sociedade e cultura, áreas que compõem o Programa.

A oportunidade de apreciar o perfil do visitador no PIM em um trabalho de conclusão de curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública decorreu da trajetória da pesquisadora executora, que é integrante do Grupo Técnico Estadual (GTE) como Consultora do Programa PIM, e como tal, acompanha as vivências e reflexões acerca das capacitações realizadas com o Grupo Técnico Municipal (GTM) e visitadores, procurando saber se o visitador escolhido possui o perfil para o Programa e de que maneira seria possível realizar um processo seletivo que contemplasse o perfil desejado.

O visitador é supervisionado pelo GTM, grupo técnico composto por profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social, ou pelo monitor, que acaba repassando as informações de maior relevância ou de responsabilidade técnica para o GTM resolver. É nesse cenário que o enfermeiro interage criando e mantendo condições favoráveis para que o visitador seja capaz de agir com autonomia, garantindo que suas ações estimulem e legitimem a sua participação no PIM e melhorem a capacidade de perceber e compreender a sua realidade de trabalho. Isso requer uma interação contextualizada e em consonância com as crenças e valores do cenário social e político, além da adequação do trabalho do visitador às interações consigo mesmo e com os diversos profissionais que compõem a equipe de trabalho, a qual deve estar articulada às reais demandas e necessidades das famílias e do seu entorno.

O período inicial da vida da criança, desde o nascimento até o ingresso na escola, constitui-se como uma etapa fundamental do desenvolvimento infantil. A educação que a criança recebe é vital, pois dessa educação dependem os avanços que devem ocorrer em cada período evolutivo^(2,8).

As crianças que frequentam a rede escolar interagem com profissionais qualificados e dentro de uma programação especialmente elaborada para favorecer o desenvolvimento infantil. Crianças que não frequentam tais instituições permanecem em casa e a qualidade do cuidado depende, em grande parte, do nível de formação que a família possui e de sua maior ou menor preparação para oferecer à criança a

atenção de que ela precisa. Para o desenvolvimento integral dessas crianças é que surgem alternativas conhecidas como vias institucionais equivalentes. Essas, a partir da realidade da família, preparam-na para que tenha melhores condições de assegurar que seus filhos cresçam mais felizes e mais realizados, mediante o desenvolvimento de suas potencialidades⁽⁸⁾.

O PIM é um programa para a família, dirigido para o desenvolvimento integral da criança. São oferecidas às famílias orientações quanto aos cuidados que as crianças devem receber, por meio de materiais especialmente elaborados pelo GTE. Nestes são recomendadas as atividades necessárias para estimular o desenvolvimento, desde a gestação até os seis anos de idade⁽³⁾.

O desenvolvimento do PIM nos municípios é realizado pelo GTM, monitor e visitador. A figura do monitor passa a existir quando o município constitui um grupo de cinco visitadores ou mais. O monitor atua no sentido de que os visitadores tenham conhecimento e clareza quanto ao objetivo do seu trabalho. O GTM é constituído por profissionais responsáveis pela implantação, gerenciamento, acompanhamento e avaliação do PIM. O GTM é composto por um mínimo de três profissionais de nível superior completo ou em curso, tendo cada um a formação na área que representa: Secretaria Municipal da Educação, Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social. A presença destas três secretarias no PIM constitui um dos pilares do Programa, que é a intersecretarialidade, por meio da relação intersecretarias e da rede de serviços públicos no município⁽⁶⁾.

Cabe ao visitador atuar diretamente com as gestantes, pais ou cuidadores e crianças nas comunidades vinculadas ao Programa, por meio de atividades específicas, elaboradas por ele, de estimulação para o desenvolvimento infantil.

Ao visitador é exigido que disponha de 40 horas semanais para o Programa, e ao monitor, de 30 horas semanais. A escolaridade deve ser de ensino médio completo, magistério ou ensino superior em curso, devendo estar identificado com trabalhos e ações voltadas à infância. Além disso, deve possuir condições como: ter experiência no trabalho comunitário com crianças e/ou família; ter capacidade de

organizar o seu trabalho, planejando o tempo necessário para realizá-lo e executá-lo nas horas previstas; ter facilidade em estabelecer boas relações com as famílias e a comunidade; ser respeitoso, amável e afetuoso no trabalho com as famílias; ter senso crítico para examinar suas próprias dificuldades e aceitar as sugestões dos demais; ter entusiasmo, iniciativa, criatividade, liderança, otimismo e compromisso; saber cooperar e trabalhar em equipe; ser persistente, responsável, disciplinado e ético, mantendo sigilo sobre a situação de cada família; perceber, respeitar, apreciar e promover a cultura e os valores da família; ser capaz de construir e desenvolver conhecimentos junto às famílias e crianças e de reconhecer o enriquecimento do seu saber com a prática⁽³⁾.

São funções do visitador: realizar o trabalho diretamente com as famílias, orientando-as e capacitando-as para realizar as atividades de estimulação para o desenvolvimento integral da criança, desde a gestação; orientar as famílias sobre atividades de estimulação adequadas, a partir do diagnóstico inicial, marco zero; incentivar a participação das famílias nas ações educativas realizadas com as crianças e ações realizadas pelas gestantes; acompanhar e controlar a qualidade das ações educativas realizadas pelas famílias com as crianças e as ações realizadas pelas gestantes; acompanhar os resultados alcançados pelas crianças e pelas gestantes; planejar e executar as modalidades de atenção individual e grupal; planejar e executar o cronograma de visitas às famílias e participar da capacitação de visitadores.

Caso o visitador perceber ou identificar problemas na família, como suspeita de violência doméstica, crianças portadoras de deficiência, entre outras, deverá comunicá-los de imediato ao GTM para que seja acionada a rede de serviços⁽⁶⁾.

Este estudo tem sua origem no trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com a finalidade de identificar o perfil dos visitadores no contexto de suas atividades no PIM, com o propósito de contribuir com informações e conhecimentos relevantes para subsidiar o GTM, responsável por realizar a seleção desses profissionais para o Programa⁽⁹⁾.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo qualitativo-exploratório-descritivo. Os dados, coletados no período de janeiro a abril de 2008, foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo⁽¹⁰⁾, considerando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que permeiam a atuação do visitador no Programa.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2008. Integraram a amostra 38 dos 217 municípios do Estado do Rio Grande do Sul que estavam com o Programa Primeira Infância Melhor implantado e suas equipes de visitantes selecionadas à época de nosso estudo. A composição da amostra deu-se por sorteio de 15% dos municípios, compondo 33 municípios. Foram sorteados outros 2% (cinco municípios) para compor uma margem de segurança, caso não houvesse adesão dos visitantes ao convite para participar do estudo. Cada GTM recebeu, por correio eletrônico e nas próprias capacitações do PIM, os instrumentos referentes à coleta dos dados e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que foi formalizado mediante um ofício-convite à participação no estudo, enviado aos municípios sorteados. A devolução de 256 instrumentos preenchidos por visitantes, por correio ou mediante entrega nas capacitações, permitiu que o estudo abrangesse a totalidade dos 38 municípios sorteados.

O número de visitantes variou de acordo com a população de cada município, ou seja, para cada 25 famílias em situação de vulnerabilidade e risco social é contratado um visitante. Houve municípios com um a três visitantes, outros com 40 ou mais visitantes.

Em abril de 2009, um ano após a nossa coleta de dados, o PIM atendia 48.425 famílias e 5.800 gestantes, em benefício de 72.638 crianças de zero a seis anos em 240 municípios gaúchos, porquanto outros 23 municípios tiveram o PIM implantado nesse período⁽¹¹⁾.

O questionário enviado solicitava respostas aos seguintes questionamentos: Como é, para você, ser visitante? Que perfil você considera que o visitante deva ter para realizar a visita domiciliar? Quais aspectos contribuem para o seu trabalho no Programa PIM? Quais as limitações que você encontra no seu trabalho

como visitante? Quais os temas que você considera importante serem trabalhados em oficinas e capacitações, a fim de qualificar o seu trabalho como visitante? As respostas permitiram a inferência de conhecimentos relativos às percepções dos visitantes para além dos significados imediatos.

A análise dos dados deu-se em três momentos. Primeiramente organizamos as ideias iniciais das respostas dos visitantes aos questionamentos feitos. Em seguida passamos à exploração dos dados, quando chegamos a três unidades de significação: **dimensões do contexto familiar no desenvolvimento infantil: converso com as famílias...; atitudes dos visitantes: procuro ser...;** e, **Programa Primeira Infância Melhor: devo acreditar no meu trabalho...** Como decorrência, evidenciou-se naturalmente uma riqueza de categorias oriundas das contribuições dos visitantes às questões norteadoras do estudo, o que permitiu a inferência de conhecimentos acerca de suas percepções sobre o PIM.

Os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado foram preservados, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça⁽¹²⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o Parecer N.º 117/08, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa daquela Universidade, sob o Parecer N.º 2007934/08, e está cadastrado no Sistema de Pesquisa da UFRGS sob o n.º 13.877. A concordância em participar do estudo foi registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias, uma das quais ficou com o participante do estudo e a outra com as pesquisadoras. Nesse documento foram informados o objetivo e metodologia da pesquisa, as finalidades de sua participação enquanto sujeito, as garantias de anonimato, da confidencialidade, da privacidade e do direito de declinar da participação enquanto visitante a qualquer momento, se o desejasse, sem nenhum prejuízo.

Com o objetivo de manter o anonimato dos participantes do estudo, foi-lhes solicitado não se identificarem no instrumento de coleta de dados e no envelope lacrado devolvido, devendo informar apenas o município de origem do seu GTM. Foi atribuído um número arábico a cada participante municipal, acrescido de número romano por município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apreciar os visitantes em suas potencialidades e limitações nas atividades que desempenha no Programa Primeira Infância Melhor, identificando potencialidades e limitações no trabalho por ele realizado, constitui-se em uma proposta desafiadora para compor o perfil desses trabalhadores de saúde, além de contribuir com informações e conhecimentos relevantes para subsidiar o GTM, que é responsável por realizar a seleção desses profissionais no Programa.

O grau de escolaridade dos visitantes mais encontrado foi o ensino médio completo (29,9%), seguindo-se visitantes com o ensino superior incompleto em Pedagogia (27%), entre outros. Uma minoria informou a formação em magistério (7,4%).

Em relação ao seu tempo de atuação no Programa, os visitantes informaram tempos que variaram de um mês até quatro anos de atuação, sendo o tempo de seis meses o mais referido, com 21 visitantes (8,2%).

Na unidade **dimensões do contexto familiar no desenvolvimento infantil: converso com as famílias...**, o consumo do conhecimento é necessidade essencial para uma atuação competente no Programa PIM. Diante de uma dificuldade encontrada pelo visitante no trabalho com as famílias, uma prática usual é manter o diálogo e conversar sobre os problemas encontrados com as próprias famílias.

Conciliar a expressão das diferentes situações do convívio social com o contexto familiar não é uma tarefa simples para o visitante⁽¹³⁻¹⁶⁾. Exemplo disso é a evidência, ou pelo menos a suspeita de violência, ou a vulnerabilidade nas famílias atendidas:

No dia da visita o tio da criança havia sido assassinado. Será que respeitei o momento de pesar da família? Realizar a atividade com a

criança naquele momento foi adequado? (Visitador 11-XXX1I).

O GTM realiza o diagnóstico da situação da primeira infância no município e acompanha as visitas às famílias. Além disso, os integrantes do GTM reúnem-se periodicamente para trabalhar questões como capacitação de monitores, contratação de visitantes e articulação da rede de serviços. Qualquer dificuldade encontrada pelo visitante em seu trabalho com as famílias deve ser reportada ao monitor ou tratada diretamente com o GTM, para encaminhamento à rede de serviços, se for o caso, ou a busca de uma solução em conjunto com os profissionais das áreas que compõem o grupo técnico do PIM no município⁽³⁾.

A vulnerabilidade das famílias e a dificuldade em convencê-las a participar e realizar as atividades programadas foram apontadas como limitações do PIM.

Há muitas famílias carentes, enfrentando várias dificuldades, pais alcoólicos, mães com problemas de saúde e sofrendo agressões dos maridos. É difícil a adesão ao Programa (Visitador 2-XVI).

Considerando-se a não participação das famílias nas atividades do PIM, é necessária uma abordagem e questionamento sobre a sua causa. Muitas famílias ainda não se deram conta da função do visitante na visita domiciliar ou da importância do PIM para o desenvolvimento da criança. Acreditam que deva ser o visitante a realizar as atividades com seus filhos, as gestantes ou a criança, não compreendendo a real importância de sua participação nas atividades programadas e os ganhos que a interação entre mãe e filho ou o cuidador e a criança trazem em um momento especialmente programado e propício para o fortalecimento desse vínculo, promotor do desenvolvimento infantil.

A função do visitante e o papel da família no desenvolvimento da criança devem ser esclarecidos por iniciativa e com a argumentação do próprio visitante, pois é ele que está diretamente com as famílias, e assim estará contemplando uma atuação competente no Programa PIM.

É atuando que o visitante expressa a sua subjetividade e utiliza suas potencialidades, modificando e sendo modificado, desenhando a sua história⁽¹⁷⁾.

Cabe ao visitador orientar as famílias sobre os modos de brincar com as crianças. Esse trabalho de orientação deve ser por elas compreendido e aceito, e não imposto. A família que acolhe as orientações realiza com propriedade as atividades propostas^(6,18). Para isso, a brincadeira e o lúdico devem estar a serviço da ciência no que diz respeito ao desenvolvimento saudável, devendo o visitador estar preparado para trabalhar com a cultura das famílias, atento à alegria e à espontaneidade das crianças e suas famílias, respeitando suas crenças para não interferir de maneira a desvalorizar essas práticas nas famílias.

Vejo que as mães melhoraram a sua atenção e paciência com as crianças e passaram a brincar mais com os filhos nas atividades que proponho (Visitador 1-II).

O trabalho com as crenças e culturas das famílias foi trazido como uma limitação na atuação dos visitadores. Eles referem que cada família tem um jeito de ser e que isso exige reconhecer as suas especificidades para se poder trabalhar de forma adequada, planejando as atividades em consonância com cada realidade. Referem também que essa temática necessita ser mais discutida entre os pares e o GTM, nas capacitações.

Sei que nem sempre eu me expresso como deveria. Às vezes são tantas as diferenças, tenho dificuldade em relação à religião de determinadas famílias que não aceitam algumas atividades (Visitador 4-XXIII).

Tem vezes em que a miséria é tanta que eu não sei como lidar, preciso cuidar para não ofender as famílias (Visitador 4-XXXI).

Tenho tido dificuldades para passar informações para as famílias que já têm uma opinião formada. Elas não seguem as orientações que recebem (Visitador 2-XXIII).

Reconhecer as limitações do próprio saber significa admitir e validar outro saber, o saber comum, não especializado, na identificação mais ampla dos problemas de saúde e na compreensão dos contextos da vida e dos recursos mobilizados pela população diante das carências, do sofrimento e da enfermidade⁽¹⁹⁾.

É importante que o visitador explore mais os jogos e as brincadeiras com sucatas, outra sugestão de tema para as capacitações do PIM, já

que manifestam dificuldades de explorar tais materiais.

Preciso saber mais sobre certos materiais, como por exemplo, reciclagem de papéis. A realidade das famílias mostra que algo deve ser feito, não tem brinquedos, nem livros (Visitador 3-XVI).

Se for para ajudar a montar uma oficina de sucata de brinquedos ou de confecção de cestas e lembrancinhas para gestantes, eu precisaria me preparar melhor para essa atividade (Visitador 21-XXXI).

O uso de brinquedos de sucata pelo visitador na orientação das atividades com as famílias, gestantes e cuidadores da criança, além de ser uma prática, é estimulado no PIM. Sendo a sucata um material de acesso das famílias em vulnerabilidade social, perfil da maioria das famílias atendidas, orientá-las e capacitá-las para realizar as atividades de estimulação para o desenvolvimento integral da criança, desde a gestação, com brinquedos e materiais pedagógicos produzidos pelas próprias famílias, seria um incremento às possibilidades de atuação não apenas das famílias, mas do próprio visitador.

Para os visitadores, sinalizar agravos à saúde da gestante tendo como princípio a prevenção de riscos é um aspecto que necessita ser mais explorado nas capacitações para uma abordagem mais ampla na área de educação em saúde.

Quando me deparei com a gestante, ali, exposta ao fumo passivo, me dei conta de como esse assunto era urgente de ser conversado naquela família. Como o assunto, além de ser polêmico, está muito presente nas visitas, eu levei isso para ser discutido no PIM (Visitador 34-XX).

Ela estava grávida de oito meses e não sabia me dizer se já havia recebido alguma vez a vacina contra o tétano, mesmo tendo outros dois filhos (Visitador 2-XXIII).

A noção de risco pode envolver aspectos econômicos, de saúde, de desemprego, de miséria, além de fatores ambientais, condutas pessoais, formas de estabelecer e manter as relações, eventos criminais vinculados à violência, os quais se misturam e extravasam para o âmbito sociocultural. Sua expressão está sujeita a escolhas na alçada dos valores e depende das perspectivas presentes na sociedade, o que está relacionado ao modo como

as pessoas percebem os riscos a que estão expostos e a eles reagem, com formação de subjetividades suscetíveis a interpretações⁽²⁰⁾.

A prática da educação em saúde se orienta em uma perspectiva de intercâmbio de saberes, com vistas à socialização do conhecimento sobre a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde⁽²¹⁾. Sua discussão necessita explicitar o processo educativo que o acompanha, desvelando-se aí a aparente atividade de visitador para uma ação carregada de intencionalidade. Educar exige apreensão da realidade não para a adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e recriação dessa realidade, passando-se a perceber a atuação do visitador contextualizada em espaços da coletividade, que são ricos em experiências de aprendizagem mas precisam ser construídos como espaços pedagógicos pela mediação crítico-criativa dos envolvidos neste processo⁽²²⁾.

Na unidade **atitudes dos visitantes: procuro ser...** ficou evidenciado quanto é importante o entendimento do significado de ser visitador: uma pessoa discreta, amável, que se dirija com respeito às famílias, que se interesse sinceramente pelos progressos de cada criança e pelo envolvimento e comprometimento das famílias com o PIM⁽⁶⁾.

Ser organizado, dinâmico e criativo e ter bastante disposição são fatores que favorecem as atividades do visitador, que assim se reporta ao seu trabalho como sendo motivador e gratificante, especialmente pela percepção dos avanços das crianças e famílias por ele atendidas.

Ser consumidor de conhecimento é apontado como um requisito para se atuar como visitador no PIM, independentemente de quem faça parte da equipe. Conhecer a metodologia do Programa e os assuntos pertinentes ao desenvolvimento infantil e ser instruído para a sua absorção nas capacitações do PIM também poderiam levar a um avanço e aprofundamento da temática.

Para os visitantes, os ganhos na linguagem da criança, sua inserção social, afetividade, motricidade e desenvolvimento cognitivo são uma decorrência do conhecimento que orienta o trabalho, ou seja, do que sabem e do que lhes foi oportunizado aprender nas capacitações, além de sua inserção nas famílias.

Quando a situação encontrada e o próprio trabalho se apresentarem fragilizados, reportar-

se ao monitor ou ao GTM é a solução.

A possibilidade de troca de informações nas capacitações do PIM é tida como potencializadora do aprendizado. Interagir com outros visitantes e discutir regularidades ou exceções do cotidiano laboral são atitudes provocativas e incitam o aprofundamento das vivências no grupo e individualmente. Nesse contexto, sujeitos não hierarquizados e impostos discutem como adentram nos domicílios e se deparam com a cultura e os valores das famílias, com estas se relacionando a partir de interesses comuns⁽¹⁶⁾.

Na unidade **Programa Primeira Infância Melhor: devo acreditar no meu trabalho...**, ficou clara a responsabilidade pelo atendimento de até 25 famílias pelo visitador, que deve manter em dia a documentação do Programa, acompanhar os resultados alcançados pelas crianças e suas famílias, analisar a qualidade das ações educativas realizadas pelas próprias famílias com as crianças e orientar as famílias sobre as atividades de estimulação adequadas ao desenvolvimento de crianças e gestantes⁽³⁾.

O difícil acesso às famílias, relacionado ao lugar onde muitas delas moram e à falta de meios de transporte para os locais a serem visitados, foi apontado como uma limitação do PIM para que se estabeleça o vínculo com elas, o que condiz com a condição de muitas famílias morarem longe ou fora da zona urbana.

A visitação domiciliar no PIM, nos municípios, deve estar organizada territorialmente de forma a considerar a proximidade do local de moradia do visitador com o da família a ser acompanhada⁽⁶⁾.

É vital a contribuição de profissionais da saúde nas capacitações do PIM, por promoverem um tempo e um espaço para a aprendizagem e uma abordagem de ensino e aprendizagem com novas possibilidades quanto à troca de experiências. É igualmente importante para a estruturação e monitoramento do Programa, pois no universo de troca de saberes em que atua o visitador, que resulta em confiança das famílias atendidas, em vínculo, no fortalecimento dos laços familiares, no desenvolvimento infantil e na satisfação do visitador com os resultados obtidos com as crianças, requer-se conhecimento para a intervenção e recriação dessa realidade almejada pelo PIM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de um perfil que valorize a atuação do visitador, principalmente sendo ele a pessoa que irá ter o olhar diferencial nas casas das famílias, que percebe e identifica o que precisa ser ensinado e trabalhado com as famílias, é de extrema importância para o PIM, além de alertar para um olhar humanizado e integral da situação que cerca a família, um universo até então não explorado em pesquisas com os visitantes do Programa.

Ficou evidente quanto esse profissional é especial. Atua com comunidades em situação de vulnerabilidade e risco social, o que lhe exige um conhecimento nas áreas sociais, da educação e da saúde que clama por capacitações constantes, devendo constituir os espaços pedagógicos do PIM e do autodesenvolvimento do visitador.

O perfil de visitador encontrado é de trabalhadores de saúde, em sua maioria, com o ensino médio completo, tendo, em média, seis meses de atividade no Programa. Ele conhece as suas limitações ante as dificuldades encontradas nas famílias e encaminha ao monitor e/ou ao GTM essas demandas, mantendo relacionamentos colaborativos que valorizam os papéis e habilidades da equipe do PIM. Seu trabalho envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, compreensão crítica da realidade, posicionamento na atuação cotidiana, além do envolvimento com a comunidade dentro da realidade existente e com compromisso social em situações de risco para a comunidade. No trabalho que desenvolve diretamente com as famílias, orientando-as e capacitando-as para realizar as atividades de estimulação para o desenvolvimento integral da criança, desde a gestação, ele controla a qualidade das ações educativas que elas realizam com as crianças e

as ações realizadas pelas gestantes, acompanhando os resultados por elas alcançados a cada visita. Para isso, acredita que o conhecimento é fundamental para o desempenho de suas atividades no PIM, sentindo-se gratificado pelos resultados obtidos junto às crianças e gestantes nas famílias por ele atendidas. Por outro lado, percebe a distância e a dificuldade de acesso às famílias como um fator limitante no desenvolvimento do seu trabalho. O encantamento pela atividade que desempenha e a preocupação do visitador com a qualidade do atendimento às famílias sinalizam a busca por conhecimento e a necessidade de aprimoramento permanente, contribuindo com informações relevantes para subsidiar o GTM, que é responsável por realizar a seleção deste profissional no Programa.

O Rio Grande do Sul é pioneiro no PIM e outros estados estão aderindo ao Programa. O fato de os visitantes serem contratados, e não efetivos como servidores públicos estaduais, gera uma grande rotatividade no cargo a cada dois anos no PIM, o que requer ações de capacitação constantes para que esse profissional de saúde incorpore no seu trabalho a noção de equipe, tenha um olhar integral sobre a família, rompa com o trabalho fragmentado e discuta com outros profissionais as possibilidades de um trabalho de qualidade, holístico e integral.

Os resultados do estudo apontam para a possibilidade de recriar posicionamentos, resgatar fragilidades e reestruturar ações para o visitador. Este profissional, que integra a equipe de trabalho do Programa, interagindo com o monitor, com o enfermeiro no GTM e o GTE, poderá proporcionar mudanças na realidade das famílias atendidas pelo PIM, para efetivamente atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de uma infância melhor.

BEST EARLY CHILDHOOD PROGRAM: PERCEPTIONS OF A VISITOR

ABSTRACT

The Best Early Childhood Program is a program aimed at promoting integral development in early childhood. The study aimed at, in a qualitative methodological exploratory descriptive approach, to ascertain the perceptions of the visitors in the context of their activities, strengths and weaknesses in the performed activities, in the Best Early Childhood Program. Data were analyzed using the technique of content analysis. Data collection took place in 2008, with 256 surveyors who agreed to participate in the study. All participants signed an Informed Consent, delivered by mail or in person on the courses of the program, along with the completed instrument of research. Took part on the study, individuals from 38 of the 217 municipalities of Rio Grande do Sul, Brazil, where the Best Early Childhood Program was implanted at that time, who composed a profile of visitor regarding activities

performed in the Program. Acting as a visitor requires a constant search for knowledge and improvement, management of beliefs and culture of the families. It is a way of being and of relating with people, recognizing specificities of families in home visits, and at the same time planning activities consistent to each reality and consults with professionals from the health Program. This study contributes to the selection and qualified training of visitors, as well as to their appropriate role in community action in the Best Early Childhood Program.

Key words: Home Health Aides. Government Programs. Public Health. Child. Pregnant Women.

PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA MEJOR: PERCEPCIONES DE VISITANTE

RESUMEN

El Programa Primera Infancia Mejor es un programa destinado a promover el desarrollo integral en la primera infancia. El estudio tiene como objetivo conocer las percepciones de los visitantes en el contexto de sus actividades en el Programa Primera Infancia Mejor, sus potencialidades y limitaciones en las actividades que realiza, en un abordaje metodológico cualitativo-exploratorio-descriptivo. Los datos fueron analizados utilizando la técnica de análisis de contenido y su recogida se dio en 2008, por medio de 256 visitantes que aceptaron participar del estudio. Todos los participantes del estudio firmaron un Término de Consentimiento Libre y Aclarado, entregado por correo o personalmente, en los cursos del Programa, junto con el instrumento de investigación relleno. Integran el estudio 38 de los 217 municipios del Estado de Rio Grande do Sul, Brasil, que a la época estaban con el Programa Primera Infancia Mejor implantado, componiendo un perfil de visitante en relación a las actividades realizadas en el Programa. Actuar como visitante requiere una constante búsqueda de conocimientos y mejora, el TRABAJO con creencias y culturas de las familias. Exige un modo de ser y de relacionarse reconociendo especificidades de las familias en las visitas domiciliarias, además de saber planificar las actividades convenientes para cada realidad y consultar profesionales del área de salud del Programa. Este estudio contribuye a la selección y capacitación cualificada de visitantes, así como para su adecuada actuación en acciones comunitarias en el Programa Primera Infancia Mejor.

Palabras clave: Auxiliares de Salud a Domicilio. Programas de Gobierno. Salud Pública. Niño. Mujeres Embarazadas.

REFERÊNCIAS

1. Rio Grande do Sul. Programa Primeira Infância Melhor. Lei nº 12.544 /2006. [Citado em 10 mai 2007]. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/legislacao/id3192.htm>
2. Cuba. Ministério da Educação; Unicef; Celep. *Educa a tu hijo*. Havana: Mined, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar, 2002. 68 p.
3. Schneider A, Ramires V. Primeira Infância Melhor: uma inovação em Política Pública. Brasília: Unesco, 2007. [Citado em 12 mai 2009]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250PO R.pdf>
4. Dorea G. Gilles Deleuze e Felix Guattari: heterogeneidade e devir. *Margem (SP)* 2002 Dez.; 16:91-106.
5. Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciênc. saúde coletiva Rio de Janeiro* 2001; 6 (1):49-61.
6. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Programa Primeira Infância Melhor. Guia de Orientação para GTM, Monitor e Visitador. Porto Alegre: Relâmpago, 2007.
7. Puschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. As representações das práticas profissionais no domicílio: entre antigos e novos referenciais. *Rev Gauch Enferm Porto Alegre (RS)* 2006 dez; 27(4):618-28.
8. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Políticas intersetoriais em favor da infância: guia referencial para gestores municipais. Brasília: MS/Comitê da Primeira Infância, 2002. 150 p.
9. Freitas TCS, Kaiser DE. O perfil do visitador no Programa Primeira Infância Melhor no estado do Rio Grande do Sul [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Especialização em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
10. Bardin L. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
11. Rio Grande do Sul. Governo repassa 1,6 mil bicicletas para visitantes do Primeira Infância Melhor. *Zero Hora Porto Alegre (RS)* abr. 24; Caderno geral.
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
13. Figueiredo N. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yedis; 2005.
14. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conass Documenta nº 15. Violência: uma epidemia silenciosa. Brasília: 2007.
15. United Nations Children's Fund/UNICEF. Situação da infância brasileira. Brasília: 2005.
16. Vasconcelos E. A Saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001.
17. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização das tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho de saúde. *Cienc Cuid Saude* 2007 jul./set.; 6(3):351-56.
18. Zanatta EA, Motta MGC. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Rev. Gaúcha de*

Enferm Porto Alegre (RS) 2007 Dez; 28(4):556-63.
19. Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do Consenso. Saúde Soc 2004 mai./ago.; 13 (2): 5-19.
20. Camponogara S, Kirchhof ALC, Ramos FRS. Perspectivas para a qualidade de vida e a promoção da

saúde no contexto da sociedade de risco. Cienc Cuid Saude 2008 Out./Dez.; 7(4):551-57.

21. Sabóia VM. A Enfermeira e a prática educativa em saúde: a arte de talhar pedras. Nursing 2005; 83(8):173-77.

22. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

Endereço para correspondência: Dagmar Elaine Kaiser, Rua São Manoel, 1963, CEP: 90620-110, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: dagmar@enf.ufrgs.br

Data de recebimento: 01/06/2009

Data da aprovação: 08/01/2010