

**EDUCAÇÃO, SAÚDE E TRABALHO:
o Programa Primeira Infância Melhor – PIM em São Lourenço do Sul/RS**

***EDUCATION, HEALTH AND WORK:
the Best Early Childhood Program - PIM in São Lourenço do Sul/RS***

Jordana Wruck Timm*

Denise Castro Padilha**

Milena Cristina Aragão***

Claus Dieter Stobäus****

Resumo

O presente artigo trata de revisar elementos do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), com o objetivo de investigar a importância e a relação do programa com a promoção da saúde e da educação, bem como abordar seu contexto histórico e metodológico no município de São Lourenço do Sul-RS. Através de um estudo bibliográfico qualitativo, realizou-se uma reunião de guias de orientação do programa, artigos e dissertações realizadas sobre o tema, destacando-se o fato de o programa basear-se, entre outros, nas teorias de Vygotsky e Piaget. Além disso, trabalhou-se com a fala de três visitadoras que atuam no referido contexto. As análises, tanto dos materiais quanto das entrevistas, foram feitas com base na Análise de Conteúdo. Concluiu-se que o PIM é de extrema importância para esse município, pois trabalha atuando nas áreas de vulnerabilidade social, levando informações que auxiliam nos cuidados para com as gestantes e no desenvolvimento integral das crianças, especialmente de zero a três anos, articulando, portanto, elementos relacionados à educação, saúde e trabalho.

Palavras-chave: Educação. Saúde. Trabalho. Programa Primeira Infância Melhor.

* Doutoranda em Educação na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil. E-mail: jordanawruck@hotmail.com

**Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviço de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenadora técnica do PIM (São Lço Sul), Brasil. E-mail: depadi@yahoo.com.br

***Doutora em Educação pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Professora do Departamento de Psicologia na Faculdade Estácio, Sergipe, Brasil. E-mail: mi.aragao@yahoo.com.br

****Doutor em Ciências Humanas-Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Professor titular dos Programas de Pós-Graduação em Educação e em Gerontologia Biomédica Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: stobaus@pucrs.br

Abstract

The present article is to review elements of the *Programa Primeira Infância Melhor* – PIM (Better Early Childhood Program), in order to investigate the importance and the program related to the promote health and education, as well as address its historical and methodological context in São Lourenço do Sul City, through a qualitative bibliographic study. There was a meeting of the orientation program guides, articles and dissertations done on the subject, whose most striking element is noticing that the program is based, among others, on Vygotsky and Piaget theories. In addition, we worked with speech three visitors who work in that context. The analysis of both materials, as the interviews were made based on content analysis (Bardin). We concluded that the program is of utmost importance to this city because it is acting in the social vulnerability areas, taking information that assist in caring for pregnant women and the integral development of children, especially, from zero to three years, so gathering thus combines elements of education, health and work.

Keywords: Education. Health. Work. *Programa Primeira Infância Melhor* (Better Early Childhood Program).

Considerações iniciais

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM), por enquanto, no Brasil, só acontece no estado do Rio Grande do Sul. Nesse texto, especificamos os atendimentos feitos em São Lourenço do Sul, cidade onde uma parte dos autores do presente texto é/foi membro da equipe do referido programa. A outra parte, mesmo não tendo trabalhado diretamente com o PIM, reconhece sua importância para o desenvolvimento infantil, a partir da experiência compartilhada e discutida em Grupo de Pesquisa, no nosso Programa de Pós-graduação em Educação.

A título de conhecimento, a cidade de São Lourenço do Sul é composta de, aproximadamente 45.000 habitantes, e está situada a 198 km da capital gaúcha. Ao longo do texto, além de apresentar características de organização do Programa e algumas especificidades do município em questão, também serão trazidos dados recolhidos na vigilância epidemiológica, relativos à mortalidade infantil na cidade, e o corte avaliativo realizado pelo próprio PIM. Além disso, entrelaçando o perfil teórico adotado, algumas falas de visitadoras do PIM também são trazidas. Cabe destacar que todo esse material foi abordado à luz da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). As entrevistas com as visitadoras foram realizadas em 2013, momento em que o quadro profissional, exercendo a função de visitadora, contava com dez pessoas. Dado o quadro de visitadoras na época, foram escolhidas três entrevistas, levando em consideração o conteúdo expressivo de suas falas, sendo que as mesmas serão identificadas como Visitadora A, B e C.

Programa Primeira Infância Melhor (PIM)

Historicamente (em torno do final do século XIX e início do século XX), as Políticas Públicas voltadas à infância em nosso País tinham um caráter mais higienista e eugenista (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005) e pouco dialogava

com os saberes populares. No entanto, com a passagem do tempo, apesar dessas características ainda serem relevantes, outras devem ser levadas em consideração, visando atender integralmente as necessidades das crianças. Ao longo do texto, discutimos o PIM e o trabalho desenvolvido visando atender tais necessidades.

No entanto, antes disso, cabe destacar, também, o conceito de infância adotado por nós, já que ele é um balizador de tudo o que aqui está posto. Portanto, nas palavras de Cruz, Hillesheim e Guareschi (2005), a infância não pode ser simplesmente considerada uma etapa natural da vida, mas, sim, precisa ser entendida como uma noção datada geográfica e historicamente, isso implica debater questões como família¹, vínculos familiares, escola, forma de criação dos filhos(as), entre outros. Nesse sentido, as autoras defendem que falar de infância não pode ser remetido a uma abstração, mas a uma construção discursiva instituída por determinadas posições (das crianças, da família, das instituições escolares etc.), instituindo modos de ser e viver essa infância (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005).

Breve histórico do PIM e sua relevância

A partir do relato abaixo, e da importância do programa nele demonstrada, apresentamos, em seguida, alguns dados relevantes, ponto de partida para nossa pesquisa.

No âmbito da saúde, o PIM contribui através de orientações que reforçam a importância dos cuidados das mães com os filhos, na prevenção de acidentes, prevenção de doenças, controle das vacinas e, também, auxilia através do planejamento familiar. Já no âmbito da educação, contribui ressaltando a importância do estímulo das quatro áreas de desenvolvimento (Visitadora C, 2013, s/p).

No ano de 1992, Cuba criou o Programa “Educa a tu hijo”. Levando em conta os resultados daquele programa de atendimento na primeira infância, em 7 de abril de 2003 foi criado, no Rio Grande do Sul, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), cuja Lei nº12.544 foi sancionada em 3 de julho de 2006. Em 2005, São Lourenço do Sul habilitou-se no Programa, em 2009 ampliou a Equipe de atendimento e, em 2013, passou a atender, também, a zona rural. Com isso, o PIM se apresenta como uma política pública pioneira no Rio Grande do Sul, como descrito a seguir:

¹ O fortalecimento desse vínculo é um dos principais objetivos do Programa. Portanto, é pertinente, desde já, destacar que sempre que utilizamos os termos família e/ou pai(s) e/ou mãe(s), estamos nos referindo ao(s) responsável(is)/cuidador(es) pela/da criança, sempre respeitando e levando em consideração a pluralidade de concepções e entendimentos de família.

Voltado para a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, o PIM constitui-se numa das mais importantes políticas públicas desse Estado e, sob a coordenação da Secretaria estadual da Saúde, articula esforços das Secretarias Estaduais da Educação, da Cultura, e da Justiça e do Desenvolvimento Social (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007, p. 15).

Coordenado pela Secretaria Estadual da Saúde, o programa conta com três parcerias: a Secretaria Estadual da Educação, Secretaria Estadual da Cultura e a Secretaria Estadual da Justiça e Desenvolvimento Social². O Programa Primeira Infância Melhor, em São Lourenço do Sul-RS, é coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde e Bem-Estar Social, com ênfase no atendimento de gestantes e de crianças de até três anos de idade, na promoção à saúde e qualidade de vida³. No âmbito do programa, cada visitadora não pode ultrapassar o atendimento de vinte e cinco famílias, daí a prioridade dada para o trabalho com essa faixa etária (decisão que entrou em vigor em 2012), tendo em vista que, a partir dessa idade, a maioria passa a frequentar a escola de Educação Infantil, o que auxilia muito na estimulação e cuidado dessas crianças.

Tendo como referência metodológica o programa cubano “Educa a tu Hijo”, o PIM fundamenta-se no desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano na fase inicial de desenvolvimento. Na implantação do PIM no Estado, especialistas cubanas do Centro de Referência Latino-Americano de Educação Pré-escolar de Cuba (Celep) estiveram presentes e prestaram assessoria. Portanto, o PIM é um programa institucional equivalente de ação socioeducativa, voltado a famílias com crianças e gestantes, e é baseado cientificamente na Teoria Histórico-Cultural (VYGOTSKY, 1989), na Psicologia do Desenvolvimento (PIAGET, 1989) e nos recentes estudos no campo das Neurociências.

OPIM fundamenta teoricamente suas ações nas contribuições da teoria histórico-cultural de Vygotsky, nos aportes oferecidos pela teoria da aprendizagem de Piaget, pelas descobertas da neurociência acerca do desenvolvimento cerebral inicial, e na teoria sobre a formação e o desenvolvimento dos vínculos afetivos de Bowlby. As contribuições de Winnicott, acerca da importância do ambiente e das funções desempenhadas pelas figuras materna e paterna no desenvolvimento psicológico infantil também foram incorporadas (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007, p. 57).

O principal objetivo do Programa é orientar as famílias, a partir de sua própria cultura e suas experiências, para que promovam o desenvolvimento integral

2 Cf. a esse respeito Rio Grande do Sul, 2007, p. 7.

3 Na realidade, o Programa atende gestantes e crianças de até seis anos de idade, no entanto, o município de São Lourenço do Sul enfatiza esse grupo atendendo gestantes e recém-nascidos em proveito da prevenção da mortalidade infantil.

de suas crianças, desde o período de gestação até completarem os primeiros anos. Para explicar o funcionamento do Programa, tecemos as competências implicadas em cada cargo. A equipe é composta pela coordenação estadual – Grupo Técnico Estadual (GTE), que planeja, capacita, monitora e avalia a execução e os resultados alcançados pelos municípios e articula a rede de serviços estaduais. Contamos também com a coordenação municipal – Grupo Técnico Municipal (GTM) –, que planeja, monitora e avalia as ações desenvolvidas, seleciona e capacita monitores e visitadoras, identifica as famílias para atendimento e articula a rede de serviços do município.

A *monitora* orienta o planejamento das ações das visitadoras, capacita, acompanha e avalia o trabalho realizado por elas no que diz respeito ao desenvolvimento da criança e necessidade da família. Por fim, as *visitadoras* planejam os atendimentos com essas crianças e suas famílias, bem como com as gestantes, referenciando-se, respectivamente, no *Guia da família* (RIO GRANDE DO SUL, 2012) e no *Guia da gestante* (RIO GRANDE DO SUL, 2007). Dada a importância do profissional que desenvolve essa função, algumas de suas especificidades serão detalhadas na sequência. Nesse sentido, a Visitadora C destaca que “[...], o visitador serve como elo entre o programa em si, a metodologia e a família, interpretando cada situação como única e adequando a sua função a cada realidade”. A partir deste relato demonstrando a importância da visitadora para o PIM, destacamos que:

No viés do Programa Primeira Infância Melhor, o Visitador é o responsável direto por conhecer e identificar tais demandas e possibilidades, sustentado por uma equipe de profissionais de múltiplas formações. Considerando a relevância das atribuições do Visitador, a equipe gestora municipal tem como uma de suas principais responsabilidades a adoção de estratégias que privilegiem uma seleção e formação inicial e continuada de qualidade, garantindo a contratação de Visitadores com perfil adequado ao papel que representam na estrutura do Programa (DRÜGG, 2011, p. 41).

A visitadora atua diretamente com as famílias na comunidade. Para o exercício da função, ela deverá ter concluído o curso de Magistério ou se graduado em Serviço Social, Pedagogia ou Enfermagem, devendo ter iniciativa, criatividade, humildade, ser capaz de fazer escuta generosa, ser organizada, comunicativa, gostar de trabalhar com gente, ter empatia, responsabilidade, ser persistente, saber trabalhar em equipe e, principalmente, ter ética profissional. Na visão da Visitadora B:

O visitador é de grande importância, tendo que estabelecer um bom vínculo com as famílias, já que está presente no ambiente mais íntimo que é a sua casa... O visitador tem que ter muito cuidado com a forma que trata a família para não comprometer o vínculo já estabelecido, já que esse é muito difícil de conseguir.

A partir deste relato, destacamos outras atribuições do cargo de visitadora, dentre elas, fazer planejamentos conforme a faixa etária das crianças e gestantes, seguindo o marco zero (documento preenchido pela visitadora no primeiro

encontro, no qual a criança é avaliada conforme indicadores preestabelecidos, para, a partir daí, poder planejar as atividades, visando à estimulação das áreas nas quais a criança apresenta maior dificuldade), acompanhando os itens do *Guia da Família* ou *Guia da Gestante* (RIO GRANDE DO SUL, 2012, 2007) e respeitando a cultura das famílias; orientar as famílias a estimular as quatro áreas de desenvolvimento, sendo estas a motora, cognitiva, comunicação-linguagem e a que nós particularmente consideramos a principal, a socioafetiva.

Também é sua função orientar a família sobre a importância do brincar e se doar um tempinho todos os dias para seu filho; organizar o cronograma de atendimentos, conforme a disponibilidade das famílias; realizar visitas de acompanhamento quando a família não está esperando ou quando a criança ou gestante apresentam riscos; comunicar o Grupo Técnico Municipal quando a família não está esperando pela visitadora, no horário previamente agendado/ combinado e, também, pedir visita de acompanhamento quando a família apresentar necessidade, para que esta seja orientada e encaminhada para a rede de serviços; participar de capacitações realizadas pelo Grupo Técnico Municipal e Estadual.

A visitadora deverá, além de orientar os pais e cuidadores a estimular o desenvolvimento infantil, ter um olhar amplo, ou seja, observar toda a família e suas necessidades, e trabalhar com compromisso e responsabilidade. Deverá, ainda, estar vestida adequadamente, com planejamento e guia para poder realizar os atendimentos; preencher corretamente os ganhos de desenvolvimento das crianças e entregá-los antes de completar a faixa etária a que corresponde, conforme estabelecido no guia; fazer relatório mensal com o número de atendimentos realizados no mês, famílias ativas e inativas, bem como o número de gestantes e recém-nascidos; entregar informe anual; trabalhar com foco e otimismo; acompanhar e orientar as gestantes a fazer o pré-natal, assim como acompanhar o cartão de vacinas das crianças e consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), trabalhar com foco na prevenção da mortalidade infantil; trabalhar em rede com agentes comunitários de saúde.

Esse atendimento realizado pela visitadora é feito de duas formas: individual e grupal. O primeiro destina-se às crianças com até três anos e acontece de forma domiciliar. Já o segundo, destina-se às crianças entre três e seis anos e, por ser realizado em grupo, acontece em lugar previamente combinado. O município de São Lourenço do Sul atende somente na modalidade individual/domiciliar, e os atendimentos às famílias se dão conforme metodologia do Programa. As famílias são orientadas por meio de atividades específicas, visando à promoção de habilidades e capacidades das crianças atendidas, em seu contexto social. Durante as atividades, os familiares auxiliam a estimular as quatro áreas já referidas de desenvolvimento das crianças, visando o seu desenvolvimento integral, através das Modalidades de Atenção Individual.

No ano de 2010, o PIM de São Lourenço do Sul foi avaliado por uma especialista cubana do Centro de Referência Latino-Americano de Educação Pré-escolar. Para tanto, o programa foi observado durante uma semana, e o resultado pode ser observado na presente texto, na subseção “Contribuições do PIM para São Lourenço do Sul”. Contamos também com a presença das consultoras do

Grupo Técnico Estadual das cidades de Porto Alegre e Pelotas. Desde então, somos referência no Estado.

[...], o PIM é uma proposta abrangente e profundamente transformadora, que pretendemos levar a todas as famílias gaúchas onde exista uma gestante ou uma criança pequena, atendendo prioritariamente às mais pobres. Também é parte essencial da nossa proposta inovadora dentro de uma política estadual de prevenção da violência (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007, p. 9).

O Programa em São Lourenço do Sul, que atende os bairros Barrinha, Navegantes, Lomba, Medianeira, Sete de Setembro, Nova Esperança, Fiorame, Arthur Kraft, Santa Terezinha, Loteamento Camponesa, margem direita do arroio São Lourenço, Passo dos Baios, e Banhado Grande, atende atualmente uma média de 260 a 325 famílias (levando em conta que a equipe é formada por treze visitadoras e cada uma atende entre 20 e 25 famílias). Além de orientações aos familiares sobre como estimular seus filhos, trabalha também com foco na prevenção, acompanhando o pré-natal das gestantes, verificando o cartão de vacina das crianças, orientando as famílias quanto ao planejamento familiar e à prevenção de DST/AIDS. Por essa razão a coordenação do Programa também participa das reuniões do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha e do Comitê de Mortalidade Infantil.

Semanalmente, o hospital envia uma relação com os nomes das gestantes hospitalizadas e, mensalmente, a Vigilância Epidemiológica envia a relação de nascimentos de risco; de posse dessas informações, a coordenadora técnica e assistente social realiza visitas domiciliares para ofertar a participação no PIM. A participação no Programa não é obrigatória e, nos casos acima, não havendo aceitação em participar, é contatada a Estratégia Saúde da Família para realizar o acompanhamento.

Em julho de 2013, o PIM foi implantado também na zona rural de São Lourenço do Sul (até então atendia somente a zona urbana), em localidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família. Essa implantação teve o objetivo de atender, especialmente, famílias quilombolas, sendo que três visitadoras são responsáveis pelos atendimentos nessa área, onde também residem – importante destacar que uma delas é considerada liderança do quilombo que atende. Nesse contexto, além das famílias quilombolas, o PIM atende, ainda, crianças e gestantes de risco ou em situação de vulnerabilidade social. A implantação do PIM na zona rural foi considerada uma experiência exitosa e apresentada no Congresso das Secretarias Municipais de Saúde, realizado em julho de 2015, em Porto Alegre/RS, sob o título “Experiência exitosa: PIM quilombola (São Lourenço do Sul)”.

O programa Primeira Infância Melhor, política pública regulamentada em lei estadual desde 2006, trabalha com desenvolvimento infantil através dos estímulos recebidos a partir da interação dos pais ou cuidadores com seus filhos. A estimulação é feita desde que a mãe (ou a pessoa cuidadora que cumpra tal papel) está gestante, até a idade em que a criança deve ingressar na escola. As atividades são desenvolvidas através de brincadeiras lúdicas, em que as visitadoras orientam as famílias da importância de estimular seus filhos, para que cresçam mais saudáveis e com

níveis compatíveis de inteligência. O trabalho visa analisar a conduta de orientação às famílias, a partir de sua cultura e de suas experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças por meio da ludicidade.

A ênfase em intervenções diretamente na família faz do PIM um marco histórico na concepção da responsabilidade pela Educação. O Programa trata de capacitar, habilitar, instrumentalizar as famílias para a estimulação adequada de suas crianças, inclusive de modo a torná-las suficientemente críticas, a ponto de elas mesmas terem condições de avaliar o desenvolvimento destas crianças (ZORZAN, 2012, p. 24).

O programa é responsável por planejar, avaliar, orientar as famílias; no entanto, a aplicação da atividade, o ensino, a educação, são competências da família, sendo um dos objetivos do PIM conscientizá-la para a interação com a criança, dedicando uma parte do seu dia para brincar com os filhos, estimulando as crianças com elogios, a cada ganho atingido, e com gestos de carinho, e delegar a ela o ato de educar/ensinar.

Com a estimulação precoce, conseguimos não só descobrir dificuldades prematuramente nas crianças, mas também, muitas vezes, encaminhá-las, juntamente com a Estratégia Saúde da Família, para especialistas, buscando auxiliar o mais rápido possível o seu desenvolvimento. Os encaminhamentos contemplam consultas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), atendimento pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), fonoaudiólogo, oftalmologista, psicólogo, e outros especialistas. Nas orientações às famílias, tratamos de assuntos relacionados ao planejamento familiar, alimentação saudável e higiene.

Detalhe relevante, embora não proposital, é o fato de o quadro de funcionários do PIM no referido município contar apenas com mulheres. Ressaltamos ainda os cuidados com o cuidador, de modo que além do Grupo Técnico Municipal sempre disponível, quando necessário são concedidas consultas com psicóloga, a partir de encaminhamento para rede de atendimento, acreditando que “o estresse é uma das características da prática profissional relacionada ao cuidado com a saúde. Isso acontece porque a disponibilização do cuidador para com o alvo do cuidado, o paciente, desvia seu pensamento e seu tempo do cuidar [...] de si próprio” (ALASMAR; ACHETTE; RIZZO DI LIONE, 2010, p. 12).

Metodologia do PIM

De acordo com Bernardes (2010), inicialmente, é importante contextualizar a realidade social do município (ações voltadas à infância, número de crianças e gestantes, atendimentos institucionais de educação, saúde, assistência social e cultura). Essa prévia contextualização pode ser feita por meio de dados oficiais. A partir disso,

[...] o município tem a possibilidade de identificar a realidade social das diferentes comunidades, mapear os serviços existentes e identificar as necessidades de cobertura da atenção à primeira infância, a partir da organização e articulação com a rede de serviços. Através desta identificação, o Grupo Técnico Municipal e Gestores têm condições de eleger a(s) comunidade(s) mais indicada(s) à implantação e, posteriormente, à expansão do Programa. A escolha da área leva em consideração uma série de critérios, que compreendem um alto número de gestantes e crianças de zero até seis anos de idade, alta taxa de mortalidade infantil, grande número de famílias em situação de vulnerabilidade social, baixa cobertura de Educação Infantil e existência de rede de serviços e/ou programas para atendimento às famílias (BERNARDES, 2010, p. 28).

Assim, valemo-nos das palavras de Bernardes para justificar o atendimento dos bairros citados anteriormente, os quais se enquadram em critérios de seleção e merecem atenção especial. Segundo Schneider e Ramires (2007, p. 15),

Implementado através de parcerias entre estado e municípios, o PIM estrutura-se em torno de três eixos: a família, a comunidade e a intersetorialidade. O Programa prioriza áreas cuja população se encontra em situação de vulnerabilidade e risco social, que concentram um alto número de crianças de zero a seis anos e gestantes, que apresentam índices elevados de mortalidade infantil e um grande número de crianças não assistidas por escolas de educação infantil.

As famílias que participam do PIM entendem que a metodologia do Programa está pautada na orientação e na estimulação precoce das crianças, não oferecendo nada além disso, e desobrigando a participação de quem quer que seja. A participação das famílias supõe a criação de vínculo com a equipe do PIM, sendo tácito o compromisso de esperar as visitadoras, conforme agendamento, estimular as crianças (não apenas durante a presença da visitadora, mas durante a semana, visando resultados positivos), sempre seguindo as orientações contidas nos guias (RIO GRANDE DO SUL, 2012, 2007).

O Grupo Técnico Municipal (GTM), Monitores e Visitadoras seguem o guia da família (Rio Grande do Sul, 2012) e da gestante (Rio Grande do Sul, 2007) para planejar as atividades e realizar os atendimentos. O GTM é responsável por alimentar o banco de dados, informando os ganhos de desenvolvimento e censo diagnosticado. Orientamos os familiares e cuidadores sobre a importância do afeto, o qual influencia diretamente na formação da personalidade do indivíduo, na segurança na tomada de decisões no futuro, na aprendizagem e relações sociais. Alertamos também para assuntos relacionados à saúde, visando diminuir o índice de mortalidade infantil; prezamos pelo vínculo sócio-afetivo, pela importância do brincar, do cuidar e do cuidado. Cabe mencionar que o trabalho com as famílias visa, conforme Lages et al. (2010, p. 242):

A relação entre esses dois saberes – o técnico e o popular – não poderá ser uma transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas sim, caracterizar uma relação de diálogo, horizontal, bidirecional e democrática. Fica evidente que as linguagens técnica e popular precisam se adaptar, dialogar, unir seus saberes em prol do interesse comum: a promoção da saúde.

Nesse sentido, cabe o olhar atento da visitadora, o planejamento e toda a estrutura que o PIM pode oferecer, unindo os saberes ditos técnicos à Educação Popular, orientando as famílias para atender as necessidades de suas crianças. Apenas desta forma poderemos alcançar o êxito almejado em proveito da educação e da saúde.

Trabalhando com gestantes

O trabalho realizado com as gestantes é fundamental para a relação sócio-afetiva dela com o bebê, contribuindo para o desenvolvimento dele, pois desta forma ele se sente desejado e amado, e proporciona a futura mamãe momentos inesquecíveis, sensações maravilhosas, como sentir o movimento de seu filho em seu ventre, um amor imenso. (Visitadora A, 2013).

Achamos pertinente iniciar esta seção com palavras de uma visitadora, palavras estas que remetem ao trabalho com as gestantes. Destacamos que:

Para a realização de um trabalho significativo e com resultados positivos, o **Visitador** deve acompanhar a gestante de maneira compreensiva e amigável sem perder o foco de seu papel profissional. Respostas diretas e seguras são importantes para o bem-estar da mãe e do bebê. Para tanto, o **Visitador** deve saber perceber e reconhecer as alterações mais comuns e freqüentes nesse período, buscando constantemente, junto ao GTM e Monitor, respaldo e aprimoramento acerca da metodologia do Programa, bem como de conhecimentos afins (RIO GRANDE DO SUL, 2007, p. 12, grifos do autor).

Como dito anteriormente, o PIM de São Lourenço do Sul atua com gestantes na modalidade individual, sendo que os encontros ocorrem quinzenalmente, trazendo ao debate assuntos relacionados aos cuidados que devem ser tomados durante e após a gestação, entre eles: o papel da família durante a gestação, as alterações que o corpo da mulher sofre comumente neste período, a alimentação, a saúde e saúde bucal e o sexo durante a gravidez. O trabalho com as gestantes serve também para atentar a fatores comumente presentes em cada período gestacional (classificado por trimestre), bem como para alertar e informar sobre procedimentos importantes não apenas para a gestação, mas após o nascimento da criança. Salientamos novamente a importância do pré-natal, falamos sobre o parto, pós-parto, amamentação, cuidados com o bebê (coto umbilical, alimentação, higiene, vacinação).

O PIM atende e orienta também as gestantes que necessitam de atenção especial, como adolescentes grávidas, mulheres acima de trinta e seis anos, gestantes soropositivas ou outros casos que podem colocar a gravidez em risco (peso, altura, ocupação/trabalho, mulheres vítimas de maus tratos, abandono, desabrigadas e que passam fome, com pouca instrução/escolaridade, com complicações em gravidez anterior, portadoras de doenças como pressão alta, diabetes, anemia, etc., gestantes com HIV-AIDS, e dependentes de tabaco, álcool e outras drogas, entre outras).

Além dos temas mencionados, nos dispomos a explicar assuntos que sejam alvo de curiosidade das gestantes, por isso, sempre ao final das visitas, perguntamos se têm algum tema específico que gostariam que fosse esclarecido. Assim, nos preparamos para a visita seguinte, buscando atender suas necessidades e curiosidades.

Em São Lourenço do Sul atendemos, sobretudo, gestantes que estão no grupo de risco, destacando que o município enfrenta alto índice de gestação na adolescência. Nossas visitas são direcionadas para os temas já citados, mas ressaltamos as consultas de puerpério após o nascimento do bebê que, muitas vezes, são esquecidas pelas mães ou vistas como sem importância. Nesse momento (na gestação), começamos com um intenso trabalho de orientação para os cuidados com os bebês, reforçando os aspectos referentes à alimentação, higiene e atenção.

Do ponto de vista das Visitadoras, vale salientar a gratificação em trabalhar com as gestantes: “No trabalho com as gestantes, acredito que a gratificação é quando chegamos na casa após o nascimento do bebê e vemos a mãe seguindo as orientações dadas anteriormente, como a amamentação exclusiva, por exemplo” (Visitadora C, 2013, [s.p.]). Esse relato nos mostra a importância dada pelas mães e futuras mães ao programa, que resulta, para as visitadoras, em orgulho do papel desempenhado.

Trabalhando com crianças pequenas

Com Vygotsky (1989) aprendemos que a capacidade que as crianças têm em brincar pode permitir a resolução de problemas que as rodeiam, bem como auxiliar no pensamento infantil. Para ele, a ludicidade e a aprendizagem devem ter os mesmos objetivos, uma vez que a ludicidade é uma situação de aprendizagem. O brincar, para a criança, é uma saída da realidade, mas sem deixar de vivenciá-la; a criança reproduz sua realidade, mas geralmente acrescenta cenas ou retira, sem contar que sua imaginação é constantemente trabalhada nestas atividades. É nesse sentido que o faz de conta presente nas brincadeiras é uma realidade pela qual está passando, mas inventada com mais criatividade.

Acreditamos que a brincadeira, para a criança, é o momento mais estimulante, apesar de as habilidades cognitivas e as formas de estruturar o pensamento não estarem completamente determinadas por fatores sociais, sendo o resultado de atividades praticadas de acordo com os hábitos sociais da cultura em que ela se desenvolve. Consequentemente, a história da sociedade na qual essa criança se desenvolve e a sua história pessoal são fatores cruciais, e que vão, também,

determinar sua forma de pensar. Com isso, o brincar torna-se um meio propício para a estimulação das crianças. Para a Visitadora A,

O trabalho realizado com crianças de 0 a 3 anos é fundamental para que a criança desenvolva suas habilidades e capacidades, pois através do estímulo ela desenvolve as diversas áreas do desenvolvimento infantil, sendo fundamental a participação, o incentivo e o carinho da família, pois a maior gratificação é ver as mudanças nas relações familiares.

O relato da visitadora destaca a importância e a gratificação em desempenhar seu papel com crianças de zero a três anos. A importância dada a essa faixa etária, também se dá por conta de outro objetivo do PIM (e podemos dizer é o objetivo principal) que é a conscientização das mães em relação à saúde dos seus filhos, de modo que elas compreendam que a ausência de queixas não é sinônimo de saúde e bem-estar da criança, havendo, portanto, a necessidade de muitos outros olhares atentos a ela. Para Prates e Oliveira (2001, p. 39),

O conceito de ‘criança saudável’ varia muito de acordo com as condições de vida e cultura das pessoas. Por exemplo, para as mães, em geral, se o filho dorme bem, se alimenta bem e brinca normalmente, ele é saudável. Outras podem avaliar o conceito de saudável através da disposição de ânimo, estado de espírito, interação e aprendizagem de seu filho. Com isso, verificamos que este conceito depende de pontos de vista e de valores, alguns o relacionam com a parte física, outras com o emocional ou simplesmente à ausência de queixas da criança.

Assim, o próprio programa, ao planejar as atividades, busca também ter este olhar atento, em prol da saúde da criança e, conseqüentemente, do seu desenvolvimento integral, entendendo que

[...] o desenvolvimento infantil adequado é uma necessidade e um direito de toda criança, constituindo-se em um desafio para a sociedade. Nesse sentido, torna-se necessária a divulgação e a orientação às famílias sobre de que modo auxiliá-las no seu dia-a-dia, tornando-se uma prática real na educação das crianças (RIO GRANDE DO SUL, 2007, p. 7).

De acordo com *Guia da família* (RIO GRANDE DO SUL, 2012), no trabalho com crianças pequenas, visando à busca pela criança ‘saudável’ e o seu desenvolvimento integral, a visitadora irá trabalhar, com as famílias, características relacionadas ao período em que ela se encontra (zero aos três meses, três aos seis, seis aos nove, nove aos doze meses, um aos dois anos, dois aos três, três aos quatro, quatro aos cinco e, por fim, cinco aos seis anos), orientando quanto às atividades e atitudes que podem e devem ser tomadas com a criança neste período, bem como os cuidados a serem tomados com a saúde, tendo em vista os indicadores de ganhos relativos ao que se espera que a criança aprenda até completar cada uma das fases referidas acima. Para tanto, a visitadora levará atividades que possam

auxiliar, explicará aos pais como deverão estimular seus filhos, tanto durante a visita quando ao longo da semana. Os indicadores de ganho são organizados em tabela que é preenchida pela visitadora a cada três meses, permitindo acompanhar a evolução de cada criança a partir dos estímulos feitos. As visitadoras auxiliam também no controle da vacinação, conferindo a carteira de vacinação, lembrando os dias e horários das vacinas, entrando em contato com agentes de saúde do bairro e profissionais da Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Hüsken (2010, p. 91) entende que

[...] as primeiras aprendizagens são realizadas na família. [...], é importante que a família proporcione um ambiente estimulador, favorecendo à criança sua autonomia de pensamento, ouvindo e valorizando os seus “porquês”, permitindo que faça suas escolhas e se responsabilize por elas, estabelecendo os limites necessários e na medida certa.

Desse modo, quando passamos à família a responsabilidade pelo estímulo das crianças, visamos delegar o papel a quem de fato pertence, já que ela é responsável pela criança. Além do mais, quando a família desempenha com êxito seu papel é notória a contribuição para o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, Zanluchi (2006, p. 15), apontando o pensamento de Vygotsky, acredita que “o sujeito não é um reflexo passivo do meio nem um espírito anterior ao contato com as coisas e as pessoas. Pelo contrário, é um resultado da relação”. As ações da criança correspondem ao que ela mesma vivencia e aos estímulos e motivações que recebe, não sendo possível exigir dela comportamentos que não pertençam a sua vivência, mas apenas aqueles aos quais esteja acostumada e que presencia e experimenta em sua rotina.

Como bem descreve Szymanski (2004, p. 115), “[...] a família continua sendo um lugar de acolhimento e cuidados mútuos que, por meio de suas práticas, oferece condições para o desenvolvimento humano em sua função socializadora”. Nesse sentido, acreditamos ser pertinente entender o desenvolvimento de uma criança a partir do guia de atendimento às crianças (RIO GRANDE DO SUL, 2012). Com o trabalho do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), percebemos que as crianças que estão sendo bem estimuladas, conseguem atingir os objetivos propostos, em razão, muitas vezes, dos estímulos recebidos.

A partir de leitura da obra de Vygotsky (2001), acreditamos que todos nós nascemos capazes de nos desenvolver, independente do estímulo exterior, mas com este, com certeza, desenvolvemo-nos mais rapidamente se comparados com aqueles que não recebem o estímulo. Daí a importância de estimular as quatro áreas de desenvolvimento nas crianças, durante toda a rotina (em casa, na escola etc.), pois além de suas potencialidades estarem sendo trabalhadas, se estará estabelecendo um vínculo afetivo que, em nosso ponto de vista, é o principal estímulo.

O fato de a primeira infância se caracterizar pela extrema plasticidade neuronal, em termos orgânicos, ou do que chamamos, em termos psíquicos, de permeabilidade a inscrições significantes, aponta a importância de intervirmos não só no sentido de uma clínica de prevenção secundária, mas também no

de possibilitar a detecção precoce de sintomas clínicos da primeira infância. O termo *precoce* mostra a importância de considerarmos a incidência do tempo na constituição, pois, para efeitos de uma intervenção, não é indiferente a idade em que ela ocorre. Sabe-se que uma vida pobre em estímulos durante os primeiros anos produz marcas psíquicas e neurológicas irreversíveis. Por isso, é necessário estabelecer e transmitir alguns critérios que possibilitem detectar quando um bebê está em sofrimento. Isso só se torna possível com um trabalho conjunto entre os especialistas que intervêm na clínica de estimulação precoce e os profissionais da primeira infância de modo amplo: no âmbito da saúde, pediatras e enfermeiros que fazem parte dos programas de acompanhamento do desenvolvimento da criança; no âmbito da educação, professores e orientadores que intervêm no ensino infantil (JERUSALINSKY, 2011, p. 90-91).

Esta citação permite estabelecer conexão com o que escrevemos logo acima (a respeito do vínculo afetivo), pois podemos afirmar que o PIM trabalha com a estimulação precoce e com o vínculo família/cuidador e criança, pois, desta forma, acreditamos encontrar melhores resultados. “Quando os pais participam do desenvolvimento de seus filhos, as crianças não só se tornam fisicamente mais saudáveis como também mentalmente mais perspicazes e emocionalmente seguras” (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2001, p. 22).

Nesse sentido, percebemos a real importância no vínculo afetivo, na relação de troca entre os envolvidos e a criança. Uma criança emocionalmente abalada também sente dificuldades em se desenvolver, independentemente de suas necessidades; já com a presença do estímulo, do afeto, da participação mútua do adulto na vida da criança, essa se sentirá mais confiante em si própria e começará a mostrar avanços dentro de seus limites.

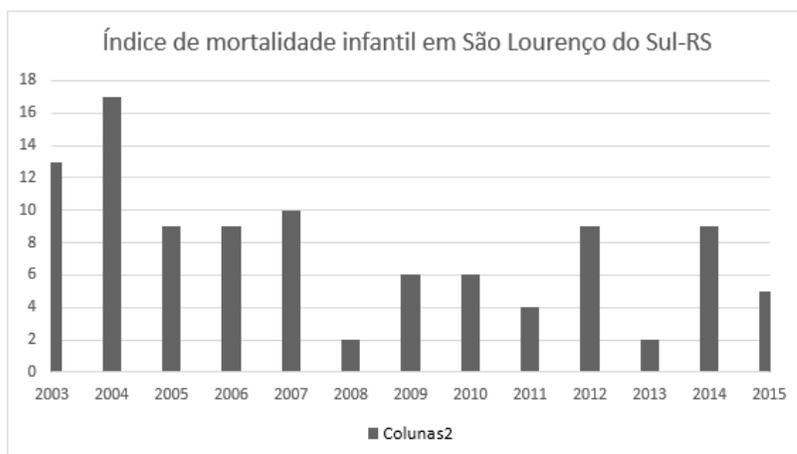
Contribuições do PIM para São Lourenço do Sul/RS

Visando demonstrar a importância e eficácia do PIM para o campo de intervenção, nesse caso, São Lourenço do Sul, entramos em contato com a Vigilância Epidemiológica, na Secretaria Municipal de Saúde do referido município, em busca de informações sobre o índice de mortalidade infantil. Nesse momento, realizamos também uma análise do “Segundo Corte Avaliativo do Programa Primeira Infância Melhor” (PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR, 2011), uma vez que São Lourenço do Sul era um dos dezesseis municípios avaliados.

Sobre o índice de mortalidade infantil em São Lourenço do Sul, de acordo com dados disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica (Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul)⁴, recebemos os seguintes dados:

⁴ Juntamente com esses números, recebemos os índices do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM). Optamos, nesse momento, em fazer um recorte no qual salientássemos o índice de mortalidade

Gráfico 1 – Índice de mortalidade infantil em São Lourenço do Sul-RS.



Fonte: elaborado pelos autores a partir de dados da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.

Lembrando que o município de São Lourenço do Sul habilitou-se para o programa em 2005, tendo ampliado sua equipe em 2009, nota-se que, nos três primeiros anos (2003, 2004 e 2005) que antecedem o seu ingresso, foram registrados 39 óbitos infantis, o equivalente a uma média de 13 mortes/ano. Já nos três anos seguintes (2006, 2007 e 2008), sendo os primeiros anos correspondentes à implantação do PIM no município, notou-se uma melhora nos índices: 21 óbitos infantis, o equivalente a 7 mortes/ano. Daí em diante, os resultados foram ainda mais satisfatórios, após a ampliação da equipe profissional do PIM em São Lourenço do Sul, em 2009, foram constatados 28 óbitos em cinco anos (2009, 2010, 2011, 2012 e 2013), o equivalente a 5,6 mortes/ano. Embora ainda haja óbitos infantis, são notórios os resultados positivos, como a queda desses índices, por exemplo. Acreditamos que muito disso se deve ao trabalho realizado pelo PIM em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família e agentes comunitários, em especial o trabalho realizado com as gestantes, alertando-as para os cuidados necessários, como a realização do Pré-Natal.

infantil de crianças com até um ano de idade, visando demonstrar a importância do programa, a partir da redução desse índice após implementação do PIM no município e após o aumento da equipe e, conseqüentemente, do aumento de famílias atendidas pelo programa. No sistema, constam apenas os dados relativos aos óbitos de 2007 em diante, os dados dos anos anteriores foram obtidos nos mesmos órgãos, mediante busca manual.

Sobre o Corte Avaliativo mencionado anteriormente, trata-se de um estudo comparativo entre crianças que receberam atendimento do PIM e crianças que não receberam. Foi comparado também o desenvolvimento da criança considerando sua entrada no programa e os resultados obtidos, após determinado período de intervenção do PIM⁵. Os resultados desse estudo foram bastante significativos. Devemos levar em consideração que eles não se referem apenas ao município de São Lourenço do Sul, uma vez que se trata de um estudo amplo desenvolvido em dezesseis municípios.

Os resultados satisfatórios puderam ser observados tanto na comunidade como nas famílias e gestantes e no desenvolvimento das crianças. No que diz respeito à “sensibilização”, 99% da comunidade acredita que o PIM ajuda as famílias na educação dos filhos e 100% acredita que o PIM é importante para a comunidade. Nessa pesquisa, é possível perceber que 94% da comunidade (considerando casas com crianças e gestantes) já está em atendimento pelo programa. Quanto às famílias, “97% declararam ter modificado o modo de tratar o filho/a e 92% que o PIM colaborava com a saúde dele/a. [...] 77% alcançaram os resultados esperados para as atividades e 22% alcançaram em parte” (PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR, 2011, p. 3).

Já no que diz respeito às gestantes, todas as entrevistadas demonstraram estar satisfeitas com a participação no programa e interessadas em permanecer nele, após o nascimento do bebê. Para 86% das entrevistadas, o PIM ajuda no preparo nos cuidados de saúde; 72% acreditam que prepara para o estímulo do filho/a já na barriga; 60% defendem que prepara para o parto e também para pós-parto; e 83% perceberam que preparou para a ida ao médico (como realizar o pré-natal, por exemplo).

Já nos resultados obtidos diretamente com as crianças, comparando-se os menores atendidos pelo programa e os não atendidos e levando em consideração a média obtida nos quatro níveis de desenvolvimentos avaliados (sócio afetiva, motricidade, cognitiva e comunicação-linguagem), as crianças atendidas pelo PIM atingiram a média 95,22 enquanto as não atendidas atingiram 79,64. Da mesma forma, ao avaliarem apenas as crianças atendidas pelo programa, comparando o seu desenvolvimento na entrada para o PIM e, posteriormente, na data de avaliação, houve um significativo avanço. A média obtida nos quatro níveis de desenvolvimento avaliados nas crianças em seu marco zero alcançou 67,64 enquanto a média obtida nesses níveis, após intervenção do PIM, alcançou 79,68.

Considerações finais

Embora não tenha sido mencionado ao longo do texto, cabe aqui destacar que, logo na implantação do PIM no referido município, o Programa não tinha um espaço físico próprio (funcionava nos fundos de um espaço destinado a outro Programa) e nem tamanho adequado. Na época, as visitadoras trabalhavam com

5 No *site* do programa, é possível observar todos os procedimentos adotados para a realização do Corte Avaliativo.

as próprias bicicletas. Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde aluga o espaço sede do PIM no município. Esse espaço é bem localizado (central) e conta com boas condições de trabalho. O material necessário é fornecido também pela Secretaria Municipal de Saúde, e todas as visitadoras receberam bicicletas do Estado.

Em relação aos recursos humanos, atualmente, a equipe está completa. Visando a educação permanente, desde 2015, mensalmente, são feitos encontros para exploração de temas conforme a demanda. Esses encontros contam com a participação de setores de outras secretarias e da rede em geral, objetivando dar suporte à equipe.

Em São Lourenço do Sul é notável a diferença no modo como os pais cuidam dos filhos após a participação no Programa. Inicialmente, muitos tinham resistência em participar do PIM, consideravam perda de tempo, bobagem, e que em nada contribuiria para a educação dos filhos. Começaram a participar em razão da insistência das visitadoras, por indicação dos agentes de saúde, da comunidade, da equipe das Unidades Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Nos primeiros encontros, notávamos, muitas vezes, um distanciamento entre criança-cuidador. Os cuidadores esperavam que as visitadoras trabalhassem com as crianças, não entendiam a importância do Programa e do vínculo. No entanto, o tempo e o trabalho desenvolvido se encarregaram de mostrar às famílias os ganhos que as crianças iam alcançando. As famílias, depois de um determinado tempo, começaram a notar a importância de brincar com o filho, de estimular, de interagir com o ele. O cuidado e o vínculo afetivo começaram a se fazer presentes em nossos encontros e na rotina da casa.

Nesse sentido, a própria família traz relatos sobre a forma utilizada para educação dos filhos, comparando os mais velhos, que não tiveram orientação do PIM, com os mais novos, que recebem estímulos, conforme indicação das visitadoras do Programa. Destacamos ainda o relato da Visitadora C, que afirma: “*Normalmente as famílias tornam-se mais carinhosas com seus filhos, dão mais atenção aos mesmos e dedicam-se mais aos cuidados com eles, e nas crianças normalmente percebe-se grande avanço no desenvolvimento*”.

Nesse mesmo sentido, a Visitadora B afirma: “*as famílias se tornam muito mais atenciosas e carinhosas com as crianças e dão mais importância e valor para o ato de brincar.*” O vínculo visitadora-família também se estreitou muito, visto que nossa presença e os resultados obtidos fizeram com que laços se formassem e fortalecessem. Estávamos ali como profissionais, mas a amizade e o carinho também permeavam o ambiente, o que contribuía para a cumplicidade e crença no desenvolvimento do trabalho e nos resultados para as crianças. No entender da Visitadora A (2013, s/p):

Os principais resultados obtidos é a relação familiar, pois antes de participarem do PIM algumas famílias não valorizavam seus filhos, não lhes dando atenção, carinho e não os estimulavam e após participarem do programa as famílias adquiriram uma visão mais ampla sobre o desenvolvimento infantil, percebendo a importância da valorização da criança, como um ser que necessita de estímulos, de atenção, de cuidados e de carinhos para se desenvolver, proporcionando desta forma o desenvolvimento integral de seus filhos.

Por fim, ressaltamos os dados obtidos na vigilância epidemiológica (Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul) e no Corte Avaliativo realizado em dezesseis municípios atendidos pelo programa, que possibilitam constatar a importância e eficácia do programa Primeira Infância Melhor para o referido município, seja para o melhor desenvolvimento infantil, nas áreas sócio afetiva, motora, cognitiva e da comunicação-linguagem, seja para o estreitamento do vínculo família-criança, bem como para a atenção aos cuidados com a saúde da criança, diminuindo a incidência de doenças, ou ainda para a busca de auxílio médico e até mesmo para a redução dos índices de mortalidade infantil.

Referências

- ALASMAR, Cristiane Wener; ACHETTE, Daniela; RIZZO DI LIONE, Fernanda. Cuidados com o cuidador. **Psique Ciência e Vida**, São Paulo, n. 59, p. 12-16, 2010.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2011.
- BERNARDES, Karine Isis. **Avaliação do Primeira Infância Melhor através de estudos de casos: o encontro entre a educação formal e não-formal**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- CRUZ, Lílian; HILLESHEIM, Betina; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas PSI. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 42-49, 2005.
- DRÜGG, Carolina de Vasconcellos. **Formação e desempenho do visitador na prática socioeducativa do programa Primeira Infância Melhor**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- HÜSKEN, Rosane B. **Psicopedagogia clínica: diagnóstico e intervenção**. Pelotas: Cópias Santa Cruz, 2010.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Situação da infância brasileira**. Brasília: Cross Content Comunicação Integrada, 2001.
- JERUSALINSKY, Julieta. Estimulação precoce. Um olhar que faz diferença. **A mente do bebê: o fascinante processo de formação do cérebro e da personalidade**. Vol. 3. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Duetto, 2011. p. 86-91.
- LAGES, Mariana Nunes et al. Aspectos motivacionais da relação entre profissionais e pacientes para a promoção de autocuidado com a saúde. In: SANTOS, Bettina Steren; BOZA CARREÑO, Angel, C. (orgs.). **A motivação em diferentes cenários**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 239-247.
- PIAGET, Jean. **Seis estudos de psicologia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.
- PRATES, Cibeli de Souza; OLIVEIRA, Maíra Sanhudo de. Temas de saúde em instituições de Educação Infantil. In: CRAIDY, Carmem Maria; KAERCHER, Gládis E. (orgs.). **Educação infantil: pra que te quero?** Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 35-50.
- PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR. Boletim informativo - Segundo Corte Avaliativo do Programa Primeira Infância Melhor. In: **Programa Primeira Infância Melhor**. S/l: ed. Especial, 2011. p.1-4. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/boletinsInformativos/Boletim-EdicaoEspecial-SegundoCorteAvaliativo.pdf>. Acesso em: 28 maio 2016.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Primeira Infância Melhor. **Guia da família**. 5. ed. Porto Alegre: Companhia Rio-Grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2012.
- _____. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Primeira Infância Melhor. **Guia da gestante para o visitador**. Porto Alegre: Relâmpago, 2007.

SCHNEIDER, Alessandra; RAMIRES, Vera Regina. **Primeira infância melhor**: uma inovação em política pública. Brasília: Unesc/Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007.

SZYMANSKI, Heloisa. A pesquisa intervenção participante com famílias de baixa renda: um projeto participativo de atenção psicoeducacional. In:ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEEN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane G.(orgs). **Pesquisando a família**: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa Livro, 2004. p. 115-125.

VYGOTSKY, Liev S. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 12. ed. São Paulo: Ícone, 2001.

_____.**A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

ZANLUCHI, Fernando B. Desenvolvimento Psicoemocional. In: UNIVERSIDADE NORTE DO PARANÁ. **Curso Superior de pedagogia**: módulo 2. Londrina: Unopar, 2006. p. 5-21.

ZORZAN, Scheila P. **Gestão de qualidade em educação**: a experiência do programa Primeira Infância Melhor. 2012. 73 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Recebido em 31/08/2015

Aceito em 06/06/2016