

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

ALICE JACQUES FATTORE

**CAMINHOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO
NO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

PORTO ALEGRE

2018

ALICE JACQUES FATTORE

**CAMINHOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO
NO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

Monografia apresentada como trabalho de conclusão de curso de graduação à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros

PORTO ALEGRE

2018

ALICE JACQUES FATTORE

**CAMINHOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO
NO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

Monografia apresentada como trabalho de conclusão de curso à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____ / ____ / 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Roberto H. Amorim de Medeiros (orientador)
UFRGS

UFRGS

UFRGS

Onde uns veem luto e dores,
uns outros descobrem cores.

(António Gedeão, 1956)

RESUMO

Este estudo procura identificar e discutir o caráter de integralidade do cuidado que o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) parece exercer no âmbito do cuidado que promove a crianças, gestantes e famílias em situação de vulnerabilidade, domiciliadas em territórios periféricos de Porto Alegre, sob a perspectiva da experiência do visitador. Narrativas construídas a partir das vivências como visitadora, escolhidas dentre as mais representativas do processo de trabalho do PIM, foram tratadas conceitual e reflexivamente para a produção dos resultados. A coleta de dados partiu do diário de estágio, do cadastro do PIM e das vivências realizadas através de visitas domiciliares. As reuniões de equipe e supervisão do PIM reforçam o fortalecimento de atributos, como a escuta e o olhar qualificado, para a construção do cuidado em saúde das famílias. Foi possível observar que o PIM atua em consonância com a Atenção Básica em Saúde do SUS da região em questão, constituindo parceria fundamental para a produção de saúde no território.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Política Pública; Primeira Infância; Saúde Coletiva

ABSTRACT

The aim of this study is to identify and discuss the integrality character of the care that the “Best Early Childhood Program” seems to exercise within the scope of caring that itself promotes to children, pregnant women and families in vulnerable situations, located in peripheral territories in Porto Alegre, from a visitor’s experience perspective. Narratives constructed from experiences as a visitor, chosen among the most representative of the working process of the program, were handled conceptually and also reflexively for results production. The data collection was set upon and based on the internship diary, the program registry and also the experiences developed through home visits. Team meetings and the BECP’s supervision reinforce the strengthening of attributes such as qualified listening and screening for the construction of family health-care. It was possible to observe that the referred program works in consonance with the regional Basic Health Care of the Universal Health System (SUS), constituting a key partnership for health production in the territory.

Keywords: Health; Public Policy; Early Childhood; Public Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A INTEGRALIDADE DO SUS	9
2.1 CONTEXTO SOCIAL E ECONÔMICO BRASILEIRO	10
2.2 O PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 METODOLOGIA	15
5 RELATOS DE EXPERIÊNCIA	16
5.1 REDES DE INTEGRALIDADE: ENTRELACAMENTOS DE UM CASO COMPLEXO	16
5.2 GESTAÇÃO DE UMA JOVEM ADULTA: OUVINDO O SILÊNCIO	20
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

Este estudo procura realizar algumas reflexões sobre vivências no programa Primeira Infância Melhor Porto Infância Alegre¹ (PIM PIA), iniciativa que integra a política pública estadual Primeira Infância Melhor² (PIM) da Coordenadoria de Políticas Públicas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre.

O PIM é uma política articulada ao Programa de Prevenção da Violência³ (PPV), instituído pelos Decretos nº 44.907 e 44.908 de 27 de fevereiro de 2007, que criaram a Câmara Setorial de Segurança e Prevenção da Violência. Fato importante, considerando que Porto Alegre ocupa o primeiro lugar no ranking das cidades mais violentas do Estado e que a atuação do PIM PIA abrange as áreas de maior violência da capital. Trata-se de uma política que valoriza o convívio comunitário e que ocorre por meio de atendimentos grupais e individuais realizados em parceria com as Unidades de Saúde da Família nos territórios.

A interlocução entre serviços de cultura, assistência social, educação e órgãos de proteção à criança compõe uma série de ações intersetoriais do PIM PIA junto às famílias, preconizando que o agente do Programa auxilie na aproximação das famílias com a Atenção Básica. Em Porto Alegre, o contexto das famílias atendidas situa-se nos territórios de vulnerabilidade social.

As tecnologias de intervenção são as Visitas Domiciliares e a Ludicidade como meio para o desenvolvimento integral na primeira infância. A prática lúdica, proposta através do brincar e dos jogos, é orientada para o estímulo de quatro eixos do desenvolvimento infantil: cognitivo, motor, socioafetivo, linguagens e comunicação. Para Winnicott (1975, p.75) “as crianças brincam com mais facilidade quando a outra pessoa está livre para ser brincalhona”, pois considera que o brincar está em um campo intermediário entre o mundo psíquico e a realidade. O autor parte da consideração de que a brincadeira é uma forma básica e universal de viver e própria da saúde, pois colabora para o crescimento e conduz aos relacionamentos grupais. Segundo Winnicott, o brincar deve ser visto como uma experiência criativa.

¹ http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=136

² <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>

³ <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=8761>

As vivências como visitadora do PIM PIA, que estruturam a escrita deste estudo, ocorreram entre os meses de junho e novembro de 2017, e o relato de algumas delas visa constituir uma experiência inicial sobre a articulação das práticas no PIM PIA, bem como seus efeitos na integralidade do cuidado com as crianças de 0 a 6 anos em situação de risco e vulnerabilidade social.

Esta monografia estrutura-se como relato de experiência, sustentado em visitas domiciliares, estratégia de intervenção adotada pelo visitador do programa Primeira Infância Melhor Porto Infância Alegre (PIM PIA). Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, consulta ao Censo Diagnóstico das Famílias (PIM 2012) e atividades realizadas através de visitas domiciliares. Não foram utilizados dados pessoais, salvos os exemplos das orientações acerca das necessidades em saúde das famílias apresentadas.

O relato de experiência procurou identificar e discutir o caráter de integralidade do cuidado que o PIM PIA parece exercer no âmbito do cuidado que promove a crianças, gestantes e famílias em situação de vulnerabilidade, domiciliadas em territórios periféricos da capital do Estado do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva da experiência do visitador, observando os desafios presentes no campo de prática deste profissional para a ampliação do cuidado integral.

Narrativas construídas a partir das vivências como visitadora, escolhidas dentre as mais representativas do processo de trabalho do PIM PIA, são tratadas conceitual e reflexivamente para a produção das conclusões da monografia. A caracterização do contexto de vulnerabilidade social das famílias no território além das atividades de discussão de caso e articulação com a Rede por parte da equipe do PIM, são realizadas no compasso das narrativas, para servir como objeto de reflexão acerca do potencial para o cuidado integral em saúde que as práticas do programa parecem promover.

2 A INTEGRALIDADE DO SUS

A integralidade é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), conceito inserido na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece:

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Segundo divulgação online da Fiocruz (2014)⁴:

Pela perspectiva dos usuários do SUS de forma geral, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como oficializou a Constituição Federal de 1988.

A integralidade do SUS não se resume apenas à expressão “atendimento integral”. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis (MATTOS, 2006, p. 45). Trata-se de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Entende-se a integralidade no cuidado como um conjunto de práticas que não dizem respeito somente às noções médica e assistencialista da saúde, mas a uma forma de responder às necessidades de saúde integral e que reconhece a autonomia, a diversidade cultural e social das pessoas e das populações, para além de prerrogativas preventivas. Como exemplo, tem-se desde o brincar como prática fundamental no desenvolvimento de uma criança, até a simples necessidade de uma escuta ou conversa com os usuários sobre seus problemas. Neste sentido,

[...] não há busca de integralidade que não chegue, por um caminho ou por outro, à necessidade de enriquecer o diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde: entre profissionais e usuários e de profissionais entre si. Por isso, não se consegue pensar em integralidade sem considerar o contexto de intersubjetividade em que se dá o cuidado, sem considerar o

⁴ Disponível em <<https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>>

diálogo como seu fundamento, em qualquer plano em que se o analise, da macroesfera da constituição do Estado à microesfera do ato terapêutico. (AYRES, 2009, p.14)

É necessário propor essa intersecção entre políticas locais e nacionais, em defesa da produção da saúde por meio da promoção das tecnologias leves à luz dos determinantes sociais em saúde como eixo prioritário para a construção de um acesso integral, pensando nos direitos relativos à seguridade social que devem ser garantidos ao cidadão pelo Estado.

Para Mehry, a produção de saúde

[...] está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo. Assim, entendemos que o campo de saberes e práticas da clínica é parte fundamental no debate em torno da organização da produção da saúde, associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico, visto a complexidade dos problemas de saúde, só torna possível resolvê-los, contando também com multiplicidade de saberes e fazeres. (MEHRY, 2003, p.318)

Neste sentido, o trabalhador da saúde encontra-se diante de certos desafios no seu cotidiano que o fazem refletir sobre suas práticas. Essa é uma condição indispensável para a mudança, pois a vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato como o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005, p. 165).

2.1 CONTEXTO SOCIAL E ECONÔMICO BRASILEIRO

Diante da narrativa de austeridade fiscal na economia brasileira que atinge diretamente o setor saúde, recentemente lançou-se mais uma medida que impõe teto para investimentos sociais (Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016, instituindo o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União). A medida vigorará por 20 exercícios financeiros, com limites individualizados para as despesas primárias de cada um dos três Poderes, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União. Algo que não trará problemas se a economia permanecer estável e equilibrada, mas, em tempos

recessivos, afetará diretamente as comunidades mais vulneráveis brasileiras, primeiras a enfrentar o desemprego.

Davide Rasella (2017), pesquisador do Instituto Gonçalo Moniz e da *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, convidado para palestrar na abertura do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado no mês de outubro de 2017 em Florianópolis, fez o seguinte comentário:

Nosso papel como pesquisadores de Saúde Pública não é contrapor argumentos macroeconômicos com outros argumentos econômicos, mas sim com argumentos que relacionem as consequências na saúde da população. Antes de um medicamento ser comercializado, por exemplo, ele precisa ser atentamente avaliado, especialmente nos seus efeitos colaterais. Nos debates sobre as consequências das medidas de austeridade fiscal estes efeitos colaterais não são quantificados e os macroeconomistas limitam-se a declarar que vai haver sofrimento de partes da população, mas não estão interessados a quantificar isso. (ABRASCO, 2017)

É preciso refletir que a desigualdade social presente no Brasil afeta a saúde coletiva, reafirmando assim a necessidade de qualificação constante da oferta de serviços de saúde existentes. Também se faz necessário evidenciarmos questões que legitimem a relevância de políticas públicas para a prevenção e promoção da saúde e desenvolvimento integral da primeira infância, principalmente em contextos de risco e vulnerabilidade social.

O PIM, por si só, não conseguiria dar conta das questões de vulnerabilidade e falta de acesso a serviços básicos por parte da população. No entanto, o trabalho do visitador parece ter em potencial o fato de aproximar dialogicamente a rede de cuidados às questões presentes na vida cotidiana nos domicílios das famílias em que atua, observando suas necessidades e a realidade da oferta de serviços nos territórios.

Porém, o trabalho do visitador não se esgota no estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância: é um trabalho que convoca a ações intersetoriais, como entrar em contato com o serviço de coleta de lixo local para recolher entulhos, relatar às ouvidorias da Prefeitura a presença árvores que estavam na iminência de cair, colaborar com a Vigilância em Saúde, com o cuidado nos jardins e quintais para diminuir a proliferação de mosquitos *Aedes Aegypti*, auxiliando na prevenção do contágio da Dengue. Encontram-se desafios multifatoriais para a realização do trabalho na esfera comunitária.

As diferentes vivências no PIM PIA promovem convívios com situações de tensão durante as atividades, como a violência constante no território, o que provoca o fechamento de vários serviços públicos, dificultando a atuação dos profissionais e a comunicação entre os atores envolvidos nos processos de trabalho do visitador. Escolas também fecham parcialmente, o que torna o território mais deserto e dificulta algumas visitas. Partilho o conceito de Yves Michaud:

Há violência quando, em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou a mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais” (MICHAUD, 1989, p.11)

Durante as visitas domiciliares aos usuários do SUS cadastrados no PIM, foram frequentes os relatos relativos à falta de acesso aos serviços básicos de saúde, como saúde bucal, por exemplo. Por outro lado, de uma maneira geral as famílias que possuem vínculo com a Estratégia de Saúde da Família gostam muito dos profissionais, sentem-se acolhidas e estão satisfeitas com os serviços, referindo que o PIM auxilia neste vínculo com os mesmos. Entretanto, ainda são bastante presentes os problemas de falta de vagas em creches e queixas com relação a violência nos territórios urbanos da periferia.

2.2 PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)

O PIM é uma política intersetorial extremamente colaborativa para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois propicia um espaço acolhedor para o vínculo entre os trabalhadores da saúde, do Programa e as famílias num ambiente lúdico e humanizado. No Brasil há outras iniciativas com enfoque na primeira infância, tais como: Criança Feliz⁵, programa inspirado no PIM; estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis⁶; e programa Mãe Coruja pernambucana⁷. No Rio Grande do Sul, o PIM foi pioneiro e inspirado no programa *Educa tu hijo*, de Cuba:

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) integra a política de governo do Estado do Rio Grande do Sul, sob a coordenação da Secretaria da Saúde e

⁵ <http://mds.gov.br/assuntos/crianca-feliz/o-que-e>

⁶ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro_hoje_estrategia_brasileirinhas_brasileirinhos.pdf

⁷ <http://maecoruja.pe.gov.br/o-programa/>

apoio das Secretarias da Educação, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Social. O objetivo do PIM é orientar as famílias a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade. Para isso, as famílias em situação de vulnerabilidade recebem semanalmente, em suas casas, um (a) visitador (a) que orienta atividades lúdicas específicas, voltadas à promoção das habilidades e capacidades das crianças, considerando seu contexto cultural, suas necessidades e interesses. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Segundo Merhy (1994), criar vínculos caracteriza-se como um encontro entre sujeitos no qual se estabelecem relações tão próximas e tão claras que o profissional de saúde se sente “responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal”. Todavia, é preciso que tomemos as práticas de saúde pensando também em tempos importantes do ciclo vital como o da primeira infância, além do seu aspecto fisiológico. Ao acessar a criança, como no PIM, é possível atuar de forma colaborativa para o enfrentamento das condições de vida e melhoria do que se convencionou chamar de determinantes sociais em saúde. No sítio Portal da Saúde do Ministério da Saúde⁸ encontramos que:

A primeira infância constitui provavelmente o melhor investimento social existente, pois é de 0 a 6 anos de idade que a criança estabelece a arquitetura cerebral que lhe permitirá aprender, sentir, relacionar-se, comportar-se e desenvolver-se ao longo da vida. Pesquisas mostram que um bebê estabelece, em média, 700 conexões cerebrais por segundo, chegando a ter, aos 12 meses, o dobro de conexões de uma pessoa adulta. Porém, este desenvolvimento pode não ocorrer plenamente se essas conexões não forem utilizadas e estimuladas. Por isso é tão importante que governo e sociedade invistam na formação, na educação, na saúde e nos diferentes aspectos que cercam a vida das crianças brasileiras, em especial na primeira infância, com foco nos primeiros três anos, prioridade está também integrante do Programa Rede Cegonha, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2014)

⁸ <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/514-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l2-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10379-primeira-infancia-0-a-6-anos>

3 OBJETIVOS

Este relato de experiência procura identificar e discutir o caráter de integralidade do cuidado que o PIM PIA parece exercer no âmbito do cuidado que promove a crianças, gestantes e famílias em situação de vulnerabilidade, domiciliadas em territórios periféricos da capital do Estado do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva da experiência do Visitador.

3.1 Objetivo geral

Realizar um relato de experiência com abordagem crítico-reflexiva sobre as contribuições do trabalho do Visitador do PIMPIA no que diz respeito ao conceito de integralidade em saúde.

3.2 Objetivos específicos

a) Revisitar alguma bibliografia sobre integralidade no SUS e articular à prática do trabalho do Visitador.

b) Descrever o contexto da vulnerabilidade social comuns às famílias atendidas pelo PIMPIA.

c) Realizar uma análise crítica e reflexiva inicial sobre o papel do Programa e a ação do Visitador como meios de produzir cuidado integral às famílias e crianças em situação de vulnerabilidade das periferias da capital gaúcha, em articulação à rede de atenção básica à saúde.

4 METODOLOGIA

As vivências como visitadora do PIM PIA, que estruturam a escrita deste estudo, ocorreram entre os meses de junho e novembro de 2017, e o relato de algumas delas visa constituir uma experiência inicial sobre a articulação das práticas no PIM PIA, bem como seus efeitos na integralidade do cuidado com as crianças de 0 a 6 anos em situação de risco e vulnerabilidade social.

Esta monografia estrutura-se como relato de experiência, sustentado em visitas domiciliares, estratégia de intervenção adotada pelo visitador do programa Primeira Infância Melhor Porto Infância Alegre (PIM PIA). Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, consulta ao Censo Diagnóstico das Famílias (PIM 2012) e atividades realizadas através de visitas domiciliares. Não foram utilizados dados pessoais, salvos os exemplos das orientações acerca das necessidades em saúde das famílias apresentadas.

O relato de experiência procurou identificar e discutir o caráter de integralidade do cuidado que o PIM PIA parece exercer no âmbito do cuidado que promove a crianças, gestantes e famílias em situação de vulnerabilidade, domiciliadas em territórios periféricos da capital do Estado do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva da experiência do visitador, observando os desafios presentes no campo de prática deste profissional para a ampliação do cuidado integral.

Narrativas construídas a partir das vivências como visitadora, escolhidas dentre as mais representativas do processo de trabalho do PIM PIA, são tratadas conceitual e reflexivamente para a produção das conclusões da monografia. A caracterização do contexto de vulnerabilidade social das famílias no território, além das atividades de discussão de caso e articulação com a Rede por parte da equipe do PIM são realizadas no compasso das narrativas, para servir como objeto de reflexão acerca do potencial para o cuidado integral em saúde que as práticas do programa parecem promover.

Os nomes mencionados e outros elementos que poderiam resultar em identificação são fictícios no intuito de preservar a identidade dos indivíduos e das famílias, sem prejuízo, entretanto, da essência dos fatos a serem colocados em análise neste estudo.

5 RELATOS DE EXPERIÊNCIA

A escolha dos relatos a serem apresentados neste estudo recaiu naqueles mais aproximados das vivências relacionadas com o processo de trabalho da equipe, em especial as reuniões e supervisões das ações voltadas para a integralidade no cuidado no trabalho do visitador: seguem-se dois relatos a serem articulados posteriormente na discussão final. O primeiro trata de uma abordagem a um caso complexo que reivindicou a articulação da rede de atenção, bem como os espaços de supervisão e discussão em equipe. O segundo, de uma gestante cujo fator preponderante do cuidado fora a escuta e a sensibilidade do ato de cuidado por parte da visitadora.

5.1 REDES DE INTEGRALIDADE: ENTRELAÇAMENTOS DE UM CASO COMPLEXO

Acompanhei Gustavo por algum tempo, uma criança de 3 anos e 7 meses de idade. Sua família é composta pela mãe e pelo pai, ambos com 19 anos; avós, que assumem os papéis de cuidadores; e três tios, com 22, 15 e 10 anos, sendo este último, diagnosticado com autismo infantil, sem acompanhamento especializado em saúde mental. Vivem em uma casa conjugada, simples e de madeira. Porém, é bem estruturada e dividida em cinco cômodos: sala e cozinha, dois quartos nos fundos destinados a Gustavo e seus pais, e dois quartos na frente destinados aos avós e um outro com beliches para acomodar os tios.

A família é trabalhadora e, juntos, conseguem prover seu sustento, os tios vivem de catação de materiais reciclados e os pais trabalham como atendentes comerciais. Os avós são jovens, porém o avô já é aposentado por já ter cumprido o tempo de serviço. Os tios estudam na mesma escola, inclusive o mais novo, que frequenta o ensino regular na 3ª série do ensino fundamental. Sua professora refere que ele acompanha o conteúdo proposto em sala de aula sem prejuízos, exceto pelo fato de apresentar um comportamento muito agitado e, por vezes, inadequado: expõe seus genitais e tenta colocar os dedos nos genitais dos outros colegas, acreditando ser uma brincadeira divertida.

Durante os atendimentos, por diversas vezes, presenciei o tio de Gustavo

expondo seus genitais durante as atividades que geralmente fazíamos na garagem coberta da casa, pois era o espaço mais amplo, e permitia que qualquer um que passasse em frente à casa, conseguisse ver o menino expondo-se. Lembro-me que ele brincava referindo o pênis como um amigo e inclusive conversava com ele.

Quando questionei a avó de Gustavo e também mãe do menino se ela já havia pedido orientação para alguém sobre este comportamento do filho, referiu-me que o mesmo é reduzido ou controlado com uso de medicamentos antipsicóticos, prescritos inicialmente há cerca de um ano por um médico neurologista que realizou diagnóstico de hiperatividade no menino. Posteriormente as receitas eram apenas atualizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), porém sem marcação de consultas periódicas. Além disso, a mãe refere que eventualmente é preciso suspender o uso do remédio de uso diário para hiperatividade, pois a criança também é asmática e a interação dos medicamentos tende a ser perigosa.

Estas questões ocupam diariamente a avó de Gustavo, pois é sua principal cuidadora em tempo integral. Isso faz com que sobre pouco tempo para cuidar de si e de realizar estímulo ao desenvolvimento satisfatório de Gustavo.

Diante dessa situação, acrescida de algumas faltas de frequência escolar do tio adolescente e o mais novo, a professora da escola decidiu acionar o Conselho Tutelar (CT), alegando que o comportamento da criança com autismo poderia ser oriundo de suposto abuso sexual ocorrido no ambiente intradomiciliar. Fui convidada para a reunião agendada do CT, pois uma Conselheira julgou que poderia contribuir prestando depoimento, uma vez que realizava atendimentos semanais no domicílio.

O convite aconteceu através da assessoria do PIM, que tomou ciência do relato da professora em reunião promovida pela rede de serviços de Seguridade Social, organizada mensalmente pelos servidores que atuam no território de adstrição da clientela da Estratégia de Saúde da Família e membros do conselho local de saúde, no intuito de discutir casos e situações de relevância comunitária.

Antes dessa reunião, comuniquei à coordenação geral do PIM PIA que existiam situações pertinentes à rede de atenção básica em saúde desde os primeiros atendimentos. A coordenação encaminhou essa demanda para ser discutida na reunião de Equipe de Saúde da Família local, sob o entendimento da necessidade concreta de que esta família precisava ser melhor assistida.

Durante os diversos atendimentos que realizei com Gustavo como visitadora, ele relatava incômodo com o comportamento inadequado do tio, e lhe dizia: - “isso

não pode, é muito feio” – presenciei diversas vezes o tio de Gustavo tendo essas atitudes inadequadas, com os familiares e inclusive comigo, pois o tio gostava de participar das atividades propostas. Sua mãe não o impedia de participar, o que dificultava um pouco o atendimento destinado a Gustavo que, todavia, nunca reproduziu o comportamento do tio e participava com alegria das atividades propostas, assim como seus avós que participavam algumas vezes.

A reunião do CT deu-se com minha participação, da assessora do PIM PIA responsável pela região, da agente comunitária de saúde (ACS) responsável pelo território de adstrição do domicílio, da professora do tio e também orientadora educacional da escola, de uma assistente social da Secretaria de Educação municipal, da avó de Gustavo e do tio de 10 anos em questão. Foram levantadas suspeitas de abuso sexual pela professora. A agente de saúde e eu discordamos dessa possibilidade, pois sabíamos que não era o caso, pois a ACS conhecia a família há muito tempo, tinham amigos em comum que frequentavam a casa e afirmam ser um ambiente respeitoso. Durante as visitas, sempre observei que os familiares (irmãos, pai e mãe) tentavam explicar para o menino que ele não poderia repetir aquele comportamento, no entanto ele parecia não compreender.

Foi discutido que o menino de 10 anos dividia quarto com os irmãos mais velhos, e a professora perguntou se a mãe já havia flagrado em algum momento eles assistindo a vídeos de conteúdo proibido para menores, o fato que talvez poderia estimular de alguma forma este comportamento. A avó de Gustavo disse que já havia isso presenciado por duas vezes, mas referiu estar sempre vigilante com a interação entre os irmãos, fato que pude confirmar pois ela está sempre cuidadosa em relação aos meninos, e o pai também.

Com respeito à falta de frequência em aula, informou-se que muitas vezes ocorriam toques de recolher⁹. Ainda foi mencionado que a escola estava em greve parcial, oferecendo apenas duas horas de aula diárias, o que fazia a evasão ser algo recorrente entre os alunos da escola.

⁹ Durante meu período de estágio no PIM, foi orientado diversas vezes pelos próprios traficantes locais que a população não saísse de casa após as 17h, devido a guerras entre traficantes locais e vizinhos. O anúncio era feito por mensageiros que eram incumbidos de realizar o comunicado nos principais serviços de saúde, assistência social e nos principais comércios. Não era incomum ver pessoas encapuzadas e armadas no local. O fato acontecia sistematicamente naquele território, e por inúmeras vezes também dificultava o acesso dos visitantes aos domicílios da região. Em alguns locais, inclusive, os atendimentos precisaram ser suspensos.

Foi pactuado durante a reunião no CT que a Atenção Básica em saúde revisasse a dosagem das medicações do menino e as possíveis interações medicamentosas; que realizasse o acompanhamento e reavaliação com o médico da ESF (porém aquela unidade ficou durante um período sem médico) e, ainda, que fosse avaliada a possibilidade desta criança ter atendimento psicológico. Naquela mesma semana foi designado um médico para Unidade. Eu e a assessora expusemos o caso na Unidade de referência do PIM daquele território (em Porto Alegre o PIM opera na mesma adstrição das unidades de saúde de ESF), que também é o local onde os visitantes permanecem durante os períodos entre os atendimentos, e relatamos as pactuações realizadas em reunião do CT para este novo profissional e para a equipe. Durante o relato, também referimos que os avós de Gustavo apresentavam certa dificuldade de interpretar receituários. Também pareceu relevante comunicar que a avó sente muitas dores agudas e dificuldade para caminhar, o que dificultava o atendimento das duas crianças, embora realizasse o cuidado com gosto.

Em outro momento, durante reunião semanal de equipe da Atenção Básica, a equipe PIM reforçou a necessidade de atendimento a Gustavo, entendendo a importância de haver um esforço de todos os profissionais para que esse vínculo não fosse rompido, pois dando continuidade aos atendimentos os ganhos poderiam ser ainda maiores. Antes de ser acompanhada pelo PIM PIA, a criança apresentava algumas dificuldades motoras, afetivas e na comunicação, que rapidamente foram diminuindo com o estímulo das atividades propostas pelo programa. O PIM PIA contribuiu com o cuidado destas duas crianças que estava praticamente centrado em apenas uma pessoa, a avó de Gustavo, que também necessitava de cuidados básicos em saúde, além da dificuldade de promover momentos para cuidar de si.

Aparentemente, as dificuldades deste caso não se caracterizaram devido a problemas financeiros severos, mas sim pela necessidade do fortalecimento do vínculo entre os profissionais da rede básica de saúde e a família, para que recebessem um suporte mínimo de cuidados em saúde de modo a auxiliar na organização familiar.

O desfecho ocorreu de forma bem-sucedida: a família vinculou-se ao serviço de saúde da família, onde foi realizado um plano terapêutico singular para este núcleo familiar, que contemplou um cuidado voltado para a promoção da autonomia de seus membros através de orientações sistemáticas sobre autocuidado, e da

iniciação de um vínculo com os profissionais de forma mais efetiva. O tio de Gustavo foi reavaliado e diagnosticado com Síndrome de Asperger. A partir disso foi pensada uma abordagem diferenciada para o cuidado do menino, que foi encaminhado para serviço especializado em saúde mental, o que tornou o ambiente do lar progressivamente mais saudável, trazendo, por consequência, mais qualidade de vida para Gustavo que, não obstante, continuou em acompanhamento pelo PIM.

5.2 GESTAÇÃO DE UMA JOVEM ADULTA: OUVINDO O SILÊNCIO

Glória é estudante do oitavo ano do ensino fundamental, tem 19 anos, e enfrenta uma gravidez inesperada, gerada com o ex-companheiro. Vive em uma casa de 3 peças com condições bem precárias. Não é incomum que uma tempestade alague todo o domicílio. Na casa vivem Glória, o irmão de 35 anos e a mãe de 57 anos. O contexto familiar engloba pessoas com baixa escolaridade e com dificuldades financeiras, pois apenas o irmão trabalha auferindo renda inferior a um salário mínimo e meio.

Realizou seu pré-natal desde o primeiro mês de gestação nos serviços básicos de saúde de sua região. Durante as primeiras consultas, foi apresentado o programa do PIM voltado às gestantes, através da assessora do PIM de sua região e Glória aceitou aderir ao programa.

No primeiro trimestre de gestação, o vínculo com o PIM havia sido frutífero, porém a visitadora precisou encerrar contrato com o programa. Sendo assim, Glória passou a ser acompanhada por outro visitador. Durante o segundo trimestre poucos atendimentos foram realizados, e o acompanhamento semanal foi descontinuado devido aos toques de recolher na região.

Os atendimentos normalizaram e Glória já vivia o terceiro trimestre de gestação, no entanto apresentava-se muito calada durante os atendimentos, o que tornou difícil para o visitador realizar as abordagens pertinentes à gestação. Foi sugerido pela equipe que o atendimento acontecesse em dupla, no intuito de agregar mais um visitador e não apenas substituí-lo evitando a perda do vínculo já conquistado. Foi quando me apropriei do caso para que pudesse acompanhar a gestante.

Encontrei em registros de avaliações do PIM que seus familiares referiam

que, às vezes, Glória apresentava certa “teimosia”, dificultando uma interlocução que pudessem contribuir sobre o assunto da gestação e que não desistissem do caso, solicitando auxílio para orientações direcionadas a ela. Também havia a suspeita que ela deveria ter algum problema na área cognitiva e de linguagens.

Quando comecei a atender Glória observei o mesmo relatado pela equipe. Solicitei a discussão do caso junto à assessoria PIM e equipe de ESF que acompanhava Glória em sua gestação. Durante a discussão na unidade de saúde, foi referido que constava no prontuário do seu domicílio um antigo diagnóstico de retardo mental leve. Outra informação era que sua mãe fazia uso sistemático de bebidas alcoólicas, retratando um caso de alcoolismo crônico que perdurou da gestação de Glória até alguns anos atrás, levantando inclusive uma suspeita do que pode ter ocasionado a condição de Glória. Na ocasião também foi orientado que a equipe do PIM PIA colaborasse transmitindo ensinamentos, como trocar fraldas, da maneira mais didática possível.

A minha tática neste caso foi orientar Glória adotando a tecnologia de intervenção da Ludicidade, não da maneira como o PIM utiliza esta tecnologia com as crianças, tampouco de maneira que infantilizasse a abordagem. Procurei abrir o diálogo de maneira horizontal, sempre começando com a pergunta à Glória – “O que aprenderemos hoje? Preciso aprender também, pois um dia também pretendo ser mãe!”, e juntas líamos sobre todos os passos que o Guia da Gestante PIM continha, como os períodos gestacionais, gravidez, saúde bucal, alterações comuns durante a gestação, sexo, pré-natal, parto, puerpério, direitos da gestante, amamentação. Ela sempre referia que gostava muito de ler o Guia e nele esclarecia muitas dúvidas.

Glória relatou-me que estava muito ansiosa com a chegada do bebê e, para aliviar essa sensação, gostava de tomar refrigerante. No momento referiu tomar em média 4 litros de refrigerante por dia, e desde o início da gestação já ganhara 10 quilos. Outra questão foi que Glória possuía um cuidado debilitado com a saúde bucal, e eu ainda não havia tido oportunidade de abordar o assunto. Associei então essas duas questões e sugeri que fizesse um esforço para reduzir a quantidade de refrigerante ou que diluísse em água, pois nele havia muitos açúcares, que poderiam prejudicar o bebê além de seus dentes e gengivas. Disse a ela que, diferente do ganho de peso, possível de se recuperar, a saúde do bebê dependia principalmente dos hábitos cotidianos dela. Quanto aos dentes, sugeri que realizasse escovações dentárias com muito mais frequência, disse-lhe que eram “um de nossos bens mais

preciosos”. Glória acatou as ideias.

Em outro momento, o assessor acompanhou-me na proposição de uma atividade para aliviar os sintomas da ansiedade: tendo em vista que o bebê poderia chegar a qualquer momento, propusemos uma atividade mais subjetiva: a “caixinha dos sentimentos”. Sentamos à mesa de sua sala e começamos a retirar palavras aleatórias de uma caixinha de sapatos pintada à mão. Falávamos sobre os sentimentos que surgiam na mente. Foi a primeira vez que a vi sorrindo e com ares de leveza, e foi ali que o vínculo entre os visitantes do PIM e Glória consolidou-se.

Nas últimas visitas que fiz, Glória referia rompimento com o pai do bebê. Os motivos foram: “ele é muito burro, mas me ama muito”. Observei que havia afeto naquela resposta, que não haviam rancores, mas era nítido ver que Glória passava por um momento confuso na vida. A gestação lhe trouxe inúmeros sentimentos novos, ficando difícil lidar com tanta novidade. Diante disso, minha proposta foi ajudá-la a ponderar pontos positivos e negativos deste pai. Ela referiu que haviam mais pontos bons do que ruins. Surgiram dúvidas quanto ao registro paterno da criança, pois não tinha certeza se queria firmar vínculo com este pai ou se o criaria independentemente. Nesse momento coloquei a importância contida nessa decisão no que tange a vida do bebê. Menos de uma semana depois nasceu uma linda menina com 39 semanas, saudável, em um hospital público da cidade. Entretanto, Glória ainda não havia decidido se registraria a paternidade. Assim, a criança ficou alguns dias sem registro civil. Diante da situação, a enfermeira e a agente de saúde que acompanharam seu pré-natal realizaram busca ativa no domicílio de forma a convidá-la a fazer o registro, haja vista a necessidade do mesmo para a realização de cuidados fundamentais à criança, como teste do pezinho e vacinação, bem como a solicitação do Bolsa-Família, benefício de transferência de renda do Governo Federal. Glória confidenciou-me sobre a importância daquelas visitas. Ela seguiu as orientações, realizou o registro e convidou o pai da criança, que passou a ser seu companheiro e auxiliá-la no cuidado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pensando no visitador do PIM em Porto Alegre como um profissional em formação, foi construído um arranjo técnico organizacional subsidiado por reuniões de supervisão e reuniões de equipe que constituem um importante cenário de mobilização do estudante para o tema da integralidade. Os espaços são ricos em elementos que subsidiam a produção de discussões acerca da temática, fato que contribui para formação profissional. Neles ocorrem discussões que, *a priori*, visam compreender as subjetividades envolvidas no cuidado humanizado individual e coletivo, o contexto de vulnerabilidades sociais em que as famílias estão inseridas, e, a partir daí, atender suas demandas e necessidades em saúde.

Segundo Cecílio (2006) 'necessidades em saúde' é o conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Para Ayres (2009) os conceitos de vulnerabilidade, cuidado e humanização inserem-se como proposições para novas confluências discursivas interessadas na construção de modelos de atenção integral.

Durante as reuniões de supervisão é fornecido apoio ao trabalho do visitador. O objeto das discussões é a participação do visitador e sua resolutividade nos casos atendidos, tendo em vista os recursos da família, da rede de serviços protetivos e de saúde, bem como os da própria equipe do PIM.

O método de organização dessas reuniões ocorre através da divisão dos visitantes em pequenos grupos, por área de conhecimento, onde cada espaço é coordenado por um servidor público municipal de ensino superior de área afim ou correlata com a área de estudos do visitador, de forma a fornecer suporte técnico. É neste espaço que o visitador expõe suas angústias e relata suas experiências. É oferecido suporte emocional, pois o trabalho do visitador engloba questões para as quais nem sempre dispõe de estrutura e/ou formação para dar conta. É importante mencionar que muitas vezes este profissional é a única referência que fornece apoio emocional em meio a toda rede de serviços, configurando questões desafiadoras de manejar.

Desta forma, as reuniões de supervisão oferecem amparo à construção do cuidado direcionado para abordagens voltadas não somente à dimensão técnica, mas também às práticas humanizadas, o que representa um certo modo de cuidado e postura do visitador. Essas discussões resultam na melhoria sistemática da

capacidade de escuta dos estagiários e ampliam seus olhares, ambos atributos elementares para a formação em saúde frente aos desafios contemporâneos. Portanto, ao surgirem demandas relacionadas às crianças, gestantes e/ou com seus familiares, como a dos casos expostos anteriormente, há um percurso de interlocuções onde, semanalmente, são discutidos em reunião de equipe regional PIM PIA ou reunião de supervisão, de acordo com as necessidades.

As reuniões de equipe consistem em roda de conversa propiciada a todos os membros da equipe municipal do programa, junto a uma gestão colegiada composta por coordenação e assessores, estes últimos responsáveis por acompanhar e monitorar o trabalho do visitador na condução de seus processos de trabalho diários.

As reuniões de equipe operam em fomento à produção de um cuidado voltado para questões relativas às redes de serviços e intersectorialidade. O que Cecílio irá chamar de “integralidade ampliada”:

[...] esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro” (CECILIO, 2006, pg.123)

Embora a cobertura da Atenção Básica em saúde no município contemple 62,5% da população, apenas 48,2% dela está adequadamente coberta por equipes de Saúde da Família completas. Dessas, apenas 29,5% da população está coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS) (PMPA, 2017). A falta de uma cobertura adequada resulta também na falta de oferta de encaminhamento para os serviços de Saúde Mental e Saúde Mental infantil no município, o que promove incontável fila de espera, um possível fator interveniente nas condições de saúde das famílias visitadas pelo PIM PIA.

Spagnuolo (2010) aponta que as equipes da Estratégia de Saúde da Família vivenciam diversos desafios que permeiam o cotidiano de trabalho. Dentre eles, se destaca: trabalho fragmentado, onde, segundo Mendes (2007), a hierarquização no modelo atenção e o modelo médico-centrado ainda prevalecem. Na perspectiva do território de atuação em que o PIM PIA acontece, devido à rede de serviços fragilizada somada às demandas reprimidas, ocorre a descontinuidade no cuidado, o que desfavorece aspectos da sua integralidade. É como dizer que ainda não é de comum acordo a compreensão quanto à complexidade e potência das equipes de atenção básica entre as próprias equipes.

Por meio do caso de Gustavo é possível perceber um emaranhado de situações externas à situação apresentada da rotina do núcleo familiar que interferiam diretamente no seu cuidado. Situações como greve na escola dos tios e a falta de um acompanhamento terapêutico em saúde mental oportuno para um deles, afetam certo espaço de cuidado que poderia ser dedicado a Gustavo. Casos complexos se parecem com um jogo de quebra-cabeças, no quais a peça-chave no contexto do PIM é a integralidade do cuidado. Através de visitas domiciliares semanais de cerca de uma hora, era proporcionado um espaço dedicado exclusivamente ao desenvolvimento integral daquela criança associado ao protagonismo familiar, bem como o fortalecimento suas competências.

Um aspecto relevante da reunião do Conselho Tutelar do caso de Gustavo é que, graças a uma interlocução efetiva entre PIM e atenção básica, foi permitido perceber de que não existira crime de abuso sexual infantil. Se não houvesse a presença do PIM atuando em consonância com a rede de atenção básica em saúde, a situação poderia ter tomado uma proporção maior como, por exemplo, a retirada da guarda do tio menor de Gustavo. Além de tudo, foi de suma importância a escuta da Conselheira desta rede ao invés de criar um falso estigma dentro daquela família, em que a lógica de operar da Proteção Social do Estado é policialesca e punitiva, mas ao invés de agir no sentido de propor soluções para as questões e limitações infanto-juvenis apresentadas nas esferas pública e privada (ROCHA, 2013).

A menção ao tema da integralidade em saúde também compõe os direitos fundamentais da criança previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

“assegurar acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2016).

Em que pese a afirmação de Buss (2010), segundo a qual “a saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida”, é possível afirmar com segurança que as visitas domiciliares se configuraram como principal tecnologia de intervenção do PIM e serviram de elo para inúmeras ações em saúde. Neste, como em muitos casos de semelhante desamparo das redes protetivas e de saúde, quem fica

distante das famílias não consegue ver/sentir com tanta nitidez as suas necessidades de cuidado mais significativas.

Seguindo a discussão através da situação relatada no caso de Glória, vemos um bom exemplo de como a produção de saúde pode ser colocada seguindo os trilhos da importância do trabalho vivo em ato. Mehry (2002), neste sentido, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção. Assim, a construção do cuidado pelos visitantes do PIM, parece ter acolhido as subjetividades desta gestante por pensar em detalhes muitas vezes despercebidos no ambiente da Unidade de saúde durante as consultas de pré-natal.

De toda forma, é indispensável mencionar, neste caso, a parceria desenvolvida entre os visitantes, assessores PIM PIA e as equipes de Estratégia de Saúde da Família, onde o cuidado era manejado com a presença do risco de mortalidade infantil inerente ao fato da mãe ser uma jovem adolescente. Uma situação de extrema vulnerabilidade, pois ainda havia o déficit cognitivo e as dificuldades financeiras.

No momento em, que no caso Glória, houve interlocução entre equipe de Atenção Básica e PIM, através de reunião na unidade básica em que agente de saúde e enfermeiro solicitam apoio do PIM para que auxilie em ensinamentos básicos de cuidado com o bebê e autocuidado, é reconhecida a potência do PIM em seu caráter pedagógico para a área da Saúde Coletiva: o visitante do PIM é plenamente capaz de exercer sua função, pois recebe capacitações com enfoque em educação popular.

A rede estabelecida entre PIM e Atenção Básica, no caso de Glória, dão sentido ao que Starfield (2004) propõe, ao afirmar que “a integralidade implica que as unidades básicas de saúde façam arranjos para que o usuário receba todo tipo de atenção em saúde, mesmo que não possam ser ofertados na unidade”.

Ainda que a cobertura da Atenção Básica da região estivesse completa, não seria tão simples deslocar semanalmente um profissional da equipe de saúde para realizar as orientações pertinentes ao momento da gestação. Parece possível observar que o PIM atua no fortalecimento da Atenção Básica do SUS e a reafirma como norteadora do cuidado das redes de atenção. Neste sentido, o PIM compõe-se

como importante política pública repleta de ações que oportunizam um ambiente familiar mais saudável para a criança e para os demais membros de um núcleo familiar. No entanto, para que atue de maneira satisfatória, é necessária a ampliação da capacidade de operar em rede da Atenção Básica em saúde, bem como ampliar a oferta de acesso.

No dia-a-dia, os visitantes participam de discussões de casos, reuniões de rede, informações, palestras, capacitações, educação permanente e agendamento de atendimentos e encaminhamentos das famílias atendidas aos programas sociais, educação e saúde. Estes elementos têm por objetivo dar subsídio aos caminhos para a integralidade do cuidado das famílias e o aprimoramento da abordagem do profissional visitador, elemento enriquecedor para o futuro trabalhador da saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PIM PIA apresenta-se como articulador do cuidado integral de famílias em situação de vulnerabilidade. Para tanto, não podemos perder de vista que os caminhos para integralidade se caracterizam principalmente, na construção de relações entre profissionais e usuários. É necessário que perdurem a perseverança, a criatividade, escuta aos detalhes e um olhar ampliado que considere as infinitas subjetividades e adversidades apresentadas por um usuário em situação de vulnerabilidade. Situações nas quais possivelmente os profissionais nunca estiveram inseridos. Sobretudo é preciso pensar a condição de vulnerabilidade em seu contexto e singularidade, pois um procedimento padrão para ações de cuidado em saúde em larga escala jamais atingirá necessidades tão específicas.

No entanto, nem todos os casos têm um desfecho ágil e exitoso, principalmente devido a questões burocráticas intersetoriais ou de algum tipo de limitação quanto à oferta de serviços das redes componentes da Seguridade Social, o que resulta em certo desapontamento perante expectativas da equipe como um todo e, principalmente, das famílias.

Por fim, o PIM PIA parece poder inspirar a saúde pública com sua criatividade e, por que não, até mesmo com sua ludicidade. Assim, poderia ampliar olhares e escutas para descobrir cores onde se costuma apenas ver dores, como nos diz o poeta António Gedeão (1956). Descobrir cores nas dores e lutos, como num caleidoscópio, operaria nem tanto pelos seus efeitos visuais simétricos, pois é irregular e complexa a experiência humana, mas pelo seu dom de colorir a vida.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira De Saúde Coletiva. **Austeridade e seus efeitos: Saúde em destaque no X Congresso Brasileiro de Epidemiologia 2017.** Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-epidemiologia/austeridade-e-seus-efeitos-saude-em-destaque-no-x-congresso-brasileiro-de-epidemiologia/29572/>> Acesso em: 25 nov. 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita.

_____. **Apresentação.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª edição p. 13-184. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ/IMS/Abrasco, 2009.

_____. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas.** Saude soc. Versão para internet. v. 18 supl. 2. p 11-23. Junho 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

BRASIL.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Lex legislação federal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais.** Fiocruz, 2010. Disponível em <<https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 9, n. 16, p. 161-168, Fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2017.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ.; IMS: ABRASCO. p. 115-128. 2006.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

_____. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. **Decreto nº 44.907, de 27 de fevereiro de 2007.** Cria a Câmara Setorial de Segurança e Prevenção da Violência e dá outras providências. Disponível em <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNo rmas=50460&hTexto=&Hid_IDNorma=50460>. Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. Primeira Infância Melhor. **Censo, Caracterização e Diagnóstico.**

Disponível em:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xd5VTHxOGm8J:www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/instrumentosPIM/CensoCaracterizacaoEDiagnostico-Versao2.doc+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 27 nov. 2017

_____. Primeira Infância Melhor. **Integralidade no cuidado. Assistência Social.**

Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/integralidade-no-cuidado/assistencia-social/>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. Primeira Infância Melhor. **O que é.** Disponível em <

<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/o-que-e/> > Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. Secretaria da Saúde. **Guia da Gestante PIM.** 7 ed. Porto Alegre:

Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas (CORAG). p 7-73. 2013. Disponível em <http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/instrumentosPIM/GuiaDaGestante.pdf> Acesso em 1 de dez. 2017.

GEDEÃO, António. **Impressão Digital.** Movimento perpétuo. Coimbra : Of. Atlântida. 1956.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões**

acerca de valores que merecem ser defendidos In:Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ/IMS/Abrasco. p. 44-184. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os modelos de atenção à saúde.** Organização

Panamericana de Saúde. 549 p. 2011. Disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>

MERHY, Emerson Elias.

_____. **Em busca da qualidade de serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida.** In: CECÍLIO L.C, MERHY E.E, CAMPOS G.W.S. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316- 323, set./dez. 2003.

MICHAUD, Yves. **A violência.** São Paulo: Ed. Ática, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde do Ministério da Saúde.** Disponível em < <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/514-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l2-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10379-primeira-infancia-0-a-6-anos>>. Acesso em 25 nov. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE PMPA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (resumo).** Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_new.pdf>. Acesso em 25 nov. 2017.

ROCHA, Luis Fernando. **Os direitos da criança e do adolescente: conselhos municipais e controle social.** Curitiba: CRV, 2013. 144 p.

SPAGNUOLO, Regina Stella. **Entre os processos de fortalecimento e de fragilização do modelo ESF: gestão municipal - órgãos formadores como componentes intervenientes.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300020&lng=pt&tlng=pt> . Acesso em: 12 nov. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar & a realidade.** Trad. Jose Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.