

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**PERCEPÇÕES MATEENAS SOBRE VISITAS DOMICILIARES NA  
GESTAÇÃO E NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO BEBÊ: UM ESTUDO COM  
MÃES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

Alessandra Schneider

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, agosto de 2010.

**PERCEPÇÕES MATERNAS SOBRE VISITAS DOMICILIARES NA  
GESTAÇÃO E NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO BEBÊ: UM ESTUDO COM  
MÃES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

**Alessandra Schneider**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Sob orientação da

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Regina Rohnelt Ramires

**Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**Agosto, 2010**

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**PERCEPÇÕES MATERNAS SOBRE VISITAS DOMICILIARES NA  
GESTAÇÃO E NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO BEBÊ: UM ESTUDO COM  
MÃES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

**Elaborada por Alessandra Schneider**

**Como requisito parcial para obtenção do Grau de  
Mestre em Psicologia**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Regina Rohnelt Ramires  
(Presidente/Orientadora)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Falcke – Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
(Membro)

Prof. Dr. Célio da Cunha – Universidade de Brasília  
(Membro)

Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(Membro)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sylvia Baldino Nabinger – Escola Superior do Ministério Público  
(Membro)

## DEDICATÓRIA

Aos meus dois amados filhos, Arthur e Enzo, razão da minha existência e alegria do meu viver! Desejo, sinceramente, que minhas ausências em função do trabalho e do Mestrado não produzam apenas saudade, mas, sobretudo, o ensinamento sobre o valor do estudo e do ideal de contribuir para a construção de uma sociedade mais humana, justa e igualitária.

Ao meu marido, Osmar Gasparini Terra, pelo amor, exemplo, confiança e estímulo permanentes.

Aos meus pais, Regina e Luiz Carlos Schneider (*in memoriam*), pelo amor incondicional e pelo exemplo sobre a importância do trabalho e da qualificação para a realização humana.

## AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora dessa dissertação, Dr<sup>a</sup>. Vera Regina Rohnelt Ramires, pelo estímulo à realização do Mestrado, profissionalismo, amizade (de quase 20 anos!), competência e ética.

Aos integrantes das bancas de qualificação e de defesa, Dr<sup>a</sup>. Sylvia Baldino Nabinger, Dr. Célio da Cunha, Dr<sup>a</sup>. Denise Falcke e Dr. Cesar Augusto Piccinini, pelas ricas contribuições dadas para o aperfeiçoamento desse trabalho.

À professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UFRGS, Dr<sup>a</sup>. Carmem Craidy, pela receptiva acolhida, valiosas discussões sobre metodologia científica, aprendizagens oportunizadas e, especialmente, pela amizade construída.

Ao Diretor do Instituto do Cérebro da PUCRS, Dr. Jaderson Costa da Costa, pelo estímulo, materiais partilhados e análise cuidadosa de parte desse volume.

À Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Zambrano pela convivência estimulante e pelo permanente incentivo para o enfrentamento de novos e maiores desafios.

Ao professor do Instituto Erikson, Dr. Jon Korfmacher, pelas excelentes contribuições sobre o tema das visitas domiciliares para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, e pelos materiais partilhados.

À minha prima, doutoranda Adriana Bozzetto, pela interlocução competente, troca e exemplo de dedicação à pesquisa.

À amiga e ex-colega, Dr<sup>a</sup>. Maria da Graça Gomes Paiva, pelo importante e competente apoio na sistematização do projeto de pesquisa.

À Direção e aos colegas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS pelo imprescindível apoio para a conclusão desse trabalho.

Ao Grupo Técnico Estadual do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), nas pessoas da Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul, Arita Bergmann, e da Coordenadora Geral do PIM, Leila Almeida, pelo permanente apoio e confiança.

Ao Grupo Técnico Municipal do PIM de Arroio dos Ratos, pela acolhida e apoio à realização da pesquisa.

Às famílias e visitadoras do PIM que aceitaram o desafio de participar do estudo, o meu muito obrigado!

E, por fim, mas não menos importante, o meu sincero agradecimento à competente colega Andréia Stefanello, cujo apoio técnico foi decisivo para a transcrição das entrevistas e a formatação desse documento. E a Nica (Maria de Lourdes Freitas Machado) que cuida com muito amor, dedicação e sensibilidade dos meus tesouros mais preciosos, Arthur e Enzo.

## SUMÁRIO

**RESUMO**.....10

**ABSTRACT** .....11

**INTRODUÇÃO** .....12

### **SEÇÃO I – Artigo de Revisão Narrativa**

VISITAS DOMICILIARES PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO  
INFANTIL: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA *NURSE-FAMILY PARTNERSHIP*

1. Introdução.....14

2. O que é o *Nurse Family Partnership* (NFP).....18

3. Pressupostos teóricos e aspectos centrais da metodologia .....20

4. As pesquisas sobre o Programa e seus resultados .....28

5. Refletindo sobre o Programa NFP.....31

### **SEÇÃO II – Artigo Empírico**

VISITAS DOMICILIARES NA GESTAÇÃO E NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO  
BEBÊ: PERCEPÇÕES DE MÃES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA  
MELHOR

1. Introdução.....36

1.1 A literatura acerca dos programas de visita domiciliar .....38

1.2. A relação família-visitador .....42

1.3. Programa Primeira Infância Melhor (PIM) .....48

2. Método.....53

2.1 Procedimentos Éticos .....	54
2.2. Procedimentos de Coleta de Dados .....	54
2.3 Procedimentos de Análise .....	55
3. Resultados.....	55
Caso 1 – Fátima e João .....	58
Caso 2 – Isabel e Luis.....	62
Caso 3 – Manuela e Sofia.....	65
4. Discussão .....	69
5. Considerações Finais .....	87
<b>III REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>IV REFERÊNCIAS .....</b>	<b>93</b>
<b>V ANEXOS. ....</b>	<b>102</b>
Anexo A – Relatório da Pesquisa .....	103
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	145
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	146
Anexo D – Tabelas com os Indicadores de Desenvolvimento Infantil .....	147
Anexo E – Entrevista com as mães – questões norteadoras .....	151
Anexo F – Entrevista com as visitadoras – questões norteadoras .....	152



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Dados gerais dos estudos de caso .....	56
Tabela 2 – Dados sobre as visitadoras.....	57

## RESUMO

No mundo inteiro, visitas domiciliares têm sido utilizadas em programas de promoção do desenvolvimento infantil, visando à melhoria das condições de saúde e de desenvolvimento, sobretudo na gestação e nos primeiros anos de vida da criança, especialmente voltados para famílias em situação de vulnerabilidade. Vários estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de avaliar tais programas, a partir de evidências sobre os resultados e os efeitos das intervenções, que se manifestam anos mais tarde, utilizando principalmente metodologia quantitativa. Poucos estudos têm utilizado uma abordagem qualitativa, e focalizado as percepções acerca dos programas, tanto por parte dos visitantes quanto dos beneficiários. O objetivo deste estudo foi analisar as percepções maternas sobre as visitas domiciliares, no Programa Primeira Infância Melhor, durante a gestação e o primeiro ano de vida do bebê. Esse Programa foi implantado no Rio Grande do Sul em 2003 e, anos mais tarde, deu origem a uma Lei Estadual com o mesmo escopo. Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório, transversal, baseado no procedimento de Estudo de Casos Múltiplos. Três mães, seus bebês e as visitadoras do Programa que trabalhavam com essas mães fizeram parte do estudo, todos residentes em uma cidade do interior do estado. Os principais resultados apontaram para a importância do vínculo estabelecido com a visitadora, a valorização do aprendizado proporcionado pelo Programa, a satisfação das mães com o mesmo, a importância das capacitações e supervisão constante para as visitadoras, e um currículo que contemple a diversidade cultural das famílias atendidas.

**Palavras-chave:** desenvolvimento infantil; políticas públicas; relação mãe-bebê; visitas domiciliares.

## ABSTRACT

Home visiting has been used worldwide in early childhood development programs, aiming at the improvement of both health and development conditions, especially during pregnancy and the early years of the child's life, and mainly for families living in vulnerable conditions. A number of studies have been developed for the purpose of assessing such programs, based on the evidence on results and effects of interventions that will be made known years later, mainly using quantitative methodology. Few studies use a qualitative approach and focus on perceptions on the programs, either by the visitors or the beneficiaries. The present study aims at analyzing maternal perceptions on home visiting under the *Programa Primeira Infância Melhor* (A Better Early Childhood Program) during pregnancy and the infant's first year of life. This Program was introduced in Rio Grande do Sul in 2003, and inspired, years later, a State Law with the same goal. A qualitative exploratory transversal study was carried out, based on the Multiple Cases Study procedure. Three mothers, their babies and the Program visitors who worked with those mothers took part in the study, all residents in an inland city of the State. The main results brought forward the importance of the attachment to the visitor, the appraisal for the apprenticeship enabled by the Program, the mothers' satisfaction, the importance of continuous training and supervision for the visitors, and a curriculum that takes into account the cultural diversity of the families under assistance.

**Key words:** child development; public policies; mother-infant relationship; home visiting.

## INTRODUÇÃO

Visitas domiciliares têm sido utilizadas em programas de promoção do desenvolvimento infantil, com o intuito de melhorar as condições de saúde, de desenvolvimento e as competências familiares, na gestação e nos primeiros anos de vida da criança, sobretudo em famílias de baixa renda e em situação de risco. A literatura vem evidenciando que programas de visita domiciliar contribuem para o desenvolvimento de crianças pequenas e de suas mães/pais, particularmente quanto ao fortalecimento das competências familiares, a redução de problemas de comportamento e a melhoria do ambiente doméstico.

As avaliações de programas destinados aos cuidados e ao desenvolvimento de crianças pequenas geralmente utilizam metodologia quantitativa e buscam evidências sobre os resultados e efeitos das intervenções na primeira infância no desempenho escolar das crianças e no âmbito de suas famílias. Existe, entretanto, limitada descrição na literatura sobre as percepções acerca dos programas, tanto por parte dos visitantes quanto dos beneficiários. Uma compreensão mais aprofundada sobre *como* os programas são percebidos e se desenvolvem, desde a perspectiva da população-alvo, pode iluminar o entendimento sobre a forma como o mesmo é realizado pelos visitantes e recebido pelos clientes. Esse conhecimento pode, ainda, ser utilizado para orientar o processo decisório de gestores públicos, administradores e profissionais envolvidos nas intervenções.

Partindo desse pressuposto, o foco deste estudo foi a percepção de mães sobre as visitas domiciliares realizadas na gestação e no primeiro ano de vida do bebê no âmbito do Programa Primeira Infância Melhor, PIM, implementado no estado do Rio

Grande do Sul. Este volume apresenta os resultados desse estudo, desenvolvido no Mestrado em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Unisinos.

A Seção I apresenta um artigo de revisão narrativa que sintetiza um dos programas de visita domiciliar mais bem sucedidos no mundo, de acordo com a literatura consultada, o *Nurse-Family Partnership*. Considerou-se relevante estudar em profundidade um modelo que vem apresentando resultados significativos e sustentados ao longo do tempo, para recolher subsídios efetivos, sobretudo, para a reflexão e a discussão sobre o PIM.

A Seção II apresenta a pesquisa empírica propriamente dita. Estão ali contemplados o seu embasamento teórico, método, resultados, discussão e considerações finais. Pode-se anunciar que as percepções maternas e o grau de satisfação das mães em relação às visitas domiciliares foram influenciados, preponderantemente, pela qualidade do vínculo constituído entre a família e o visitador. Tal achado está em consonância com a revisão da literatura.

Na sequência, são tecidas algumas reflexões finais. Estas linhas visam articular alguns aspectos destacados nas Seções I e II da Dissertação.

O Anexo A reúne uma descrição abrangente de cada um dos três estudos de caso. Os Anexos B e C apresentam a Resolução de aprovação do estudo, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respectivamente.

## SEÇÃO I

### Artigo de Revisão Narrativa

# VISITAS DOMICILIARES PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA *NURSE-FAMILY PARTNERSHIP*

## 1. Introdução

Esse artigo apresenta a experiência do Programa norte-americano *Nurse-Family Partnership* (NFP) que, em português, significa Parceria Família-Enfermeira. Trata-se de um modelo de intervenção domiciliar para a promoção do desenvolvimento infantil, realizado por enfermeira, destinado a famílias com múltiplos fatores de risco (mães solteiras, jovens e em vulnerabilidade). Segundo a literatura revisada, este é um dos mais bem sucedidos programas de visita domiciliar para populações vulneráveis no mundo.

As origens do NFP estão intrinsecamente vinculadas a três experimentos randomizados e com grupo controle nos quais o modelo de intervenção foi testado e aperfeiçoado, a partir de 1977 (Olds, 2002; Olds, Sadler, & Kitzman, 2007), nos Estados Unidos. O Programa tem apresentado impacto sobre a saúde e o desenvolvimento de bebês e de mães, mesmo após o término da intervenção, em comparação ao grupo controle. Dentre os resultados, destacamos a redução de abuso e negligência na infância (Olds, Henderson, Tatelbaum, & Chamberlin, 1986), diminuição de acidentes domésticos (Olds *et al.*, 1986), diminuição do número de gestações, aumento do intervalo entre os nascimentos (Olds & Kitzman, 1993; Olds *et*

*al.*, 1997), maior capacidade comunicacional de bebês aos 24 meses de idade (Kitzman *et al.*, 1997), melhor desempenho intelectual, vocabulário receptivo e menos problemas comportamentais em crianças aos seis anos de idade (Olds *et al.*, 2004), e menos prisões e julgamentos criminais entre meninas de 19 anos que foram visitadas na primeira infância (Eckenrode *et al.*, 2010).

O pesquisador responsável pela sua idealização e permanente aperfeiçoamento é David Olds, PhD em Psicologia do Desenvolvimento, professor de Pediatria e Diretor do Centro de Pesquisa Preventiva para a Saúde da Criança e da Família (*Prevention Research Center for Family and Child Health*), da Universidade de Colorado, em Denver. Sob sua liderança, a replicação do modelo em escala nacional e com características de política pública só ocorreu após a comprovação de seus resultados. Ainda hoje, apesar de três décadas de evidência confirmando a eficácia do Programa, bem como seu reconhecimento em âmbito nacional e internacional, Olds continua a aprimorá-lo tendo em mente suas palavras favoritas: “baseado em evidência” (Robert Wood Johnson Foundation [RWJF], 2006, p.6). Além disso, a fidelidade ao modelo é considerada primordial para Olds (Olds, Hill, & O’Brien, 2003).

Programas de visita domiciliar têm uma longa história nas sociedades ocidentais como estratégia de atendimento preventivo, sobretudo para famílias de difícil acesso e em vulnerabilidade (Barnes, 2003). A maioria dos programas trabalha com o pressuposto de que os comportamentos em relação à saúde da mulher no pré-natal, o cuidado e a estimulação que dispensam à sua criança e o curso de vida da família afetam o desenvolvimento emocional, cognitivo e social dos seus filhos (Olds, 2004). Há evidências cada vez mais contundentes sobre o impacto das experiências iniciais, desde a concepção e nos primeiros anos de vida do bebê, sobre sua saúde física, a saúde mental e a aprendizagem, em períodos posteriores da vida (McCain, Mustard, &

Shanker, 2007; Mustard, 2010). Portanto, intervenções de qualidade voltadas à família com criança na primeira infância - destinadas a fortalecer as competências parentais e o ambiente para a aprendizagem infantil - têm um importante papel na redução dos problemas de saúde e de desenvolvimento, ao longo do curso da vida (Eckenrode *et al.*, 2010).

Os programas de visita domiciliar diferem significativamente quanto ao perfil da clientela, ao *background* dos prestadores de serviços, a seus modelos teóricos, ao currículo (a forma pela qual a teoria é traduzida em conteúdos e processos) e, finalmente, em como são implementados (Kitzman, 2004; Olds *et al.*, 2007). Com tantas variáveis envolvidas, os resultados dos programas são também variados. Segundo Tolani, Brooks-Gunn e Kagan (2006), os programas que demonstraram os maiores e mais sustentados resultados foram aqueles que ofereceram uma abordagem multidimensional, isto é, trabalharam o curso de vida das mães, a vida familiar, os cuidados com a criança e o desenvolvimento infantil integral.

A atenção integral às gestantes, crianças pequenas e suas famílias, no Brasil, vem adquirindo maior atenção e investimento por parte dos governos e de demais setores da sociedade na última década. O governo federal lançou, em 2009, sob a coordenação do Ministério da Saúde, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional com o objetivo de ofertar cuidado humanizado à saúde da mulher e da criança, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral no período de zero a cinco anos de idade (Ministério da Saúde, 2009; Temporão & Penello, 2010). O Ministério da Educação, em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, se ocupa do atendimento educacional das crianças em creches e pré-escolas. Nos estados, há o Programa Primeira Infância Melhor lançado pelo Governo do Estado do Rio Grande do



Sul em 2003 (Schneider & Ramires, 2007), e o Programa Mãe Coruja Pernambucana lançado pelo Governo de Pernambuco em 2007 (Governo do Estado de Pernambuco, 2007). Em âmbito local, merece destaque a Semana do Bebê de Canela, no Rio Grande do Sul que, em 2010, celebrou a sua 11ª edição (UNICEF, 2010). Há ainda importantes iniciativas lideradas por organizações sociais, tais como a Rede Nacional Primeira Infância constituída a partir de 2007 (Didonet, *in press*).

Embora o Brasil conte com uma legislação avançada em relação à proteção integral da criança, reconhecida como sujeito de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento (Brasil, 1989; Brasil, 1990), há ainda inúmeros desafios para a efetivação dos direitos constitucionais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007a), 45,4% das famílias com crianças de zero a seis anos vivem com rendimento mensal *per capita* de até meio salário mínimo, ou seja, em condição de pobreza. A taxa de escolarização para a população de zero a seis anos na educação infantil, em 2007, era de apenas 17,1% das crianças de até três anos frequentando creche e 77,6% das crianças de quatro a seis anos frequentando pré-escola (IBGE, 2007b). A taxa de mortalidade infantil, em 2007, era de 19,3 óbitos infantis (menores de um ano) por mil nascidos vivos (UNICEF, 2009) e apresentava enormes discrepâncias regionais; enquanto a região Nordeste apresentava taxa de 27,2/1000, na região Sul, a taxa de mortalidade infantil era de 12,9/1000. A taxa de mortalidade materna é bastante significativa, contabilizando 74,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 2005, (UNICEF, 2009) o que denota a baixa qualidade do pré-natal e de atenção ao parto.

Estão amplamente constatados os preocupantes indicadores brasileiros em relação à primeira infância; também se constata as evidências de que as condições de saúde e de desenvolvimento infantil dependem, em larga medida, da realidade sócio-cultural e da capacidade das famílias em proporcionarem um ambiente seguro e

estimulante para seus bebês e crianças pequenas (Council on Community Pediatrics [CCP], 2009). Por isso, buscou-se sistematizar a experiência do Programa NFP. O objetivo deste estudo, portanto, é contribuir para a reflexão e o aprimoramento de programas de visita domiciliar destinados ao desenvolvimento da primeira infância no Brasil, a partir da revisão narrativa sobre um modelo bem sucedido de atenção à gestante, mãe/pai e bebê.

## **2. O que é o *Nurse-Family Partnership* (NFP)**

Inicialmente denominado *Nurse Home Visiting Program* (em português, Programa de Visita Domiciliar por Enfermeira), o NFP consiste em um modelo de intervenção abrangente e intensivo de visitas domiciliares realizadas por enfermeiras ao longo da gravidez até os 24 meses de vida do bebê. O Programa é destinado a mulheres em primeira gestação e em condição de vulnerabilidade social com o intuito de apoiar jovens mães a cuidarem de forma mais apropriada de seus bebês e de si mesmas (Olds, Hill, Mihalic, & O'Brien, 1998a; RWJF, 2006).

O Programa tem três objetivos: (i) *melhorar os resultados da gravidez* ao apoiar as futuras mães a qualificarem comportamentos relacionados à sua saúde (por exemplo, reduzindo o uso de tabaco, álcool, drogas ilícitas, identificando e buscando tratamento para complicações obstétricas emergentes) (Olds *et al.*, 2007); (ii) *promover a saúde e o desenvolvimento infantil* ao ajudar os pais a prover cuidados e estimulação apropriados; e (iii) *melhorar a auto-suficiência financeira da família*, ao apoiar as mães/pais no planejamento familiar, continuidade da sua educação formal e participação no mercado de trabalho (RWJF, 2006; Eckenrode *et al.*, 2010). A premissa de Olds é que, ao ajudar as mães a se tornarem mais saudáveis e fortalecidas, elas, por sua vez,

criação crianças mais saudáveis, fortes e resilientes – fortes o suficiente para mover o mundo em uma melhor direção, por elas mesmas (RWJF, 2006).

A inspiração para o desenvolvimento de um programa preventivo com ênfase na maternidade remonta à infância de Olds, que foi criado por uma mãe devotada. Ele tinha, desde pequeno, um desejo de “ajudar as pessoas” (RWJF, 2006, p.6). Sua formação em psicologia do desenvolvimento e interesse no vínculo mãe-bebê, aliados à experiência inicial como professor de pré-escola, depois como pesquisador do *Comprehensive Interdisciplinary Developmental Services* e, posteriormente, como professor universitário, lhe garantiram as ferramentas necessárias para começar a esboçar o modelo. O Programa foi rigorosamente avaliado em três estudos randomizados com grupo controle em Elmira (1977), estado de Nova Iorque; em Memphis (1988), Tennessee; e em Denver (1994), Colorado.

Em 2003, mediante o apoio da Fundação Robert Wood Johnson e outros, o “Modelo Olds” inspirou a criação de uma organização não-governamental que possui um escritório de representação nacional, em Denver. Essa instituição assessora tecnicamente as comunidades e parceiros locais na implantação do Programa, por meio da capacitação das enfermeiras, monitoramento e avaliação, mantendo a fidelidade ao modelo. As agências de implementação local contratam as equipes de enfermeiras e operam por meio de um acordo com o Escritório do Serviço Nacional *Nurse-Family Partnership* (Nurse Family Partnership [NFP], 2010a; RWJF, 2006).

Em abril de 2010, o Programa estava em funcionamento em 31 estados norte-americanos, atendendo a 20.840 famílias, com a participação de 1.128 enfermeiras visitadoras. Cabe salientar que, desde 1996, ano em que o modelo iniciou a sua replicação nacional mediante financiamento público e privado, já foram beneficiadas 114.486 famílias (NFP, 2010b). O Programa também está sendo replicado e avaliado na

Inglaterra, mediante projeto-piloto conduzido pelo governo daquele país (Barnes, Ball, Meadows, & Belsky, 2009).

A seguir, serão apresentados e discutidos os pressupostos teóricos e a metodologia do NFP. Na continuidade, os principais resultados dos experimentos randomizados e de estudos longitudinais serão sistematizados, evidenciando os impactos em curto, médio e longo prazo alcançados pelo modelo nos Estados Unidos.

### **3. Pressupostos teóricos e aspectos centrais da metodologia**

Esse modelo de visita domiciliar por enfermeira durante a gestação e os primeiros dois anos de vida do bebê possui um sólido embasamento teórico e epidemiológico (Olds *et al.*, 2003). Isto significa que o Programa está orientado, por um lado, por formulações e princípios científicos sobre o desenvolvimento humano e, por outro, pelas epidemias, causas e sintomas mais recorrentes na gestação e nos primeiros anos de vida. O Programa está alicerçado nas teorias da Ecologia Humana (Bronfenbrenner, 1979/1996, 1995), da Auto-Eficácia (Bandura, 1977) e na Teoria do Apego (Bowlby, 1969/1990), sendo que cada uma responde a diferentes aspectos do desenvolvimento, contribuindo para o alcance dos resultados almejados, tanto para a mãe quanto para o bebê (Olds *et al.*, 1998b).

A teoria da ecologia humana enfatiza a importância do contexto social sobre o desenvolvimento humano. Para Bronfenbrenner (1979/1996), o entendimento do desenvolvimento humano nos seus processos intrapsíquicos e interpessoais exige sua investigação nos ambientes concretos, tanto imediatos quanto remotos, em que os seres humanos vivem. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da criança é influenciado pela forma como seus pais cuidam dela, o que, por sua vez, depende das características e

sistemas próprios da família, suas redes sociais, vizinhança, comunidade e pelas interrelações entre estas instâncias (Olds, 2002).

Na implementação do Programa, por exemplo, as enfermeiras aproximam as famílias dos serviços disponíveis na comunidade e estimulam o envolvimento dos pais, de outros membros da família e de amigos na gestação, parto e cuidados iniciais com o bebê (Eckenrode *et al.*, 2010; Olds *et al.*, 2003), ampliando a rede de apoio social materna. Além disso, o Programa estimula a escolarização da mãe e sua auto-suficiência financeira, uma vez que diversos estudos têm demonstrado a importância dos fatores sócio-econômicos, tais como o nível de escolaridade da mãe e a renda, na determinação da saúde infantil (França *et al.*, 2001; Haidar, Oliveira, & Nascimento, 2001; Menezes *et al.*, 1998). Tais variáveis são indicadores de disponibilidade de recursos, de conhecimento e/ou de comportamento em relação à saúde da mulher e da criança.

O conceito de auto-eficácia, postulado por Bandura (1977), é definido como a crença que um indivíduo possui sobre sua capacidade de organizar e executar ações exigidas para a realização de um determinado objetivo. Trata-se, portanto, da percepção da própria capacidade de realizar uma tarefa com sucesso (Idem, *ibidem*, 1977).

Os indivíduos executam uma ação, interpretam os resultados alcançados e usam essas informações para criar e desenvolver crenças sobre suas capacidades. Dentre as crenças que os indivíduos usam para avaliar o controle sobre seu ambiente, estão inseridas as crenças de auto-eficácia. Para que a informação obtida sobre a eficácia tenha relevância, esta deve ser cognitivamente processada (Bandura, 1992). Estudos apontam que um alto senso de auto-eficácia fortalece a motivação, evidenciando que indivíduos otimistas em relação ao futuro acreditam que podem ser eficientes na realização de suas ações, estabelecendo, assim, objetivos mais elevados,

tendo menos medo de fracasso e persistindo mais tempo quando em dificuldade (Bandura, 1997).

O NFP destina-se a uma população-alvo bastante delimitada e em situação de risco para problemas de desenvolvimento. Atende mulheres sem experiência prévia no campo da maternidade. A abordagem utilizada pelas enfermeiras visa reforçar a percepção da mãe sobre suas competências para compreender e satisfazer as necessidades do seu bebê (Dawley & Beam, 2005), aumentando seu senso de auto-eficácia. As enfermeiras também alertam sobre a influência de determinados comportamentos para a saúde da mãe e do bebê (Olds *et al.*, 2003), com o intuito de promover o auto-cuidado materno e o atendimento adequado do bebê. A teoria da auto-eficácia sugere que os indivíduos escolhem aqueles comportamentos que eles se sentem capazes de realizar e que acreditam que trarão os resultados almejados. Essa teoria ajuda no entendimento de como as mulheres tomam decisões sobre comportamentos relativos à saúde durante a gestação, aos cuidados com o bebê e ao seu desenvolvimento pessoal.

A teoria do apego (Bowlby, 1969/1990) constitui-se em um dos enfoques mais expressivos no estudo do processo de interação mãe-bebê. Segundo essa concepção etológico-evolucionária, todos os comportamentos do recém-nascido (incluindo os comportamentos instintivos de sugar, mamar, agarrar-se, seguir com os olhos e chorar) têm como função e consequência criar e manter a proximidade e o contato do bebê com a mãe ou a pessoa que a substitua. Esses relacionamentos têm um valor de sobrevivência, porque promovem cuidados para com o bebê.

Embora o bebê humano venha ao mundo programado para apegar-se a um cuidador, é necessário que esse seja responsivo e disponível para que se desenvolva um padrão de apego seguro (Bowlby, 1969/1990; Brazelton, 1981/1988). O trabalho de Ainsworth e colaboradores (1978) foi fundamental na identificação dos diferentes

padrões de apego que dependem, em grande parte, da sensibilidade materna às necessidades infantis, assim como da capacidade da criança de usar a mãe como base segura a partir da qual explora o mundo e para onde retorna quando em situação de perigo ou angústia.

A teoria do apego tem sido comumente associada ao estudo sobre responsividade (Bretherton,1992). A responsividade é a capacidade do adulto de perceber, interpretar e responder de forma adequada e contingente aos sinais do bebê (Ainsworth *et al.*, 1978; Ribas, Seidl de Moura, & Junior, 2003). Assim, a responsividade é um dos ingredientes envolvidos no primeiro relacionamento de apego, cujo aspecto central é o estabelecimento do senso de segurança. Nos primeiros estágios do desenvolvimento, quando uma vasta proporção das interações mãe-bebê tem referência no cuidado físico-corporal, a responsividade materna tem um papel essencial na regulação dos ritmos fisiológicos (isto é, fome, sono) e na organização emergente dos comportamentos.

Segundo Olds e colaboradores (2003), as enfermeiras ensinam os pais a verificar a temperatura, identificar sinais e sintomas, e estabelecer comunicação com o Programa antes de procurar atendimento em postos e/ou em hospitais, em caso de doença. O currículo, após o nascimento, enfatiza a interação mãe-bebê, o reconhecimento dos sinais comunicacionais do bebê pelos pais, incentiva o jogo e a brincadeira, bem como a oferta de um ambiente com segurança para o bebê (Olds *et al.*, 2003), visando ao estabelecimento de um apego seguro em um contexto familiar acolhedor e estimulante. O NFP explicitamente estimula um cuidado sensível, responsivo e sistemático durante os primeiros anos de vida do bebê (Dolezol & Butterfield, 1994), na medida em que ajuda a família a prover cuidados físicos e emocionais apropriados para um desenvolvimento saudável.

Ao desenhar o Programa, alguns elementos foram contemplados para assegurar um impacto positivo. Primeiro, trabalhar com mães/pais com primeiro filho para ter melhores chances de promover comportamentos positivos. Segundo, realizar visitas a domicílio porque é nesse ambiente que a grande maioria dos cuidados ocorre e onde a família está. Terceiro, trabalhar com enfermeiras como visitadoras domiciliares, porque as mães iriam confiar nelas para saber sobre a gravidez e os cuidados com o bebê e porque muitos dos conhecimentos necessários à realização do trabalho são de domínio das enfermeiras. Quarto, iniciar as visitas durante a gestação porque as influências negativas no período pré-natal têm efeitos de longo prazo e, possivelmente, irreversíveis após o nascimento (RWJF, 2006).

Uma das hipóteses de Olds é que mulheres que vivenciam sua primeira gestação são mais receptivas a visitas domiciliares sobre cuidados pré e pós-natais do que mães que já passaram por essa experiência, ou seja, com mais de um filho (Olds, 2002). Outra hipótese é que mães que participam do Programa cuidam melhor de suas crianças, uma vez que o modelo auxilia a mãe a planejar uma futura gravidez. Assim, todas as crianças da família se beneficiam de cuidados parentais mais efetivos, bem como das orientações fornecidas às mães.

De acordo com Olds (2002), a decisão por trabalhar com enfermeiras deve-se ao fato dessas profissionais terem legitimidade e habilidades para responder às preocupações inerentes à gestação e aos primeiros anos de vida. Isso aumenta a sua aceitação e a capacidade de persuasão nas famílias durante essa importante fase do ciclo vital. Estudo publicado por Korfmacher, O'Brien, Hiatt e Olds (1999) demonstrou que o impacto do Programa quando executado por um profissional de nível médio corresponde à metade do impacto produzido por uma enfermeira. Famílias visitadas por enfermeira são menos propensas a abandonar o Programa em relação às famílias



visitadas por profissionais de nível médio. Além disso, as enfermeiras realizam mais visitas do que os profissionais de nível médio, e a rotatividade de profissionais de nível médio é maior do que a das enfermeiras no Programa. Para os pesquisadores, as mães valorizaram mais a visita das enfermeiras e seguiram mais suas sugestões e orientações, em relação àquelas visitadas por profissionais de nível médio (Olds *et al.*, 2007). Assim, a formação do visitador parece ser um elemento crítico no engajamento ao Programa, e na sua habilidade para motivar a mãe/pai para mudanças de comportamento adaptativo.

Cabe destacar que o ingresso no Programa deve ocorrer, preferencialmente, durante o primeiro trimestre de gestação, ou seja, se possível até 16 semanas após a concepção. Isto se deve ao fato de que as influências pré-natais, sobretudo o consumo de álcool, o uso de tabaco e de cocaína durante a gravidez, têm um impacto importante sobre o parto e o pós-natal, estando associados a um maior risco de problemas de desenvolvimento ou de comportamento na criança (Tremblay, Gervais, & Petitclerc, 2008).

Durante o primeiro mês de participação no Programa, as visitas são semanais para criar um nível de confiança entre a mãe e a visitadora; e as demais, quinzenais, totalizando idealmente 14 visitas pré-natais. A meta estabelecida pelo Programa é de realização de 80% ou mais das visitas previstas para o período pré-natal (Barnes *et al.*, 2009). Isso denota que a atenção pré-natal é considerada crucial no Programa para um bom desfecho futuro.

Após o nascimento do bebê, nas primeiras seis semanas, as visitas voltam a ser semanais. Após, são quinzenais até o bebê completar 21 meses, quando passam a ser mensais. O programa oficialmente encerra quando o bebê completa dois anos (24 meses). Durante o primeiro ano de vida, o material do Programa está organizado para

orientar 28 visitas domiciliares. Entretanto, é aceito que os clientes realizem pelo menos 65% das visitas previstas para essa etapa (Barnes *et al.*, 2009).

Em cada fase – gravidez, primeiro ano e segundo ano – as enfermeiras prestam orientações detalhadas às mães e aos pais (sempre que eles estão presentes) sobre o cuidado com a criança (RWJF, 2006). Em termos de conteúdos programáticos, há cinco domínios que devem ser trabalhados e há uma orientação sobre o tempo que deve ser utilizado para abordar cada tema, conforme a etapa de desenvolvimento, lembrando que as visitas devem ter a duração mínima de 60 minutos. Os cinco temas são: (i) saúde da mulher; (ii) função materna (*maternal role*); (iii) desenvolvimento do curso de vida da mãe; (iv) família e amigos; e (v) saúde ambiental (Barnes *et al.*, 2009). O tema a ser mais explorado durante as visitas pré-natais é a saúde da mulher (contabilizando de 35% a 40% do tempo). Outro assunto predominante ao longo do curso do Programa é a função materna, que contabiliza de 23-25% na gestação, 45-50% no primeiro ano de vida, e 40-45% no segundo ano de vida. Os temas desenvolvimento do curso de vida da mãe e família e amigos devem empregar em torno de 10-15% do tempo cada um, e saúde ambiental, de 7-10% do tempo (Barnes *et al.*, 2009).

O Programa conta com um detalhado currículo, com materiais para leitura e atividades para cada visita. Os protocolos estão alinhados aos três objetivos centrais do Programa descritos anteriormente. Desse modo, nas visitas domiciliares, as enfermeiras informam e estimulam comportamentos relacionados: (i) à saúde da mulher durante a gestação e nos primeiros anos de vida do bebê; (ii) aos cuidados dispensados pelos pais ao bebê; (iii) ao planejamento familiar, à progressão da educação formal e à participação no mercado de trabalho (Olds *et al.*, 1998a). Espera-se, contudo, que as enfermeiras utilizem os materiais com flexibilidade, de acordo com as necessidades e preocupações manifestadas pelos clientes (Barnes *et al.*, 2009).

Cada enfermeira atende até 25 famílias, e o propósito é que a mesma profissional acompanhe as famílias ao longo de todo o curso da intervenção. Para cada oito enfermeiras visitadoras, há uma enfermeira supervisora que trabalha tempo integral e provê supervisão clínica, promovendo a reflexão, a integração teoria-prática e facilitando o desenvolvimento profissional das visitadoras, mediante supervisão individual, reuniões de equipe, estudos de caso e supervisão no campo (NFP, 2010c). Dados são coletados pelas visitadoras e pelas supervisoras, de acordo com as diretrizes do Serviço Nacional do NFP, para orientar a prática, monitorar e avaliar a implementação do Programa, de forma a garantir sua qualidade e demonstrar a fidelidade ao modelo.

Análises econômicas têm demonstrado que programas eficazes voltados à primeira infância pagam o investimento inicial a partir da redução de gastos públicos e privados futuros e dos benefícios gerados para a sociedade. De acordo com a *Rand Corporation*, o atendimento a famílias de alto risco, no NFP, gera um retorno econômico de 5,70 dólares para cada dólar investido. Ao passo que cada dólar gasto no atendimento a famílias com perfil médio das amostras do Programa produz um retorno estimado em 2,88 dólares (Karoly, Kilburn, & Cannon, 2005). Segundo o *Washington State Institute for Public Policy*, o NFP produz uma economia de gastos futuros da ordem de 18 mil dólares por família atendida (Edna McConnell Clark Foundation, 2010), isto é, aquela que recebe visitas domiciliares por um período de 2,5 anos. Essa relação custo-benefício é calculada pela redução de gastos públicos com saúde, educação, serviços sociais e sistema criminal.

As evidências científicas sobre a eficácia do modelo é que permitem a mensuração da relação custo-benefício. A seguir, serão apresentados os principais resultados e impactos do NFP.

#### 4. As pesquisas sobre o Programa e seus resultados

O aspecto mais significativo sobre a efetividade de um programa é o seu impacto, ou seja, os resultados que não teriam ocorrido se não houvesse a intervenção do programa. Atualmente, há um volume crescente de estudos e pesquisas voltados a avaliar e demonstrar quais estratégias produzem os melhores impactos sociais no trabalho com crianças pequenas e suas famílias.

Desde 1977, o NFP foi sendo construído com base, especialmente, em três estudos randomizados e com grupo controle realizados com diferentes populações e em diferentes contextos. Todas as avaliações demonstraram resultados positivos no curso de vida da mãe e da criança, sendo os efeitos do Programa ainda maiores para participantes com fatores de risco múltiplos tais como baixa renda, mães solteiras ou adolescentes (Olds, 2006; Olds *et al.*, 2002). De um modo geral, os três experimentos identificaram como resultados melhor saúde materna no pré-natal; menos lesões ou danos nas crianças; maior intervalo entre os nascimentos; maior envolvimento paterno; maior participação da mãe no mercado de trabalho; menor uso de serviços de bem-estar social; melhor desempenho escolar das crianças; e, quando as mesmas chegaram à adolescência, menor uso de substâncias tóxicas e menos problemas de comportamento em relação ao grupo-controle (Barnes *et al.*, 2009).

No primeiro experimento realizado em Elmira (1977), estado de Nova Iorque, com uma amostra de 400 famílias brancas de baixa renda e com primeiro filho, foram testados os efeitos de iniciar o Programa durante a gestação *versus* iniciar no pós-parto. Efeitos mais significativos em relação à saúde da mãe e da criança foram observados naquelas mães que participaram da intervenção desde a gestação (Olds & Kitzman, 1993).

Um estudo longitudinal, de seguimento de 15 anos em Elmira, demonstrou impactos positivos nas famílias visitadas por enfermeiras, mesmo mais de 12 anos após o encerramento da intervenção (Olds *et al.*, 1997; Olds *et al.*, 1998a). Alguns dos indicadores de sucesso (da gravidez até os 15 anos de idade do filho atendido) incluem (RWJF, 2006):

- diminuição de 56% nas consultas médicas e hospitalares devido a acidentes/danos até a idade de dois anos da criança;
- redução de 25% do consumo de cigarro pelas mães durante a gestação;
- diminuição de 48% na incidência de abuso e negligência infantil até a idade de 15 anos;
- diminuição de 69% nas condenações dos jovens aos 15 anos que foram visitados pelas enfermeiras na primeira infância;
- aumento de 83% na participação das mães solteiras e de baixa renda no mercado de trabalho no momento em que seu filho estava com quatro anos de idade.

No delineamento do experimento realizado em Denver (1994), no Colorado, Olds utilizou um grupo controle (que não recebia visitas), um grupo que recebia visitas das enfermeiras e um grupo que recebia visitas de profissionais de nível médio. Os resultados desse estudo, publicados na revista *Pediatrics* em 2002, revelaram diferenças importantes nas mães e nas crianças visitadas pelas enfermeiras em relação ao grupo controle, dentre as quais destacaram-se: (i) mães participantes do Programa são mais propensas a entrar para o mercado de trabalho; (ii) têm menos gestações após o segundo ano de vida do bebê; e (iii) as crianças visitadas têm melhor desenvolvimento da linguagem e controle do comportamento nas idades de dois e quatro anos. Por outro lado, quando as mães visitadas por profissionais de nível médio foram comparadas com o grupo controle, não houve diferenças significativas. Verificou-se, apenas, que as mães

que receberam as visitas interagiram melhor com suas crianças e apresentaram maiores índices de responsividade materna, criaram ambientes domésticos favoráveis à aprendizagem infantil e revelaram um sensível aumento no domínio de situações do cotidiano (Olds *et al.*, 2002). Outro estudo (Korfmacher *et al.*, 1999) demonstrou que as famílias do experimento de Denver visitadas por enfermeiras tiveram menor tendência a abandonar o Programa do que aquelas visitadas por profissionais de nível médio; as enfermeiras realizaram mais visitas que os profissionais de nível médio; e a rotatividade entre os profissionais de nível médio foi maior do que entre as enfermeiras.

Em 2010, foi publicado estudo longitudinal randomizado sobre o impacto das visitas domiciliares realizadas por enfermeiras durante o pré-natal e os primeiros dois anos do bebê, no curso de vida de adolescentes de 19 anos de idade (Eckenrode *et al.*, 2010). Tal estudo contou com a participação de 310 jovens das 400 famílias que participaram da intervenção em Elmira, em 1977. O estudo longitudinal demonstrou que as visitas na primeira infância reduziram a proporção de meninas envolvidas no sistema criminal. Para meninas filhas de mães de alto risco (jovens, solteiras e de baixa renda), foram encontrados resultados positivos adicionais. Para os meninos adolescentes, contudo, os resultados do programa foram pequenos (Eckenrode *et al.*, 2010).

Há evidências cumulativas de que, pelo menos nas áreas avaliadas, o Programa é mais benéfico para as mães em maior vulnerabilidade, com menos recursos pessoais e sociais, do que para aquelas com mais recursos (Kitzman, 2004; Olds, 2006). Segundo Zercher e Spiker (2004), o modelo NFP conta com uma avaliação consistente, realizada por meio de uma série de experimentos aleatórios cuidadosamente elaborados e por amplas pesquisas longitudinais, que não têm precedentes na área do planejamento de serviços sociais. Ainda assim, Olds (2004) chama a atenção para o desafio de

transportar efetivamente os programas baseados em evidência de um contexto de pesquisa para a prática na comunidade.

A organização *Nurse-Family Partnership* optou por oferecer o modelo para investimento público apenas após ter evidências sobre: (i) o impacto do Programa mediante dois experimentos randomizados; (ii) a melhoria de indicadores relevantes para a saúde pública; (iii) a permanência do impacto ao longo do tempo; (iv) o retorno econômico; (v) a possibilidade de que os elementos essenciais do Programa poderiam ser replicados. Além disso, um sistema de informação on-line foi estabelecido para assegurar a qualidade na implementação do Programa e seu permanente aperfeiçoamento (NFP, 2010d).

## **5. Refletindo sobre o Programa NFP**

Inicialmente, cabe destacar que esse modelo intervém em um período extremamente crucial para a formação do ser humano, isto é, durante a gestação e os dois primeiros anos de vida do bebê, etapa em que se constroem as primeiras relações de apego e confiança do bebê com seus principais cuidadores. Nesse período crítico para o desenvolvimento humano, são formados os alicerces das habilidades e competências a partir de uma complexa interação entre os aspectos biológicos e as experiências do ambiente (Shore, 2000).

Os pais, sobretudo as mães, são o foco primário da intervenção preventiva e são considerados pessoas em desenvolvimento. Atenção especial é conferida à forma como os adultos progressivamente assumem a maternidade/paternidade, a responsabilidade pela sua saúde e pela auto-suficiência financeira. O Programa fortalece o domínio dos pais sobre o ambiente pré-natal, a interação face a face com o bebê no pós-natal, e sua

influência sobre o ambiente doméstico. Esse Programa enfatiza, portanto, o desenvolvimento pessoal das mães e pais possivelmente porque o seu comportamento constitui a influência mais poderosa junto ao bebê em desenvolvimento.

A fundamentação teórica do Programa é abrangente e consistente. Seus pressupostos sugerem que a mudança de comportamento é produto do contexto social das famílias assim como das crenças, motivações e desejos dos indivíduos, uma concepção que tem implicações no desenho do Programa.

Há, por exemplo, uma clara orientação de que a mesma enfermeira acompanhe a família ao longo de toda a intervenção, para a manutenção e o fortalecimento do vínculo. O relacionamento proposto pelo visitador é calcado na empatia e na confiança na mãe e nos outros membros da família, com a intenção de que esta experiência vincular possa ajudar a mãe a estabelecer uma relação empática e sensível com o seu bebê e com os outros familiares.

Outros aspectos interessantes são o estímulo à ampliação da rede de apoio social das famílias atendidas e a orientação sobre outros recursos existentes na comunidade. A visitadora atua como mediadora entre a família e os serviços sociais. Assim, o Programa informa e mobiliza para o auto-cuidado e para a atenção qualificada do bebê, além de estimular o desenvolvimento pessoal e familiar, ajudando os pais a estabelecerem um projeto de vida viável. No livro “Cuidados Maternos e Saúde Mental” Bowlby (1976/1995), ao discorrer sobre as necessidades básicas do bebê, alerta que toda a comunidade que valoriza suas crianças, protege seus pais. O modelo NFP põe em prática essa acertada recomendação, na medida em que investe no fortalecimento das competências parentais.

A evidência de que o Programa é mais benéfico para mães em maior vulnerabilidade, com menos recursos pessoais e sociais, contribui para a reflexão sobre



universalização *versus* focalização de programas preventivos intensivos. A oferta universal de programas dessa natureza pode reduzir o estigma que alguns clientes sentem em participar de serviços destinados a populações em risco. Por outro lado, a focalização permite atender àqueles que mais precisam e que mais se beneficiam da intervenção, contando com mais recursos e, portanto, com mais qualidade.

Retomando os quatro aspectos destacados por Tolani e colaboradores (2006) como relevantes para a qualidade dos programas, a saber, a intensidade, os profissionais envolvidos, a duração das intervenções e o currículo, o modelo Olds traz algumas importantes lições. Inicialmente, a escolha por trabalhar com um perfil de profissional que já traz na sua formação uma preparação para lidar com temáticas e situações relativas aos períodos pré e pós-natal. Em um país como os Estados Unidos onde há populações vulneráveis e não existe um sistema público de saúde que garanta atendimento universal e gratuito, tal como o Sistema Único de Saúde brasileiro, essa escolha é fundamental. Além disso, ao utilizar profissionais de nível superior ao invés de profissionais de nível médio, o Programa investe na qualificação da intervenção, produzindo maior adesão das famílias e das enfermeiras visitadoras e garantindo melhores resultados, como os próprios experimentos atestam. O fato de as enfermeiras serem, preponderantemente, mulheres facilita a identificação da mãe com a profissional, pela questão de gênero e pela possibilidade da enfermeira, além do conhecimento técnico, ter também vivenciado a experiência da maternidade.

O Programa destina-se a um público-alvo bastante específico e em situação de risco. Segundo o Relatório *Starting Points* (Pontos de Partida), os Estados Unidos apresentam a maior taxa de gravidez na adolescência entre os países desenvolvidos. Cerca de um milhão de adolescentes engravidam a cada ano; 80% dessas gravidezes não são intencionais e quase 50% acabam em aborto (Carnegie Task Force on Meeting the

Needs of Young Children, 1994). Essas mulheres necessitam de uma intervenção de qualidade que as apóiem no cuidado com seus bebês e consigo mesmas.

Em relação à intensidade do Programa, há momentos críticos em que as visitas ocorrem semanalmente, como no primeiro mês de intervenção e nas seis primeiras semanas de vida do bebê. Em ambos os momentos, busca-se favorecer a vinculação da gestante, no início do atendimento com a visitadora e, após o parto, com o bebê. O vínculo entre a família e o visitador é um elemento chave para a adesão ao Programa, assim como o vínculo mãe-bebê é crucial para o desenvolvimento e a segurança emocional de ambos, mãe e bebê.

O currículo, de acordo com os documentos revisados (Barnes *et al.*, 2009; Olds *et al.*, 2003), abrange informações relevantes, tanto para a saúde física da gestante e do bebê, quanto para o seu desenvolvimento emocional e cognitivo, em sintonia com os objetivos e pressupostos teóricos do Programa. Na gestação, o principal objetivo é a prevenção e a identificação precoce de sinais e sintomas de complicações. Além disso, a enfermeira ajuda a mãe a perceber seus objetivos e solucionar problemas que possam interferir na sua escolarização, empregabilidade e planejamento de nova gravidez.

O NFP é um exemplo interessante de como a pesquisa e a academia podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e se retro-alimentarem da experiência nas comunidades. O acúmulo da experiência de mais de 30 anos do NFP é também resultado de uma parceria bem sucedida entre pesquisadores, universidades, organizações sociais, governos e comunidades. Essa iniciativa demonstra que é possível promover o desenvolvimento humano, desde a mais tenra infância, alterando o curso de vida de bebês e famílias em vulnerabilidade, no presente e no futuro, com ciência, método, avaliação e inclusão de parceiros competentes e comprometidos com o desenvolvimento humano e social.

No Brasil, a cultura de avaliação e de financiamento de políticas e programas baseados em evidência, contudo, ainda é incipiente, especialmente no setor público. O conhecimento mais aprofundado sobre o NFP traz à tona elementos cruciais de programas bem sucedidos. Dentre esses, destacamos a oferta de atendimento intensivo para populações em vulnerabilidade, a presença de sólidos pressupostos teóricos para a orientação da prática e do currículo, a utilização de profissionais qualificados com supervisão sistemática, a identificação da população-alvo e o conhecimento sobre o seu perfil epidemiológico, a clara definição dos objetivos e resultados do programa, além da associação entre intervenção e avaliação para mensurar o impacto causado e orientar possíveis adequações. Seguramente, esses princípios e a farta documentação científica sobre o NFP servem como balizadores para a reflexão sobre as políticas brasileiras voltadas à promoção do desenvolvimento infantil, sobretudo daquelas vinculadas ao setor saúde.

## SEÇÃO II

### Artigo Empírico

# VISITAS DOMICILIARES NA GESTAÇÃO E NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO BEBÊ: PERCEPÇÕES DE MÃES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

## 1. Introdução

O objetivo deste estudo foi identificar e analisar as percepções maternas sobre visitas domiciliares durante a gestação e o primeiro ano de vida do bebê, realizadas no âmbito de um programa de promoção do desenvolvimento infantil. A investigação foi realizada com mães e visitadoras que participam do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), no município de Arroio dos Ratos, no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Tal abordagem relaciona-se à tendência contemporânea de dar voz aos beneficiários das políticas sociais, valorizando suas percepções, inclusive como elemento para a avaliação das iniciativas.

Segundo o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa (Michaelis, 1998), o verbo perceber, do latim *percipere*, e o substantivo percepção, do latim *perceptione*, significam respectivamente:

1. Adquirir conhecimento de, por meio dos sentidos. 2. Abranger com a inteligência; compreender, entender.

Percepção: 1. Ato, efeito ou faculdade de perceber; recepção, pelos centros nervosos, de impressões colhidas pelos sentidos. 2. Cobrança, recebimento. *P. externa*: faculdade de perceber pelos sentidos. *P. interna*: a consciência. *P. natural* ou *p. primária*: a que é dada imediatamente pelos sentidos. *Percepções*

*adquiridas*: deduções imediatas. *Percepções obscuras*: fenômenos subconscientes (Leibniz).

Existe limitada descrição na literatura sobre as percepções acerca dos programas de visita domiciliar, tanto por parte dos visitantes quanto dos beneficiários (Haynes-Lawrence, 2008). Uma compreensão mais aprofundada sobre como os programas são percebidos e se desenvolvem, desde a perspectiva da população-alvo, pode iluminar o entendimento sobre a forma como esses programas são implementados e recebidos pelos clientes (Heaman, Chalmers, Woodgate & Brown, 2006), além de identificar os fatores que influenciam a sua habilidade para criar relacionamentos baseados na confiança (Jack, DiCenso, & Lohfeld, 2005). Esse conhecimento pode, ainda, ser utilizado para orientar o processo decisório de gestores públicos, administradores e profissionais envolvidos nas intervenções.

Visitas domiciliares fazem parte da rotina de cuidados de saúde materno infantil, em muitos países europeus, há mais de um século (Olds, 2004). A partir de 1970, a estratégia de visita domiciliar ganhou um novo ímpeto para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, bem como para a redução de maus-tratos e negligência na infância, em famílias vulneráveis e em situação de risco (Kitzman, 2004) em vários países do mundo.

O conceito de visita domiciliar, entretanto, pode gerar confusão na medida em que se refere a um mecanismo de prestação de serviço, isto é, de atendimento à família onde ela está, no seu ambiente social, e não propriamente a um modelo de programa específico com conteúdo determinado (Korfmacher *et al.*, 2008). Revisando a literatura sobre o tema, verifica-se que os programas de visita domiciliar diferem significativamente quanto ao perfil da clientela, ao *background* dos prestadores de serviços, a seus modelos teóricos, ao currículo (a forma pela qual a teoria é traduzida

em conteúdos e processos) e, finalmente, em como são implementados (Kitzman, 2004; Olds *et al.*, 2007).

### *1.1 A literatura acerca dos programas de visita domiciliar*

Na última década, foram publicados estudos cujos resultados questionavam a efetividade dos programas de visita domiciliar quando os modelos de intervenção não utilizavam profissionais qualificados, tais como enfermeiras, ou não adotavam um currículo estruturado e voltado a promover mudanças de comportamento (Gomby, Culross, & Behrman, 1999; Olds, Hill, Robinson, Song, & Little, 2000; Olds *et al.*, 2002; Wagner, Spiker, & Linn, 2002). Tais evidências devem ser levadas em consideração por gestores e profissionais no desenho de um programa de visita domiciliar, em termos de sua estrutura, currículo e metodologia (Olds, 2002).

Tolani, Brooks-Gunn e Kagan (2006) chamam a atenção para quatro características fundamentais dos programas de visita domiciliar que interferem na sua qualidade: a intensidade, os profissionais envolvidos, a duração das intervenções e o currículo. Visitas domiciliares mais frequentes e programas de maior duração permitem aos visitantes compreenderem as necessidades familiares, apoiarem as famílias a mudar sua condição de vida, bem como os padrões de relacionamento que interferem na saúde da criança e dos pais (Olds & Kitman, 1993). O programa deve ser flexível para se ajustar às necessidades dos pais, especialmente quando se trata de famílias de baixa renda e em situação de risco.

Qualquer que seja o número de visitas sugerido nos manuais dos programas, apenas cerca de 50% das visitas recomendadas realmente ocorrem (Kitzman, 2004). Há evidências de que quanto mais visitas, melhor, e de que os efeitos surgirão a partir de um número mínimo de visitas, embora o número ideal de visitas ainda não tenha sido

estabelecido. Além disso, estudo aponta que 20% a 67% das famílias participantes de programas de visita domiciliar se desligam antes do término previsto para a intervenção (Heaman *et al.*, 2006).

Em relação aos profissionais, os efeitos das intervenções na primeira infância para famílias de baixa renda são maiores quando os programas empregam enfermeiras ou outros profissionais graduados (Olds, 2004). Estudo publicado por Korfmacher, O'Brien, Hiatt e Olds, em 1999, demonstra que o impacto do programa *Nurse-Family Partnership* (NFP) quando executado por um profissional de nível médio corresponde à metade do impacto produzido por uma enfermeira. Famílias visitadas por enfermeira são menos propensas a abandonar o Programa em relação às famílias visitadas por profissionais de nível médio. Além disso, as enfermeiras realizam mais visitas do que os profissionais de nível médio, e a rotatividade de profissionais de nível médio é maior do que a de enfermeiras no programa. Da mesma forma, Olds e colaboradores (2007) constataram que as mães valorizaram mais a visita das enfermeiras e seguiram mais suas sugestões e orientações, em relação àquelas que receberam visitantes de nível médio.

A parceria entre profissionais sem formação universitária (de nível médio) e profissionais graduados é relevante quando é necessário reduzir os custos do programa. Nesse caso, a supervisão e a capacitação sistemática são fundamentais. McGuigan, Katzev e Pratt (2003) verificaram que as famílias permaneciam nos programas por mais tempo quando o visitador domiciliar recebia mais horas de supervisão direta. Assim, a formação inicial e a capacitação em serviço do visitador parecem ser elementos críticos no engajamento aos programas, e para a habilidade do visitador em motivar a mãe/pai para mudanças de comportamento adaptativo.

Quanto à duração das intervenções, a maioria das evidências experimentais sobre programas de visita domiciliar demonstram que encontros regulares e frequentes, a partir da gestação até os dois anos de idade, são mais benéficos para as crianças de baixa renda e suas famílias (Tolani *et al.*, 2006). Por exemplo, no experimento do programa NFP realizado em Elmira, foram testados os efeitos de iniciar o programa durante a gestação versus iniciar no pós-parto. Efeitos mais significativos em relação à saúde da mãe e da criança foram observados naquelas mães que participaram da intervenção desde a gestação (Olds & Kitzman, 1993). Kearney, York e Deatrick (2000) salientam que a relação família-visitador é fortalecida quando há visitas pré-natais. O estudo de Weiss (1993) demonstrou, contudo, que programas que oferecem visitas domiciliares apenas durante a gestação não produzem ganhos de desenvolvimento significativos para as crianças, tampouco mudanças nos cuidadores no período pós-natal. O ideal é que as intervenções iniciem no período pré-natal e se estendam até a primeira série do ensino fundamental (Tolani *et al.*, 2006).

Com relação ao currículo, Olds, Sadler e Kitzman (2007) ao realizarem revisão de programas de visita domiciliar para famílias de baixa renda e em vulnerabilidade, nos Estados Unidos, encontraram que intervenções muito focalizadas eram frequentemente menos bem sucedidas do que aquelas mais abrangentes e com um currículo claramente definido. Um aspecto fundamental é que o currículo seja culturalmente relevante e responda às necessidades da população a quem se destina. Ao analisar os efeitos de programas de visita domiciliar, Tolani e colaboradores (2006) também sugerem que os programas mais abrangentes são os mais bem sucedidos em promover a mudança de comportamentos parentais.

Poucos programas de visita domiciliar, entretanto, alteraram significativamente o desenvolvimento infantil (Brooks-Gunn & Markman, 2005; Olds *et al.*, 2002), sendo



o NFP uma notável exceção. Algumas hipóteses podem ser levantadas: os programas de visita domiciliar não têm intensidade suficiente para alterar o desenvolvimento de crianças em situação de risco ou vulnerabilidade; o currículo não é adequado; ou ainda a maioria dos visitantes não tem a formação e/ou capacitação necessárias para uma intervenção de qualidade.

A maioria dos estudos disponíveis sobre o impacto dos programas de visita domiciliar utiliza metodologia quantitativa e investiga a relação entre as características do programa e os resultados obtidos (Heaman *et al.*, 2006; Kitzman, 2004). Pesquisas disponíveis indicam que os programas de visita domiciliar produzem melhores resultados quando contratam profissionais qualificados, como enfermeiras(os) (Olds *et al.*, 2002), estão embasados em teorias de mudança de comportamento e desenvolvimento, focalizam fatores de risco e seguem um currículo bem estruturado ao longo das visitas (Zercher & Spiker, 2004).

Korfmacher, Kitzman e Olds (1998) apontaram a necessidade de realizar estudos qualitativos e quantitativos para melhor investigar a intervenção domiciliar. Nessa direção, Heaman e colaboradores (2006) pesquisaram os fatores para o sucesso de programas de visita domiciliar para a primeira infância, a partir da visão de enfermeiras, visitantes e pais. Os componentes relacionados pelos participantes ao sucesso das intervenções foram: (i) orientado por uma filosofia; (ii) participação voluntária dos pais; (iii) visitas domiciliares regulares; (iv) currículo para orientar as intervenções do visitante; e (v) atenção especial à seleção, capacitação e supervisão dos visitantes domiciliares.

Bernstein (2002) destaca quatro atividades necessárias à melhoria da efetividade dos programas. São elas: (i) construir relacionamentos positivos com as famílias, e não

ficar aprisionado por seus problemas; (ii) promover a relação mãe-bebê para apoiar o desenvolvimento infantil; (iii) identificar as fortalezas da família e utilizá-las em benefício dos objetivos do programa; e (iv) garantir supervisão reflexiva para os visitantes para fortalecer suas habilidades e protegê-los do excesso de estresse.

Uma parte significativa de variações na implementação dos programas é decorrente de aspectos críticos do desenho do programa, tais como definir corretamente a população-alvo, intervir nos momentos mais críticos do desenvolvimento, e prover serviços que, na perspectiva dos participantes, reduzam sua vulnerabilidade (Olds *et al.*, 2007). Programas melhores estruturados têm mais chance de envolver a clientela, produzir cuidados funcionais e efeitos positivos sobre o desenvolvimento infantil (Olds *et al.*, 2007). Há, ainda, evidências de que os participantes classificados como pertencentes ao grupo de mais alto risco obtêm melhores resultados do que os participantes com menor risco (Kitzman, 2004; Olds, 2002; Olds, 2006).

Olds e Kitzman (1993) chamaram a atenção para as múltiplas dimensões relativas à implementação de visitas domiciliares que precisam ser analisadas, tais como a natureza do programa, seu currículo e a qualidade da interação família-visitador. Buscar descobrir o “ingrediente ativo” do sucesso de visitas domiciliares por meio da análise do envolvimento dos pais é uma tendência recente em pesquisas sobre o tema (Wagner, Spiker, Linn, Gerlach-Downie, & Hernandez, 2003; Zercher & Spiker, 2004).

## 1.2 A relação família-visitador

Conforme destacou Gomby (2005), o visitador domiciliar é o programa para as famílias. Para que o programa obtenha a adesão da população alvo e alcance seus objetivos, portanto, é fundamental que os visitantes estabeleçam uma relação de confiança com as famílias atendidas (Kitzman, Cole, Yoos, & Olds, 1997; Weiss,

1993). Os visitantes necessitam ter habilidades pessoais bem desenvolvidas porque a forma com que eles abordam as famílias, prática e emocionalmente, influencia a resposta por parte dos pais, isto é, se seguirão ou não as suas orientações. (Watson & Tully, 2008). Além disso, os visitantes precisam ter as competências e habilidades requeridas para uma comunicação efetiva (Davis & Spurr, 1998; Davis *et al.*, 1997; Davis & Rushton, 1991). Segundo Gomby (2005), o visitante também necessita de habilidades cognitivas (para o planejamento e o registro das atividades realizadas), organizacionais (para implementar o programa conforme as diretrizes) e de resolução de conflitos (para lidar com temas familiares emergentes).

A maioria dos programas enfatiza a importância de um relacionamento positivo entre a família e o profissional (Kitzman *et al.*, 1997). Certamente, a qualidade do relacionamento é um preditor dos resultados. Quando a intervenção destina-se a famílias em vulnerabilidade, contudo, muitas mães apresentam ambivalência em relação à adesão ao programa porque percebem o visitante como alguém que fiscaliza e que poderá julgá-las como “mães inadequadas” (Jack *et al.*, 2005).

Segundo Olds, Sadler e Kitman (2007), os programas devem ser capazes de responder a uma pergunta fundamental: “Por que os pais desejariam empregar seu tempo para participar do programa?”. Intervenções destinadas à família devem responder aos interesses, às preocupações e às motivações dos pais, bem como utilizar métodos clínicos para promover mudanças comportamentais (Miller & Rollnick, 2002).

Evidências sugerem cada vez mais que apenas uma amizade construída não é suficiente para produzir os resultados esperados. Uma relação apenas de amizade pode fornecer alívio temporário para isolamento e desespero, mas talvez não seja suficiente para construir os recursos necessários para produzir resultados eficazes e duradouros para famílias, mães e crianças (Kitzman, 2004).

Korfmacher e colaboradores (1999) investigaram as diferenças na implementação de programa de visita domiciliar durante a gestação e os primeiros anos de vida do bebê quando realizado por enfermeira ou por profissional de nível médio. O comportamento das mães sugeriu diferenças significativas em suas percepções sobre o valor da intervenção. Mães visitadas por profissionais de nível médio apresentaram maior tendência a abandonar o Programa do que aquelas visitadas por enfermeiras. Profissionais de nível médio apresentaram um maior percentual de tentativas frustradas de visitas do que as enfermeiras. As mães valorizaram mais a visita das enfermeiras e seguiram mais suas sugestões e orientações, em relação àquelas visitadas por profissionais de nível médio. Além disso, os supervisores gastaram um tempo significativo trabalhando temas relacionados às identificações e aos sentimentos despertados nos profissionais de nível médio em sua interação com as famílias atendidas (Korfmacher *et al.*, 1999). Na relação família-visitador, os profissionais de nível médio se deparavam com muitas situações similares à sua própria experiência de vida, tais como problemas de habitação, acesso limitado à informação, violência doméstica, etc.

Korfmacher (2007) discutiu a experiência de famílias e de profissionais que participam de programas voltados à primeira infância, referindo Emde que salientou a importância do *sentido* da intervenção para os participantes (Emde, 1988, p. 275 *apud* Korfmacher, 2007). O sentido (em inglês, *meaning*) faz referência a como uma pessoa vivencia determinado acontecimento. Isto mobiliza a percepção, a sensação, o sentimento e envolve um ato interpretativo, ou seja, a evocação de experiências pregressas do indivíduo e uma avaliação se o evento atual é familiar ou não, prazeroso ou desprazeroso. A família e o profissional constroem suas percepções acerca do atendimento na medida em que o trabalho e a interação progridem. Esse é um processo

vivo, dinâmico, que mobiliza vivências anteriores. É nesse ponto de convergência intersubjetiva que um novo sentido emerge. Segundo Korfmacher (2007), o sentido da experiência depende, essencialmente, da qualidade do relacionamento que é formado entre os membros da família e o profissional, e a forma pela qual esta relação se conecta com outras relações da vida familiar.

O estabelecimento de uma aliança efetiva entre família e visitador, a melhoria da comunicação entre eles e o aumento da motivação materna para aperfeiçoar suas habilidades para o cuidado da criança foram aspectos ressaltados por Jack e colaboradores (2005), como resultados do desenvolvimento da confiança. Os autores salientam, ainda, que à medida que a confiança no visitador aumenta, o sentimento de vulnerabilidade da mãe diminui e ela se mostra mais disponível para discutir assuntos pessoais e significativos.

Davis e colaboradores desenvolveram um modelo de ajuda intitulado *Family Partnership Model*, no qual a relação família-provedor de serviço é apresentada como uma parceria, definida pela participação mútua, poder compartilhado, experiência e conhecimento de ambos os parceiros, acordo sobre os objetivos e processos de trabalho, negociação, confiança, respeito mútuo, e uma comunicação aberta e honesta (Davis, Day, & Bidmead, 2002; Davis & Meltzer, 2007). Este modelo enfatiza que os profissionais necessitam também demonstrar qualidades como empatia, respeito e humildade para estabelecer uma relação de trabalho e prover um contexto no qual os pais sintam-se apoiados e fortalecidos para resolver os seus problemas (Kirkpatrick, Barlow, Stewart-Brown, & Davis, 2007).

Um relacionamento baseado no cuidado significa a provisão de apoio emocional e prático, com a finalidade de minimizar os aspectos vulneráveis da família, reduzindo, por exemplo, o estresse e a experiência de isolamento da mãe. A finalidade é que a mãe

esteja emocionalmente amparada e devidamente informada para atender às necessidades do bebê, da melhor maneira possível. O relacionamento deve ser, portanto, confiável e aberto para poder prover apoio às dúvidas e às angústias da família. A filosofia subjacente é expressa na frase “*Do unto others as you would have others do unto others*” (Korfmacher, 2007), que significa “Faça com os outros aquilo que você quer que eles façam com os demais”.

Segundo Swick (2004), relações autênticas fortalecem e responsabilizam todos os envolvidos. Uma parceria sólida e saudável entre a família e o profissional inclui auto-percepção, comunicação efetiva, mutualidade e respeito, uma visão positiva sobre os talentos e as habilidades do outro, um propósito comum, honestidade, confiança e um sentido de espiritualidade. Jack e colaboradores (2005) destacam que o engajamento de mães vulneráveis em programas de visita domiciliar percorre três fases, a saber: a superação do medo; a construção de laços de confiança; e a busca pela mutualidade, isto é, o compartilhamento recíproco entre mãe e visitador de experiências pessoais de vida e de experiências relativas à maternidade.

O principal empecilho para o desenvolvimento de uma visão positiva dos pais em relação ao visitador é a atitude do mesmo (Swick, 1995). Profissionais que expressam um julgamento ou uma visão negativa acerca da família criam barreiras para o seu efetivo engajamento (Swick & Graves, 1993). Outro estudo (Dinnebeil & Rule, 1994 *apud* Allen, 2007) aponta como empecilho para uma relação efetiva entre família e provedor de serviço o número insuficiente de visitas domiciliares e intervenções que não apóiam os esforços e necessidades parentais.

Quando os pais se sentem valorizados e necessários para o alcance dos resultados da intervenção, entretanto, sua participação é fortalecida (Powel, 1998). Swick (1995) afirma que os pais valorizam aqueles profissionais que os reconhecem

como indivíduos capazes de cuidar do bebê. Para o autor, pais que se sentem valorizados pelos visitantes tendem a responder de forma positiva e apresentar maior adesão ao programa. Outro aspecto, destacado pelos pais, e que tem um impacto positivo na visão que os mesmos têm do visitador é o acesso a serviços necessários à família (Swick, 1995). Como, por exemplo, apoiá-los a identificar uma creche para o bebê; auxiliá-los a estreitar os laços com os serviços de saúde; aproximar a família dos programas de bem-estar social e de transferência de renda.

Kirkpatrick e colaboradores (2007) investigaram a percepção de mães que participaram de programa de visita domiciliar sistemático, na gestação e no primeiro ano de vida do bebê, na Inglaterra. Verificaram que, apesar do receio inicial e do preconceito em relação aos visitantes (profissionais de saúde e serviço social), ao final da intervenção, as mães valorizavam significativamente o relacionamento construído com o visitador. Além disso, identificaram como resultados do programa: o desenvolvimento da confiança; a melhoria da saúde mental materna; a provisão de cuidados mais adequados com o bebê; o fortalecimento de relacionamentos; e a mudança de atitude das mães em relação aos profissionais. Os achados demonstraram o potencial de visitas domiciliares sistemáticas realizadas em parceria, para envolver e apoiar mães em vulnerabilidade e com baixa adesão aos serviços de saúde tradicionais.

Segundo Angeles-Bautista (1998), os profissionais que atuam na área do desenvolvimento infantil devem interagir com os pais de duas formas fundamentais, porém distintas. Uma delas implica reconhecê-los como cuidadores que necessitam de apoio, empatia e informação sobre os cuidados e a educação infantil. A outra abordagem é vê-los como adultos aprendizes e indivíduos que também vivenciam processos de mudança e desafios, que requerem apoio e atenção, mas que aportam ao programa sua própria experiência de vida e conhecimento. Para a autora, portanto,

trabalhar com crianças pequenas implica sempre trabalhar com seus pais e vice-versa. Conclui afirmando que os pressupostos que os profissionais formam sobre os pais e as premissas que orientam a intervenção vão, em última análise, determinar se o fortalecimento das competências parentais será ou não sentido pela família como algo real, factível e que traz benefícios para eles e para seu filho.

### *1.3 Programa Primeira Infância Melhor (PIM)*

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul estruturou e iniciou a implantação do PIM, em parceria com as Secretarias Estaduais da Educação, da Cultura, da Justiça e Desenvolvimento Social (anteriormente denominada de Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social), o Gabinete da Primeira Dama (Governo do Estado do Rio Grande do Sul [GERGS], 2003), e administrações municipais, a partir de 2003. O PIM tem como objetivo “orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral dos seus filhos, desde a gestação até os seis anos de idade, com ênfase no período de zero a três anos” (Schneider & Ramires, 2007, p. 23).

Trata-se de um programa sócio-educativo destinado, prioritariamente, a famílias de baixa renda. Visitas domiciliares e atividades comunitárias, realizadas por visitantes capacitados pelo Programa, são as principais estratégias de intervenção. O PIM é implantado em áreas cuja população se encontra em situação de vulnerabilidade e risco social, que concentram um elevado número de crianças de zero a seis anos e gestantes, que apresentam índices elevados de mortalidade infantil e baixa cobertura de atendimento na educação infantil (Schneider & Ramires, 2007).

O PIM foi instituído como parte integrante da Política Estadual de Promoção do Desenvolvimento da Primeira Infância, mediante a Lei Estadual nº. 12.544, de 03 de



julho de 2006. O desenvolvimento integral das crianças desde a gestação até os cinco anos de idade, que é objeto dessa lei, inclui os aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais (GERGS, 2006). Em seu Artigo 4º são definidas as ações do PIM, dentre as quais, destacam-se: (i) apoiar e fortalecer as competências da família como primeira e mais importante instituição de cuidado e educação da criança nos primeiros anos de vida; (ii) prestar assistência social às crianças e às famílias beneficiadas por serviços de proteção social básica; (iii) prestar toda e qualquer orientação às famílias sobre cuidados de saúde da gestante e da criança, em articulação com os programas de saúde da mulher, da criança e da família (GERGS, 2006).

Em julho de 2010, o PIM já estava implantado em 247 municípios gaúchos, provendo atendimento sistemático a 57.075 famílias, 85.613 crianças de até seis anos de idade e 6.849 gestantes, por meio da atuação de 2.283 visitantes habilitados (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/PIM [SES/RS/PIM], 2010).

O PIM foi fortemente influenciado pelo Programa Social de Atenção Educativa *Educa a Tu Hijo*, implantado em Cuba a partir de 1992. O objetivo deste programa é alcançar o desenvolvimento infantil integral máximo das crianças de zero a seis anos de idade, a partir de uma intervenção intersetorial e comunitária, contando com a decisiva participação da família (Ministerio de Educación de Cuba [MINED], Unicef, & Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar, s.d.). O *Educa a Tu Hijo* é coordenado pelo Ministério da Educação, e funciona sobre a base de um sistema de atenção integrado e articulado com outros Ministérios, organizações da sociedade civil, promotores e executores voluntários e, sobretudo, com a adesão das famílias.

No modelo cubano, a intervenção também inicia durante a gestação. As famílias cadastradas recebem orientação sistemática de um médico e de uma enfermeira da família, além de outros executores (esses, voluntários), que realizam visitas domiciliares

uma ou duas vezes por semana. O programa é articulado com as consultas de pré-natal e de puerpério. As famílias são orientadas a realizar atividades que estimulem o desenvolvimento integral de seus filhos, a partir dos conteúdos dos folhetos do programa *Educa a Tu Hijo* (MINED, s.d.). Em Cuba, o caráter intersetorial do programa prevê uma estreita integração com o setor saúde, sendo que o país conta com um médico para cada 169 habitantes e uma enfermeira e/ou parteira para cada 135 habitantes (World Health Organization, 2000). A taxa de mortalidade infantil em Cuba é comparável a de países desenvolvidos, sendo que, em 2006, foram registrados 5,1 óbitos para cada mil nascidos vivos (United Nations, 2007).

O PIM, a exemplo do modelo cubano, foi estruturado a partir de três eixos centrais: a família, a comunidade e a intersetorialidade. Os pais são considerados os primeiros e mais importantes educadores de seus filhos, portanto, alvos da intervenção. A comunidade é reconhecida como um dos espaços de troca e socialização, com recursos humanos, materiais e institucionais (Schneider & Ramires, 2007) indispensáveis para uma vivência cidadã. A intersetorialidade implica uma articulação entre os programas e as políticas voltadas às crianças de zero a cinco anos e suas famílias o que, sem dúvida, representa um desafio para qualquer iniciativa.

O Programa está alicerçado nas teorias Histórico-Cultural de Vygotsky, da Aprendizagem de Piaget, do Apego de Bowlby, do Desenvolvimento Emocional Primitivo de Winnicott, e nos aportes oferecidos pelas neurociências sobre o desenvolvimento cerebral inicial. Em relação ao currículo, o PIM conta com o Guia da Gestante (Governo do Estado do Rio Grande do Sul/Secretaria da Saúde/Programa Primeira Infância Melhor [GERGS/SES/PIM], 2007a), o Guia da Família (GERGS/SES/PIM, 2007b), cujas versões atualizadas foram publicadas em 2007, e o Guia de orientação para GTM, monitor e visitador (GERGS/SES/PIM, 2007c). Os dois

primeiros documentos ficam com a família, enquanto o terceiro é para o uso da equipe do Programa. Em 2009, foi lançada a coleção *Fazendo Arte com o PIM*, que inclui quatro volumes com sugestões de atividades lúdicas, para orientar o trabalho dos visitantes (Oliveira, 2009).

A implementação do PIM ocorre por meio de duas modalidades de atenção: individual e grupal (Schneider & Ramires, 2007). Na modalidade individual, são realizadas visitas domiciliares, com duração de 45 a 60 minutos, a gestantes e famílias com crianças de zero a dois anos e 11 meses de idade. Na gestação, as visitas domiciliares têm uma frequência quinzenal e devem ser intercaladas com uma Modalidade Grupal à Gestante e uma Reunião Comunitária (GERGS/SES/PIM, 2007c). As visitas domiciliares para famílias com crianças menores de três anos têm frequência semanal.

O objetivo das visitas domiciliares na gestação é orientar e informar a futura mãe e demais familiares sobre as características desse período do ciclo vital. Os principais temas abordados no Guia da Gestante são: gestação, pré-natal, períodos gestacionais, atividades físicas durante a gestação, parto, pós-parto, amamentação e direitos da gestante.

As visitas domiciliares durante o primeiro ano de vida do bebê objetivam orientar e demonstrar atividades práticas para os pais realizarem com seus filhos, com vistas à promoção do desenvolvimento infantil. O Guia da Família apresenta orientações sobre os distintos períodos de desenvolvimento infantil. Cada capítulo aborda três tópicos: “o que você pode fazer para que seu filho cresça e se desenvolva saudável e feliz?”; “realize atividades para desenvolver a inteligência e os movimentos do seu filho”; “cuide da saúde de seu filho”.

Nos primeiros 12 meses de vida, as orientações estão separadas por trimestre. A partir de um ano de idade até os seis anos, as informações correspondem a períodos de 12 meses. Para cada período indicado acima, há uma tabela correspondente com os indicadores de desenvolvimento infantil<sup>1</sup>, para a faixa etária. Elas cobrem as quatro dimensões do desenvolvimento acompanhadas pelo Programa, a saber: a linguagem, a motricidade, a dimensão sócio afetiva e a cognitiva (GERGS/SES/PIM, 2007c, p. 39). As tabelas são preenchidas pela visitadora durante a visita domiciliar, na presença da mãe, quando a criança atinge a idade prevista.

Em relação à equipe do PIM, as visitas domiciliares e as atividades grupais são realizadas por visitantes capacitados pelo Programa. Os visitantes têm, no mínimo, ensino médio completo e realizam uma capacitação inicial de 60 horas quando do seu ingresso. Outras capacitações são realizadas periodicamente. Cada visitador atende até 25 famílias. Para cada grupo de cinco visitantes há um monitor (profissional graduado em uma das áreas afins ao Programa, ou seja, saúde, educação ou serviço social). Compete ao monitor supervisionar e orientar o trabalho dos visitantes. A coordenação do PIM em cada cidade é realizada pelo Grupo Técnico Municipal (GTM) composto por especialistas das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social e Cultura. O GTM é elemento chave para garantir a intersectorialidade e a integralidade da atenção às famílias com gestantes e crianças de zero a cinco anos.

Nos bairros onde há Estratégia de Saúde da Família (ESF), são os agentes comunitários de saúde que repassam às visitadoras do PIM a indicação das famílias e casas onde há gestantes e crianças pequenas. Essas famílias recebem uma primeira visita para a apresentação dos objetivos, equipe e funcionamento do PIM, realizada pela visitadora. Quando a família aceita participar, é realizado o seu cadastramento mediante

---

<sup>1</sup> As tabelas correspondentes aos quatro trimestres do primeiro ano de vida são apresentadas no Anexo D.

o preenchimento de formulários específicos do Programa, e as visitas domiciliares começam a ser realizadas.

As visitas são precedidas de planejamento por escrito, realizado pela visitadora e supervisionado pela monitora. Cada visita percorre três momentos fundamentais: o momento inicial (com a retomada da atividade anterior e a orientação da atividade do dia); o segundo momento (execução da atividade); e o terceiro momento (avaliação e orientação para o desenvolvimento da atividade durante a semana) (GERGS/SES/PIM, 2007c). Ao final dos encontros, a visitadora registra em formulário do Programa suas observações em relação a potencialidades e dificuldades da gestante, da família ou do bebê.

Tendo em vista o que foi discutido até aqui, os objetivos deste estudo foram: a) investigar as percepções maternas sobre as visitas domiciliares realizadas na gestação e no primeiro ano de vida do bebê no âmbito do PIM; b) analisar o grau de satisfação das mães com relação às orientações e atividades propostas pelo visitador e a sua adesão às mesmas e ao Programa; c) contribuir para uma avaliação e reflexão crítica do PIM.

## **2. Método**

Foi utilizado um delineamento qualitativo, exploratório, transversal, baseado no procedimento de Estudo de Casos Múltiplos. Os participantes foram mães primíparas que aderiram ao PIM ainda durante a gestação, residentes em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, onde o Programa foi implantado em 2005; os bebês que essas mães deram à luz; e as visitadoras que trabalharam com essas mães durante suas gestações e o primeiro ano de vida dos seus bebês. Cada dupla mãe-bebê e sua visitadora foram consideradas um caso.

### 2.1 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam a pesquisadora e sua orientadora, tendo sido aprovado sob o registro nº CEP 09/103 (Anexo B). O comitê também aprovou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), que apresenta os esclarecimentos necessários à participação das mães e das visitadoras no estudo. Todos os participantes assinaram o TCLE, por ocasião da entrevista. Todos os princípios e cuidados éticos foram respeitados, visando assegurar o bem-estar e a integridade dos participantes do estudo.

### 2.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, a coordenação do Programa em nível estadual foi contatada para apresentação do projeto de pesquisa e verificação da sua anuência com relação à realização do mesmo. Mediante sua concordância, uma cidade foi escolhida, a partir da análise de informações contidas no banco de dados em relação aos critérios de inclusão (ser mãe primípara, haver participado do PIM desde a gestação, não ser adolescente, ter sido acompanhada pela mesma visitadora, ter um bebê entre nove e doze meses aproximadamente, e viver em uma cidade próxima da região metropolitana de Porto Alegre). Com base nesses critérios, foram identificadas as cidades de Arroio dos Ratos e Esteio, contatando-se, então, os GTMs para a apresentação do projeto, verificação da viabilidade de sua realização naquelas localidades e obtenção da concordância para a realização do mesmo. Viabilizou-se a realização do estudo em Arroio dos Ratos, onde as mães participantes foram indicadas pelo GTM, com base nos critérios de inclusão descritos acima. As visitadoras participantes foram aquelas que trabalhavam com cada dupla mãe-bebê.

Os seguintes instrumentos foram utilizados para coleta de dados: a) observação de uma visita domiciliar realizada pela visitadora; b) entrevista semi-estruturada com a mãe, realizada no seu domicílio, de cerca de uma hora de duração, gravada e posteriormente transcrita; c) entrevista semiestruturada com a visitadora, realizada na Unidade Básica de Saúde onde se situa a coordenação do Programa no município; e d) análise dos registros sistemáticos das visitadoras sobre os atendimentos a domicílio e registros dos ganhos de desenvolvimento infantil, disponibilizados pelas visitadoras e incluídos no banco de dados do Programa.

### 2.3 Procedimentos de Análise de Dados

A análise dos dados seguiu a técnica de proposições teóricas de Yin (2005). Os seguintes passos foram percorridos: 1º. descrição abrangente do caso, integrando os dados obtidos na observação da visita domiciliar, nas entrevistas com a mãe e com a respectiva visitadora, e na análise documental; 2ª. construção da explanação, buscando articular teoricamente as percepções maternas sobre o PIM identificadas; 3º. síntese de casos cruzados, buscando identificar convergências e divergências entre os casos, e buscando responder aos objetivos do estudo.

## 3. Resultados

Participaram do estudo três mães com 21, 23 e 21 anos de idade, cujos bebês tinham, respectivamente, 9, 13 e 11 meses de idade na época da realização do estudo. As duas visitadoras que trabalhavam com essas mães também fizeram parte do estudo. As tabelas 1 e 2 sintetizam os dados gerais sobre os casos e os dados das visitadoras. A seguir, apresentam-se os dados obtidos em cada Estudo de Caso.

Tabela 1

*Dados gerais dos estudos de caso*

	CASO 1 (Fátima/João)	Caso 2 (Isabel/Luis)	Caso 3 (Manuela/Sofia)
Idade da mãe ao ingressar no PIM	21 anos	23 anos	21 anos
Período gestacional ao ingressar no PIM	21 a 24 semanas	16 semanas	17 a 20 semanas
Nível de escolaridade da mãe	3ª série do Ensino Fundamental	Ensino médio	7ª série do Ensino Fundamental
Estado civil	Solteira	Solteira	Solteira
Situação familiar	Vive com o bebê e com sua mãe	União estável (com o pai do bebê)	União estável (com o pai do bebê)
Ocupação da mãe	Do lar (participa eventualmente de mutirões da Prefeitura)	Do lar	Empregada doméstica
Responsável pela manutenção econômica da família	Avó materna (aposentada)	Somente o pai do bebê	Casal
Renda familiar (R\$)	465,00 + Benefício do Bolsa Família	1.800,00	820,00
Percentual de visitas do PIM na gestação	40%	72%	89%
Tipo de parto	Normal	Cesariana	Normal
Intercorrência perinatal	Infecção vaginal da mãe passou para o bebê, no parto. RN ficou 10 dias na UTI.	-	Problema no seio materno (“figo”)
Idade do bebê na realização do Estudo de Caso	9 meses	13 meses	11 meses
Percentual de visitas do PIM do nascimento à realização do estudo de caso	33%	53%	53%



Resultado das Avaliações Trimestrais do Desenvolvimento Infantil	1º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (8 de 8)	1º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (7 de 8)	1º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (8 de 8)
	2º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (7 de 7)	2º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (6 de 7)	2º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (7 de 7)
	3º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (7 de 8)	3º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (8 de 8)	3º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (8 de 8)
	4º Trimestre Avaliação ainda não realizada	4º Trimestre “Consegue fazer sozinho” (7 de 8)	4º Trimestre Avaliação ainda não realizada

Tabela 2

*Dados sobre as visitadoras*

	Visitadora 1	Visitadora 2
Casos atendidos	Caso 1 (Fátima/João)	Casos 2 e 3 (Isabel/Luis e Manuela/Sofia)
Idade	24 anos	31 anos
Nível de escolaridade da visitadora	Ensino médio	Educação superior em curso (Licenciatura em Matemática)
Data de ingresso no PIM	Setembro/2008	Novembro/2007
Data realização do Estudos de Caso	Abril/2010	Caso 2 – Maio/2010 Caso 3 – Dezembro/2009
Horas de capacitação	120	150
Número de famílias acompanhadas	25 famílias	25 famílias

### Caso 1 – Fátima e João<sup>2,3</sup>

Fátima é uma jovem de 21 anos (no mês seguinte ao da entrevista completaria 22 anos), solteira, mãe de João, com nove meses de idade. Mãe e filho residem com a avó materna, a senhora Neiva, na casa desta. A família vive em condições bastante precárias, em um terreno com outras casas de madeira. A casa tem quatro peças e não possui refrigerador. A renda familiar provém da aposentadoria da avó (R\$ 465,00 – quatrocentos e sessenta e cinco reais, mais o benefício do programa Bolsa-Família).

Fátima é a filha caçula de uma prole de seis filhos, sendo que apenas três foram criados pela mãe biológica. Há, na família, epiléticos e alcoolistas. Fátima recebeu o diagnóstico de autismo quando pequena. Segundo Neiva, a filha cursou sete vezes a primeira série do Ensino Fundamental, e só recentemente teria voltado a estudar, estando atualmente na 4ª série.

Fátima começou a trabalhar aos 14 anos de idade. Conheceu o pai do João em uma festa e ficou com ele apenas uma vez. Não tinha planos de namoro nem de casamento com ele. Quando soube da sua gravidez “*levou um susto*” e, de início, não aceitou.

Fátima ingressou no PIM por incentivo de sua mãe e começou a participar do Programa no sétimo mês de gestação. Inicialmente, ela não queria participar, pois tinha medo que fossem lhe tirar o bebê, achou que seria investigada, se estava tratando bem o filho, se estava se cuidando bem na gravidez. “*Fiquei meio com medo que fosse outra coisa. Aí uma hora eu fui lá vê elas [as visitadoras], como é que elas trabalhavam e aceitei botar o meu nome lá pra elas vim me visitar aqui*”.

---

<sup>2</sup> Os nomes aqui utilizados foram modificados para preservar a identidade dos participantes do estudo.

<sup>3</sup> No Anexo A é apresentado um Relatório de investigação com a descrição detalhada de cada caso.

Segundo os registros do Programa, Fátima recebeu a primeira visita domiciliar 31 dias após o preenchimento do seu cadastro no PIM. Dessa data até o nascimento do bebê, transcorreram 15 semanas. Nesse período, ela recebeu seis visitas, 40% do total de visitas previstas, já que o programa vem trabalhando com uma sistemática de visitas semanais na gestação. Revela que nem sempre lia o Guia da Gestante antes das visitas, complementando: *“Mesmo assim ela vinha, falava, lia comigo se eu não lesse”*.

No início do atendimento a domicílio, a visitadora relatou *“fiquei bem apavorada aqueles primeiros mês que eu comecei a ir lá”*. Refere que ficou muito mobilizada por dois motivos: 1º) pela falta de recursos materiais da família que vivia em uma situação de extrema vulnerabilidade; 2º) pelo fato de a mãe ter diagnóstico de autismo. Recorda que, nas primeiras visitas, *“ela [a mãe] me olhava e parecia que não tava me entendendo [...] eu deixava o material pra ela ler e sozinha ela não lia [...] As vez eu chegava e lia junto com ela pra mim depois ter certeza que ela ia tá com aquela informação. Que não foi por falta de informação que ela fez ou deixou de fazer algum tratamento ou alguma coisa né”*. Sobre a relação família-visitador complementa: *“é uma troca; a gente tenta fazer o máximo que pode pra elas não ter o que questionar, que reclamar da parte da gente né”*.

Fátima teve anemia na gestação e disse que não tomou direito os remédios que a médica mandava. O parto foi normal, embora demorado e difícil. Ela estava com uma infecção vaginal, que foi transmitida para o bebê. Por esse motivo, ele ficou 10 dias na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Durante esse período, ela também permaneceu no hospital (nem teria dinheiro para pagar as passagens para que pudesse ir e vir).

O cadastro do bebê no PIM ocorreu um mês após o seu nascimento, e a segunda visita foi realizada dois meses e meio depois da primeira. O bebê estava com três meses. A atividade relatada foi a leitura do Guia da Família, com foco no que a criança começa

a fazer nessa fase e em como a mãe pode estimulá-lo. Sempre que possível, foi incluída a participação da avó, que ajudava bastante e estimulava o bebê.

Fátima está recebendo a orientação de uma advogada para providenciar o exame de DNA e solicitar auxílio do pai para as despesas do menino. Conta com o apoio da sua mãe (nos cuidados e também com apoio material) para criar o filho. Quando a avó falava com o neto, ele olhava para ela, estabelecendo um contato visual recíproco. Isso nem sempre foi observado na interação com a sua mãe. João ainda mama no peito. À noite, ele dorme na cama com a sua mãe. A avó leva o bebê para passear, eventualmente.

João é uma criança ativa, alegre, com um desenvolvimento motor muito bom (com nove meses já fica de pé no sofá e se move de um lado para o outro, se apoiando no encosto do sofá). Sentou sozinho antes dos seis meses. Ele é um bebê sorridente. Demonstrou interesse e curiosidade pelos brinquedos que a visitadora trouxe para a atividade. A avó, sra. Neiva, confia seu receio de que a “esperteza” precoce do neto desapareça quando ele crescer. E que, no futuro, João apresente problemas cognitivos ou mentais a exemplo de outros familiares, inclusive de sua mãe.

A visitadora revelou para a pesquisadora suas dúvidas em relação à capacidade da família para cuidar do bebê e estimulá-lo apropriadamente. Refere: *“Até que pra toda a situação que eu pensei que ele iria não ter o progresso normal ou tão rápido ele tá bem desenvolvido, bem esperto [...] valeu a pena tudo o que foi feito antes né de ele vir. O resultado tá valendo a pena”*.

Do cadastro de João no Programa até a realização do Estudo de Caso transcorreram 33 semanas. Neste período, 11 visitas foram realizadas, 33% das que estavam previstas, portanto.

Nas avaliações trimestrais de ganhos do desenvolvimento infantil, o bebê “*consegue fazer sozinho*” todos os indicadores do primeiro e segundo trimestres. No terceiro, realiza sete de oito indicadores sozinho, mas, com ajuda, consegue colocar e tirar objetos de diferentes tamanhos de uma caixa.

Por ocasião da observação da visita domiciliar, foi constatado que a casa estava bastante suja. O bebê estava com pouca roupa, não agasalhado adequadamente. Fátima pediu desculpas pela bagunça e sujeira da casa, disse que ela ficava envergonhada, mas que também tinha preguiça de arrumar. Disse que às vezes ficava entretida vendo um programa de TV, e quem nem sempre ela consegue se motivar para ajudar a sua mãe.

Na opinião da avó materna, o PIM ajudou Fátima a não ser “*tão desleixada com o João*”. Complementa: “*Ela tá até um pouco desleixada, mas ela seria muito mais desleixada e com a participação do PIM ela se anima mais*”.

Fátima acha que o Programa a ajuda a lidar com a criança como mãe, a conhecer melhor o filho: “*O tratamento com o João desde que ele nasceu eu tô gostando né, aprendendo a ser mãe e com as visita da Betina [visitadora] eu aprendi um pouco mais. Tipo, como dá mamá, fazer dormi. Como ter paciência, que no início eu não tinha muita paciência quando ele acordava chorando. A noite toda chorando. Tem que saber os modo que ele queria dormir, de trocar, dá banho.*”

Na fala da mãe, fica clara a importância do relacionamento com a visitadora. Fátima afirma que a visitadora “*se importa comigo, desde a gravidez, se importa muito com o João*”. Afirmou que “*a atenção dela foi muito marcante. Vem a ser muito amiga da gente.*” Fátima valoriza o fato de a visitadora não apenas brincar com João (“*Eu me sinto feliz quando ela vem ver o desenvolvimento do João*”), mas também o fato de conversar com ela, dar-lhe atenção. No início do atendimento, a visitadora ficou

mobilizada pela condição de pobreza da família e fez doação de roupas, utensílios e fraldas para a família se preparar para a chegada do bebê.

Participar do PIM significa, para Fátima, “*um ensinamento do que é ser mãe, do que é uma criança [...] Porque tem muitas jovens menor de idade tendo relações com namorado e engravidando. Isso é um ensinamento pras mães jovens, moças, tendo o primeiro filho e aprendendo a ser mãe. Pra ela não desistir, de não lutar, de ser mãe. Porque no começo eu achei uma dificuldade, como eu disse, eu não [...] no começo eu não tinha aceitado, mas depois eu aprendi a amar o João, eu compreendi que Deus me enviou o João pra mim ser uma pessoa mais madura*”.

## **Caso 2 – Isabel e Luís**

Isabel é uma jovem de 24 anos, mãe de Luís de 13 meses de idade. Vive com o pai do bebê há cinco anos. Ambos os pais têm ensino médio completo. A mãe é do lar e se ocupa do cuidado com o filho, enquanto seu esposo trabalha. A renda familiar mensal é de R\$ 1.800,00 (hum mil e oitocentos reais), acima da média das famílias do PIM.

A família reside em uma casa de alvenaria, com cinco cômodos e pátio gradeado. Mãe e bebê são dependentes no plano de saúde privado que o pai possui como um dos benefícios do seu contrato de trabalho.

Isabel foi estimulada a participar do PIM pela psicóloga com quem realizava psicoterapia na Unidade Básica de Saúde, quando estava com 16 semanas de gestação. Recorda: “*Porque ela [a psicóloga] me falou do PIM que seria bom pro bebê, como eu não ia tá fazendo mais [a psicoterapia], não ia ter mais consultas, seria bom ter uma visita em casa, pra gravidez, pro bebê. E aí que ela me falou da Magda [visitadora]*”.

Após o primeiro contato com a visitadora do PIM na sua casa, a mãe decidiu aderir ao programa. Na época, já havia realizado algumas consultas de pré-natal e três ecografias, na rede privada. Sabia que o feto estava se desenvolvendo bem.

Todas as visitas realizadas foram precedidas do planejamento da atividade, por parte da visitadora. As intervenções foram embasadas nas orientações e sugestões de atividades contidas nos Guias da Gestante e da Família.

No início do atendimento, seu companheiro duvidou da veracidade de algumas informações repassadas pela visitadora (que o feto escuta a voz da mãe e sons do ambiente a partir de determinado período gestacional). A visitadora relembra: *“ele não encostava, como se não tivesse nada ali e ao longo do tempo ele foi chegando mais perto e foi um tempo que ele disse pra Isabel “agora eu me sinto mais pai”*. Ele passou a participar das visitas domiciliares sempre que estava em casa, e se tornou um aliado do programa. Para a mãe, a importância do pai na gestação foi um dos assuntos mais significativos do Guia da Gestante.

A mãe esclarecia suas dúvidas com seu médico, consultando na Internet ou com a visitadora do PIM. Isabel salienta que: *“dá pra entender tudo o que ela [visitadora] explica. O que ela fala ali eu entendo, a gente aprende”*.

À medida que ela e a visitadora foram se conhecendo, *“foi criando amizade”*. Refere que *“aprendi bastante coisa no PIM, então não teve muito problema né [...] a gente aprende muita coisa com eles [os bebês] também”*. Durante a gravidez, Isabel lembra que tinha medo de não saber cuidar do bebê *“... achei que não ia poder, mas consegui né [...] Tive que aprender a ser mãe. Tive que ficar bem responsável e a gente vai aprendendo. Acho que o tempo mesmo. E ele [o filho] cada dia uma coisa nova e a gente aprende também com eles”*.

Durante a gestação, foram realizadas 13 visitas domiciliares em 18 semanas, ou seja, 72% do total de visitas previstas. No município, o atendimento à gestante é semanal.

Luís nasceu de cesariana por opção materna. Foi cadastrado no PIM, pela visitadora, oito dias após o nascimento. Na oportunidade, pesava 3,215Kg. Foi amamentado até os cinco meses de idade. Segundo sua mãe, ele come de tudo.

Do cadastro de Luis no PIM até a realização do estudo de caso transcorreram 49 semanas úteis. Neste período, 26 visitas foram realizadas, 53% das que estavam previstas, portanto. Segundo registros da modalidade de atenção individual, mãe e visitadora se comunicavam quando era preciso desmarcar ou re-agendar uma visita.

Segundo dados sobre a caracterização da convivência familiar (contidos no banco de dados do Programa), a família brinca todos os dias com a criança, conversa com ela várias vezes ao dia, leva a criança para passear uma vez por semana, não mostra livros ou figuras, não conta histórias e não ensina canções e/ou canta. Segundo os registros, a família demonstra afeto com palavras e gestos de carinho.

Quando o bebê estava com sete meses de idade, a mãe escreveu um depoimento sobre sua experiência no PIM, por estímulo da visitadora, onde consta *“O PIM na minha vida é importante, útil, bom [...] por levar a cada casa união entre pais e filhos, educação, ensinam como ter uma alimentação e uma vida saudável, brincadeiras e principalmente a união da família, se compreenderem e se respeitarem [...] por ensinarem mães inexperientes [...] os filhos crescem felizes e aprendem brincando com o PIM nas suas casas. E meu filho se diverte e a cada dia participa mais.”* No seu depoimento ela cita a visitadora quando escreve: *“[...] ela participa de nossas vidas, e a gente aprende com ela, e compartilha coisas com ela”*.



A visitadora testemunha a favor da adesão dos pais ao Programa quando registra: *“prestaram muita atenção nas explicações e seguem as mesmas à risca [...] A família adora o PIM, lê bastante o Guia e o pai é presente tanto nas consultas ao Pediatra quanto nas visitas do Programa”*.

Em relação às avaliações trimestrais de ganhos do desenvolvimento, no primeiro, segundo e quarto trimestres, o bebê consegue fazer sozinho todos os indicadores à exceção de um. No terceiro trimestre, o bebê consegue fazer sozinho todos os oito indicadores. Sobre a família, a visitadora registra *“Ótima família de se trabalhar, participativa e preocupada com o bom desenvolvimento de seu filho e segundo o pai, que foi bem sincero, que o filho ainda não caminha porque eles não se esforçaram o suficiente”*.

Sobre a relação família-visitadora, a mãe concluiu: *“[...] o bom é que a gente conseguiu mais uma amizade, as visitas são boas pra mim, pro bebê e ele brinca bastante. Ele aprende também”*. Em relação aos benefícios do Programa, Isabel ressalta: *“... eu aprendi e continuo aprendendo. Eu tô aprendendo mais como cuidar dele e ele tá aprendendo coisas novas pra ele também, as brincadeiras, as coisas assim. Os dois tão aprendendo”*. E a visitadora agrega: *“Muitas vezes além de tu desenvolver a criança tu desenvolve o casal”*.

### **Caso 3 – Manuela e Sofia**

Manuela é uma jovem de 21 anos, mãe de Sofia, de 11 meses de idade. Vive há cerca de quatro anos com seu companheiro, pai de Sofia. O casal e a filha residem em uma casa modesta, de alvenaria, com três cômodos. A mãe concluiu a sétima série e seu

companheiro, o ensino fundamental. Ambos trabalham fora, e a renda familiar é de aproximadamente R\$ 820,00 (oitocentos e vinte reais) mensais.

Manuela teve duas gestações anteriores à da Sofia que não vingaram. Na primeira, o feto tinha uma má formação (hidrocefalia), e a gravidez foi interrompida no sétimo mês, mediante autorização do juiz, pois a mãe corria risco de morte. Na segunda, Manuela teve um aborto espontâneo no início do período gestacional. Quando descobriu que estava grávida pela terceira vez, a mãe ficou com muito medo de perder o bebê novamente. A mãe, por iniciativa própria, comunicou a visitadora e solicitou o atendimento. Seu cadastro no PIM ocorreu entre 17 a 20 semanas de gestação.

Iniciou o pré-natal com 10 semanas de gestação e realizava consultas semanais e exames pré-natais no Hospital da PUCRS, em Porto Alegre. Por sua história pregressa, sua gestação foi considerada de alto risco até a vigésima semana, quando realizou a ecografia dos cinco meses e soube que o feto estava se desenvolvendo bem. Ela e o companheiro ficaram muito felizes com a notícia.

Na primeira visita do PIM, a gestante foi orientada a ler três páginas do Guia da Gestante para o próximo encontro. Entretanto, ela leu todo o documento de 46 páginas por iniciativa própria. Na sétima visita, a visitadora propôs a elaboração de um Diário da Gestante, o que foi prontamente aceito por Manuela. No diário, a mãe registrou os acontecimentos mais marcantes da gravidez, os exames realizados, seus medos, expectativas, mudanças físicas e psicológicas.

Do cadastro no Programa até o nascimento do bebê transcorreram 19 semanas úteis (excluídas três semanas de férias da visitadora). Nesse período, ela recebeu 17 visitas, ou seja, 89% do total de visitas previstas, já que o programa, no município, realiza visitas semanais na gestação.

Durante a gestação, Manuela engordou 31 quilos; pesava 60 e ao final estava com 91. Descobriu o sexo do bebê no oitavo mês de gestação. A mãe queria ter parto normal e ganhou o bebê a termo com 39 semanas. Três dias após o parto, ela e o bebê tiveram alta. A visitadora foi convidada pela família para visitar o bebê e, mesmo estando de férias, compareceu. O leite materno demorou para “descer”. Ela comprou uma máquina para extrair o seu leite *“Aí me deu figo, quase morri, meu Deus do céu... Eu não comia, qualquer coisinha eu tava do lado [do bebê], sempre com medo. Primeiro filho né”*. O bebê foi cadastrado no PIM, 14 dias após o seu nascimento, logo após o encerramento das férias da visitadora. O bebê fazia consultas de revisão na pediatra mensalmente, pelo SUS.

Segundo Manuela, as visitas do PIM foram muito importantes para esclarecer suas dúvidas durante a gestação. *“Ai eu acho que se eu não tivesse a Magda [visitadora] eu não ia ter pra quem perguntar [...] Se ela não sabia, ela se informava e depois me passava, ou telefonava no caso”*. A visitadora esclarecia as dúvidas com o médico e depois dava retorno para ela. A mãe complementa: *“Nos dois [momentos – gestação e primeiro ano do bebê] eu aprendi bastante coisa e tô aprendendo ainda [...] Eu aprendi a desenvolver mais ela, a estimular a fala dela”*.

A mãe começou a trabalhar quando o bebê estava com quatro meses, momento em que ele passou a frequentar a creche municipal turno integral. Na oportunidade, mãe e visitadora entraram em acordo para dar continuidade às visitas domiciliares do PIM aos sábados.

Sofia teve pneumonia aos oito meses de idade. Neste período, a mãe decidiu largar um dos seus dois empregos e retirar a menina da creche para se dedicar aos cuidados da filha.

Do cadastro do bebê no PIM, até a realização do estudo de caso, transcorreram 47 semanas. Nesse período, 25 visitas foram efetivamente realizadas, 53% das que eram previstas, portanto.

Nas avaliações trimestrais dos ganhos de desenvolvimento infantil, o bebê alcançou a pontuação máxima, ou seja, “*consegue fazer sozinha*” as atividades correspondentes a todos os indicadores. A visitadora registrou: “*ótima família de se trabalhar, pois apesar da menina ter ficado doente, com pneumonia, não deixaram em momento algum de a estimular para alcançar um pleno desenvolvimento*” (avaliação do 3º trimestre).

A visitadora enfatiza a importância de contar com a participação efetiva da família para o alcance dos resultados almejados pelo Programa: “*A gente vai na casa uma vez por semana [...] se a gente não tiver o auxílio da família pra prolongar aquilo que foi deixado [como a atividade para a semana] não adianta que não vai ter progresso. A gente precisa muito da participação deles*”. Refere ainda sua gratificação em realizar esse trabalho: “*Cada pequeno passo que uma criança dá ou um sorriso que eles dão pra gente é um grande incentivo, uma grande gratificação porque existe tudo isso, a gente tá trabalhando e como diz as nossas camisetas... Todas têm ‘o que você faz pelo seu filho hoje vale para a vida toda’. Então os pais estarem felizes com os filhos e abraçando e sabendo que eles vão tá ali sempre, é muito importante pra gente. Embora eu canse de dizer que o mérito todo é sempre deles [pais].*”

Segundo informações obtidas no Banco de Dados do Programa sobre a convivência familiar, e ratificados durante a observação e entrevista realizadas com a mãe, a família brinca, conversa, e canta para a criança rotineiramente. A família, contudo, não mostra livros e/ou figuras nem conta histórias para a criança. Não foram observados materiais impressos na casa, com exceção do Guia do PIM. A família relata

que leva o bebê para passear uma vez por semana, e que os pais demonstram carinho com palavras e gestos afetuosos.

A mãe refere que estabeleceu uma relação bastante próxima com a visitadora. A comunicação entre elas era efetiva e a sinceridade prevalecia. Manuela lembra que, se a visitadora não vinha, ela sempre avisava, porém ela sentia sua falta. Em momentos mais críticos (final da gravidez, após o parto), a visitadora chegou a ir na casa da família em finais de semana.

Com relação ao acompanhamento da filha pelo PIM, a mãe refere que acha que as atividades têm contribuído para o desenvolvimento da menina *“porque a Sofia tudo que mostra pra ela uma vez ela faz [...] Tudo o que tu ensina pra ela, ela faz [...] A mãe comenta que o que ela não sabia, aprendeu no Guia da Gestante, não no Guia da Família. Segundo seu relato, o Guia da Gestante “explicava tudo, então na gestação eu lia.”*

Refletindo sobre o papel do visitador, a mãe comenta: *“Ela vai, tira as dúvida e depois me informa. Não precisa ser formada e médico, a pessoa tendo diálogo e sendo alegre, simpática. [...] Eu gostei dela por causa disso, porque se tornou uma amiga. [...] Às vez ela diz, “olha eu não sei, vou perguntar e depois passo pra ti”. Então é assim, se ela não sabe, ela diz que não sabe”*. Para a melhoria do programa, a mãe sugere mais apoio à visitadora para dispor de brinquedos manufaturados sem ter que confeccioná-los com sucata, e o aporte de materiais pedagógicos (brinquedos e livros infantis) à família.

#### **4. Discussão**

Fátima (caso 1) reúne um conjunto de fatores de risco e vulnerabilidade, dentre os quais se destacam: sua situação de pobreza, ser mãe jovem, solteira, com distúrbio

mental e baixa escolaridade. Sua mãe tomou conhecimento da existência do Programa e a estimulou a participar. Sua adesão ao PIM ocorreu apenas no sexto mês de gestação, estando permeada por medos, angústias e desconfianças, sentimentos que talvez estivessem mais aguçados pela própria condição psíquica da mãe. Em relação às visitas, Fátima refere: *“Fiquei meio com medo que fosse outra coisa”*.

Tal reação desconfiada e ambivalente por parte da mãe é descrita na literatura. Jack e colaboradores (2005) salientam que visitas domiciliares para a promoção do desenvolvimento infantil e fortalecimento das competências parentais, podem produzir sentimento de ambivalência nas mães, sobretudo naquelas em maior vulnerabilidade. Isto se deve à percepção do visitador como um agente externo de fiscalização e julgamento. O receio materno é de se sentir julgada como uma “mãe inadequada”. Segundo os mesmos autores, o manejo por parte do visitador que trabalha com família em situação de risco deve ser o de identificar os medos e percepções do cliente em relação à visita domiciliar e esclarecer para ele o seu papel. Quando Fátima conhece as visitadoras e vê como o trabalho acontece, ela aceita participar.

No início do atendimento, contudo, a visitadora Betina é quem se assusta e se mobiliza com a realidade precária e os desafios impostos pela família. Ela refere em entrevista à pesquisadora *“fiquei bem apavorada aqueles primeiros mês que eu comecei a ir lá [...] tem horas que parece que tu tá falando assim com ela e ela tá te olhando e parece que ela sai fora do ar e volta assim, ela diz “O que que tu falou mesmo?”* A visitadora conversou com a equipe do Programa e procurou mudar sua forma de se comunicar com a gestante, falando mais pausado, mais baixo e com mais calma. Betina afirma: *“Eu falo muito alto, muito rápido assim eu comecei a prestar atenção que ela me olhava e parecia que não tava me entendendo [...] eu tentei modificar o meu jeito”*.

Do preenchimento do cadastro da gestante até a realização da primeira visita domiciliar, transcorreram 31 dias. Após a primeira visita domiciliar, houve um período de seis semanas no qual não foi realizada nenhuma visita. Há registros de doença da visitadora, participação em capacitação e uma ausência da gestante. Essa longa interrupção no atendimento é significativa e revela a ambivalência e as dificuldades tanto da gestante quanto da visitadora em dar seguimento às visitas e em criar uma relação baseada na continuidade e na confiança.

Betina vai ao encontro da gestante fora do horário de trabalho para lhe oferecer roupas infantis e fraldas para o futuro bebê. Essa atitude denota uma postura solidária da visitadora. Betina explicou à gestante: *“não tem nada a ver com o meu trabalho de visitadora, eu como pessoa vi que tu tá com necessidade e quero ajudar se tu não te importa”*. Fátima sente e interpreta este gesto como um ato de zelo e amizade, referindo *“a atenção dela foi muito marcante. Vem a ser muito amiga da gente.”*

As visitas domiciliares, após o nascimento de João, são retomadas quando o bebê está completando três meses de idade. Segundo Olds e colaboradores (2007), intervir nos momentos mais críticos do desenvolvimento e prover serviços que reduzam a vulnerabilidade dos participantes é fundamental para garantir a efetividade do programa. Nesse caso, não houve intervenção do PIM no primeiro trimestre de vida do bebê, momento delicado e relevante para a construção da relação de apego mãe-bebê.

Ao longo do atendimento, esse caso, contudo, apresentou uma baixa frequência de visitas domiciliares efetivamente realizadas, tanto na gestação (quando 40% das visitas previstas foram realizadas) quanto no período do nascimento até a realização do estudo de caso (apenas 33% das visitas previstas foram realizadas). Ambos os indicadores estão abaixo do índice de 50% indicado na literatura como o percentual que geralmente é verificado em programas de visita domiciliar (Kitzman, 2004). Nas

entrevistas e nos documentos analisados, não está devidamente explicitado o porquê das constantes falhas na realização das visitas domiciliares (isto é, se houve mais ausências por parte da mãe e/ou da visitadora).

A partir dos dados coletados e da literatura revisada, algumas hipóteses foram formuladas. Uma delas é que a visitadora não conseguiu trabalhar suficientemente, em supervisão, os entraves e as angústias vivenciados na relação com Fátima, e passou a desinvestir no atendimento dessa dupla mãe-bebê. Korfmacher e colaboradores (1999) detectaram que os supervisores empregavam um tempo significativo para trabalhar, com os profissionais de nível médio, temas relacionados às identificações e aos sentimentos despertados na relação com as famílias. Outro estudo enfatizou a importância de supervisão e de capacitação sistemática quando se empregam profissionais sem formação universitária (McGuigan *et al.*, 2003). De acordo com os dados obtidos nas entrevistas com as visitadoras, as supervisões semanais com a monitora têm como principal objetivo revisar o planejamento das visitas, ou seja, um enfoque mais metodológico e menos reflexivo, compreensivo.

Outra hipótese é que, após semanas sucessivas sem visita domiciliar, o sentimento de ambivalência de Fátima em relação à participação no Programa aumentou. Nesse caso, a relação mãe-visitadora é marcada por descontinuidade, faltas e silêncios (as faltas não são discutidas nem esclarecidas). Outro elemento que corrobora essa interpretação é o fato de a visitadora praticamente não realizar, no momento inicial da modalidade de atenção individual, a retomada da atividade anterior, conforme está previsto na metodologia do Programa (GERGS/SES/PIM, 2007c).

Há também dúvidas, por parte da visitadora, em relação à capacidade de entendimento da mãe e da família em cuidar da criança. Essas são expressas nas falas da



visitadora: “*ela [a mãe] me olhava e parecia que não tava me entendendo*”; “*Até que pra toda a situação que eu pensei que ele iria não ter o progresso normal ou tão rápido ele tá bem desenvolvido, bem esperto*”. Swick e Graves (1993) chamam a atenção para as barreiras para o efetivo engajamento da população-alvo quando os profissionais expressam um julgamento ou uma visão negativa acerca da família. Outro estudo (Dinnebeil & Rule, 1994 *apud* Allen, 2007) aponta como empecilho para uma relação efetiva entre família e provedor de serviço o número insuficiente de visitas domiciliares e intervenções que não apóiam os esforços e necessidades parentais. A literatura reporta, ainda, que mães em vulnerabilidade e cujos bebês apresentam maiores riscos de atraso no desenvolvimento tendem a ser as mais difíceis de acessar e de vincular às intervenções e, comumente, desistem dos programas de visita domiciliar antes do seu término (Jack *et al.*, 2005).

Ainda assim, como as carências da família são enormes (não apenas em termos materiais, mas também de rede de apoio social), o pouco atendimento recebido é valorizado pela família. Fátima afirma que a visitadora “*se importa comigo, desde a gravidez, se importa muito com o João [...] Eu me sinto feliz quando ela vem ver o desenvolvimento do João.*” Neiva, a mãe de Fátima, complementa: “*como a gente é praticamente analfabeta, a gente não entende muito das coisa e [precisa] ter pessoas que ajude a gente.*”

A mãe reconhece as suas limitações e o esforço da visitadora do PIM em apoiá-la para atingir os objetivos do Programa. Fátima lembra que nem sempre lia o Guia da Gestante antes das visitas, complementando: “*Mesmo assim ela vinha, falava, lia comigo se eu não lesse*”.

A aprendizagem sobre a maternidade, como lidar com o bebê e a estimulação do desenvolvimento infantil são aspectos que Fátima relaciona ao Programa e valoriza, quando menciona *“O tratamento com o João desde que ele nasceu eu tô gostando né, aprendendo a ser mãe e com as visita da Betina [visitadora] eu aprendi um pouco mais. Tipo, como dá mamá, fazer dormi. Como ter paciência, que no inicio eu não tinha muita paciência quando ele acordava chorando”*.

Para Fátima, participar do PIM significa: *“um ensinamento do que é ser mãe, do que é uma criança [...] Isso é um ensinamento pras mães jovens, moças, tendo o primeiro filho e aprendendo a ser mãe. Pra ela não desistir, de não lutar, de ser mãe”*. Portanto, apesar da baixa intensidade das visitas realizadas pelo Programa, a mãe revela uma percepção positiva e um grau de satisfação em relação à sua participação e à do seu filho na intervenção.

O bom desenvolvimento do bebê, verificado nas avaliações trimestrais do Programa e em outros dados levantados pela pesquisadora, é um indício de que a relação mãe-bebê e, sobretudo, a interação do bebê com a avó materna (que apresentou características de maior reciprocidade durante a observação) têm tido bons resultados. Além disso, João mama no peito de sua mãe até hoje, o que pode ter contribuído para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. A sra. Neiva, contudo, confia seu receio de que a *“esperteza”* precoce do neto desapareça quando ele crescer, e que, no futuro, João apresente problemas cognitivos ou mentais a exemplo de outros familiares, inclusive de sua mãe. Esse sentimento e a percepção da avó estão, de certa forma, alinhados à maioria dos estudos que reportam poucos resultados dos programas de visita domiciliar sobre o desenvolvimento infantil. Segundo a literatura revisada, o modelo norte-americano *Nurse-Family Partnership* (NFP) é um dos poucos programas de visita

domiciliar que têm obtido resultados duradouros em relação ao desenvolvimento infantil (Olds, 2002; Tolani *et al.*, 2006), possivelmente porque ele atua também na melhoria das condições sociais da família, em termos de mudanças de comportamento, escolaridade materna e renda.

A literatura aponta que os programas de visita domiciliar são mais benéficos para populações vulneráveis (Kitzman, 2004; Olds, 2002; Olds, 2006), com características semelhantes às de Fátima, quando contratam profissionais qualificados, como enfermeiras (Korfmacher *et al.*, 1999; Olds, 2002; Olds, 2004; Olds *et al.*, 2002); realizam encontros regulares e frequentes, a partir da gestação e nos primeiros anos de vida do bebê (Tolani *et al.*, 2006); estão embasados em teorias de mudança de comportamento e desenvolvimento (Olds, 2002); focalizam fatores de risco e seguem um currículo bem estruturado ao longo das visitas (Olds *et al.*, 2007; Zercher & Spiker, 2004).

Nesse sentido, a metodologia do PIM prevê a realização de visitas sistemáticas semanais, a partir de um currículo estruturado. O Programa, porém, não utiliza profissionais de saúde graduados como visitantes, mas pessoas com formação no ensino médio e capacitadas para a orientação e/ou a demonstração de atividades para a promoção do desenvolvimento infantil. O visitador, na metodologia do PIM, deve atuar como um elo de ligação entre a família atendida e a rede de serviços (sobretudo com os profissionais de saúde, de educação infantil e da área de assistência social). As intervenções não estão orientadas por teorias de mudança de comportamento como, por exemplo, a Teoria da Auto-Eficácia, de Bandura (1977), utilizada como referencial teórico do programa NFP.

Esse caso representa um desafio para o visitador e para o Programa em geral, pois o efetivo atendimento de uma família com essas características demanda do PIM

uma complexa comunicação e articulação entre os setores sociais para apoiar a família a enfrentar e superar suas vulnerabilidades. Isso significa, por exemplo, a garantia de um acompanhamento sistemático de saúde do bebê e de sua mãe (com profissional de saúde mental, e inclusive para evitar nova gravidez), o estímulo para que a mãe prossiga seus estudos e se prepare para o mercado de trabalho. Uma intervenção realmente em rede, articulada e multisetorial, garantirá o suporte necessário à dupla mãe-bebê e ao próprio visitador do PIM para o desempenho de suas funções. Só assim essa família poderá contar com os meios necessários para promover o desenvolvimento infantil e uma relação familiar emancipatória.

Isabel (caso 2) apresenta uma situação pessoal e familiar bastante distinta do caso anterior. Ela tem ensino médio completo, vive maritalmente com o pai do bebê e optou por se dedicar integralmente aos cuidados do filho até ele crescer um pouco mais. Ela teve uma assistência médica continuada durante a gestação, mediante plano de saúde privado. Além do apoio médico, contava com acesso à internet e com a visitadora do PIM para esclarecer suas dúvidas. Essas condições, de certa forma privilegiada, atuaram como fatores de proteção para intercorrências durante a gravidez e no pós-parto.

As condições descritas acima colocam essa dupla mãe-bebê em um patamar sócio, econômico e cultural que não foi o inicialmente desenhado para o PIM. A intervenção foi formulada para apoiar famílias em vulnerabilidade e risco social na promoção do desenvolvimento infantil. Entretanto, o município de Arroio dos Ratos decidiu pela ampliação do atendimento a todas as famílias com gestantes e crianças de até seis anos que desejassem participar.

A literatura discute o polêmico tema da focalização *versus* universalização dos programas de visita domiciliar. Estudos sobre a relação custo-efetividade de programas de visita domiciliar demonstram que ela é positiva apenas quando a intervenção se destina a famílias de alto risco e em situação de vulnerabilidade (Kitzman, 2004; Olds, 2006), isto é, a mães pobres, solteiras e/ou jovens.

Como já foi indicado anteriormente, famílias com melhores condições de vida e nível educacional, como a de Isabel e Luis, contam com outros recursos para a promoção do desenvolvimento infantil. Nesses casos, portanto, o impacto de uma intervenção a domicílio pode ser menor do que o custo que o serviço representa.

Isabel adere ao PIM por sugestão da sua psicóloga que estava em vias de interromper a psicoterapia devido à sua mudança de cidade. Isabel vê nas visitas domiciliares do PIM uma alternativa para ter com quem conversar e dividir suas dúvidas e anseios sobre a gestação. Ela é do lar e fica, por períodos, sozinha ou, agora, com o bebê.

Nessa família, embora tenha havido questionamentos por parte do pai do bebê no início das visitas domiciliares, uma relação de respeito, amizade e confiança foi construída entre os pais e a visitadora. Além disso, a intensidade do atendimento durante a gestação foi significativa (72% das visitas previstas foram realizadas).

A visitadora tentou, sem sucesso, dissuadir a mãe de fazer cesariana. Tal decisão estava embasada em uma cultura e história familiar, relatada pela mãe para a visitadora “*as mulheres da sua família ganham de cesárea porque os bebês saem do nascedouro no último momento*”. A metodologia do Programa não está orientada em teorias de mudança de comportamento (como, por exemplo, a Teoria da Auto-Eficácia, de Bandura) o que, segundo a literatura revisada, é um dos elementos essenciais para a

efetividade da intervenção (Olds, 2006; Miller & Rollnick, 2002; Zercher & Spiker, 2004).

Um dos aspectos mais valorizados pela mãe em relação ao Programa foi o estímulo à participação paterna, sobretudo durante a gestação. A adesão do pai ao PIM e sua ativa participação nas visitas com ela, e na estimulação do bebê foram conquistas atribuídas pela mãe ao Programa. A mãe refere a “*união entre pais e filhos*” como um valor agregado da participação da família no PIM. Isabel percebe, ainda, as visitas domiciliares como uma alternativa para a aprendizagem sobre a maternidade e o desenvolvimento pessoal e familiar. Ela destaca: “*Eu tô aprendendo mais como cuidar dele, e ele tá aprendendo coisas novas pra ele também, as brincadeiras as coisas assim. Os dois tão aprendendo*”. Acrescenta: “[...] *os filhos crescem felizes e aprendem brincando com o PIM nas suas casas*”.

A visitadora testemunha a favor da adesão dos pais ao Programa quando registra: “*prestaram muita atenção nas explicações e seguem as mesmas à risca [...] A família adora o PIM, lê bastante o Guia e o pai é presente tanto nas consultas ao Pediatra quanto nas visitas do Programa*”. Segundo a literatura revisada, a adesão da clientela e o alcance dos resultados do programa dependem, em larga medida, do estabelecimento de uma relação de confiança entre o visitador e a família atendida (Kitzman *et al.*, 1997; Weiss, 1993; Jack *et al.*, 2005). Para tanto, é importante que o visitador consiga estabelecer uma comunicação efetiva, conforme salientam Davis e Spurr (1998), Davis e colaboradores (1997), Davis e Rushton (1991). Isabel, em seu depoimento acerca da relação com a visitadora, corrobora as evidências mencionadas acima. Nas palavras de Isabel: “[...] *ela [a visitadora] participa de nossas vidas, e a gente aprende com ela, e compartilha coisas com ela [...] dá pra entender tudo o que ela explica*”.

A frequência das visitas domiciliares diminuiu durante o primeiro ano de vida do bebê (53% das que estavam previstas foram realizadas) se comparada à intensidade durante a gestação (72%). A hipótese é que por se tratar de mãe primípara, isto é, de primeira gestação, sua motivação e necessidade foram maiores antes da chegada do bebê. Como ela própria refere: *“O PIM na minha vida é importante, útil, bom por ensinarem mães inexperientes”*. Isabel também valoriza e percebe a sua própria capacidade de *“aprender a ser mãe”* na interação com o seu bebê.

Em relação aos ganhos de desenvolvimento do Luís, a família se sente co-responsável pela promoção do desenvolvimento infantil e percebe que a sua participação ativa nas atividades é fundamental para o alcance dos resultados do Programa. Segundo Powel (1998), a participação dos pais é fortalecida quando eles se sentem valorizados e necessários para o alcance dos resultados da intervenção. Nas palavras da visitadora: *“segundo o pai, que foi bem sincero, que o filho ainda não caminha porque eles não se esforçaram o suficiente”*. Características como auto-percepção, comunicação efetiva, mutualidade, respeito e uma visão positiva sobre os talentos e as habilidades do outro são próprias de uma parceria sólida e saudável entre a família e o visitador, segundo Swick (2004).

Manuela e Sofia (caso 3) foram atendidas pela mesma visitadora do caso 2, Magda. Manuela procurou espontaneamente a visitadora para solicitar o início do atendimento domiciliar. A gestante vinha de uma história sofrida de um aborto espontâneo, mais recente, e de uma cirurgia para a retirada de um feto com má-formação.

Essa mãe foi a que teve um maior percentual de visitas domiciliares durante a gestação (89% das visitas previstas foram realizadas). A hipótese é que a vivência de duas gestações fracassadas mobilizou Manuela para a realização de um pré-natal

sistemático (evidenciado, por exemplo, pelas consultas médicas semanais pelo SUS, pela busca ativa de participação no PIM e pela leitura integral do Guia da Gestante em apenas uma semana).

A participação no PIM é acompanhada de uma significativa carga emocional da mãe (seja pelo medo de um novo fracasso, seja pelo desejo de ter um bebê sadio). A visitadora sensibiliza-se com a mãe e com o seu “drama” e se coloca à disposição da família para aplacar suas angústias. Há o cuidado, por parte da visitadora, de consultar um profissional da saúde quando ela não sabe responder o questionamento da gestante. A literatura aponta aspectos como a empatia, o respeito e a humildade como centrais para o estabelecimento de uma relação de trabalho e de um contexto no qual os pais sintam-se apoiados e fortalecidos para resolver os seus problemas (Kirkpatrick *et al.*, 2007).

Manuela investe muito na relação com a visitadora e a percebe como o principal ponto de apoio, sobretudo durante a gestação. Ela refere: “*Ai eu acho que se eu não tivesse a Magda [visitadora] eu não ia ter pra quem perguntar*”. A cada nova demanda da mãe, a visitadora responde de forma ágil, comprometida e responsável. Como salientou Korfmacher (2007), o sentido da experiência depende, essencialmente, da qualidade do relacionamento que é formado entre os membros da família e o profissional, e a forma pela qual essa relação se conecta com outras relações da vida familiar. Por um lado, Manuela revelava um importante sentimento de desamparo e um enorme medo da repetição do fracasso, na gestação. Por outro, Magda respondia com a sua presença, constância, afeto e dedicação. Nesse caso, a visitadora foi receptiva para com as angústias da mãe, e o relacionamento entre elas resultou ainda mais fortalecido.

A família, possivelmente pela fragilidade e vulnerabilidade decorrentes das perdas anteriores e também por se sentir amparada pela visitadora (em termos de



esclarecimentos e de suporte emocional), criou com ela um vínculo sólido, de amizade e troca. A mãe percebeu a visitadora como uma aliada e a considerou o principal suporte para um bom desfecho, que se concretizou (o nascimento de um bebê sadio e, posteriormente, um adequado desenvolvimento infantil).

Parte do sucesso da relação família-visitadora, nesse caso, é atribuída à sensibilidade e à capacidade da visitadora de ajustar as intervenções do Programa às preocupações, interesses e motivações dos pais, aspectos descritos na literatura como essenciais (Miller & Rollnick, 2002). A visitadora utilizou o recurso da construção do Diário da Gestante, o qual ela adorou. O Diário cumpriu a função de ajudar a gestante a elaborar os seus medos.

A relação mãe-visitadora é marcada pelo respeito mútuo e pela comunicação aberta e honesta (Davis *et al.*, 2002; Davis & Meltzer, 2007), aspectos destacados na literatura como essenciais para a construção de relações autênticas e de parceria sólida e saudável entre a família e o profissional (Swick, 2004). Construíram um relacionamento “baseado no cuidado” (Korfmacher, 2007), marcado pela presença constante e pelo apoio emocional e prático da visitadora, sobretudo na gestação, período de maior angústia e vulnerabilidade da mãe.

Durante o primeiro ano de vida de Sofia, a intensidade das visitas domiciliares diminuiu para 53%, o que está de acordo com o apontado na literatura sobre o tema. Segundo Kitzman (2004), em geral apenas 50% das visitas previstas, acontecem. Como Manuela trabalha fora, em alguns momentos ela negociou com a visitadora a realização dos atendimentos aos sábados. A literatura destaca a importância da flexibilidade quando a intervenção é destinada a famílias em vulnerabilidade.

A mãe percebe a visitadora como alguém qualificada para o desempenho da função e o alcance dos objetivos perseguidos pelo Programa. Ainda que a literatura

evidencie melhores resultados quando as intervenções são realizadas por profissional de saúde, tais como enfermeira (Korfmacher *et al.*, 1999; Olds, 2004; Olds *et al.*, 2002), nesse caso, o vínculo positivo estabelecido entre ambas foi decisivo. Também contribuíam para o elevado grau de satisfação da mãe com o Programa: a comunicação sistemática da visitadora com o médico (caracterizando uma parceria bem sucedida entre profissionais sem e com formação universitária); a realização de consultas pré-natais sistemáticas; e o acompanhamento da saúde do bebê, durante o seu primeiro ano de vida, pela pediatra da rede pública de saúde.

Em relação aos ganhos de desenvolvimento da Sofia, a mãe comenta orgulhosa: *“Tudo o que tu ensina pra ela, ela faz”*. E a visitadora reforça a corresponsabilidade dos pais para a promoção do desenvolvimento infantil quando diz: *“se a gente não tiver o auxílio da família pra prolongar aquilo que foi deixado [como atividade para a semana] não adianta que não vai ter progresso. A gente precisa muito da participação deles”*. E complementa: *“o mérito todo é sempre deles [pais]”*.

Esse caso ilustra bem os quatro aspectos destacados por Bernstein (2002) necessários à efetividade dos programas. O primeiro, construir relacionamento positivo com a família e não ficar aprisionado por seus problemas, foi conquistado com o enfrentamento dos medos e o desenvolvimento de uma relação de confiança e mutualidade entre família e visitador. O segundo, promover a relação mãe-bebê para apoiar o desenvolvimento infantil, passou a ser a tônica das visitas mesmo antes do nascimento do bebê. O vínculo formado entre a visitadora e a mãe também serviu de referência para a relação mãe-bebê, na perspectiva destacada por Korfmacher (2007), *“Faça com os outros aquilo que você quer que eles façam com os demais”*. O terceiro aspecto ressaltado por Bernstein (2002), identificar as fortalezas da família e utilizá-las em benefício dos objetivos do programa, pode ser constatado na importante adesão da

mãe ao Programa, na sua capacidade de comunicação, e na socialização das informações e orientações para o seu companheiro. O quarto ponto é garantir supervisão reflexiva para os visitantes para fortalecer suas habilidades e competências. Vale lembrar que essa visitadora, por iniciativa própria, solicitou às mães uma avaliação do seu trabalho. Ela acredita que, a partir das sugestões e críticas, pode melhorar seu desempenho junto às famílias.

Os dados identificados nos três estudos de caso apresentam vários pontos de convergência que serão apontados e discutidos a seguir. Inicialmente, chama atenção o fato da frequência das visitas domiciliares durante a gestação ser significativamente maior em relação às visitas no primeiro ano do bebê, nos três casos estudados e, sobretudo, nos casos 2 e 3 (nos quais os percentuais foram, respectivamente, 72% contra 53% e 89% contra 53%). A hipótese formulada é que houve um maior investimento e envolvimento da família (e talvez do próprio visitador) nessa etapa do Programa pelo fato de todas as mães serem primíparas. Elas conferiram importância ao atendimento na gestação e ao acesso às informações contidas no Guia da Gestante, ressaltando seu desconhecimento e inexperiência pelo fato de serem mães pela primeira vez. A literatura revisada confirma a relevância de iniciar a intervenção na gestação e seguir durante os primeiros anos de vida do bebê, para a obtenção de resultados mais significativos em relação à saúde da mãe e do bebê (Olds & Kitzman, 1993), sobretudo quando se trata do atendimento de famílias em vulnerabilidade social.

Durante o primeiro ano de vida dos bebês, a frequência de visitas domiciliares dos casos 2 e 3 ficaram em 53% e do caso 1, em 33%. A literatura aponta que qualquer que seja o número de visitas sugerido nos manuais dos programas, apenas cerca de 50% das visitas recomendadas realmente ocorrem (Kitzman, 2004).

O tema da aprendizagem nas visitas domiciliares foi recorrente nos três casos estudados. Todas as mães e, inclusive as visitadoras, dão muita importância aos novos conhecimentos aportados pelo Programa e à aprendizagem decorrente do próprio exercício da maternidade. Possivelmente, o fato de contarem com uma pessoa capacitada para discutir com elas os temas dos Guias, suas dúvidas e também suas aprendizagens reforça ainda mais seu desejo de seguir aprendendo e seu sentimento de ser capaz de aprender.

Em relação às percepções maternas, todas relataram que o Programa é importante e que tem propiciado aprendizagens quanto ao exercício da maternidade. Salientaram que, a partir das visitas, puderam esclarecer dúvidas e aprender coisas novas com a visitadora sobre a gestação, o desenvolvimento do bebê dentro da barriga, alimentação saudável, atividade física, tipos de parto, aleitamento materno, primeiros cuidados com o bebê (mais os casos 2 e 3 e menos o caso 1).

Nos casos 2 e 3, cuja visitadora é a mesma, fica evidente como ela reconhece e fortalece as competências familiares, devolvendo para a mãe e o pai a responsabilidade pelos avanços e sucessos da criança. Como a literatura aponta, a família se torna cada vez mais capaz de cuidar e educar seu filho quando ela recebe este *feedback* positivo, o que também aumenta sua adesão ao programa e o vínculo com a visitadora (Davis *et al.*, 1997; Davis & Rushton, 1991; Davis & Spurr, 1998; Kirkpatrick *et al.*, 2007; Powel, 1998; Swick, 1995; Swick, 2004).

Para que os programas de visita domiciliar obtenham a adesão da população alvo e alcancem seus objetivos, é fundamental que os visitantes estabeleçam uma relação de confiança com as famílias atendidas e que tenham as competências e habilidades requeridas para uma comunicação efetiva. Essas características foram identificadas nos

casos 2 e 3, e, no caso 1, foi observada uma relação família-visitadora frágil e inconstante, justamente na família que apresenta as maiores fragilidades e vulnerabilidades e que, portanto, mais necessita do Programa.

Nos três casos investigados, as famílias não mostravam livros ou contavam histórias para os filhos, por limitações financeiras ou mesmo por não saber dos seus benefícios. Pesquisas recentes (de Moura *et al.*, 2010a; de Moura *et al.*, 2010b) concluíram que a presença de livros infantis na casa e ouvir histórias dos pais (não gravada ou em vídeo) foram fatores de proteção para o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM). Provavelmente, a presença de livros infantis sirva como um *proxy* para que os pais possam contar histórias. As mães do presente estudo, quando questionadas sobre sugestões para o aperfeiçoamento do PIM, sugerem a disponibilização de mais materiais pedagógicos para o uso das visitadoras e para a utilização da própria família.

As mães dos casos 2 e 3 estavam, desde o início da intervenção, mais motivadas a participar do Programa, predispostas ao relacionamento com a visitadora e percebendo-a como um recurso positivo e de apoio. Manuela leu todo o Guia da Gestante no intervalo entre a primeira e a segunda visita domiciliar, quando era para ler apenas três páginas. Ao final da primeira visita, a visitadora registrou: “*a gestante demonstrou bastante interesse em participar ativamente do programa*”. Sobre a importância da intervenção, Manuela referiu: “*Ai eu acho que se eu não tivesse a Magda [visitadora] eu não ia ter pra quem perguntar [as dúvidas]*”. “*Ela vai, tira as dúvida e depois me informa. [...] Eu gostei dela por causa disso, porque se tornou uma amiga.*” Ao passo que Isabel mencionou: “*[...] ela participa de nossas vidas, e a gente aprende com ela, e compartilha coisas com ela*”.

Fátima, a mãe do caso 1, entretanto, apresentou ambivalência quanto à adesão ao Programa, o que está de acordo com a literatura consultada (Jack *et al.*, 2005), sobretudo por ser a mãe que apresentava maior condição de vulnerabilidade e fatores de risco dentre os três estudos de caso.

A visitadora que atende os casos 2 e 3 atribuía às mães/pais a principal responsabilidade pelo sucesso do Programa e pelos ganhos de desenvolvimento obtidos pelos bebês. Ela refere: “*Embora eu canse de dizer que o mérito todo é sempre deles [pais].*” A literatura evidencia que, quando os pais se sentem valorizados pelo visitador, tendem a responder de forma mais positiva, apresentar maior adesão ao programa e construir um relacionamento mais sólido com o visitador (Angeles-Bautista, 1998; Swick, 1995).

Outro aspecto, destacado pelos pais, e que tem um impacto positivo na visão que os mesmos têm do visitador é o acesso a serviços necessários à família (Swick, 1995). Essa situação foi recorrente na interação da visitadora com Manuela (caso 3), quando ela servia de interlocutora entre a gestante e o médico do posto de saúde. De certa forma, também ocorreu com Fátima (caso 1) quando a visitadora busca, a partir de seus próprios recursos, ajudá-la, doando roupas e fraldas.

As mães participantes desse estudo descreveram relações de proximidade e afeto entre elas e as respectivas visitadoras, comparando a relacionamentos com amigos ou membros da família. As citações a seguir ilustram esse aspecto. “*a atenção dela foi muito marcante. Vem a ser muito amiga da gente.*” (Fátima, caso 1); “[...] *o bom é que a gente conseguiu mais uma amizade, as visitas são boas pra mim, pro bebê e ele brinca bastante*” (caso 2 – Isabel); “*Eu gostei dela por causa disso, porque se tornou uma amiga. Eu acho importante ela no PIM porque tudo, as dúvida ela pega, pergunta pra outra pessoa e vem me dizer*” (Manuela, caso 3).

Essa constatação aponta para a importância marcante, de acordo com a percepção das mães participantes do estudo, do vínculo estabelecido entre mãe e visitadora. Esse achado encontra suporte na literatura, que vem salientando amplamente a importância que tem a qualidade da relação família-visitador (Bernstein, 2002; Davis & Sporr, 1998; Davis *et al*, 1997; Davis & Rushton, 1991; Korfmacher, 2007; Olds & Kitzman, 1993; Olds *et al.*, 2007; Swick, 1995). O estabelecimento de um relacionamento positivo, a identificação e o reconhecimento das fortalezas da família, a sensibilidade em relação aos interesses, preocupações e motivações dos pais, a confiança, a provisão de apoio emocional e prático, elementos presentes nos três casos estudados, configuram-se, de fato, como ingredientes essenciais na forma como o PIM tem sido vivenciado pelas mães entrevistadas.

## **5. Considerações Finais**

As percepções maternas, nos três casos investigados, foram permeadas especialmente pelas características da relação e do vínculo construído entre a família e o visitador. Esse aspecto foi decisivo para a adesão das mães ao Programa. Todas referiram e valorizaram o desenvolvimento de uma relação de confiança e até mesmo de amizade com a visitadora. A centralidade do vínculo mãe-visitadora para o bom desenvolvimento de um programa baseado na metodologia de visita domiciliar, portanto, ficou evidente nesse estudo.

Em relação ao grau de satisfação das mães com as orientações e atividades propostas pelo visitador, foram observados os seguintes aspectos: de um modo geral, as mães participantes deste estudo revelaram-se satisfeitas com a intervenção do Programa, sobretudo com o que aprenderam em termos de auto-cuidado na gestação, cuidados e estimulação do bebê. As visitas na gestação foram mais valorizadas pelas mães, na

medida em que houve uma maior adesão e participação nessa etapa do Programa. A frequência das visitas no primeiro ano do bebê foi compatível com o que descreve a literatura, com exceção de um dos casos estudados.

Escutar as percepções das mães sobre a intervenção do PIM na gestação e no primeiro ano de vida do bebê permitiu, também, algumas reflexões acerca do Programa. Contribuir para uma avaliação e reflexão crítica do PIM era um dos objetivos do estudo.

Levando em consideração os achados convergentes nesses três estudos de caso sobre a adesão e a importância atribuída às visitas na gestação, pelas futuras mães, seria importante que o Programa reavaliasse a indicação de visitas domiciliares quinzenais às gestantes. Considerando, ainda, o acelerado desenvolvimento fetal nesse período e as influências dos hábitos e comportamentos das gestantes sobre o desenvolvimento do bebê intra-útero, poderia ser útil incorporar à metodologia do Programa uma abordagem teórica e clínica que desse sustentação para a mudança de comportamento adaptativo. O processo de comportamento humano é muito mais complexo do que a assimilação ou não de um conjunto de informações. O comportamento é resultado de uma complexa inter-relação entre conhecimentos, valores, crenças e hábitos de vida. Portanto, para promover comportamentos mais saudáveis, seja em termos de auto-cuidado materno ou mesmo na relação mãe-bebê, é preciso lançar mão de uma abordagem mais clínica e menos prescritiva.

De acordo com a percepção das mães participantes do estudo, há aspectos que podem ser incrementados para melhorar a efetividade das visitas domiciliares do PIM. Esses incluem a presença de materiais pedagógicos diversificados para a estimulação dos bebês (brinquedos manufaturados e livros infantis) e outros materiais impressos com mais informações para a gestante e a família sobre saúde materno-infantil, desenvolvimento e estimulação do bebê.



De um modo geral, a realidade das famílias atendidas pelo Programa não permite a aquisição de livros infantis, insumos indispensáveis para um desenvolvimento rico da linguagem verbal e, posteriormente, da escrita. O PIM agregaria valor à sua intervenção, especialmente no incremento do desenvolvimento afetivo e da linguagem, ao incorporar uma estratégia específica de acesso à leitura e à literatura infantil desde a gestação. Estimular as mães e os pais a lerem para os seus filhos, desde o momento da gestação, ajuda a fortalecer o vínculo mãe/pai-bebê e pode ser um fator de proteção para atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor, além de ser uma atividade educativa de ampliação do repertório cultural da família como um todo.

Ainda que se trate de um estudo qualitativo, e por isso não seja possível uma generalização, é importante destacar, mesmo nesse reduzido número de participantes, a diversidade de famílias atendidas pelo PIM, de suas condições sociais, econômicas, culturais, e com graus distintos de risco e vulnerabilidade. Isso coloca alguns desafios ao Programa em termos de currículo culturalmente relevante, capacitação de visitantes, supervisão, planejamento de atividades e de intervenções que contemplem essa diversidade.

Por fim, mas não menos importante, destaca-se o permanente desafio da intersetorialidade. Uma abordagem integral, centrada nas necessidades, fragilidades e potencialidades de cada família atendida, é essencial para o alcance dos resultados propostos. A equipe do PIM, sozinha, fica impotente frente às adversidades de muitas famílias, a exemplo do caso 1, da Fátima e do seu filho João. Especialmente pelo Programa trabalhar com visitantes não-graduados, a parceria com os profissionais, sobretudo da saúde (na gestação e no primeiro ano de vida do bebê) e da educação nos anos seguintes, além dos profissionais da área de assistência social, é fundamental para o alcance dos seus objetivos. A formação continuada e em serviço dos visitantes,

monitores e membros dos GTMs é, também, indispensável para garantir coerência e qualidade na implementação do Programa. Pelos dados obtidos nesse estudo, foi constatada a necessidade e o desejo de capacitações e supervisões mais frequentes, em um enfoque mais reflexivo, participativo e menos prescritivo.

### **III. REFLEXÕES FINAIS**

No Brasil, metade das crianças que morrem antes de completar um ano de vida, vem a óbito durante o primeiro mês, logo após o seu nascimento. Esse drama está muito relacionado às condições de vida da população, sobretudo à pobreza, à falta de acesso a serviços de saúde de qualidade (especialmente no pré-natal e no parto), à baixa escolaridade materna, a problemas de habitação, dentre tantos outros.

Embora exista a compreensão de que os fatores sociais e ecológicos interferem no bem estar e no desenvolvimento humano, especialmente na primeira infância, quando o bebê está mais permeável e suscetível às influências do meio, pouco tem sido feito para alavancar o desenvolvimento infantil. O PIM tem sido um dos marcos dessa luta no Rio Grande do Sul e por que não dizer, no Brasil.

O Programa tem chamado a atenção de gestores públicos, profissionais da área social, organizações não-governamentais e famílias para a centralidade dos primeiros anos da vida de uma criança e de sua relação na família e, posteriormente, na comunidade. Há oito anos, o PIM vem ajudando a promover uma cultura de visibilidade, respeito e cuidado para com as gestantes e as crianças pequenas e suas famílias, sobretudo àquelas em situação de maior vulnerabilidade e risco social.

O presente estudo reuniu e produziu algumas evidências acerca da efetividade de programas de visita domiciliar. Ao discorrer sobre a experiência de 30 anos do modelo norte-americano *Nurse-Family Partnership*, fica evidente a importância de fortalecer os cuidados de saúde no pré-natal, estimular a relação mãe-bebê, utilizar uma abordagem que promova mudanças de comportamento, bem como mobilizar a mãe para o seu crescimento pessoal e profissional, em intervenções que objetivam a promoção do desenvolvimento infantil. A criança não existe descolada do seu meio, ao contrário, é parte integrante e altamente influenciada por ele e por suas características.

Além disso, é interessante observar que a metodologia e o currículo do PIM enfatizam, sobretudo, a aquisição de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil na gestação e nos primeiros anos de vida, e sua adequada estimulação por parte da família. Essa perspectiva sócio-educativa, herdada do programa cubano *Educa a Tu Hijo*, encontra novos desafios quando adaptada à realidade brasileira. Em Cuba, a atenção primária à saúde é garantida para toda a população. A frequência e a qualidade do atendimento de saúde na gestação e no primeiro ano de vida do bebê são exemplares, dado os baixos índices de mortalidade infantil no país, comparáveis aos de países desenvolvidos. Soma-se a isto o bom nível educacional da população cubana. No Brasil, contudo, o desafio em implementar programas abrangentes de promoção do desenvolvimento infantil, com base na família e na comunidade, é muito maior. Nesse sentido, a efetividade de uma dada intervenção (nesse caso, a do PIM) é muito influenciada pelo sucesso ou fracasso das demais políticas sociais que contribuem para o desenvolvimento na primeira infância. Por isso, o eixo da intersetorialidade, no PIM, é fundamental e merece atenção.

O estudo empírico, ao “dar voz” a mães e às suas visitadoras, identificou fortalezas e aspectos que podem ser incrementados no PIM. Grande destaque foi

conferido pelas mães à relação construída com a visitadora e às aprendizagens oportunizadas pelo Programa. Desafios em relação à intersectorialidade, ao acesso a serviços públicos necessários às famílias, bem como à capacitação e supervisão sistemática das visitadoras, e a disponibilidade de materiais pedagógicos, foram os aspectos mais mencionados pelos participantes do estudo.

Espera-se que este trabalho não se encerre na leitura das páginas a seguir, mas que, efetivamente, estimule e inspire o fortalecimento de programas e políticas integradas para famílias e crianças na primeira infância. Da mesma forma que, para mim, a conclusão do Mestrado não representa o final de uma etapa, mas, essencialmente, o início de muitas outras.

## REFERÊNCIAS

- Ainsworth, M.D., Blehar, M. C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hillsdale.
- Allen, S. (2007). Parent's Perceptions of Intervention Practices. *Infants & Young Children*, 20, 3, 266-281.
- Angeles-Bautista, F. (1998). Parents as Care-Givers, Teachers and Learners: Examples from Asia. Em B. Faccini & B. Combes (Org.), *Early Childhood Development: Laying the Foundations of Learning* (pp. 22-27). Paris: UNESCO.  
Recuperado em julho 16, 2010 de  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001162/116219eo.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- \_\_\_\_\_ (1992). On rectifying the comparative anatomy of perceived control: comments on "cognates of personal control". *Applied and Preventive Psychology*, 1, 121-126.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barnes, J. (2003). Interventions addressing infant mental health problems. *Children & Society*, 17, 386-395.
- Barnes, J., Ball, M., Meadows, P., Belsky, J. & the FNP Implementation Research Team. (2009) *Nurse-Family Partnership Programme Second Year Pilot Sites Implementation in England: The Infancy Period*. Research Report DCSF-RR166. London: Birkbeck College, University of London.
- Bernstein, V. (2002). Strengthening Families Through Strengthening Relationships: Supporting the Parent-child Relationship through Home Visiting. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project, IMPrint, Volume 35*, Winter 2002-03.
- Bowlby, J. (1969/1990). *Apego e perda: Apego*. São Paulo: Martins Fontes. Vol 1.
- \_\_\_\_\_ (1976/1995). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil, (1989). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Lei Federal de 1988. 3 ed. São Paulo: Jalevi.
- \_\_\_\_\_, (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal 8.069/1990. São Leopoldo: UNISINOS.
- Brazelton, T.B. (1981/1988). *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Brooks-Gunn, J., & Markman, L. B. (2005). The contribution of parenting to ethnic and racial gaps in school readiness. *The Future of Children*, 15(1), 139-168.
- Bronfenbrenner, U. (1979/1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. Em P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context* (pp. 619-647). Washington: DC: American Psychological Association
- Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children (1994). *Starting Points: Meeting the Needs for Our Youngest Children*. New York: Carnegie Corporation of New York.
- Council on Community Pediatrics [CCP] (2009). The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. *Pediatrics*, 123; 598-603. Recuperado em março 07, 2010 de <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/2/598>
- Davis, H., Day, C., & Bidmead, C. (2002). *Working in Partnership with Parents: the Parent Advisor Approach*. London: Harcourt Assessment.
- Davis, H., & Meltzer, L. (2007). Working with Parents in Partnership. In K. Bevan (ed.). *Working in Partnership through Early Support: Distance Learning Material*. London: DfES Recuperado em julho 13, 2010 de <http://www.cpcs.org.uk/research.php#references>
- Davis, H., & Rushton, R. (1991). Counselling and supporting parents of children with developmental delay: a research evaluation. *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 89-112.
- Davis, H., & Spurr, P. (1998). Parent counseling: an evaluation of a community child mental health service. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 365-376.
- Davis, H., Spurr, P., Cox, A., Lynch, M.A., Roenne, A., & Hahn, K. (1997). A description and evaluation of a community child mental health service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 221-238.
- Dawley, K., & Beam, R. (2005). "My Nurse Taught Me How to Have a Healthy Baby and Be a Good Mother:" Nurse Home Visiting with Pregnant Women 1888 to 2005. *Nursing Clinics of North America*, 40, 803-815.
- Didonet, V. (in press). Rede Nacional Primeira Infância e Plano Nacional pela Primeira Infância no Brasil. *Revista Coordinator's Notebook – A Infância em Debate: perspectivas contemporâneas, Vol.2*. Brasília: UNESCO.

- Dolezol, S., & Butterfield, P.M. (1994). *How to read your baby*. Denver, CO: Partners in Parenting Education.
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., & Olds, D. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths, 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, Vol. 164 (N.1) jan, 2010.
- Edna McConnell Clark Foundation (2010). *Nurse-Family Partnership*. Recuperado em junho 09, 2010 de <http://www.emcf.org/portfolio/grantees/nursefamilypartnership/index.htm>
- França, E., Souza, J.M., Guimarães, M.C., Goulart, E.A., Colosimo, E., & Antunes, C.F. (2001). Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública* [online], vol. 17, n.6, pp:1437-1447. Recuperado em julho 09, 2010 de <http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n6/6969.pdf>
- Gomby, D.S. (2005). Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. *Invest in Kids Working Paper No 7*. Recuperado em julho 30, 2010 de <http://www.legis.state.wi.us/lc/committees/study/2008/SFAM08/files/GombyHVoutcomes2005.pdf>
- Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrmann, R. E. (1999). Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations. *The Future of Children: Home Visiting – Recent Program Evaluations*, 9, 4-26.
- Governo do Estado de Pernambuco (2007). Portal Pernambuco, Notícias: Eduardo Campos lança programa Mãe Coruja em Ouricuri. Recuperado em julho 09, 2010 de <http://200.238.107.167/web/porta1pe/exibirartigo?companyId=communis.com.br&articleId=5059>
- Governo do Estado do Rio Grande do Sul [GERGS], (2003). *Protocolo de Intenções Inter Secretarias*. Recuperado em julho 17, 2010 de <http://www.pim.saude.rs.gov.br/conteudos/Legislacao/ProtocolodeIntencoesIntersecretarias.pdf>
- Governo do Estado do Rio Grande do Sul [GERGS], (2006). *Diário Oficial. Lei Nº12.544 de 03 de julho de 2006*. Recuperado em julho 17, 2010 de <http://www.pim.saude.rs.gov.br/conteudos/Legislacao/LeiDoPIM-12544Pagina1.pdf>
- Governo do Estado do Rio Grande do Sul/Secretaria da Saúde/Programa Primeira Infância Melhor [GERGS/SES/PIM], (2007a). *Guia da Gestante*. 2ª Ed. Porto Alegre: Relâmpago.

- \_\_\_\_\_. (2007b). *Guia da Família*. 2ª Ed. Porto Alegre: Relâmpago.
- \_\_\_\_\_. (2007c). *Guia de orientação para GTM, monitor e visitador*. Porto Alegre: Relâmpago.
- Haidar, F.H., Oliveira, U.F., & Nascimento, L.C. (2001). Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública [online]*, vol.17, n.4, pp. 1025-1029. Recuperado em julho 09, 2010 de <http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>
- Haynes-Lawrence, D. (2008). Home visitors' perception of teen mothers: Using qualitative research to explore labeling theory. *Children and Youth Services Review*, 30, 1386-1394.
- Heaman, M., Chalmers, K., Woodgate, R., & Brown, J. (2006). Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 3, 291-300.
- IBGE (2007a). *Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2007*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- \_\_\_\_\_. (2007b). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2007. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Jack, S.M., DiCenso, A., & Lohfeld, L. (2005). A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 2, 182-190.
- Karoly, L.A., Kilburn, M.R., Cannon, J.S. (2005). *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Kearney, M.H., York, R., & Deatrck, J.A. (2000). Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 369-376.
- Kirkpatrick, S., Barlow, J., Stewart-Brown, S., & Davis, H. (2007). Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting. *Child Abuse Review*, 16, 32-46.
- Kitzman HJ. (2004). Effective early childhood development programs for low-income families: Home visiting interventions during pregnancy and early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7. Recuperado em junho 10, 2009 de <http://www.child-encyclopedia.com/documents/KitzmanANGxp-Home.pdf>.



- Kitzman H.J., Cole R., Yoos H.L., Olds, D. (1997). Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology*, 25(1):95-109.
- Kitzman, H.J., Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr, Hanks, C., Cole, R. Tatelbaum, R. *et al.* (1997). Effect of prenatal and infant home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 644-652.
- Korfmacher, J. (2007). The Heart of Relationship-Based Care. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project. IMPrint, Vol. 48*, 1-7.
- Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., Faldowski, R.A., & Schiffman, R. (2008). Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. *Child Youth Care Forum*, 37, 171-196.
- Korfmacher, J., Kitman, H., & Olds, D. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home-visitation program. *Journal of Community Psychology*, 26(1), 49-64.
- Korfmacher, J., O'Brien, R., Hiatt, S., & Olds, D. (1999). Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: A randomized trial. *American Journal of Public Health*, 89, 1847-1851.
- McCain, M.N., Mustard, F.J., & Shanker, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development.
- McGuigan, W. M., Katzev, A. R., & Pratt, C. C. (2003). Multi-level determinants of retention in a home-visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 27, 363-380.
- Menezes, A.B., Barros, F.C., Victora, C.G., Tomasi, E., Halpern, R., & Oliveira, A.B. (1998). Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev. Saúde Pública [online]*, vol.32, n.3, pp. 209-216. Recuperado em julho 09, 2010 de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p209-216.pdf>
- Michaelis (1998). *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- Ministério da Saúde do Brasil (2009). Portaria Nº 2.395, de 7 de Outubro de 2009. Recuperado em julho 09, 2010 de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/c\\_2395\\_brasileirinhos\\_saudaveis\\_nov\\_a.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/c_2395_brasileirinhos_saudaveis_nov_a.pdf)

- Ministerio de Educación de Cuba [MINED], Unicef, & Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar [CELEP] (sem data). *Educa a Tu Hijo: La Experiencia Cubana en la Atención Integral al Desarrollo Infantil en Edades Tempranas*. Havana: MINED.
- de Moura D.R., Costa J.C., Santos I.S., Barros A.D., Matijasevich A., Halpern R., Dumith S., Karam S., Barros F.C. (2010a). Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 24, 211–221.
- de Moura D.R., Costa J.C., Santos I.S., Barros A.D., Matijasevich A., Halpern R., Dumith S., Karam S., Barros F.C. (2010b). Natural history of suspected developmental delay between 12 and 24 months of age in the 2004 Pelotas birth cohort. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 329–336.
- Mustard, JF. (2010) Early brain development and human development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 1-5. Recuperado em maio 29, 2010 de <http://www.child-encyclopedia.com/documents/MustardANGxp.pdf>.
- Nurse Family Partnership (2010a). Nurse-Family Partnership National Service Office partners with communities. Recuperado em junho 23, 2010 de <http://www.nursefamilypartnership.org/communities/national-service-office>
- \_\_\_\_\_ (2010b). Nurse-Family Partnership Snapshot. Recuperado em Junho 23, 2010 de [http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP\\_Snapshot](http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Snapshot)
- \_\_\_\_\_ (2010c). Nurse-Family Partnership Model Elements. Recuperado em Junho 23, 2010 de <http://www.nursefamilypartnership.org/communities/model-elements>
- \_\_\_\_\_ (2010d). Evidence-based policy: Using public dollars wisely to support programs that work. Recuperado em junho 23, 2010 de <http://www.nursefamilypartnership.org/public-policy/evidence-based-policy>
- Olds, D. (2002). Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3, 153-172.
- \_\_\_\_\_ (2004). Prenatal/postnatal home visiting programs and their impact on the social and emotional development of young children (0-5). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDe V, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004: 1-8. Recuperado em abril 24, 2009 de <http://www.child-encyclopedia.com/documents/OldsANGxp.pdf>.
- \_\_\_\_\_. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.

- Olds, D., Eckenrode J., Henderson C.R. Jr, *et al.* (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 278(8):637-643.
- Olds, D., Henderson C.R. Jr, Cole R., *et al.* (1998b). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 280(14): 1238-1244.
- Olds, D., Henderson, C., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, p. 65-78.
- Olds, D., Hill, P., Robinson, J., Song, N., & Little, C. (2000). Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Current Problems in Pediatric*, 30, 105-148.
- Olds, D., Hill, P., Mihalic, S.F. & O'Brien, R. (1998a). Prenatal and infancy home visitation by nurses: A program of research. Em D.S. Elliott (Ed.) *Blueprints for Violence Prevention*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado at Boulder.
- Olds, D., Hill, P.L., & O'Brien, R. (2003). Taking Preventive Intervention to Scale: The Nurse-Family Partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 278-290.
- Olds, D., & Kitzman, H.J. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children*, 3(3): 52-92.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. *et al.* (2004). Effects of nurse home visiting on maternal life-course and child development: Age-six follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, 1550-1559.
- Olds, D., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., *et al.* (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 110 (3): 486-496.
- Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 48, N. 3-4, pp. 355-391.
- Oliveira, A.R. (2009). Coleção Fazendo Arte Livros Infantis: atividades lúdicas. Porto Alegre: Rimoli Associados Promoções & Eventos Ltda.
- Powel, D. (1998). Reweaving parents into the fabric of early childhood programs. *Young Children*, 53, 5, 60-67.

- Ribas, A.F., Seidl de Moura, M.L., & Junior, R.R. (2003). Responsividade Materna: Levantamento Bibliográfico e Discussão Conceitual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 137-145.
- Robert Wood Johnson Foundation [RWJF] (2006). *The Story of David Olds and the Nurse Home Visiting Program*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation. Written by Andy Goodman. Recuperado em agosto, 10, 2009 de <http://www.rwjf.org/files/publications/other/DavidOldsSpecialReport0606.pdf>
- Schneider, A., & Ramires, V.R. (2007). *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.
- Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/PIM (2010). *Primeira Infância Melhor – Indicadores*. Recuperado em julho 15, 2010 de [http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?codOntologia=36&codConceito\[\]=150&codConceito\[\]=158](http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?codOntologia=36&codConceito[]=150&codConceito[]=158)
- Shore, R. (2000). *Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro*. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Swick, K.J. (1995). What parents really want from family involvement programs. *Day Care and Early Education*, 22, 3, 20-23.
- Swick, K.J. (2004). What Parents Seek in Relations with Early Childhood Family Helpers. *Early Childhood Education Journal*, Vol.31, N°3, 217-220.
- Swick, K.J., & Graves, S. (1993). *Empowering at-risk families during the early childhood years*. Washington, DC: National Education Association.
- Temporão, J.G., & Penello, L.M. (2010). Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 85, 187-200. Recuperado em julho 21, 2010 de [http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles\\_Padrao/File/SDv34n85.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SDv34n85.pdf)
- Tolani, N., Brooks-Gunn, J., & Kagan, S. L. (2006). *Running Head: Parenting Education Programs for Poor, Young Children – A Cross-National Exploration*. National Center for Children and Families. Teachers College, Columbia University.
- Tremblay, R.E., Gervais, J., & Petitclerc, A. (2008). *Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância*. Recuperado em julho 09 de 2010 de [http://www.conass.org.br/admin/arquivos/relatorio\\_para\\_grafica.pdf](http://www.conass.org.br/admin/arquivos/relatorio_para_grafica.pdf)
- UNICEF (2009). Situação da Infância e da Adolescência Brasileira 2009. *O Direito de Aprender: Potencializar avanços e reduzir desigualdades*/[coordenação geral Maria de Saete Silva e Pedro Ivo Alcântara]. Brasília, DF: UNICEF.

- \_\_\_\_\_. (2010). *Como realizar a semana do bebê em seu município: 10 anos priorizando a primeira infância em Canela* / por Prefeitura Municipal de Canela, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Brasília, DF: UNICEF/Brasil.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, (2007). *World Population Prospects. The 2006 Revision*. New York: United Nations.
- Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). The effectiveness of the Parents as Teachers Program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education, 22*, 67-81.
- Wagner M., Spiker D., Linn M., Gerlach-Downie S., & Hernandez F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education, 23*(4):171-183.
- Watson, J., & Tully, L. (2008). Prevention and early intervention update – trends in recent research. Ashfield: NSW Department of Community Services. Recuperado em julho 30, 2010 de [http://www.community.nsw.gov.au/docswr/\\_assets/main/documents/research\\_earlyintervention.pdf](http://www.community.nsw.gov.au/docswr/_assets/main/documents/research_earlyintervention.pdf)
- Weiss, H.B. (1993). Home visits: Necessary but not sufficient. *The Future of Children: Home Visiting 3 (Winter)*, 113-128.
- World Health Organization [WHO], (2000). *Cuba: health profile. Health Workforce*. Recuperado em Julho 17, 2010 de <http://www.who.int/gho/countries/cub.pdf>
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman.
- Zercher, C., & Spiker, D. (2004). Home visiting programs and their impact on young children. Em Tremblay RE, Barr RG, Peters RDe V, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 1-8. Recuperado em bril 24, 2009 de <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Zercher-SpikerANGxp.pdf>.

## V. ANEXOS

## ANEXO A

### Relatório da Pesquisa

O propósito deste estudo foi identificar e analisar as percepções maternas sobre as visitas domiciliares realizadas no âmbito de um programa de promoção do desenvolvimento infantil, durante a gestação e o primeiro ano de vida do bebê. A investigação focalizou mães que participam do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), no município de Arroio dos Ratos, estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Os objetivos do estudo realizado foram:

- a) identificar e analisar as percepções maternas sobre o PIM, mais especificamente em relação às visitas domiciliares, na modalidade de atenção individual, transcorridas durante a gestação e primeiro ano de vida do bebê;
- b) analisar o grau de satisfação das mães com relação às orientações e atividades propostas pelo visitador e a sua adesão às mesmas e ao Programa;
- c) contribuir para a avaliação e reflexão crítica do Programa.

A partir das contribuições da banca por ocasião do Exame de Qualificação, do contato com o Grupo Técnico Estadual (GTE) do PIM, da consulta à sua Base de Dados e do contato com dois Grupos Técnicos Municipais (GTMs), optou-se por uma modificação no delineamento do estudo. Sendo assim, como foi descrito na Seção II desta dissertação, foi utilizado um delineamento qualitativo, exploratório, transversal, baseado no procedimento de Estudo de Casos Múltiplos. Os participantes foram mães primíparas, que aderiram ao PIM ainda durante a gestação, residentes em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, onde o Programa foi implantado em 2005; os

bebês que essas mães deram à luz; e as visitadoras que trabalharam com essas mães durante suas gestações e o primeiro ano de vida dos seus bebês. Cada dupla mãe-bebê e sua visitadora foram consideradas um caso.

Essa opção se justifica pelos seguintes fatores: a técnica do Estudo de Caso possibilita a análise em profundidade do objeto que se pretende investigar, extraindo informações de múltiplas e diferentes fontes; a realidade das mães participantes poderia ser conhecida em maiores detalhes, e de forma contextualizada; a escuta da visitadora poderia contribuir com dados adicionais acerca da relação e da adesão de cada mãe participante ao Programa. Assim, as percepções maternas sobre o Programa poderiam ser identificadas por meio de diferentes dispositivos: as entrevistas, a observação de uma visita domiciliar, a consulta ao Banco de Dados do Programa, identificando-se informações sobre a família, a mãe, o bebê, seu desenvolvimento, etc.

Dessa forma, os seguintes passos foram percorridos para o desenvolvimento do estudo:

- 1º. contato com a coordenação do Programa em nível estadual para apresentação do projeto de pesquisa e verificação da sua anuência com relação à realização do mesmo;
- 2º. consulta ao Banco de Dados para identificação de cidade(s) em que pudessem ser contatadas mães que preenchessem os critérios de inclusão para participação no estudo;
- 3º. contato com o Grupo Técnico Municipal (GTM) dessas cidades para apresentação do projeto e obtenção da sua concordância para realização do mesmo;
- 4º. definição da cidade de Arroio dos Ratos para realização do estudo;
- 5º. contato com as visitadoras e, posteriormente, com as mães identificadas para convite de participação no estudo.

Obtido seu consentimento, os seguintes instrumentos foram utilizados para coleta de dados:



- a) observação de uma visita domiciliar realizada pela visitadora;
- b) entrevista semiestruturada com a mãe, realizada no seu domicílio, de cerca de uma hora de duração, gravada e posteriormente transcrita;
- c) entrevista semiestruturada com a visitadora, realizada na Unidade Básica de Saúde onde se situa a coordenação do Programa no município;
- d) análise dos registros sistemáticos das visitadoras sobre os atendimentos a domicílio e registros dos ganhos de desenvolvimento infantil, disponíveis no Banco de Dados do Programa.

Como foi assinalado acima, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam a pesquisadora e sua orientadora, tendo sido aprovado. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os princípios e cuidados éticos foram respeitados, visando assegurar o bem estar e a integridade dos participantes do estudo.

A análise dos dados seguiu a técnica de proposições teóricas de Yin (2005). Os seguintes passos foram percorridos:

- 1º. descrição abrangente do caso, integrando os dados obtidos na observação da visita domiciliar, nas entrevistas com as mães e com as visitadoras e na análise documental;
- 2ª. construção da explanação, buscando articular teoricamente as percepções maternas sobre o PIM identificadas;
- 3º. síntese de casos cruzados, buscando identificar convergências e divergências entre os casos, e buscando responder aos objetivos do estudo.

A seguir, cada um dos três casos participantes do estudo é descrito em detalhes.

## **Caso 1 – Fátima e João**

### *Histórico da dupla mãe-bebê*

Fátima é uma jovem de 21 anos (no mês seguinte ao da entrevista completaria 22 anos), solteira, mãe de João, com nove meses de idade na época da realização do Estudo de Caso. Mãe e filho residem com a avó materna, a senhora Neiva, na casa desta.

A família vive em condições bastante precárias, em um terreno com outras casas de madeira, em uma das quais vive um tio da sra. Neiva, que é alcoolista e que ela ajuda a cuidar. A casa tem quatro peças (dois quartos, banheiro e sala/cozinha) e não possui refrigerador. A renda familiar corresponde à aposentadoria da avó (na época, R\$ 465,00 – quatrocentos e sessenta e cinco reais), mais o benefício do Programa Bolsa Família.

A sra. Neiva teve seis filhos, sendo Fátima a caçula. Neiva já teve vários problemas de saúde (aneurisma, acidente vascular cerebral, pedras na vesícula). Faz tratamento de saúde em hospital público em Porto Alegre. Fátima teria recebido o diagnóstico de autismo quando pequena. Segundo Neiva, a filha cursou sete vezes a primeira série do ensino fundamental, e só recentemente teria voltado a estudar, estando atualmente na 4ª série do ensino fundamental.

Fátima começou a trabalhar aos 14 anos de idade. Trabalhou como babá, além de ajudar nos cuidados da casa da sua ex-patroa. Teve um relacionamento antes de conhecer o pai de João. Conheceu-o em uma festa e ficou com ele apenas uma vez. Não tinha planos de namoro nem de casamento com ele. Quando soube da sua gravidez “*levou um susto*” e de início não aceitou. Não falou sobre a gravidez para o pai de João.

O parto foi normal, embora demorado e difícil. Ela estava com uma infecção vaginal, que foi transmitida para o bebê. Por esse motivo, ele ficou 10 dias na Unidade

de Tratamento Intensivo (UTI). Durante esse período, ela também permaneceu no hospital (nem teria dinheiro para pagar as passagens para que pudesse ir e vir).

Fátima está recebendo a orientação de uma advogada para providenciar o exame de DNA e solicitar auxílio do pai para as despesas do menino. Conta com o apoio da sua mãe (nos cuidados e também com apoio material) para criar o filho. Um de seus irmãos parece oferecer algum apoio também, visitando, dando presentes, ensinando o bebê a falar “papai”.

#### *Síntese da intervenção do Programa no caso Fátima e João*

Fátima ingressou no PIM por incentivo de sua mãe. A sra. Neiva descobriu a existência do Programa em uma ida ao Posto de Saúde e pediu várias vezes que a filha se inscrevesse. Fátima realizou o cadastro no PIM com seis meses de gestação, porém só recebeu a primeira visita domiciliar 31 dias depois, quando já estava com sete meses de gestação. Desde o seu cadastro no PIM, até o nascimento do bebê, transcorreram 15 semanas. Nesse período, ela recebeu seis visitas, 40% do total de visitas que deveriam ser realizadas. No município, o Programa vem trabalhando com uma sistemática de visitas domiciliares semanais na gestação.

Na primeira visita durante a gestação, foi apresentado o Guia da Gestante pela visitadora. Fátima, segundo o relato da visitadora, prestou atenção nas orientações, mas não fez muitas perguntas e estava bem.

A segunda visita ocorreu 42 dias depois da primeira (nesse período, a visitadora esteve doente, participou de evento em Porto Alegre e em Arroio dos Ratos; em uma semana, Fátima teve um compromisso que impediu a visita). Nesse encontro, a visitadora conversou com a gestante, falou sobre o parto, amamentação, cuidados nos

primeiros momentos com o bebê. Nessa visita, Fátima, segundo os registros da visitadora, mostrou-se mais participativa, fez perguntas, tirou dúvidas.

Nas visitas seguintes, houve momentos de conversa não dirigida (oportunizando à gestante falar sobre como foi sua semana, o que estava sentindo, etc) e momentos de orientações sobre o parto, o pós-parto, os primeiros sintomas do trabalho de parto, a ida para o hospital, os direitos da gestante. Nesse período, Fátima queixou-se de dor nas costas por causa do peso do bebê, de desconforto, de cansaço. A visitadora observou ansiedade na gestante nas visitas finais antes do parto.

A primeira visita após o nascimento de João aconteceu 17 dias depois do parto. O registro dessa visita indica a atividade “Conversar com a mãe”. Não constam outras informações com relação a essa visita. A segunda visita registrada nos formulários do Programa aconteceu dois meses e meio depois da primeira. O bebê estava com três meses. A atividade relatada foi a leitura do Guia da Família, com foco no que a criança começa a fazer nessa fase e em como a mãe podia estimulá-lo. Sempre que possível foi incluída a participação da avó, que ajudava bastante e estimulava o bebê.

Nesse período, há registro do preenchimento da Tabela de Avaliação de Ganhos do Desenvolvimento Infantil, de zero a três meses. João “consegue fazer sozinho” todos os oito indicadores relativos à idade. A visitadora registra “*A família é pouco participativa, mas estimula a criança*”.

Nas visitas seguintes, há relatos de atividades propostas para estimular o bebê, tais como mover um chocalho para que o bebê o agarrasse e agitasse; colocar um objeto macio na sua frente para que ele o alcançasse e, assim, engatinhasse; estimular a mudança de posição; estimular a sentar sozinho (aos cinco meses); estimular a inteligência e os movimentos (cantar, bater palmas). Todas essas atividades sempre incluíram a participação da mãe na estimulação do bebê.

Na oitava visita efetivamente realizada, foi preenchida, pela visitadora, a Tabela de Ganhos do Desenvolvimento Infantil, correspondente ao segundo trimestre, isto é, de três a seis meses. A tabela foi lida com a mãe, avaliando o que o bebê atingiu (o que não tivesse sido atingido deveria ser repetido, várias vezes). Segundo os registros da visitadora, o bebê estava bem estimulado e fazia tudo que era esperado para sua idade.

A partir dos oito meses de João, o objetivo das visitas passa a ser estimular o desenvolvimento da linguagem. Foram propostas atividades como tocar partes do corpo do bebê dizendo o que é repetidas vezes (pés, nariz, boca, etc); orientar a mãe para explorar a imagem do bebê no espelho; contar histórias curtas com figuras grandes de animais, carros, aviões, imitando seus sons e estimulando a criança a fazer o mesmo.

No que diz respeito à avaliação de ganhos do desenvolvimento infantil do terceiro trimestre, João “consegue fazer sozinho” sete dos oito indicadores. Precisa de ajuda para “colocar e tirar objetos de diferentes tamanhos de uma caixa ou recipiente de boca larga”, pois o bebê tira os objetos de potes, larga-os e não coloca de volta. A visitadora registra: *“A família é participativa e estimula cada vez mais a criança, é unida e se ajuda”*.

Do ingresso de João no Programa até a realização do Estudo de Caso transcorreram 33 semanas. Nesse período, 11 visitas foram realizadas, 33% das que estavam previstas, portanto.

#### *Dados obtidos na entrevista com a mãe*

Segundo Fátima, inicialmente ela não queria participar do PIM. Ficou com medo que fosse ser investigada, se estava tratando bem o filho, se estava se cuidando bem na gravidez. *“não sabia o que era PIM. Achava que fosse alguma programação pra no início de fazer de tudo pra tirar o João de mim [...] Eu tenho meus medo né [...]”. Aí*

*uma hora eu fui lá vê elas, como é que elas trabalhavam e aceitei botar o meu nome lá pra elas vim me visitar aqui.”*

Depois que foi até o Posto de Saúde e verificou como as visitadoras trabalhavam aceitou que viessem lhe visitar. Recebeu o Guia da Gestante, e depois que João nasceu, o Guia da Família. Nos livros, encontrou explicações sobre a gravidez e o desenvolvimento da criança.

Fátima acha que o Programa ajuda a mãe a lidar com a criança, a conhecer melhor o filho: *“O tratamento com o João desde que ele nasceu eu tô gostando né, aprendendo a ser mãe e com as visita da Betina eu aprendi um pouco mais. Tipo, como dá mamá, fazer dormi. Como ter paciência, que no inicio eu não tinha muita paciência quando ele acordava chorando. A noite toda chorando. Tem que saber os módo que ele queria dormir, de trocar, dá banho.”*

Na fala da mãe de João, fica clara a importância do relacionamento com a visitadora. Fátima afirma que a visitadora *“se importa comigo, desde a gravidez, se importa muito com o João”*. Afirmou que *“a atenção dela foi muito marcante. Vem a ser muito amiga da gente.”* Fátima valoriza o fato da visitadora não apenas brincar com João, mas também o fato de conversar com ela, dar-lhe atenção.

Fátima falou sobre os brinquedos que a visitadora traz para as visitas e as brincadeiras que ela faz com o bebê. Observa que tais atividades auxiliam no desenvolvimento do menino, que com oito para nove meses já estava engatinhando. Relatou que ele já fala algumas palavras também.

Fátima avalia como positivo o fato das atividades do PIM ocorrerem em casa, relata que espera pelo dia da visita, que parece ter também um significado de testemunho e legitimação do desenvolvimento do seu filho: *“Eu me sinto feliz quando ela vem ver o desenvolvimento do João.”*

Participar do PIM significa, para Fátima, “*um ensinamento do que é ser mãe, do que é uma criança... Porque tem muitas jovens menor de idade tendo relações com namorado e engravidando. Isso é um ensinamento pras mães jovens, moças, tendo o primeiro filho e aprendendo a ser mãe. Pra ela não desistir, de não lutar, de ser mãe. Porque no começo eu achei uma dificuldade, como eu disse, eu não... no começo eu não tinha aceitado, mas depois eu aprendi a amar o João, eu compreendi que Deus me enviou o João pra mim ser uma pessoa mais madura. Porque desde que vira mãe amadurece mais rápido a moça, a jovem como se diz, a mãe adolescente, desenvolve muito.*”

#### *Dados obtidos na entrevista com a visitadora*

A entrevista foi realizada com uma visitadora que estava no PIM há aproximadamente um ano e meio. Seu nível de escolaridade é ensino médio completo, tinha 24 anos na época da entrevista. Trabalhou como babá antes de ser visitadora do Programa. É casada e tem dois filhos, sendo que sua primeira gravidez ocorreu aos 18 anos.

A visitadora relatou que, além da capacitação inicial do PIM, de 60 horas, buscou outros cursos por conta própria, para se qualificar e estar mais preparada para seu trabalho no Programa. Fez curso para atuar em escola de educação infantil.

Na fala da visitadora alguns aspectos se salientaram a respeito da sua experiência como visitadora e da sistemática do Programa: a necessidade de se adequar às características, necessidades e peculiaridades de cada gestante e de cada bebê (nem tudo que surge está previsto no planejamento do trabalho e das visitas); a necessidade de contar com mais materiais, brinquedos e objetos que possam ser utilizados nas visitas (na maioria das vezes cabe à visitadora providenciar o material por conta própria); a

necessidade de diversificar as atividades propostas, pois as mesmas se tornam repetitivas às vezes; a necessidade de contar com outros materiais além dos Guias do Programa, pois eles não abrangem tudo o que pode surgir nem todas as informações que são demandas pelas famílias (várias vezes buscou informações, reportagens, relatos, por conta própria, para dar conta de auxiliar demandas que surgiram nas visitas – por exemplo, a demanda de uma mãe cuja criança tinha refluxo e ela não sabia o que era nem como lidar).

Sobre o início do atendimento de Fátima, a visitadora relatou *“fiquei bem apavorada aqueles primeiros mês que eu comecei a ir lá”*. Refere que ficou muito mobilizada por dois motivos: pela falta de recursos materiais da família que vivia em uma situação de extrema vulnerabilidade; e pelo fato da mãe ter diagnóstico de autismo.

Recorda que nas primeiras visitas *“eu comecei a prestar atenção que ela me olhava e parecia que não tava me entendendo. Daí eu me preocupei e falei com as gurias aqui o que eu podia fazer pra até tentar fazer as visitas, conversar, passar a informação pra ela de uma maneira que ela entendesse melhor. E aí no caso eu tentei modificar o meu jeito um pouco, nessa visita em especial. Falar um pouco mais calmo, mais baixo, mais devagar”*.

A visitadora menciona os desafios que este atendimento suscitava: *“[...] tem horas que parece que tu tá falando assim com ela e ela tá te olhando e parece que ela sai fora do ar e volta assim, ela diz “O que que tu falou mesmo?” [...] eu deixava o material pra ela ler e sozinha ela não lia. Dizia que, ai eu não tive tempo, eu ah vou te dizer a verdade é preguiça ou coisa assim. As vez eu chegava e lia junto com ela pra mim depois ter certeza que ela ia tá com aquela informação. Que não foi por falta de informação que ela fez ou deixou de fazer algum tratamento ou alguma coisa né”*.



A visitadora complementa: *“Foi uma situação que no início eu fiquei bem assim... eu custei a acostumar, né fiquei com aquela preocupação de fazer o trabalho né, fazer direitinho mas pra pessoa dela ser um pouco diferente”*. Sobre a relação família-visitador comenta: *“é uma troca a gente tenta fazer o máximo que pode pra elas não ter o que questionar, que reclamar da parte da gente né”*.

Quando o bebê nasceu, a visitadora se questionou: *“como é que ela [a mãe] vai cuidar”*. Refere: *“A mãe dela também tem problema de saúde, mas ainda bem que aos poucos eu vi que as duas junto tavam conseguindo cuidar da criança. Fazer ele se desenvolver bem. Até que pra toda a situação que eu pensei que ele iria não ter o progresso normal ou tão rápido, ele tá bem desenvolvido, bem esperto. Uma coisa que me deixou bem assim... que valeu a pena tudo o que foi feito antes né de ele vir. O resultado tá valendo a pena”*.

A visitadora também relatou que, no caso de Fátima, por exemplo, levou roupinhas de seus filhos, comprou fraldas, para auxiliar essa mãe cuja situação era bastante precária. Fez isso em outros momentos diferentes dos das visitas, mas buscou auxiliar. Betina explicou para a gestante: *“não tem nada a ver com o meu trabalho de visitadora, eu como pessoa vi que tu tá com necessidade e quero ajudar se tu não te importa”*.

Para o trabalho com as gestantes, segundo a percepção da visitadora, surgem demandas que estão além do conteúdo do Guia da Gestante. Relatou que algumas vezes elas propõem atividades do tipo confeccionar lembrancinhas, como elaborar um diário quando o bebê nascer, confeccionar um enfeite para colocar na porta do quarto do hospital, tudo *“para elas se distraírem, ocuparem sua cabeça”*.

A visitadora também revelou sua percepção de que o foco do trabalho, nos primeiros meses de vida do bebê, deveria ser os pais. Não verbalizou isto claramente,

mas ficou evidente pela sua fala a percepção de que a maneira de atingir o bebê e promover seu desenvolvimento é via trabalho com os pais, nesse momento até os seis, sete meses de vida da criança. Enfatizou também que *“as atividades com o bebê são muito importantes”*.

#### *Observação de uma visita domiciliar*

A visita foi realizada pela visitadora do PIM, acompanhada pela pesquisadora. A primeira observação da visita se refere à precariedade das condições de moradia de Fátima, João e Neiva. Também foi constatado que a casa estava bastante suja. O bebê estava com pouca roupa, não agasalhado adequadamente para a temperatura daquele dia.

Fátima parece ter ficado mobilizada com a chegada da pesquisadora e da visitadora. Estava de pé, tentando recolher algumas coisas do chão. O bebê estava de pé, no sofá. A avó, enquanto lavava a louça, referiu que tem medo que esta *“esperteza”* precoce do neto desapareça quando ele crescer. Disse que a filha dela, Fátima, ficou sete anos cursando a 1ª série do ensino fundamental e que só recentemente voltou a estudar.

Neiva falou: *“O João chamou estes dias a vizinha, a Roberta, direitinho. Ele ouviu a gente gritar para falar com ela e ele também conseguiu falar”*. Disse, em seguida, que viu na TV um programa sobre Einstein [ela não lembrava o nome, mas falou *“aquele da língua!”* e fez a careta do Einstein], e que com um ano de idade ele também falou o nome perfeito de um familiar. O receio da avó é que a história de vida da mãe de João se repita com o neto e que ele venha a apresentar, no futuro, problemas cognitivos ou metálicos. A avó comenta que há pessoas na família com epilepsia. Fátima, que é a filha caçula da Neiva, recebeu diagnóstico de autismo.

Quando a avó falava com o neto, ele olhava para ela, estabelecendo um contato visual recíproco. Entretanto, quando a mãe falava com o bebê - o que durante a visita foi menos frequente do que a interação avó-bebê - ele nem sempre reagia/respondia. A visitadora perguntava: “*Cadê a mamãe?*” e o bebê não olhava para a sua mãe.

Fátima pediu desculpas pela bagunça e sujeira da casa, disse que ela ficava envergonhada, mas que também tinha preguiça de arrumar. Disse que às vezes ficava entretida vendo um programa de TV, e quem nem sempre ela consegue se motivar para ajudar a sua mãe.

João é uma criança ativa, alegre, com um desenvolvimento motor muito bom (com nove meses já fica de pé no sofá e se move de um lado para o outro se apoiando no encosto do sofá). Sentou sozinho antes dos seis meses. Ele é um bebê sorridente. Demonstrou interesse e curiosidade pelos brinquedos que a visitadora trouxe para a atividade. O bebê estava pouco agasalhado para o clima. A mãe disse que ele tira a calça sozinho, esfrega os pés um contra o outro e consegue tirar a calça. O berço dele, na sala, estava bagunçado, com alguns poucos brinquedos, colchão sem roupa de cama e um acolchoado velho.

A avó utiliza um vocabulário sofisticado para a sua classe social. Ela disse que é da Igreja Adventista. Referiu que o neto vai para o seu colo para ela levá-lo para passear. Que, às vezes, ela coloca o menino no carrinho e o leva para passear perto de casa.

A avó lembrava que a pesquisadora é psicóloga, porque a visitadora já havia informado quando consultou a família sobre a possibilidade de participação no estudo. Neiva disse para a filha nos atender quando chegamos, para sentar conosco, enquanto ela seguiria lavando a louça (na mesma peça). Mas a avó participou bastante da visita. Fátima é mais calada, pede desculpas por não poder oferecer um café, pela sujeira da

casa. Embora verbalizasse isso, a impressão é que ela não tinha um real interesse ou motivação para fazer diferente, isto é, para mudar seu comportamento.

João ainda mama no peito. À noite, ele dorme na cama com a sua mãe. A família conversa com a visitadora e com a pesquisadora durante a visita. O bebê pega, observa e põe na boca os brinquedos que a visitadora oferece.

## **Caso 2 – Isabel e Luis**

### *Histórico da dupla mãe-bebê*

Isabel é uma jovem de 24 anos, mãe de Luis que estava com 13 meses de idade na época da realização do Estudo de Caso. O estado civil de Isabel é solteira, embora ela viva há cerca de cinco anos com seu companheiro, pai de Luis. Ambos os pais possuem ensino médio completo. A mãe é do lar e se ocupa do cuidado com o filho, enquanto seu esposo trabalha. Ele é o único responsável pela manutenção econômica da família, cuja renda é em torno de R\$1.800,00 (hum mil e oitocentos reais).

A família tem uma condição sócio-econômica mais favorável do que a média das famílias do PIM. O casal e o filho residem em uma casa de alvenaria, recentemente reformada, com cinco cômodos e pátio gradeado. Também possui, na residência, computador com acesso à internet, TV a cabo e outros eletrodomésticos. O pai tem carro próprio.

A família possui plano de saúde privado como um dos benefícios do contrato de trabalho do pai. Antes de engravidar, a mãe fazia psicoterapia e tomou conhecimento sobre o PIM por intermédio da sua psicóloga. Recebeu uma primeira visita da visitadora e resolveu ingressar no Programa, o que ocorreu quando ela estava com cerca de 16 semanas de gestação. Já havia iniciado o pré-natal antes de ingressar no PIM. Realizou os exames e as consultas na rede privada, pois contava com plano de saúde.

Luís foi amamentado até os cinco meses de idade. Depois, sua mãe começou a tomar medicação para problemas hormonais e o leite secou. Ela refere que o bebê é “*bom de garfo*” e come de tudo.

Segundo informações do banco de dados do Programa sobre a caracterização da convivência familiar, a família brinca todos os dias com a criança, conversa com ela várias vezes ao dia, leva a criança para passear uma vez por semana, mas não mostra livros ou figuras, não conta histórias e não ensina canções e/ou canta. Segundo dados do formulário, a família demonstra afeto com palavras e gestos de carinho.

#### *Síntese da intervenção do Programa no caso Isabel e Luis*

Desde o ingresso da gestante no PIM até o nascimento do bebê, transcorreram 18 semanas úteis, isto é, descontadas as quatro semanas de férias da visitadora. Nesse período, ela recebeu 13 visitas, 72% do total de visitas que deveriam ser realizadas (o programa vem trabalhando com uma sistemática de visitas semanais na gestação).

Do cadastro de Luis no programa, até a realização do Estudo de Caso, transcorreram 49 semanas úteis. Nesse período, 26 visitas foram realizadas, 53% das que estavam previstas, portanto.

Segundo registros da visitadora, na primeira visita, foi feita a apresentação dos objetivos e funcionamento do Programa. Foi entregue o Guia da Gestante e lida a página sete sobre a importância do pré-natal. A visitadora perguntou à mãe sobre o resultado dos seus primeiros exames e das ecografias. Na oportunidade, em torno de 16 semanas de gestação, a gestante já havia feito três ecografias. Sabia que o feto estava ótimo e que era um menino. Realizou o pré-natal na rede privada, pois é dependente do marido no plano de saúde.

Nas visitas subsequentes, foram comentados os acontecimentos próprios do primeiro e segundo trimestres de gestação, a partir da leitura do Guia da Gestante. Na terceira visita, Isabel conseguiu revelar para a visitadora que o seu marido não acreditava que o feto escutasse dentro da barriga, e que ele não estava dando credibilidade para as informações e orientações repassadas por ela. A visitadora procurou trazer outros materiais e dialogar com o pai também para “ganhá-lo” para o Programa, pois percebeu que isto seria importante para fortalecer a participação da esposa no PIM e o entendimento entre o casal.

Nas visitas subsequentes, a gestante falou de sua preocupação sobre o ganho de peso e o aumento da fome, as manchas na pele (se desaparecerão ou não após o nascimento do bebê), suas dúvidas em relação ao parto (embora já tenha decidido que fará cesariana, pois “*não quer sentir dor*”). A visitadora levou uma reportagem sobre amamentação para a gestante ler durante a semana.

A gestante manifestou intenção de amamentar o bebê no peito, entende todos os seus benefícios, e solicitou para ficar mais tempo com a reportagem trazida pela visitadora para repassar para seu companheiro. A visitadora orientou sobre a posição correta de amamentar.

Segundo registros da visitadora, ela falou várias vezes com a gestante sobre as vantagens do parto normal, tentando fazer com que ela mudasse de ideia sobre a cesariana. Consta nos registros: “*Não adianta, a gestante sabe das vantagens do parto normal, mas fará cesárea*”.

Já na sexta visita, começam a conversar sobre o período pós-parto e os primeiros cuidados com o bebê, sempre tomando como base as informações do Guia da Gestante. Isabel tem dúvidas sobre o cordão umbilical (quando cai, quais os cuidados) e sobre os pontos da cesárea (se doem ou não). A gestante foi orientada a caminhar todos os dias

um pouco, *“pois caminhadas curtas durante a gestação fazem bem tanto para a mãe quanto para o bebê”*.

Nas quatro semanas seguintes, não houve visitas porque a visitadora estava de férias. No retorno, a retomada foi saber como a futura mamãe passou o mês de janeiro. A visitadora levou o Guia da Família, leram e refletiram sobre a mensagem que há no início do livro sobre “nossas crianças não podem esperar”. A visitadora registrou que a gestante está com muitas varizes, seu peso aumentou 17 quilos até agora, apresenta bastante falta de ar e está com muito medo do parto, e muito nervosa. Optou pela cesariana porque *“as mulheres da sua família ganham de cesárea porque os bebês saem do nascedouro no último momento”*.

Na visita seguinte, a gestante foi orientada sobre os seus direitos, conforme constam no Guia. A visitadora conversou com ela para se acalmar e repensar sobre o parto normal. A visitadora registrou: *“Não adiantou esforço, ela já marcou a cesárea”*.

Na semana seguinte, a visitadora solicitou à futura mãe uma avaliação sobre o Guia da Gestante. Ela disse que gostou da leitura, especialmente da parte que fala da importância do pai na gestação. Ela recebeu o Guia da Família da visitadora para começar a ler.

Nas três visitas seguintes, antes do parto, elas conversaram sobre os primeiros cuidados com o bebê (higiene do umbigo, banho, não usar cotonetes nos ouvidos do bebê, higiene bucal, posição do bebê para dormir, arrotos). A visitadora registrou: *“Está apreensiva, pois nunca cuidou de criança, mas está bem consciente do seu papel de mãe”*.

O bebê foi cadastrado no PIM oito dias após seu nascimento, quando recebeu a primeira visita da visitadora. O objetivo das duas primeiras visitas foi *“estimular o laço afetivo entre os pais e o bebê”*. Segundo os registros, a visitadora orientou a mãe *“a*

*pegar o bebê de modo que ele fique de frente para ela, então ela deverá conversar com ele para que ele preste atenção no que ela fala. E aí será falado sobre a importância do contato olho no olho de mãe e filho*". A visitadora registrou, ainda, que ambos os pais *"prestaram muita atenção nas explicações e seguem as mesmas à risca"*.

Constam três semanas sem registro de atividade, sendo que em uma delas houve um feriado. Na visita seguinte, a atividade livre foi saber como eles passaram os dias que não teve visita. A atividade proposta foi *"a mãe deverá pegar o bebê no colo e mostrar um objeto bem chamativo para que, ao prestar atenção, ela mova o objeto em vários sentidos para ver se ele já acompanha"*. O bebê seguiu o objeto com os olhos. Ao final, a visitadora sempre orienta a família a *"repetir atividade várias vezes durante a semana"*.

Nas semanas subsequentes, as atividades propostas visavam estimular a audição e a orientação do bebê (mãe fala com ele de locais diferentes para ver se ele se move na direção da voz da mãe; brincam com chocalho; mãe conversa com o bebê, olhando-o). Também são realizadas atividades com o bebê de bruços; ele não sustenta muito a cabeça.

Com quase três meses de idade, há registro que o bebê já gosta de ver TV. Nesse período, a visitadora orienta a mãe a brincar com ele, utilizando uma fralda para cobrir seu rosto, bem como o espelho, para experimentar sua reação. A visitadora registra: *"ele se irrita, não puxa a fralda e, quando colocado de bruços, dorme"*.

A 13ª visita ocorreu quando o bebê estava quase completando cinco meses. São oferecidos à criança pequenos frascos com pedrinhas dentro para que ele sacuda e observe os sons. Segundo registros, o objetivo é trabalhar a motricidade e o desenvolvimento cognitivo.



Pouco antes dos seis meses de idade, são realizadas atividades para que o bebê sente sozinho. A visitadora registra: *“Morde de tudo, não gosta muito de água, não gosta de sucos frios, a mãe tem que esquentar e ao ser colocado de bruços, vira-se de barriga para cima e até fica brincando”*.

Quando completou seis meses, foi preenchida a tabela de ganhos do desenvolvimento relativa ao segundo trimestre. Leram no Guia as orientações correspondentes ao próximo período, de seis a nove meses.

Nas visitas seguintes, foram oferecidos ao bebê brinquedos e objetos dentro de uma bacia (aberta) e depois em caixa (fechada), para ele pegar e brincar. Leva os objetos à boca. A fralda é periodicamente utilizada para esconder objetos e fazer com que o bebê os procure. A mãe é orientada a perguntar para o filho *“onde está o brinquedo?”*.

Quando Luís estava com sete meses de idade, a mãe foi estimulada pela visitadora para escrever um depoimento sobre sua participação no PIM. Outras mães também foram convidadas para colaborar, e lhes foi explicado que esse material seria utilizado em uma capacitação para novos visitantes. Isabel quis participar, e alguns trechos do seu depoimento estão abaixo: *“O PIM na minha vida é importante, útil, bom e acho que para outras famílias também é, por levar a cada casa união entre pais e filhos, educação, ensinam como ter uma alimentação e uma vida saudável, brincadeiras e, principalmente, a união da família, se compreenderem e se respeitarem... por ensinarem mães inexperientes... os filhos crescem felizes e aprendem brincando com o PIM nas suas casas. E meu filho se diverte e a cada dia participa mais.”* No seu depoimento ela cita a visitadora quando escreve: *“...ela participa de nossas vidas, e a gente aprende com ela, e compartilha coisas com ela”*.

Em relação à avaliação de ganhos do desenvolvimento infantil do primeiro trimestre, o bebê consegue fazer sozinho sete de oito indicadores. Ainda não consegue levantar a cabeça e parte do tronco, apoiando-se nos braços quando deitado de bruços. Nessa oportunidade, a visitadora registrou: *“A família adora o PIM, lê bastante o Guia e o pai é presente tanto nas consultas ao Pediatra quanto nas visitas do Programa”*.

No segundo trimestre, consegue fazer sozinho seis dos sete indicadores. O indicador “Muda da posição de barriga para baixo para a posição de costas e vice versa”, o bebê só consegue fazer com a ajuda da mãe. Sobre a família, a visitadora registra: *“Família participativa, sempre preocupada com a saúde e desenvolvimento de seu filho e também se preocupa em sempre estar em casa nos dias de visita do PIM. O bebê conversa e sorri muito para a mãe”*.

No terceiro trimestre, o bebê consegue fazer sozinho todos os oito indicadores. As observações da visitadora sobre a família são: *“Ótima família, unida, e o casal sempre de bom humor, com o amor pairando pelo ar. Ambos atenciosos com o filho e sempre dividindo tanto os cuidados com o bebê quanto aos afazeres domésticos”*.

No quarto trimestre, o bebê consegue fazer sozinho sete dos oito indicadores. Para o indicador “Dá pequenos passos sozinho”, o bebê consegue fazer com a ajuda dos pais. Sobre a família, a visitadora registra *“Ótima família de se trabalhar, participativa e preocupada com o bom desenvolvimento de seu filho e, segundo o pai, que foi bem sincero, que o filho ainda não caminha porque eles não se esforçaram o suficiente”*.

*Dados obtidos na entrevista com a mãe*

Por cerca de um ano, Isabel realizou atendimento psicológico com um profissional do Posto de Saúde, no seu município. Lembra que foi a psicóloga quem lhe falou sobre o PIM, no início da sua gestação. O tratamento foi interrompido devido à mudança de cidade da profissional. Sobre o atendimento, a mãe comenta: “*É bom conversar, a gente tem uns probleminhas, a gente conversa e já se sente melhor... Porque ela [a psicóloga] me falou do PIM que seria bom pro bebê, como eu não ia tá fazendo mais, não ia ter mais consultas, seria bom ter uma visita em casa, pra gravidez, pro bebê. E aí que ela me falou da Magda [visitadora]*”.

A visitadora foi, então, por indicação da psicóloga da Secretaria de Saúde, fazer uma primeira visita à família. Se apresentou, explicou o que é o PIM, seus objetivos e como funciona, questionando, ao final, se a gestante gostaria de participar do mesmo. Isabel concordou.

O seu companheiro, contudo, não acreditava em algumas informações repassadas pela visitadora. A mãe comenta: “*a gente [ela e a visitadora] começou a chamar ele pra participar porque ele também tinha que aprender algumas coisas. É pai também, tinha que aprender como cuidar, não era só eu. E a gente começou a chamar ele pra participar e pouco a pouco ele foi vindo, conversando, participando e agora, quando ele tá em casa, ele participa junto*”.

A mãe lembra que, quando tinha dúvidas, ligava para o seu médico (da rede privada), consultava na internet, ou conversava com a Magda. “*Então tava sempre procurando né, minhas dúvidas mesmo eu sempre esclarecia assim... Mas o bom é que a gente conseguiu mais uma amizade, as visitas são boas pra mim, pro bebê e ele brinca bastante. Ele aprende também*”.

À medida que ela e a visitadora foram se conhecendo, “*foi criando amizade*”. Refere que “*aprendi bastante coisa no PIM, então não teve muito problema né... a gente aprende muita coisa com eles [os bebês] também*”. Durante a gravidez, Isabel lembra que tinha medo de não saber cuidar do bebê “... *achei que não ia poder, mas consegui né... Tive que aprender a ser mãe. Tive que ficar bem responsável e a gente vai aprendendo. Acho que o tempo mesmo. E ele [o filho] cada dia uma coisa nova e a gente aprende também com eles*”.

Comenta que sua expectativa era de engravidar mais velha, com 27 ou 30 anos, mas isto acabou acontecendo com 22. Ela tinha o ensino médio completo, mas pretendia estudar algo mais. Tem vontade de fazer um curso para cabeleireiro, mas vai esperar o filho crescer um pouco mais. Ela é quem fica com o filho durante todo o dia, e comenta que eles estão sempre juntos, passeando na casa da mãe dela, que mora no mesmo bairro, em casa brincando, as vezes até tomam banho juntos. Refere “*a gente [mãe e bebê] tá sempre junto*”.

Em relação aos benefícios do Programa, Isabel ressalta: “... *eu aprendi e continuo aprendendo. Eu tô aprendendo mais como cuidar dele e ele tá aprendendo coisas novas pra ele também, as brincadeiras, as coisas assim. Os dois tão aprendendo*”. Isabel salienta que: “*dá pra entender tudo o que ela [visitadora] explica. O que ela fala ali eu entendo, a gente aprende*”.

Acerca dos Guias do PIM, a mãe disse que leu os materiais na íntegra e que as informações básicas sobre a gestação e o bebê estão ali contidas. Sugere, contudo, que a visitadora poderia “*trazer mais brinquedinhos, ela traz alguns pouquinhos e eles mesmo gostam bastante coisa assim. Eu acho que cada dia alguma coisa diferente seria bom*”.

*Dados obtidos na entrevista com a visitadora*

A visitadora que atende esta família ingressou no PIM em novembro de 2007. Estava atuando no programa há pouco mais de dois anos quando da realização da entrevista. No processo seletivo, a visitadora concorreu com outras 44 candidatas, realizou entrevista com psicóloga, entrevista coletiva e individual e foi selecionada com mais 24 finalistas. Todas realizaram capacitação inicial do programa com 60 horas de duração, sendo que a Magda ficou em quinto lugar na classificação geral. Quando do seu ingresso no PIM, possuía ensino médio completo e, quando da realização da entrevista, estava cursando o segundo semestre de Licenciatura em Matemática.

Não tinha experiência prévia de trabalho com famílias e crianças. Antes de ingressar no PIM, trabalhou em viveiro de acácia, ela plantava muda de acácia.

Ela tem 31 anos, é casada e mãe de duas meninas. Reside na zona rural de Arroio dos Ratos e utiliza a bicicleta como meio de transporte para trabalhar. Possui os registros das famílias/crianças atendidas por ela no PIM organizados e com os dados completos. Demonstra entusiasmo e dedicação pelo Programa e pelas famílias atendidas.

Seu marido é carpinteiro e a apóia na elaboração de brinquedos e materiais que ela utiliza nas visitas domiciliares e atividades grupais. Ele se autodenomina “tio” do PIM, uma vez que também dá a sua contribuição ao Programa, confeccionando peças de madeira para favorecer a estimulação que a sua esposa orienta as mães a realizarem com seus filhos.

A visitadora relembra que sofreu resistência por parte do pai da criança, no início do atendimento, pois ele “*não acreditava que o feto escutasse dentro da barriga*”. Esse desafio estimulou ainda mais a visitadora que pensou “*vou convencer esse pai por mais que ele me olhe e me ache com cara de louca*”. Ela relembra: “*Então pra ele era*

*assim, ele não encostava, como se não tivesse nada ali e, ao longo do tempo, ele foi chegando mais perto e foi um tempo que ele disse pra Isabel [esposa] ‘agora eu me sinto mais pai’. Então, no momento que tu vê isso, tu escuta a gestante te dizer isso, é muito gratificante”.*

Esse pai trabalha por turnos e, em muitos momentos, acompanhou e participou das visitas do PIM. A visitadora refere: *“Que tanto a gente cria o vínculo com a mãe, com a criança, cria com o pai também... ele é um pai muito presente, tá sempre junto... sempre fazendo atividade. Então eles [o casal] tão sempre gravando, eles tão sempre me mostrando. Aquilo que tu viu hoje de manhã de eu chegar e eles me mostrar um clipe, aquilo ali acontece toda a semana. E a gente se sente gratificado... Aquele amor ao serviço que tu tá passando ali, a família tá te retornando”.* Magda complementa: *“Eu costumo muito dizer nas famílias que os pais são os espelhos dos filhos, têm que fazer, têm que dá o exemplo pra eles seguirem adiante [...] Muitas vezes, além de tu desenvolver a criança, tu desenvolve o casal”.*

A visitadora foi convidada para a festinha de um ano do bebê, não pode comparecer porque estava com problema de doença na família e relembra que o pai da criança cobrou sua ausência na festa. A visitadora se sente gratificada por ter conseguido a adesão do pai no programa.

A visitadora refere que *“é uma casa assim bem tranqüila e eles procuram sempre tá fazendo... Eles são bem sinceros, eles gostam bastante do programa... A Isabel é uma pessoa assim que, quando ela não tá em casa, ela me liga avisando que não vai tá, quando eu não posso ir, eu ligo pra ela avisando. Então a gente sempre tá em contato”.*

### *Observação de uma visita domiciliar*

Mãe e filho estavam aguardando a visitadora e a pesquisadora com a porta da casa entreaberta. Na frente da casa, há um pátio gramado e gradeado, onde a mãe estende as roupas lavadas para secar. Há dois cachorros no pátio.

Isabel nos recepciona no portão, convida para entrar e apresenta o filho. Refere já estar informada, pela visitadora, sobre a minha presença e o meu trabalho e que consentiu a observação.

Nos convida para sentar na sala, onde há dois sofás, o chiqueirinho do bebê com brinquedos coloridos, de encaixe e outros brinquedos musicais, além de quatro bicos espalhados dentro do quadrado, um móvel com TV, som, DVD, porta-retratos com fotos da família e uma lareira.

A visitadora pergunta para a mãe como ela desenvolveu com o filho a atividade trabalhada na visita passada. A mãe comenta que o filho estava resfriado e que não conseguiu realizar a atividade todos os dias. Relatou que ele está muito interessado em caminhar pela casa, mas sempre de mãos dadas com ela ou com o pai, que o bebê parece ter medo de tentar se equilibrar sozinho, buscando apoio no sofá, por exemplo. Durante a visita, o bebê solicita ajuda da mãe para caminhar, e ela o atende.

A atividade proposta pela visitadora é que o bebê brinque e tente chutar a bola. A visitadora conversa com o bebê para ele entregar o bico para ela, “*para poder falar*”. Quando chegamos na casa, a TV estava ligada. Primeiro a mãe baixou o volume, depois desligou.

O bebê se interessa pela bola, demonstra que quer caminhar atrás dela e solicita apoio da mãe. Ela interpreta corretamente os sinais do bebê, se aproxima e dá a mão para ele caminhar pela sala tentando chutar a bola. O bebê emite muitos sons e parece estar se divertindo com a atividade.

Luís é um bebê robusto, forte, tem olhos grandes e um olhar cativante. Tanto ele quanto sua mãe estavam bem vestidos durante a visita. A casa estava arrumada e limpa. A mãe ofereceu um café no final do encontro. Mostrou fotos dele, de cada um dos meses de vida, desde o nascimento. Os pais tiraram estas fotos em um estúdio, com o bebê fantasiado.

Pouco antes de nos despedirmos, o pai do bebê chegou do trabalho. Ele foi receptivo, sentou e conversou conosco. Relatou que acha o Programa muito interessante. No início, contudo, o pai lembra que teve muitas resistências em acreditar e aceitar algumas informações que a visitadora aportava, sobretudo em relação às competências do feto ainda dentro da barriga (como, por exemplo, já escutar a voz da mãe e os sons do ambiente).

O pai se autodenomina, agora, um aliado do Programa e acha que esse tipo de intervenção é especialmente importante para as famílias de mais baixa renda e instrução, que muitas vezes não sabem como lidar com o filho em uma situação de doença ou mesmo como promover seu desenvolvimento saudável. Ele comenta que o filho adora andar de carro e sentar com ele no banco do motorista para mexer nas alavancas e botões do painel. Aparenta ser um pai atencioso e disponível para brincar com o filho.

### **Caso 3 – Manuela e Sofia**

#### *Histórico da dupla mãe-bebê*

Manuela é uma jovem de 21 anos, mãe de Sofia que estava com 11 meses de idade na época da realização do Estudo de Caso. O estado civil de Manuela é solteira, embora ela viva há cerca de quatro anos com seu companheiro, pai de Sofia. O casal e a filha residem em uma casa modesta, de alvenaria, com três cômodos.



A mãe concluiu a sétima série do ensino fundamental, enquanto que seu companheiro possui ensino fundamental completo e é o principal responsável pelo sustento econômico da família. Ele trabalha na área de metalurgia, em turno integral, e ela, como doméstica, em casa de família (meio turno, na época). A renda familiar é de, aproximadamente, R\$ 820,00 (oitocentos e vinte reais) mensais.

Manuela teve duas gestações anteriores à da Sofia, que não vingaram. Na primeira, Manuela descobriu, aos cinco meses de gestação, quando realizou a primeira ecografia, que o feto tinha uma má-formação (hidrocefalia). Ela e o bebê estavam correndo risco de morte e, devido ao período avançado da gravidez, teve que ir ao Judiciário para obter autorização legal para interromper a gestação. *“Eu tive que bater, tive que implorar pro juiz. Dizer que tava com risco era eu e a criança junto com risco de morrer”*. A gravidez foi interrompida quando o feto estava com sete meses; foi feita uma cirurgia para retirá-lo e o feto foi enterrado no cemitério. *“Até hoje quando eu vou no cemitério no dia dos finados, me dá uma.. sabe... não é a mesma coisa, [a criança] podia tá com três anos já. Eu não esperava [a gravidez], mas eu não queria perder esse nenê, né”*.

Por ocasião da segunda gestação, Manuela sofreu um aborto espontâneo. Recém havia se inscrito para participar do PIM e, na semana seguinte, teve o aborto. Quando descobriu que estava grávida pela terceira vez, relembra: *“[...] eu quase pirei né porque eu tava com medo até por causa desse problema que eu tinha. E aí os médicos explicaram né que não era toda a gravidez que era igual né”*. A mãe relata que, naquela oportunidade, ganhou do companheiro um livro sobre alimentos próprios para gestantes e que comia tudo aquilo que continha ácido fólico, vitamina A, C, D e que era bom para o desenvolvimento do feto.

Começou o pré-natal com 10 semanas de gestação e realizava consultas semanais e exames pré-natais no Hospital da PUCRS em Porto Alegre, onde havia um atendimento mais especializado. Por sua história pregressa, sua gestação foi considerada de alto risco até a vigésima semana, quando realizou a ecografia dos cinco meses e confirmou que o feto estava se desenvolvendo bem. *“Toda vez que eu ia fazer a ecografia eu ficava nuns nervo né... E hoje tu já vai pro pré-natal de baixo risco. Bah! Quando ela [a médica] disse aquilo, foi uma festa pra mim”*.

Durante a gestação, Manuela engordou 31 quilos; pesava 60 e, ao final, estava com 91. Descobriu o sexo do bebê no oitavo mês de gestação. Ela e o companheiro ficaram muito felizes com a notícia de que teriam uma menina. A mãe queria ter parto normal e ganhou o bebê a termo com 39 semanas de gestação.

Lembra que a nenê chorou a primeira noite inteira, no hospital. Perguntou para a avó materna: *“Tá mãe, e agora o que que eu faço?”* Ela refere que estava cansada e com fome, pois não tinha comido nada. E sua mãe prontamente respondeu: *“Agora tu vai dá mamá pra guria né”*. Manuela lembra que seu leite ainda não estava saindo. *“Eu apavorada, eu disse pra enfermeira dá um leite pra essa guria e ela disse não, mas tem que colocar ela pra sugar pra estimular a amamentação”*. A mãe refere que o bebê seguia chorando, com fome. Ela tinha levado um bico *“escondido na bolsa”*, e foi o que acalmou o bebê. Três dias após o parto, ela teve alta. Em casa, comprou uma máquina para extrair leite materno. *“Aí me deu figo, quase morri, meu Deus do céu... Eu não comia, qualquer coisinha eu tava do lado [do bebê], sempre com medo. Primeiro filho né”*.

Manuela levava a filha na pediatra todo o mês para as consultas de revisão. A médica atendia no hospital do município pelo Sistema Único de Saúde, sendo que, no

primeiro ano de vida do bebê, as consultas eram agendadas previamente. A partir do segundo ano de vida, a família tem que marcar.

A mãe começou a trabalhar quando o bebê estava com quatro meses, momento em que ele passou a frequentar a creche municipal em turno integral. Na oportunidade, mãe e visitadora combinaram de dar continuidade ao atendimento do PIM aos sábados, na casa da família ou na casa da avó materna. A visitadora concordou. Com oito meses de idade, Sofia teve pneumonia, e a mãe decidiu largar um dos seus dois empregos, retirar a menina da creche e permanecer em casa cuidando da filha. A partir dessa data, a mãe passou a cuidar da menina de manhã e a pagar uma tia do seu marido para ficar com a menina de tarde, para poder trabalhar meio turno. A mãe planejava colocar a filha novamente na creche no verão, referindo “*porque ela sente falta das criança [...] Ela vê um monte de criança, ela enlouquece, ela quer tá no meio fazendo folia*”. O casal demonstra atenção e carinho pela filha que foi tão esperada.

#### *Síntese da intervenção do Programa no caso Manuela e Sofia*

Manuela ingressou no PIM a convite da visitadora por ocasião da sua segunda gestação, uma semana antes de sofrer o aborto espontâneo. Quando soube que estava novamente grávida, ela mesma comunicou à visitadora e solicitou o atendimento. O ingresso no Programa iniciou no primeiro trimestre da gestação (de 17 a 20 semanas).

Desde o seu cadastro no Programa, até o nascimento do bebê, transcorreram 19 semanas úteis (excluídas três semanas de férias da visitadora). Nesse período, ela recebeu 17 visitas, ou seja, 89% do total de visitas que deveriam ser realizadas (o programa vem trabalhando com uma sistemática de visitas semanais, mesmo na gestação).

Do ingresso da Sofia no PIM até a realização do estudo de caso transcorreram 47 semanas. Nesse período, 25 visitas foram efetivamente realizadas, 53% das que eram previstas, portanto.

De acordo com os registros da visitadora, cada visita domiciliar foi pautada pela leitura e discussão dos temas presentes no Guia da Gestante. Manuela recebeu esse material no primeiro encontro, quando lhe foi explicado o que é o PIM, seus objetivos, e seus coordenadores. Também conversaram sobre as mudanças no corpo da mulher durante a gestação e a importância do apoio da família nesse período e na estruturação da criança que logo nascerá. A visitadora registrou no seu caderno que *“a gestante demonstrou bastante interesse em participar ativamente do programa, se identificou bastante com as mudanças que estão ocorrendo no seu corpo”*. A gestante foi orientada pela visitadora a ler mais três páginas do Guia para o próximo encontro, entretanto ela leu todo o Guia de 46 páginas.

Nas semanas seguintes, as visitas abordaram temas como alimentação durante a gestação, saúde bucal (cuidados redobrados com os dentes e as gengivas na gestação), mudanças corporais no primeiro trimestre de gestação, desenvolvimento do feto (a mãe ficou encantada em saber que o feto já chupa o dedo dentro da barriga), atividade física, como aliviar desconfortos (a visitadora registrou que a mãe tem muita variação de humor). Na sétima visita, a visitadora propôs a elaboração de um Diário da Gestante, o que foi prontamente aceito pela Manuela. A visitadora levou o caderno, EVA para confeccionar a capa e colocaram os primeiros dados (nome dos pais, endereço, um depoimento da mãe sobre sua gravidez, seus medos, mudanças físicas e psicológicas). Segundo registro da visitadora, a mãe *“adorou o diário”*. Ela seguiu atualizando o diário, semana a semana, registrando os acontecimentos mais marcantes da gravidez. Colocava ali também os exames realizados.

Na décima visita, a mãe solicitou a ajuda da visitadora para fazer a lista do chá de bebê com ela, e escrever mais no Diário “o qual ela está adorando”. Nesse período da gestação, segundo registros da visitadora, a mãe começou a apresentar falta de ar. Foi orientada a não fazer longas caminhadas, beber bastante líquido e respirar fundo.

Na visita seguinte, a partir da leitura do Guia, conversaram sobre os primeiros sinais do parto normal, como são as dores, e quando optar por um parto cesáreo. Segundo a visitadora, a gestante prefere o parto normal, pois acredita no seu melhor re-estabelecimento e quer amamentar no peito.

A partir da leitura das páginas 31 e 32 do Guia, conversaram sobre o pós-parto e a amamentação. A gestante está com os pés muito inchados, seus chinelos mal servem. A gestante será orientada a fazer repouso para que não inchem tanto seus pés.

Nas semanas seguintes, foram abordados os primeiros cuidados com o bebê, o cordão umbilical, cuidados com a higiene e a alimentação do bebê, incentivando o aleitamento materno exclusivo. A mãe foi orientada a fazer repouso pela visitadora.

Na última visita antes do parto, foram abordados os direitos da gestante e lido um pensamento para a futura mamãe que consta ao final do Guia da Gestante. A visitadora orientou a mãe a “manter a calma na hora do parto”.

Sofia nasceu em janeiro de 2009, mês de recesso das atividades do PIM no município, devido às férias das visitadoras. O pai do bebê, a pedido da mãe, avisou a visitadora sobre o nascimento de Sofia e a convidou para ir visitá-los na sua residência. A visitadora compareceu.

O bebê foi cadastrado no programa em fevereiro de 2009, quando as visitas domiciliares foram retomadas para atendimento da dupla mãe-bebê e orientação da

família para a estimulação do desenvolvimento infantil. Abaixo, é apresentada uma síntese dos atendimentos.

Na primeira visita, foi realizado o cadastro do bebê no programa, e a visitadora quis saber como eles passaram o mês de janeiro, período em que ela estava de férias. Segundo a visitadora, *“a mãe está super bem, muito feliz com a sua princesa no colo. E o mais importante, foi um parto normal como ela tanto queria”*.

A partir da segunda visita, o Guia da Família passou a orientar as atividades realizadas com a família para promover a interação mãe-bebê e a estimulação do bebê. Durante as primeiras semanas, a atividade orientada pela visitadora foi para a mãe pegar o bebê no colo, bem na sua frente, e falar com o bebê suavemente para que ele *“aprenda a prestar atenção no que a mãe diz [...] e para que se fortaleça o laço afetivo entre as duas [mãe e filha]”*.

Nas semanas seguintes, a mãe foi orientada a aproximar um brinquedo do rosto da criança e movê-lo para o bebê seguir com os olhos, cujo objetivo era *“estimular a cognição e a motricidade do bebê”*. A visitadora registrou que o bebê fixa o olhar e acompanha o movimento para os lados. A mãe foi orientada a mover para cima e para baixo o brinquedo durante a semana.

Nas semanas que se seguiram, a mãe foi orientada a conversar bastante com sua filha e colocá-la de vez em quando de bruços para fortalecer o tônus muscular e a sustentação do pescoço. Foi trabalhado com móbile, com som, ou seja, com materiais que estimulam os sentidos e despertam a atenção do bebê.

Quando o bebê estava com quatro meses, a mãe foi orientada a usar uma fralda para brincar de esconder. Segundo registros da visitadora: *“Assim, ela aprenderá a procurar as pessoas quando se esconderem dela, além de ser uma brincadeira muito*

*prazerosa*”. O bebê gosta da brincadeira e tenta puxar a fralda. Nesse período também foi estimulada a mudança de posição do bebê, ou seja, virar-se sozinho.

A partir dos seis meses, a visitadora começou a oferecer uma bacia com brinquedos para a menina aprender a tirar e pegar os objetos de dentro. A mãe fala o nome dos brinquedos e pede para ela. A menina não os dá para a mãe. Brinca também com chocalho.

Sofia adoece, é hospitalizada e interrompe o atendimento por algumas semanas. Na retomada dos encontros, o bebê é estimulado a começar a ficar de pé, com o apoio da mãe, e a bater palmas quando a mãe canta “parabéns a você”.

Com nove meses, ela já fica de pé no cercadinho. A visitadora registra: *“Engatinha só na cama, senta sozinha e conserva equilíbrio, agarra pequenos objetos com dois dedos, coloca e tira objetos de caixa de boca larga, procura objetos escondidos, brinca de atirar e buscar objetos. Emite sons e imita outros que ouve, presta atenção quando ouve seu nome”*.

Com onze meses, a mãe é orientada a estimular sua filha a pegar objetos de dentro da caixa e fechar, para estimular *“a motricidade, a linguagem, a cognição e a curiosidade”*. A visitadora registra que: *“Abriu a caixa tirou tudo de dentro, brincou, mas na hora de fechar a caixa não fechou, já vai até a caixa”*. Já fala algumas palavrinhas do seu jeito.

Com cerca de onze meses, a criança é colocada no chão, em pé, próxima ao sofá, onde há uma caixinha com pequenos animais dentro. Ela deve ir até lá, abrir a caixa, pegar os objetos de dentro e, com a ajuda da mãe, dizer que animal é e que som faz.

As avaliações dos ganhos de desenvolvimento infantil foram realizadas trimestralmente no ano de 2009, como prevê a metodologia do PIM. Sofia foi avaliada

em abril (aos três meses), em julho (aos seis meses) e em outubro (aos nove meses). Nos três trimestres, o bebê alcançou a pontuação máxima na marcação do desenvolvimento infantil, ou seja, “*consegue fazer sozinha*” as atividades correspondentes a cada indicador. Esses índices constam do Guia da Família, e cobrem as quatro dimensões do desenvolvimento acompanhadas pelo Programa, a saber: cognitivo, motor, sócio afetivo e de linguagem.

Nos registros da visitadora em relação às observações sobre a família, constava: “*família interessada no bem-estar e no desenvolvimento de sua filha*” (avaliação do 1º trimestre); “*família participativa que se preocupa com o bem-estar de sua filha e que sempre faz, durante a semana, o que é proposto por mim*” (avaliação o 2º trimestre); “*ótima família de se trabalhar, pois, apesar da menina ter ficado doente, com pneumonia, não deixaram, em momento algum, de a estimular para alcançar um pleno desenvolvimento*” (avaliação do 3º trimestre).

Segundo informações sobre a caracterização da convivência familiar, presentes no banco de dados do Programa, e ratificados durante a observação e entrevista realizadas com a mãe, a família brinca, conversa, e canta para a criança rotineiramente. A família, contudo, não mostra livros e/ou figuras nem conta histórias para a criança. Os únicos materiais de leitura observados na casa foram o Guia da Família e o Diário da Gestante, esse último elaborado pela Manuela com o apoio da visitadora. A família relata que leva o bebê para passear uma vez por semana, e que os pais demonstram carinho com palavras e gestos afetuosos.

#### *Dados obtidos na entrevista com a mãe*

Segundo Manuela, ela mesma procurou a visitadora para informar que estava grávida e solicitar o acompanhamento do PIM, o que foi prontamente atendido. A mãe



lembra que seu bairro tem também cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), que provê atendimento sistemático a gestantes, crianças pequenas e doentes crônicos, a domicílio. Segundo a mãe, entretanto, a agente comunitária de saúde (ACS) não realizou visitas domiciliares durante sua gestação, comparecendo apenas uma vez após o nascimento do bebê. A mãe relembra: *“Quando eu engravidei, ela [ACS] ficou braba que eu não avisei. Ela disse: ‘Mas por que que eu vou te achar?’ Eu disse: ‘O agente de saúde tem que vir na casa da pessoa’. Até uma vez ela e a Magda [visitadora do PIM] discutiram. Ela disse que como é que a Magda tava sabendo e ela não. E a Magda disse: ‘Ah mas eu vou atrás, eu vou nas casas né’”*.

De acordo com o relato da mãe, as visitas do PIM foram muito importantes para esclarecer suas dúvidas durante a gestação. *“Ai! Eu acho que, se eu não tivesse a Magda, eu não ia ter pra quem perguntar [...] Se tem alguma dúvida, tem que perguntar né, pra saber. Eu sempre as dúvida que eu tinha eu tirava com a Magda. Se ela não sabia, ela se informava e depois me passava, ou telefonava, no caso”*. A mãe lembra que a visitadora conversava sobre suas dúvidas com o médico do posto de saúde ou no hospital e depois dava retorno para ela na visita ou por celular.

A mãe refere que estabeleceu uma relação bastante próxima com a visitadora, ao ponto de *“sempre que eu tava com dúvida, eu ligava pra ela”* e que a visitadora respondia prontamente seu chamamento, dizendo *“calma, daqui a pouco eu tô chegando aí”*, e seu marido a trazia até sua casa. A mãe lembra que *“mesmo quando ela não trabalhava, ela vinha aqui em casa com as filha dela. Ela vinha passar a tarde aqui comigo. Eu tava muito inchada ainda, então ela vinha. Vinha ver como é que eu tava. Ela entrou em férias perto do Natal... e a Sofia nasceu em janeiro e mesmo assim ela vinha aos domingo ver a Sofia”*.

Ainda sobre sua relação com a visitadora, a mãe lembra os momentos difíceis do pré-natal em que sentia muito medo que o feto apresentasse novamente problemas de má formação. *“Chegava perto das vinte semanas, eu ia ter que fazer o exame. Ela [a visitadora] dizia: ‘Calma não te preocupa, fica tranqüila que vai dar tudo certo’. Mas, mesmo assim, aquilo não adiantava pra mim. Aí, quando eu fiz, eu liguei pra ela, e ela disse: ‘Ai que bom, graças a Deus!’, daí, no outro dia, ela veio pra ver a ecografia, ela ficou faceira”*.

Por ocasião do nascimento da Sofia, Manuela lembra que foi o seu marido quem, espontaneamente e apenas uma hora após o parto, telefonou para avisar a visitadora, a meia-noite. Quando Manuela ligou, a visitadora disse: *“Já tô sabendo, quando tu chegá em casa já vou aí”*. E a mãe complementou: *“Quando nós chegemo, ela veio de tarde aqui, ver o toquinho de gente que era”*.

Com relação ao acompanhamento da filha pelo PIM, a mãe refere que acha que as atividades têm contribuído para o desenvolvimento da menina *“porque a Sofia tudo que mostra pra ela uma vez ela faz [...] Tudo o que tu ensina pra ela, ela faz [...] Beijo mesmo, eu mostrei uma vez pra ela, ela não sabia, ela era bem pequenininha. Agora ela faz bem direitinho né. Tchau também. Agora ela diz ‘não qué’, quando ela não quer”*.

A mãe canta para a filha e diz que o bebê adora. A visitadora viu e incentivou a mãe a continuar. A mãe se percebe ativa na interação com a filha, diz que está sempre ensinando uma coisa ou outra, e demonstra satisfação ao verificar os progressos da menina. A mãe comenta que o que ela não sabia aprendeu no Guia da Gestante, não no Guia da Família. Segundo seu relato, o Guia da Gestante *“explicava tudo, então na gestação eu lia.”*

A comunicação entre a mãe e a visitadora era efetiva, e a sinceridade prevalecia. Quando a mãe voltou a trabalhar fora, a visitadora se ofereceu para seguir o

atendimento aos sábados. *“Eu disse quando eu não tiver, ela [a Sofia] vai tá lá na mãe, aí tu vai onde ela tá”. Ela [a visitadora] disse “tá ótimo, pra mim tá bem”. Eu não queria tirar ela, eu gosto de conversar com ela. Até mesmo quando eu tava grávida, ela não vinha, eu sentia falta. Eu sempre fazia bolo, tinha alguma coisa pra comer”.* Manuela lembra que se a visitadora não vinha, ela sempre avisava, e que ela sentia a falta da visitadora.

Sobre a importância do PIM, a mãe comenta *“Eu acho que os dois [momentos – gestação e primeiro ano do bebê] foi importante. Nos dois eu aprendi bastante coisa e tô aprendendo ainda [...] Eu aprendi a desenvolver mais ela, a estimular a fala dela. Desde o comecinho a gente ia lendo as fases das crianças e a Magda dizia ‘Tu já fez isso com ela?’ e eu dizia ‘já fiz’. As vez ela dizia ‘agora tem que começar a fazer tal coisa com ela’. Aí eu começava a estimular ela”.*

Manuela refere que já recomendou o PIM para duas gestantes conhecidas e que elas ingressaram no programa. Uma, inclusive, convidou-a para ser madrinha da sua filha. Ao refletir sobre o programa menciona: *“É importante e tu vai ficar sabendo mais coisa, não precisa ficar perguntando pra pessoa estranha, ou pra outra mulher que já teve nenê. Tu pode perguntar pra visitadora, porque ali tem um livro que tu tira toda as dúvida né [...] Até pra prevenir de ter mais filho. Sobre a prevenção de outra gravidez”.*

Quando solicitada a falar sobre as características do visitador que ela considera importantes, respondeu: *“Ela vai, tira as dúvida, e depois me informa. Não precisa ser formada e médico, a pessoa tendo diálogo e sendo alegre, simpática. O que vale é isso né, não adianta só a pessoa vir e falar ‘oi, tudo bom’, não. Eu gostei dela por causa disso, porque se tornou uma amiga. Eu acho importante ela no PIM porque tudo as dúvida ela pega pergunta pra outra pessoa e vem me dizer. As vez ela diz, ‘olha eu não*

*sei, vou perguntar e depois passo pra ti'. Então é assim, se ela não sabe, ela diz que não sabe. Ela diz 'eu não vou te mentir uma coisa pra depois errar né'".*

Quando questionada sobre sugestões para a melhoria do programa, ela propôs que houvesse mais apoio à visitadora em relação à disponibilidade de brinquedos manufaturados. Que o visitador não precisasse também confeccionar todos os brinquedos e materiais utilizados nas visitas, pelo tempo e recursos despendidos. Sugere, ainda, que o programa pudesse aportar alguns materiais que ficassem com a família como brinquedos pedagógicos e livros infantis.

#### *Dados obtidos na entrevista com a visitadora*

A visitadora que atende essa família é a mesma que atende a dupla mãe-bebê Isabel e Luis (caso 2). Sua caracterização está disponível, portanto, no caso2.

Magda enfatiza a importância de contar com a participação efetiva da família para o alcance dos resultados almejados pelo programa: *“A gente vai na casa uma vez por semana, não adianta eles [os pais] quererem colocar os méritos todos em cima da gente porque se a gente não tiver o auxílio da família pra prolongar aquilo que foi deixado [como atividade para a semana] não adianta que não vai ter progresso. A gente precisa muito da participação deles, de eles prestarem atenção, nos ouvirem, ouvirem o que é dito né e entendo que é um projeto a longo prazo”.*

A visitadora lembra que realizou uma atividade de final de ano, quando solicitou a cada mãe que escrevesse uma avaliação sobre o trabalho dela, para que, a partir das impressões das próprias mães, ela pudesse aperfeiçoar o seu trabalho. Relembra: *“Porque não é só tu ir lá e despejar alguma coisa e depois tu não ouvir com sinceridade o que eles têm a dizer. E todas as respostas que eu li foi bastante positivas né. E obvio que... eu nem me lembro se vieram criticas, eu acho que não vieram, mas,*

*se viessem criticas, eu acho que a gente tem que ver pelo lado construtivo. A partir dela tu tem que crescer, não se desesperar e ficar brava porque de tudo na vida a gente tem que tirar a sua lição”.*

Quando é questionada sobre o aperfeiçoamento do Programa, a visitadora sugere a realização de mais capacitações para as visitadoras, além de oficinas e troca de experiências entre os municípios. Comenta que os Guias do Programa são importantes, porém insuficientes como materiais de suporte para as intervenções. Sugere o acesso a novos materiais didáticos para sua própria formação e outros que indiquem novas atividades para realizar com as crianças, para evitar a repetição. Complementa: *“Mas eu acho que as leituras são bastante importantes, a gente precisava mais assim, eu acho. Ainda mais com gestantes, gestantes precisavam assim, bem mais material assim ilustrado, coisas pra que a gente lê e pode passar pra elas lerem junto. Isso é bem legal”.*

As reuniões com a monitora são semanais, em grupo, para as visitadoras mostrarem para ela o planejamento de suas visitas. Quando há um caso mais complexo, cabe a cada visitadora demandar um horário de supervisão individual com a monitora ou com os especialistas do Grupo Técnico Municipal (GTM).

A visitadora revela: *“Cada pequeno passo que uma criança dá ou um sorriso que eles dão pra gente é um grande incentivo, uma grande gratificação porque existe tudo isso a gente tá trabalhando e como diz as nossas camisetas... Todas têm ‘o que você faz pelo seu filho hoje vale para a vida toda’. Então, os pais estarem felizes com os filhos e abraçando e sabendo que eles vão tá ali sempre, é muito importante pra gente.”*

A visitadora reflete: *“O mérito é deles [dos pais] por nos aceitarem, uma pessoa estranha dentro da casa. Estranha no início depois acaba fazendo vinculo e a gente vai*

*conversando, a gente vai falando e eles vão aceitando com a maior boa vontade o que é falado [...] a gente vai explicando, vai conversando, vai mostrando e até fazer o cadastro e ali vai se criando vínculo, que, no meu entender, esse vínculo visitadora-família é quase que o mais importante [...] Porque quanto maior for o teu vínculo com a família, mais a família vai tentar fazer aquilo que tu deixa, durante a semana e mais tempo ela vai [permanecer no programa]”.*

Sobre as capacitações, Magda afirma: *“É por isso que eu gosto de capacitações, adoro tá participando. [...] Porque eu acho que é o momento de tu tá sempre te reciclando, tá sempre aprendendo [...]ao meu entender, assim, eu acho que a gente poderia ter mais capacitações pra nós visitadoras [...] oficinas e trocas de experiências entre municípios, eu acho que seria bem legal”.*

A visitadora falando sobre o que significa pra ela participar do PIM: *“Embora a gente teje ensinando para as famílias, a gente aprende muito que antes de ensinar tu teve que aprender e eu acho que a vida é assim, enquanto tu tem vida tu tem que tá aprendendo [...] conhecimento não ocupa espaço [...] Eu acho então que é isso a gente aprende, a gente ganha muito mais do que pode ensinar e, no momento que tu tá aprendendo, tu tá passando, e o que as famílias gostam é isso, e eu acho que elas sentem na gente se tu gosta, elas tão sentindo. Até num dizer um ‘oi’ as famílias vão ficar... e com a criançada tu tem que tá sendo o mais verdadeira possível”.*

#### *Observação de uma visita domiciliar*

A visita foi realizada pela visitadora do PIM, acompanhada de representantes do Grupo Técnico Estadual, da pesquisadora e de um especialista norte-americano que estava no Rio Grande do Sul e queria conhecer *in loco* o PIM. Esta observação de uma

visita de rotina ocorreu, portanto, em um contexto um tanto particular dada presença de outros observadores.

Tanto a mãe do bebê quanto a visitadora relatou, em momentos distintos, sua expectativa em relação à visita pelo fato de terem sido “escolhidas” pelo Grupo Técnico Municipal (GTM) para demonstrar a intervenção para um grupo com representantes tão seletos. A mãe disse para não repararmos que a casa é de pobre, simples.

Na oportunidade, o bebê estava com nove meses de idade. Inicialmente, a visitadora apresentou a mãe e o bebê, fez uma breve síntese sobre o atendimento desde o nascimento até o momento presente. Perguntou à mãe sobre como ela trabalhou com o bebê a atividade realizada na semana anterior (retomada), ao longo dos últimos dias. A mãe contou o que fez com a filha. Após, a visitadora explicou a atividade planejada para o dia. Apresentou uma caixa com tampa com vários brinquedos dentro. Colocou um pouco distante do bebê, pois ele teria que ir até a caixa, tirar a tampa, pegar os brinquedos e depois colocá-los de volta. Explicou para a mãe como ela poderia apoiar o bebê na realização da tarefa, mostrando e sacudindo a caixa para chamar a atenção da filha. A mãe interagiu com a filha apropriadamente. A menina pegou os brinquedos, brincou, colocou na boca, mas não guardou sozinha ao final.

Ela interagia com muita alegria e afeto com a filha. Também fez muitos elogios à visitadora, mencionando que ela sempre estava presente e procurava se informar para responder às suas dúvidas, que eram muitas, sobretudo durante a gestação. A mãe relatou o medo que tinha que a filha nascesse com alguma má-formação e que se esforçou ao máximo para ter uma alimentação saudável durante a gestação. Falou das duas gestações anteriores em que perdeu o bebê.

Disse que, embora o marido trabalhe fora todo o dia, ela sempre compartilhava com ele as atividades realizadas com a visitadora e procurava ler com ele o Guia da Gestante. Referiu que ele é um pai presente, muito carinhoso com a filha.

Após a realização da atividade e das orientações dadas pela visitadora sobre como trabalhar as mesmas habilidades ao longo da semana, com os materiais que a mãe tiver em casa, a mãe começou a responder perguntas, sobretudo, do especialista norte-americano. Falou bastante sobre a importância do Programa para ela durante a gestação. Falou dos medos e das dúvidas que tinha e que a visitadora se tornou uma grande amiga da família, uma pessoa em quem ela pode confiar e de quem recebe apoio.



## ANEXO B



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)  
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
RESOLUÇÃO 123/2009

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 09/103    **Versão do Projeto:** 25/11/2009    **Versão do TCLE:** 25/11/2009


**Coordenadora:**  
Mestranda Alessandra Schneider (PPG Psicologia Clínica)

**Título:** Percepções maternas sobre visitas domiciliares no primeiro ano de vida do bebê: um estudo com mães do programa primeira infância melhor.

**Parecer:** O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 25 de novembro de 2009.

  
Prof. Dr. Jose Roque Junges  
Coordenador do CEP/UNISINOS

## ANEXO C



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezada mãe:

Com o objetivo de contribuir para o campo de conhecimentos sobre as percepções maternas em relação a visitas domiciliares de programas de promoção do desenvolvimento infantil, estamos desenvolvendo uma pesquisa que irá entrevistar mães participantes do Programa Primeira Infância Melhor. Sua participação neste estudo implicará a realização de entrevista e observação realizadas no seu domicílio. A entrevista será gravada e todos os dados e informações, arquivados durante um período de 5 anos.

O conhecimento que tais dados possibilitarão sobre as percepções maternas das visitas domiciliares poderá ser divulgado em publicações de caráter científico, preservando-se totalmente a identidade dos participantes.

A pesquisa não implica qualquer custo ou risco para você e seu filho/filha. A qualquer momento, você poderá solicitar o esclarecimento das suas dúvidas, bem como desistir de participar, sem qualquer prejuízo para você ou seus familiares em relação ao atendimento dispensado pelo Programa.

A pesquisadora responsável por esse estudo é a psicóloga Alessandra Schneider, que pode ser contatada pelo telefone 3395-1853, orientada pela professora Vera Regina Röhnelt Ramires, do Mestrado em Psicologia Clínica da UNISINOS, que pode ser contatada pelo telefone 3590-8326. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

Contando com sua compreensão e colaboração, agradeço.

Assinatura da pesquisadora: .....

Local e Data: .....

Eu, ....., declaro que fui informado(a) de forma clara dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa acima descrita e:

( ) autorizo a realização do estudo e concordo em participar.

Assinatura do responsável: .....

Local e Data: .....

CEP - UNISINOS  
 VERSÃO APROVADA  
 Em: 25 / 11 / 07

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil  
 Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 http://www.unisinos.br

## ANEXO D

Indicadores do desenvolvimento infantil ao completar três meses

## GUIA DA FAMÍLIA

Conforme a tabela a seguir, observe o que seu filho pode fazer ao final do terceiro mês de vida. Caso haja alguma coisa que não consiga fazer ou que faça com insegurança, não se preocupe. Continue realizando as atividades diariamente, com carinho, e logo ele estará fazendo.

INDICADORES	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer
Sorri frente ao rosto de um adulto			
Emite sons como forma de comunicação			
Mantém firme a cabeça quando levantada			
Levanta a cabeça e parte do tronco, apoiando-se nos braços quando deitada de bruços			
Agarra casualmente objetos colocados ao seu alcance			
Fixa seu olhar durante alguns segundos no rosto das pessoas ou nos objetos			
Segue com seu olhar pessoas ou objetos em movimento			
Move a cabeça em direção ao lugar de onde vem algum som ou voz			

## ANEXO D

Indicadores do desenvolvimento infantil ao completar seis meses

20

## GUIA DA FAMÍLIA

Conforme a tabela a seguir, observe o que seu filho pode fazer ao completar o sexto mês. Caso haja algo que ainda não tenha conseguido realizar, ou que não consiga fazer bem, não fique preocupada. Continue estimulando seu bebê todos os dias, com carinho e verá que logo conseguirá fazer.

INDICADORES	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer
Reconhece pessoas próximas e chora na frente de estranhos			
Balucia e sorri quando está contente			
Muda de posição de barriga para baixo para a posição de costas e vice-versa			
Agarra brinquedos e os mantém por algum tempo			
Senta com ajuda ou sozinha por algum tempo			
Reconhece a voz de algumas pessoas			
Procura com os olhos objetos à sua frente			

## ANEXO D

Indicadores do desenvolvimento infantil ao completar nove meses

28 **GUIA DA FAMÍLIA**

Conforme a tabela a seguir, observe o que seu filho pode fazer ao final dos **nove meses** de vida. Caso haja algo que não tenha conseguido fazer ou que faça com insegurança, não se preocupe. Continue realizando as atividades diariamente, com carinho e logo ele estará fazendo.

INDICADORES	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer
Começa a engatinhar			
Senta-se sozinho e conserva o equilíbrio			
Agarra pequenos objetos com dois dedos			
Coloca e tira objetos de diferentes tamanhos em uma caixa ou recipiente de boca larga			
Procura objetos que lhe chamam a atenção quando alguém os esconde propositalmente			
Brinca de atirar e buscar objetos			
Emitte sons e imita outros que ouve			
Presta atenção quando ouve seu nome			

## ANEXO D

Indicadores do desenvolvimento infantil ao completar doze meses

## GUIA DA FAMÍLIA

Conforme tabela abaixo, observe o que seu filho pode fazer ao final dos doze meses de vida. Caso haja algo que não tenha conseguido fazer ou que faça com insegurança, não se preocupe. Continue realizando as atividades diariamente, com carinho e logo ele estará fazendo.

INDICADORES	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer
Dá pequenos passos sozinho			
Segura um brinquedo enquanto caminha			
Manuseia, atira e pega brinquedos			
Pode fazer coisas simples, como ninar uma boneca ou passear com um bichinho de brinquedo			
Tampa e destampa caixas para pegar brinquedos			
Cumpe pequenas ordens, como "pega o brinquedo" ou "me dá"			
Pronuncia algumas palavras			
Bebe segurando o copo com a própria mão			

## ANEXO E

### *Entrevista com as mães – questões norteadoras*

1. O que significa pra ti participar do PIM?
2. Como é a tua relação com o teu bebê? Em que aspectos o PIM modificou a tua relação com o bebê?
3. Que tipo de atividades a visitadora propõe para realizares com o bebê? Qual a que mais te marcou? Por quê?
4. Como tu te sentes ao receber o visitador na tua casa?
5. Na tua opinião, que vantagens e desvantagens têm a visita domiciliar do PIM?
6. O Programa tem correspondido as tuas expectativas? Explique e exemplifique.
7. Se tu fosses apresentar o PIM para uma família que está entrando no Programa, o que tu dirias para esta família? Que sugestões e/ou comentários tu faria?

**ANEXO F***Entrevista com as visitadoras – questões norteadoras*

1. Como tu chegaste até o PIM?
2. Quais tuas expectativas em relação ao Programa? E em relação à tua participação no PIM?
3. Há quanto tempo estás atuando como visitadora?
4. Como tu te sente desempenhando essa função?
5. O que mais te marcou nesse trabalho?
6. Qual a tua percepção sobre o atendimento domiciliar durante a gestação? O que o atendimento desperta/provoca em ti e nas mulheres/famílias atendidas?
7. Qual a tua opinião sobre o Guia da Gestante? É um material suficiente para orientar o trabalho?
8. Quais tuas impressões sobre o atendimento no primeiro ano de vida? O foco do trabalho deve ser o cuidador ou a criança, na tua opinião? Por quê?
9. Que sugestões tu terias para o aperfeiçoamento do Programa?
10. O que mais te chama a atenção no atendimento da.... (família atendida)? Neste caso, o que mais te marcou?