

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

LIÉSE GOMES SERPA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR
NO RIO GRANDE DO SUL COMO ESTRATÉGIA PARA EQUIDADE
ÀS CRIANÇAS, GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS**

PORTO ALEGRE

2015

LIÉSE GOMES SERPA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR
NO RIO GRANDE DO SUL COMO ESTRATÉGIA PARA EQUIDADE
ÀS CRIANÇAS, GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Lourdes Drachler.

PORTO ALEGRE

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Gomes Serpa, Liése

Avaliação do Acesso à Política Primeira Infância
Melhor no Rio Grande do Sul como Estratégia para
Equidade as Crianças, Gestantes e suas Famílias /
Liése Gomes Serpa. -- 2014.

83 f.

Orientador: Maria de Lourdes Drachler.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2014.

1. Políticas Públicas. 2. Equidade. 3.
Desenvolvimento Humano. I. Drachler, Maria de
Lourdes, orient. II. Título.



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPGCol

ATA DA 12ª DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, JUNTO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, TENDO EM VISTA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "MESTRE EM SAÚDE COLETIVA".

Aos 29 dias do mês de outubro de 2014, às 14h30, junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGCol, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Campus Centro, reuniu-se a Banca Examinadora para a defesa de dissertação da mestranda Liese Gomes Serpa, intitulada AVALIAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR NO RIO GRANDE DO SUL COMO ESTRATÉGIA PARA A EQUIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. A Professora Dra. Maria de Lourdes Drachler (orientadora) abriu a sessão, convidando para fazer parte da banca de examinadores as professoras doutoras Soraya Maria Vargas Côrtes (UFRGS), Lisiane Boer Possa (UFRGS) e Gehysa Guimarães Alves (ULBRA). Após a composição da banca, a orientadora, presidente da sessão, convidou a mestranda para que fizesse a apresentação de sua dissertação. Após apresentação do trabalho, a mestranda foi arguida pelos examinadores, respondendo de forma adequada e suficiente aos questionamentos da banca. A seguir, a Banca Examinadora se reuniu para o julgamento da dissertação. A Banca Examinadora reconhece que a dissertação está adequada aos objetivos que propõe, tendo a metodologia, análise dos dados e apresentação pertinente. A Banca emitiu o parecer final de APROVADA, solicitando correções para a versão final conforme entregues pelos examinadores. Na forma regulamentar, essa Ata foi lavrada pela Banca Examinadora, assinada pelos membros da mesma, pela presidente (não avaliadora) e pela aluna. Porto Alegre, 29 de outubro de 2014.

Parecer escrito

Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Côrtes
Examinadora do Programa

Lisiane Boer Possa

Profa. Dra. Lisiane Boer Possa
Examinadora do Programa

Gehysa Guimarães Alves

Profa. Dra. Gehysa Guimarães Alves
Examinadora Externa

Maria de Lourdes Drachler

Profa. Dra. Maria de Lourdes Drachler
Presidente

Liese Gomes Serpa

Liese Gomes Serpa
Mestranda

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno. Deverá ser atribuído **parecer final** com os seguintes parâmetros: I. Aprovada integralmente; II. Aprova com recomendações; III. Reprovada.

AGRADECIMENTOS

Aos queridos filhos Rafael e Arthur; ao companheiro Adolfo; a queridíssima Leisa, minha mãe; a Coca, ao Luciano e a Lucinha, meus irmãos e permanentes incentivadores e aos queridos sobrinhos Laura e Guilherme.

À Sandra Maria Sales Fagundes, pelo talento e pelo novo caminho que abriu ao me aproximar do SUS com tanto encantamento.

Aos companheiros do DAS/SES.

À equipe estadual do PIM/SES.

Ao Dauber Renato Torelli que participou ativamente na busca das informações do Banco de Dados do PIM.

Às queridas amigas Ilza Girardi e Márcia Fabrício, pelo apoio incondicional.

Em especial a orientadora Maria de Lourdes Drachler, pela paciência e incentivo e a Silvia Manica pelo cuidado e parceria nesta pesquisa.

RESUMO

Fundamentação e objetivos: A Política Primeira Infância Melhor no Rio Grande do Sul (PIM-RS) tem sido um projeto estratégico de Governo desde sua criação em 2003. Há evidências da sua efetividade sobre o desenvolvimento das crianças, mas o acesso da população a essa política ainda não foi avaliado. Esta dissertação examina a cobertura do PIM como indicador da capacidade da política implementada de produzir equidade na atenção à saúde. **Metodologia:** Estudo de delineamento misto, qualitativo e quantitativo, realizado em duas etapas inter-relacionadas: A primeira foi uma revisão sistemática dos objetivos, população alvo e estratégia de implementação do PIM elaborada por análise temática de todos os documentos legais e manuais operativos do PIM. A segunda descreve a cobertura estadual do PIM de 2003 a 2013 e examina desigualdades regionais, socioeconômicas, étnico-raciais e de faixa etária na cobertura. Os dados da população cadastrada foram obtidos do registro dos usuários do PIM rotineiramente coletados pelos municípios que aderiram ao PIM. A população alvo do PIM foi obtida das estimativas populacionais do IBGE para os municípios gaúchos de 2003 a 2013. As coberturas foram estimadas pela porcentagem da população alvo, cadastrada pelo PIM no período. **Resultados:** A revisão sistemática documental identificou quinze documentos oficiais do PIM: duas leis, dois decretos, sete portarias e quatro manuais operacionais. A análise do conteúdo desses documentos mostra que o objetivo final do PIM é promover o desenvolvimento integral das crianças, através da orientação à família em visita domiciliar, respeitando sua cultura e experiências. A população alvo é delimitada pelo ciclo da vida (gestação e primeira infância), tem abrangência estadual, mas prioriza famílias e municípios em vulnerabilidade social. A análise da cobertura do PIM mostra que, atualmente, está implementado em 268 dos 497 municípios, com coberturas aumentando gradativamente e alcançando 7% em crianças e 5% em gestantes. Há desigualdades socioeconômicas e macroregionais com maiores coberturas nos municípios com maior vulnerabilidade social da população (cobertura=40,2%) e nas macrorregiões missioneira e norte (cobertura=20%) e a menor na Metropolitana (cobertura <2,0%). Em 2013, a cobertura do PIM, em crianças, foi de 2% entre as de cor amarela, 4% nas pretas, 5% nas brancas e pardas e 13% nas indígenas. Noventa por cento das famílias vive com mais de meio salário mínimo per capita, mas 55% vivem em comunidades sem esgotamento sanitário, 70%, sem coleta de lixo, 10%, sem água encanada. A porcentagem de crianças, que ingressou no PIM antes de três anos de idade, aumentou de 60% em 2003 a 90% em 2013. **Discussão e conclusão:** Não obstante tenha sido concebida como uma política universalista para o desenvolvimento da criança, ao se propor a atingir todas as crianças menores de seis anos em todos os municípios gaúchos, o PIM tem sido implementado como uma política focal atendendo, predominantemente, famílias e municípios em situação de vulnerabilidade social. A exclusão de 93,4% das crianças é uma barreira para o alcance da equidade, embora as potencialmente mais vulneráveis recebam alta intensidade de atenção. Uma alternativa para o alcance da equidade é a integração com outras políticas ou programas, como o Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Palavras chave: Políticas públicas; Equidade; Desenvolvimento Humano.

ABSTRACT

Foundation and objectives: The Policy *Primeira Infância Melhor* – Better First Childhood – in Rio Grande do Sul (PIM-RS) has been a government strategic policy since its design in 2003. There are evidences about its effectiveness on the children's development however the population access to this policy has not been assessed yet. This dissertation examines PIM coverage as an indicator of the implemented policy capacity to produce equity in healthcare. **Methodology:** It is a study of mixed approach, i.e., both qualitative and quantitative, carried out upon two interrelated steps. The first one was a systematic review of the objectives, target population and strategy to implement the PIM, elaborated by content analysis of all of the PIM legal documents and operation manuals. The second step describes the PIM state coverage from 2003 to 2013 and it examines regional, social and economic, ethnic and racial and age frame inequalities within the coverage. The data of the enrolled population were obtained from the PIM users' records that have been collected as a routine task at the municipalities which adhered to the PIM program. The PIM target population was obtained from the population estimates of IBGE in the municipalities of the state from 2003 to 2013. The coverage was estimated from the percentage of the target population enrolled in the PIM program over that period. **Results:** The systematic documental review identified fifteen official PIM documents: two laws, two decrees, seven ordinances and four operation manuals. The content analysis of these documents shows that the PIM ultimate objective is to promote the full development of the children by guiding the family upon home visits and respecting its culture and experiences. The target population is delimited by the life cycle (gestation and early childhood). Despite its state range, it prioritizes families and municipalities under social vulnerability. The PIM coverage analysis shows that the program is nowadays implemented in 268 of the 497 state municipalities and its coverage has been increasing gradually and it has reached 7% among children and 5% among pregnant women. There are social and economic inequalities as well as macro-regional ones with higher coverage in the municipalities with higher social vulnerability of the population (coverage = 40.2%) and in the macro-regions like in the Missions and in the north (coverage = 20%) and with lower coverage in the Metropolitan area (coverage < 2%). In 2013, the PIM children coverage was of 2% among yellow ones, 4% among the black, 5% among the white and the brown-skinned, and 13% among the indigenous population. Ninety per cent of the families live with more than the half minimum salary *per capita*, but 55% live in communities without sanitary sewer system, 70% without garbage collection and 10% without running water. The percentage of children who enrolled in the PIM before three years old, increased from 60% in 2003 up to 90% in 2013. **Discussion and Conclusion:** Although it has been designed as a universal policy for child development with the objective of reaching all of the children under six years old in all of the municipalities of the state, the PIM program has been implemented as a focus policy by giving priority to families and municipalities undergoing social vulnerability. The exclusion of 93.4% of the children is a barrier to reach equity, even though those who are potentially most vulnerable receive highly-intensive care. An alternative for the achievement of equity is the integration with other policies or programs, like the Health Community Agents Program (PACS) and the Family Health Strategy (ESF).

Key words: Public policies; Equity; Human Development.

RESUMEN

Fundamentación y objetivos: La Política *Primeira Infância Melhor* – Primera Niñez Mejor - en Rio Grande do Sul (PIM-RS) ha sido un proyecto estratégico de gobierno desde su creación, en 2003. Hay evidencias de su efectividad en el desarrollo de los niños, pero el acceso de la población a esa política no ha sido todavía evaluado. Esa disertación examina la cobertura del PIM como indicador de la capacidad de la política implementada de producir equidad en la atención a la salud. **Metodología:** Se trata de un estudio de planteamiento misto, o sea, cualitativo y cuantitativo, realizado en dos etapas inter-relacionadas: La primera fue una revisión sistemática de los objetivos, población destinataria y estrategia de implementación del PIM, elaborada por análisis de contenido de todos los documentos legales y manuales operativos del PIM. La segunda describe la cobertura estadual del PIM de 2003 a 2013 y examina desigualdades regionales, sociales y económicas, étnico-raciales y de franja de edad en la cobertura. Los datos de la población registrada fueron obtenidos del registro de los usuarios del PIM rutinariamente recopilados por las municipalidades que adhirieron al PIM. La población destinataria del PIM fue obtenida de las estimativas poblacionales del IBGE para las municipalidades gauchas de 2003 a 2013. Las coberturas fueron estimadas según el porcentaje de la población meta, registrada por el PIM en el período. **Resultados:** La revisión sistemática documental identificó quince documentos oficiales del PIM: dos leyes, dos decretos, siete portarías y cuatro manuales operacionales. El análisis del contenido de esos documentos muestra que el objetivo final del PIM es promover el desarrollo integral de los niños, a través de orientación a la familia por medio de visitación domiciliar, respetando su cultura y experiencias. La población destinataria es delimitada por el ciclo de vida (gestación y primera niñez), tiene alcance estadual, pero prioriza familias y municipalidades en vulnerabilidad social. El análisis de la cobertura del PIM muestra que el programa actualmente está implementado en 268 de las 497 municipalidades gauchas, con coberturas aumentando gradualmente, alcanzando el 7% entre los niños y el 5% entre las gestantes. Hay desigualdades sociales y económicas y macro-regionales con coberturas más altas en las municipalidades con mayor vulnerabilidad social de la población (cobertura=40,2%) y en las macro-regiones misionera y norte (cobertura=20%) y, más baja, en la Metropolitana (cobertura <2,0%). En 2013, la cobertura del PIM entre los niños fue del 2% entre los de color amarillo, 4% entre los negros, 5% entre los blancos y pardos y 13% entre los indígenas. El noventa por ciento de las familias vive con más de medio salario mínimo *per capita*, pero el 55% vive en comunidades sin sistema de alcantarillado sanitario, el 70% sin recolección de basura y el 10% sin agua corriente. El porcentaje de niños, que ingresó en el PIM antes de la edad de tres años, aumentó del 60% en 2003 hacia el 90% en 2013. **Discusión y Conclusión:** Aunque haya sido diseñada como una política universalista para el desarrollo del niño, al proponerse a alcanzar a todos los niños menores de seis años en todas las municipalidades gauchas, el PIM ha sido implementado como una política con foco específico buscando priorizar familias y municipalidades en situación de vulnerabilidad social. La exclusión de 93.4% de los niños es un barrera al objetivo de alcanzar la equidad, sin embargo los potencialmente más vulnerables reciban cuidado de alta intensidad. Una alternativa para el alcance de la equidad es la integración con otras políticas o programas, como el Programa de Agentes Comunitarios de Salud y la Estrategia de Salud de la Familia.

Palabras clave: Políticas públicas; Equidad; Desarrollo Humano.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 INTRODUÇÃO	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Equidade em saúde, acesso e vulnerabilidades	15
3.2 Histórico e caracterização do PIM	18
4 OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo geral	20
4.2 Objetivos específicos	20
5 METODOLOGIA	21
5.1 Revisão sistemática documental da formulação da população-alvo	21
5.2 Estimativa do acesso ao PIM	22
5.2.1 População alvo do PIM	22
5.2.2 População participante do PIM	23
5.2.3 Cobertura do PIM	23
5.3 Considerações éticas	24
6 RESULTADOS	25
6.1 Revisão documental do PIM	25
6.1.1 Descrição dos documentos	25
6.1.2 Revisão documental dos objetivos do PIM	28
6.1.3 Revisão documental das estratégias de implementação do PIM	28
6.1.4 Revisão documental da população alvo do PIM	31
6.2 Estimativa do acesso ao PIM, medida pela cobertura	33
6.2.1 Descrição do número de participantes do PIM	33
6.2.1 Descrição da porcentagem da população alvo coberta pelo PIM	38
7 DISCUSSÃO	44
7.1 Reflexão sobre o acesso ao PIM	49
8 CONSIDERAÇÕES FINAS	52
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	58

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CELEP	Centro de Referência Latino-Americano para Educação Pré-Escolar de Cuba
DAS	Departamento de Atenção à Saúde
GTE	Grupo Técnico Estadual da Política Primeira Infância Melhor
GTM	Grupo Técnico Municipal da Política Primeira Infância Melhor dos Municípios
JCIH	Joint Committee Infant Hearing
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIM	Primeira Infância Melhor
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPI	Plano Nacional Primeira Infância
RNPI	Rede Nacional Primeira Infância
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

1 APRESENTAÇÃO

A Política Primeira Infância Melhor (PIM) no Rio Grande do Sul é uma política estadual intersetorial de cuidado à criança menor de seis anos no âmbito da atenção básica em saúde, educação e proteção social das famílias, tendo como foco a promoção do desenvolvimento da criança, coordenada e financiada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SCHNEIDER & RAMIRES, 2007).

Como política pública relaciona-se a orientações para decisões e ações, é elaborada para enfrentar um problema público (SECCHI, 2012) para a gestão pública estadual, sendo expressa pelo termo *policy* em inglês,

Uma das prioridades para a gestão pública é a atenção à saúde com equidade. Nesse sentido, desde sua criação em 2003, tem sido um projeto estratégico de Governo. Há evidências da sua efetividade sobre o desenvolvimento das crianças, mas o acesso da população a essa política ainda não foi avaliado, sendo, portanto, um aspecto importante da avaliação dos resultados da implementação dessa política.

Esta dissertação de mestrado em Saúde Coletiva examina a cobertura do PIM como indicador da capacidade, da política implementada, de produzir equidade na atenção à saúde.

2 INTRODUÇÃO

A primeira infância, encantadora do ponto de vista humano e instigante na perspectiva da ciência, compreende o período desde a concepção até os seis anos de idade. Como etapa crucial ao desenvolvimento humano, é na primeira infância que a grande maioria das crianças passa da total dependência e necessidade de proteção, pelo adulto cuidador, para relativa independência e autonomia. O desenvolvimento da criança ocorre pela recíproca influência de processos biológicos, psicológicos e sociais envolvendo: as estruturas e funções orgânicas; o crescimento e a maturação orgânica; as ações da criança; as condições materiais de vida; as relações e práticas sociais, como aquelas relacionadas à criação das crianças, à maternidade, à paternidade e à distribuição dos recursos sociais. Os diversos aspectos do bem-estar da população, como moradia, lazer, educação, trabalho, segurança e atenção à saúde são fundamentais para a promoção do desenvolvimento humano (DRACHLER et al., 2003).

A primeira infância é um período de vulnerabilidades individuais da criança e da família. Nessa época da vida, é maior o risco de morbidade e mortalidade por doenças respiratórias e gastrointestinais e injúrias domésticas, tanto as involuntárias como as decorrentes de negligência ou maus tratos, requerendo grande atenção do cuidador e apoio da sociedade (DRACHLER et al., 2005). Famílias com crianças pequenas tendem a ter maiores alterações nas rotinas de trabalho doméstico e de convivência familiar, privação de sono, cansaço, depressão e problemas de relacionamento familiar e no trabalho, quando comparadas a famílias sem crianças e com crianças mais velhas. Há evidência de que o efeito da privação social e econômica sobre o desenvolvimento humano é maior quando esta ocorre nos primeiros dois anos de vida, quando comparado aos adolescentes. Assim, a primeira infância é um período de grande desenvolvimento biopsicossocial das crianças que desafia e promove o desenvolvimento de toda a família e daqueles com quem convivem.

Também, a Declaração dos Direitos da Criança, pela Organização das Nações Unidas (ONU), afirma que a humanidade deve, à criança, o melhor de suas capacidades e energias fazendo com que, internacionalmente, as atenções se voltem às crianças, visando criar condições dignas de desenvolvimento e felicidade

a todas e em todas as partes do mundo (DIDONET, 2007). Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988 também é um marco de olhar político, pedagógico e social para esta fase da vida. A criança é vista como cidadã, sujeito de direitos. A família, a sociedade e o Estado são declarados responsáveis por garantir, prioritariamente, os seus direitos. Segundo o Plano Nacional da Primeira Infância, o termo menor é substituído pela expressão criança e adolescente, sem distinção econômica, social, jurídica, familiar ou de qualquer outra natureza. A confirmação do cuidado e do olhar abrangente sobre a criança está descrita na Lei 8069 de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA. Os artigos terceiro e quarto deste estatuto asseguram todas as oportunidades e facilidades ao desenvolvimento humano, esclarecendo que o poder público deve assegurar, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde no seu conceito mais amplo de qualidade de vida, com preferência na formulação e na execução das políticas públicas e a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (Lei 8.069/90)

Nesse contexto, o estado do Rio Grande do Sul criou, em 2003, o PIM que, em 2006, foi legalmente instituído como uma política pública estadual para o cuidado da criança e suas famílias. Desde a sua criação, o PIM tem sido um projeto estratégico de Governo. Atualmente, compõe, com a Estratégia Rede Cegonha, a agenda de ações prioritárias ao fortalecimento da Atenção Básica em Saúde no Rio Grande do Sul. Além de sua relevância estadual, o PIM tem fundamentado projetos para a infância em outros estados brasileiros: Cresça com Seu Filho implantado, em Fortaleza, no Ceará; Primeira Infância Ribeirinha, no Amazonas; Atenção à Primeira Infância e Maternidade, no município de Munhoz de Melo, no Paraná, São Paulo Carinhosa em São Paulo capital; Atenção à Melhor Infância, em Vila Velha, no Espírito Santo¹.

Em abril de 2014, o PIM completou 11 anos de implantação. Tenho participado da equipe estadual, que gerencia o PIM no RS, desde sua implantação

¹ Disponível em:

<http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/pagina-Noticiario.php?mun=431490&n=1341>

<http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/pagina-Noticiario.php?mun=431490&n=1250>

<<http://munhozdemello.pr.gov.br/index.php?sessao=561130fc0avf56&id=1194673>>

<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/7899/?PIM_%C3%A9_modelo_para_projeto_de_visitas_domiciliares_no_munic%C3%ADpio_de_S%C3%A3o_Paulo>

<<http://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2014/09/programa-inedito-no-es-em-atencao-a-infancia-e-implementado-em-vila-velha-5668>>

em 2003. Inicialmente, fui membro do grupo gestor intersectorial, representando a Secretaria Estadual da Cultura, onde dividia a criação e implantação do PIM com a direção do Centro de Desenvolvimento da Expressão de Porto Alegre, instituição que desenvolve ações de arte e educação para crianças, jovens e adultos. Desde 2005, dedico-me, exclusivamente, ao PIM, como consultora da UNESCO. Primeiro, apoiando o monitoramento das ações de sensibilização para implantar o PIM e acompanhar sua implementação nos municípios; depois, como coordenadora adjunta da política e, desde 2010, como coordenadora estadual. Minhas vivências, como trabalhadora e gestora dessa política, incentivam-me a aprofundar o conhecimento sobre o PIM.

Há evidências de que o PIM tem efeito positivo no cuidado da criança, na realização de atividades lúdicas pelas famílias (KESSLER, 2011; KLEIM 2005) e no desenvolvimento da criança no longo prazo. Crianças, que participaram do PIM durante um ano ou mais, tendem a ter maior envolvimento da família na sua aprendizagem escolar, melhor prontidão escolar e maior rendimento escolar na série inicial do ensino fundamental, comparadas às que não haviam participado de nenhuma política ou programa para infância, segundo a pesquisa realizada pela OFFORD Centre for Child Studies, Canadá, em 2010.

O PIM foi concebido como uma política comprometida com a equidade em saúde, apresentada como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e refere-se à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, no desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que são injustas e devem ser superadas (TEIXEIRA, 2011), proporcionando atenção diferenciada conforme as necessidades da população e dos indivíduos, considerando o panorama ampliado da saúde, onde equidade é um conceito multidimensional (SEN, 2010).

As informações sobre o efeito positivo do PIM no desenvolvimento das crianças mostrou a necessidade de avaliar a implantação dessa política. Assim, a pergunta, que se coloca, é sobre o quanto a implantação de uma política específica - o PIM - atingiu a população previamente proposta na sua formulação e se é possível considerar que o acesso a esta política é equitativo. O acesso ao PIM – medido pela cobertura da população alvo - pode ser um indicador da capacidade da política

implementada de produzir equidade na atenção à saúde. Contudo, não foi encontrado nenhum documento oficial que defina claramente se há uma relação de equidade a partir da população alvo, objetivos e estratégias de implementação do PIM, o que dificulta a compreensão de sua implantação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Equidade em saúde, acesso e vulnerabilidades

Neste contexto, é fundamental incluir, na discussão sobre equidade em saúde, o panorama ampliado da saúde segundo Sen (2010), onde equidade é um conceito multidimensional. O estado de saúde de uma pessoa é influenciado por diversos fatores além dos sociais e econômicos. Assim, uma abordagem adequada de política para a saúde deve considerar não apenas as influências de fatores sociais e econômicos gerais, mas, também, uma variedade de parâmetros, como deficiências pessoais, predisposições individuais a doenças, riscos epidemiológicos de regiões específicas, influência de variações climáticas, entre outros. Inclui questões sobre a realização da saúde e a capacidade de realizar a boa saúde, não apenas sobre a distribuição de atendimento de saúde. Ela também inclui a justiça processual e, portanto, deve associar importância não apenas à distribuição de atendimento de saúde (SEN, 2010).

Um conceito fundamental para entender a equidade em saúde da criança é o acesso aos bens produzidos socialmente, como os conhecimentos e recursos necessários à plena realização da saúde entendida como qualidade de vida e desenvolvimento humano. Giovanella e Fleury (1995) discutem que acesso é categoria central para análise das inter-relações que contemplam usuários e serviços de saúde. Conceituam, de forma geral, o acesso como o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. A questão do acesso, a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve ter, em conta: uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda; uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e, uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Dessa forma, torna-se necessário examinar a implementação do PIM, sob o enfoque do acesso da população e da equidade. A política referida é implementada,

nos municípios, por um termo de adesão assinado pelos prefeitos e, na gestão municipal, organiza-se quem será convidado a participar do PIM. Cada família é convidada. Portanto, o acesso é direcionado ao convite à família que, previamente, foi selecionada pela gestão municipal. Em poucos casos, existe uma busca ativa das famílias procurarem os gestores e solicitarem sua inclusão. Pode-se ainda dizer que há uma não desenvolvida consciência sanitária e de organização individual ou coletiva para o ingresso ao PIM.

A seguir, apresento conceitos e seus desdobramentos sobre equidade, vulnerabilidade no que se refere à revisão dos objetivos do PIM, sendo o principal e mais utilizado aquele que se refere a orientar as famílias sobre o processo de desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os seis anos de vida, respeitando sua cultura e experiências e priorizando aquelas famílias em situação de vulnerabilidade social e de saúde. Por opção, foi trabalhado o conceito de vulnerabilidade, principalmente, a partir de Ayres (2013), conectado com a perspectiva do desenvolvimento. O conceito sobre vulnerabilidade é apresentado em três planos, diferentes e complementares: individual, social e programático.

No plano individual, os componentes da vulnerabilidade são de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e a capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (AYRES, 2013).

No plano social, a vulnerabilidade é avaliada nos aspectos do acesso à informação; na quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação local; do acesso e qualidade dos serviços de saúde; do nível geral de saúde da população, mediante comportamento de indicadores de saúde, como mortalidade infantil; aspectos sociopolíticos e culturais de segmentos populacionais específicos, como a situação da mulher; grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menos sujeitos fizerem ouvir suas necessidades nas diversas esferas decisórias; grau de prioridade política e econômica dada à saúde; e, condições de bem estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros (AYRES, 2013).

E, o plano programático é a conexão entre os dois planos acima, sucintamente expostos. A vulnerabilidade de cada indivíduo está diretamente

relacionada ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais, em contextos determinados, mobilizam-se para a proteção das pessoas (AYRES, 2013).

De acordo com Meyer (2006), a noção de vulnerabilidade social, no campo da saúde, sugere maior exposição e suscetibilidade ao adoecimento e a recursos de proteção limitados ou reduzidos para lidar com estas condições. Para o PIM, a questão econômica, da vida e da morte, orienta a noção de vulnerabilidade social: o local de moradia, suas condições, o acesso ao trabalho e à renda, o número de filhos mortos e vivos, são itens que determinam quão vulneráveis estarão as populações e os indivíduos (ECKER; LARA, 2013).

Avançando neste cenário, ainda sobre vulnerabilidade, o Brasil apresenta, apesar das melhorias recentes, iniquidades na distribuição da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições de pobreza que restringem o acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. Pobreza não subentende somente a falta de acesso a bens materiais, mas a vulnerabilidade decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. A pobreza manifesta-se na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, que exercem influência direta sobre a qualidade de vida dos diversos segmentos populacionais e estão intrinsecamente associados às diferentes maneiras de adoecer e de morrer (BRASIL, 2013).

A criança, sua família e a comunidade em situação de vulnerabilidade são a população prioritária do PIM. Por muitas décadas, as principais agências de desenvolvimento, incluindo a Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Banco Mundial, têm enfatizado a importância de se proporcionar boa nutrição, imunização e outros serviços básicos de atenção à saúde para as crianças pequenas. Os benefícios destes serviços são imediatamente evidentes, e o custo-benefício das intervenções, para melhorá-los, está bem determinado. Apesar deste conhecimento, vergonhosamente, milhões de crianças, nos países em desenvolvimento, ainda morrem antes de um ano de vida e outras tantas vivem as consequências do conjunto de doenças facilmente evitáveis. Os programas ou políticas de promoção ao desenvolvimento integral das crianças

podem, pois, fazer a diferença (YOUNG, 2010).

Essa discussão sobre vulnerabilidade social, individual e programática suscita o questionamento sobre os objetivos, a população alvo, as estratégias de implementação e organização do cuidado que definem as políticas e os programas, podendo minimizar ou produzir vulnerabilidades.

3.2 Histórico e caracterização do PIM

A Política Primeira Infância Melhor integra a política de governo do Estado do Rio Grande do Sul, sob a coordenação da Secretaria da Saúde e apoio das Secretarias da Educação, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Social, Justiça e Direitos Humanos e Políticas Para as Mulheres. Desenvolvida desde 2003, tornou-se Lei Estadual n.º12.544 em 03 de julho de 2006, e complementada com a Lei Estadual nº 14.594 de 28 de agosto de 2014.

O PIM é uma política social, intersetorial, que atua na promoção do desenvolvimento integral de famílias com crianças até seis anos de idade no RS. Diversos são os atores sociais envolvidos, como: famílias e suas crianças, gestores e representantes estaduais das Secretarias da Educação, Trabalho e Desenvolvimento Social, Justiça e Direitos Humanos, Cultura, Política para as Mulheres, Gabinete da Primeira Dama do Estado; gestores e representantes municipais das Secretarias da Educação, Assistência Social, Saúde; grupos técnicos municipais intersetoriais, equipes de saúde dos territórios; monitores; visitantes, agentes comunitários de saúde; conselheiros tutelares e de direito, entre outros.

A Secretaria Estadual da Saúde coordena e financia o PIM. Sua gestão está vinculada ao Departamento de Ações em Saúde com uma equipe multiprofissional que responde como Grupo Técnico Estadual – GTE - formado por servidores públicos e consultores por meio de cooperação técnica com a UNESCO, desde seu início, em 2003. Tem, ainda, apoio de outras agências de cooperação internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a UNICEF.

As ações do PIM desenvolvem-se através do compromisso assumido em corresponsabilidade entre municípios e Estado. O PIM é uma política cuja adesão, pelos municípios, não é obrigatória. O município, que adere a esta política, designa

um grupo gestor municipal intersetorial, incluindo representações da área da saúde, educação e assistência social que atuam na gestão e articulação com a rede de serviços municipais. Este grupo é capacitado pelo grupo estadual - GTE, baseado na metodologia de atendimento às famílias que, na sequência, seleciona monitores e visitadores para a realização das atividades nas residências das famílias, através da modalidade individual ou, em espaços da comunidade, na modalidade grupal. A visita domiciliar acontece semanalmente com propostas de atividades personalizadas. A base do planejamento das atividades é relacionada com a idade e o desenvolvimento da criança, bem com as necessidades das crianças e suas famílias, utilizando a ludicidade como elemento fundamental no processo do desenvolvimento infantil na interlocução e vínculo com esta. As atividades lúdicas propostas são amplamente estudadas, com elaboração e publicação de materiais para os devidos subsídios aos visitadores.

O Estado – através da Secretaria Estadual da Saúde, após a adesão dos municípios, assume os seguintes compromissos: formação inicial e continuada sobre a metodologia de atendimento do PIM, desenvolvimento e aprofundamento de temas relativos a questões do desenvolvimento infantil, rede de atenção, linhas de cuidado, acolhimento, vulnerabilidade, visita domiciliar, entre outros; distribuição de materiais de apoio como bolsas, camisetas, bicicletas, computador, bem como guias de orientação para os grupos técnicos municipais - GTM, de Monitores e Visitadores; e um repasse mensal de valor de custeio e investimento a partir de uma base de cálculo pelo número de visitadores que cada município irá contratar, ou através de estágio universitário, seleção pública ou concurso público municipal para a função de visitador.

A partir da formação inicial do GTM pela equipe estadual, o município assume o compromisso de formar sua equipe com monitores que são responsáveis pelo acompanhamento do trabalho dos visitadores. Estes são o elo e os propulsores do trabalho do PIM. Cada visitador responsabiliza-se por um número de famílias conforme Nota Técnica da Portaria 569/2012 do PIM.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Buscando responder a tal problemática, esta dissertação de mestrado tem como objetivo geral avaliar o acesso ao PIM-RS, considerando a população alvo, previamente definida nesta política, e a população efetivamente atingida.

4.2 Objetivos específicos

- a) Revisar, sistematicamente, a definição da população-alvo, os objetivos e as estratégias de implantação do PIM nos documentos oficiais dessa política.
- b) Descrever a cobertura do PIM conforme o perfil regional, socioeconômico, étnico-racial e de faixa etária da população cadastrada, nessa política, de julho de 2003 a junho 2013.
- c) Comparar o perfil da população coberta pelo PIM com o esperado, considerando a população alvo previamente definida na formulação desta política.
- d) Identificar a capacidade da política implementada em produzir equidade na atenção à saúde das crianças.

5 METODOLOGIA

Foi desenhado um estudo de caso, com delineamento misto, qualitativo e quantitativo, realizado em duas etapas inter-relacionadas: uma Revisão Sistemática dos documentos do PIM desde a sua criação em 2003 e uma análise de dados secundários da população cadastrada pela política, rotineiramente coletados pelos municípios que aderiram à mesma. Os procedimentos de coleta e análise de dados das duas etapas serão apresentados a seguir.

5.1 Revisão Sistemática documental da formulação da população-alvo

Os documentos sobre o PIM, elaborados pela Secretaria Estadual da Saúde, incluindo leis, decretos, portarias e manuais operacionais, desde a criação desta política em abril de 2003 até julho de 2014, foram buscados do acervo físico e/ou do portal eletrônico da Secretaria Estadual da Saúde. Para facilitar a análise, foram realizadas cópias eletrônicas dos documentos, exceto dos manuais operacionais que foram obtidos na forma de livros e lidos na íntegra.

A análise documental foi realizada, por meio da técnica de análise temática, em três momentos, conforme Miles e Huberman (1994). O primeiro foi o da redução do conteúdo dos textos transcritos, que iniciou pela leitura das transcrições e dos manuais operacionais, identificando temas pré-estabelecidos e outros que emergiram do conteúdo destes materiais.

Os temas pré-estabelecidos foram população-alvo, os objetivos da política e a estratégia de implantação/organização do cuidado. Estes foram considerados por constituírem conteúdo central da formulação da política em análise. Os textos analisados foram agrupados e suas unidades significativas, identificadas e transcritas conservando-se a linguagem do documento original (Quadro 2). Para facilitar comparações, as unidades significativas foram transformadas em linguagem proposta pelo pesquisador e, então, agrupadas nas categorias temáticas. A redução dos dados envolveu selecionar, focar, simplificar, abstrair, transformar e condensar a informação, o que foi realizado, separadamente, por dois

pesquisadores, sendo a versão final da redução elaborada por consenso entre eles.

O segundo momento da análise, denominado organização dos dados, incluiu organizar e interpretar uma matriz de unidades significativas do conjunto de documentos, identificando padrões, verificando contrastes, esclarecendo relações e construindo um entendimento da informação.

O terceiro momento, denominado síntese e verificação, incluiu a elaboração, pelos pesquisadores, de uma síntese reflexiva das informações documentais sobre a formulação da população-alvo, objetivos e estratégia de implementação do PIM. A síntese foi realizada, por consenso, entre dois pesquisadores que eliminaram unidades significativas redundantes, identificaram e esclareceram relações entre unidades significativas, gerando assim, um texto descritivo e reflexivo.

5.2 Estimativa do acesso ao PIM

Esta sessão descreve a população alvo do PIM, a população participante do PIM e a cobertura desta política.

5.2.1 População alvo do PIM

As características socioeconômicas, étnico-raciais e de faixa etária, que descrevem a população alvo do PIM, foram identificadas pela revisão sistemática dos documentos do PIM. O tamanho da população alvo foi obtido das estimativas populacionais. Especificamente, o número de crianças residentes, em cada município, foi obtido das estimativas populacionais do IBGE e o número de nascidos vivos foi obtido do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC-RS) de agosto de 2003 a 2013.

5.2.2 População participante do PIM

O número de participantes do PIM foi definido como o número de famílias, crianças e gestantes cadastrado em cada município e fornecido em planilhas Excel pela Secretaria Estadual da Saúde, a partir do Banco de Dados do PIM, criado na Plataforma/Armazenamento de Dados MYSQL, com Linguagem de Programação PHP, HTML, CSS e JAVA SCRIPT. O número de famílias, crianças e gestantes, que ingressam, a cada ano, no PIM, foi estimado para o período de agosto de 2003 a 2013.

5.2.3 Cobertura do PIM

O acesso à Política Primeira Infância Melhor (PIM-RS) foi indicado pela cobertura do PIM, calculada, dividindo-se o número de participantes do PIM pelo número estimado como população alvo. Ou seja, dividindo-se o número de crianças, famílias e gestantes, cadastradas no PIM, pelo número de crianças, famílias e gestantes residentes.

Para identificar a relação da população participante com aquela em situação de vulnerabilidade, a partir dos municípios de residência, foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade Social Municipal-5 (IVS-5), obtido da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). O IVS-5 é um índice de desigualdades entre municípios que sumariza cinco aspectos da vulnerabilidade social da população: renda familiar *per capita*, esgotamento sanitário, rede de distribuição de água, coleta de lixo e dificuldade na provisão de serviços públicos relacionada à baixa densidade populacional, com base em dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010. O IVS-5 mede a posição do município em número de desvios padrões acima ou abaixo da média estadual de vulnerabilidade social populacional. Assim, os municípios são ordenados em ordem crescente de vulnerabilidade, sendo que valores negativos indicam menor proporção da população em vulnerabilidade social do que a média estadual (0,00) e os positivos, maior proporção (DRACHLER et al., 2013). Nesse

estudo, os municípios foram agrupados em quatro faixas de vulnerabilidade: <-0,50; -0,50 a 0,00; 0,01 a 1,00; >1,00.

5.3 Considerações éticas

O estudo é do interesse da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul que forneceu, aos pesquisadores, o número de famílias, gestantes e crianças, agrupadas por município e macrorregião de residência, após autorização formal do seu Departamento de Ações em Saúde onde a Política Primeira Infância Melhor está inserida estruturalmente.

6 RESULTADOS

6.1 Revisão documental do PIM

6.1.1 Descrição dos documentos

Desde a criação do PIM, em abril de 2003, até setembro de 2014, quinze documentos foram publicados por essa política, sendo duas leis [L12544 e L 14594] (ANEXO B; C), dois decretos [D42199; D42200] (ANEXO D; E), sete portarias [PT15, PT35, PT247, PT206, PT71, PT 569 e PT 578] (ANEXO F-L). Os mesmos foram obtidos, em meio eletrônico, no *site* <http://www.pim.saude.rs.gov.br>, e quatro manuais operacionais, em sua última edição, obtidos em meio físico [GF, GG,GFpV e GGTMMonVis] (ANEXO M-P).

O Quadro 2 apresenta os documentos, decretos, portarias e leis em ordem cronológica, sendo os manuais descritos na sequência pela cronologia da edição disponibilizada. Os primeiros dois documentos decretam o comitê estadual para primeira infância e a criação do Dia e da Semana do Bebê fazendo parte da agenda oficial do Estado do RS. O terceiro documento, na mesma data dos dois primeiros, implanta o Programa Primeira Infância Melhor. Na sequência, as três portarias que determinam os incentivos financeiros aos municípios que implantarem o PIM. A Lei, que institui o Programa Primeira Infância Melhor como Política Pública Estadual, e as portarias atualizam os incentivos financeiros repassados aos municípios. As duas últimas portarias (PT569 e PT578), de 2012 e 2013, respectivamente, além de atualizarem os incentivos financeiros repassados aos municípios também apresentam uma nota técnica sobre as responsabilidades dos atores responsáveis pela implantação e implementação da política tanto para as competências estaduais como para as municipais.

Quadro 2 - Características dos documentos revisados.

Código	Nome e data da publicação	Finalidade	População alvo				Temas emergentes
			Crianças 0-6 anos	Gestantes	Universalidade	Prioridade	
						a) Ingresso 0-3anos b) Vulnerabilidade familiar c) Vulnerabilidade municipal	
1 - D42199	Decreto nº 42.199 07/04/2003	Institui Comitê Estadual da Primeira Infância		-	✓	-	
2 -D42200	Decreto nº 42.200 07/04/2003	Institui Dia e Semana do Bebê	✓	-	✓	-	
3 - PT15	Portaria nº 15 07/04/2003	Implanta Programa Primeira Infância Melhor e estabelece repasse financeiro a Municípios	✓	-	✓	✓ a)	
4 - PT35	Portaria nº 35 29/08/2004	Altera repasse financeiro aos Municípios	✓	-	✓	✓ a)	
5 - PT247	Portaria nº 247 01/06/2009	Altera repasse financeiro aos Municípios	✓	-	✓	✓ a)	
6 - L12544	Lei nº 12.544 03/07/2006	Institui Política Primeira Infância Melhor	✓	✓	✓	✓ a); b)	
7 - PT206	Portaria nº 206 30/06/2008	Altera a PT247/2005, estabelecendo o repasse financeiro aos Municípios no valor de R\$ 500,00 e outras providências.	✓	✓	✓	✓ a); b)	
8 - PT71	Portaria nº 71 15/01/2010	Estabelece o valor do repasse financeiro aos municípios habilitados em áreas prioritizadas e pactuadas pelo Projeto de Prevenção da Violência	✓	✓	✓	✓ a);b);c)	
9 - PT569	Portaria nº 569, com os anexos 1 e 2 16/08/2012	Altera a PT 206/2008 estabelecendo a alteração do repasse financeiro para custeio aos municípios, além de apresentar a Nota Técnica PIM nº01, de 14 de agosto de 2012 que estabelece os compromissos de todos os atores responsáveis pela implementação do PIM tanto para competências estaduais como as municipais.	✓	✓	✓	✓ a);b);c)	
10 - PT578	Portaria nº 578, com anexos 1 e 2 12/12/2013	Altera a redação da PT 269/2012 estabelecendo a alteração do repasse financeiro custeio e capital, além de apresentar a Nota Técnica PIM nº01, de 14 de agosto de 2012 que estabelece os compromissos de todos os atores responsáveis pela implementação do PIM tanto para competências estaduais como as municipais.	✓	✓	✓	✓ a);b);c)	

11 L 14594	Lei nº 14.594 08/10/2014	Introduz modificações na Lei nº 12.544 de 03 de julho de 2006, especialmente sobre a formação dos visitadores que passa a ser ensino médio completo e/ou cursando graduação, preferencialmente nas áreas da educação, saúde e serviço social.	✓	✓	✓	✓ a);b);c)
12 GGTMMon Vis	Guia de Orientação para Grupos Técnicos Municipais, Monitores e Visitadores. 1ª Edição 2007	Manual Operacional: Guia de orientação ao GTM, ao Monitor e ao Visitador. Define o papel da equipe do PIM no Município, suas funções e perfis, com orientações e procedimentos para a atuação dos Grupos Técnicos Municipais, Monitores e Visitadores pelos integrantes do Comitê Municipal, das Coordenadorias Regionais e Secretarias Municipais de Saúde, Cultura, Educação e Assistência Social, gestores, educadores e demais pessoas que contribuem e/ou participam da coordenação, organização e execução da política.	✓	✓	✓	✓ a);b);c)
13 – GG	Guia da Gestante 2ª Edição 2007	Manual Operacional, distribuído à gestante, orienta ações de promoção de saúde na gravidez, atenção ao parto e aleitamento materno.	✓	✓	✓	✓ a);b);c)
14 – GF	Guia da Família 5ª Edição 2013	Manual Operacional distribuído aos visitadores e famílias, orienta ações de promoção da sobrevivência, crescimento e desenvolvimento das crianças em ambientes saudáveis e seguros, traduzido e adaptado do Manual de Apoio do Programa Cubano “Educa a tu Hijo”, com orientações sobre o Manual	✓	✓	✓	✓ a);b);c)
15 - GGpV	Guia da Gestante para o Visitador 5ª Edição 2013	Manual Operacional: para o Visitador, trata sobre gestação, atenção ao nascimento, amamentação, direitos da gestante e da criança, saúde bucal, alimentação.	✓	✓	✓	✓ a);b);c)

6.1.2 Revisão documental dos objetivos do PIM

A maioria dos documentos revisados explicita que o objetivo final é a promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade, com ênfase no período entre zero e três anos através da orientação à família, respeitando a sua cultura e suas experiências. (D42199; PT15; PT35/03; PT247/03; L12544; PT 206; PT569; PT578; GF pág 92; GG pág 7; GG-pág 46; GGTMMonVIS-pág 7).



Figura 1 – Objetivos do PIM conforme revisão documental

6.1.3 Revisão documental das estratégias de implementação do PIM

A organização do cuidado deve basear-se em uma rede iniciada pela Família, *como primeira e mais importante instituição de cuidado e educação da criança* (L12544. Art 4º), pelas instituições comunitárias, pela sociedade civil, por equipes

técnicas dos governos estadual e municipais com a presença das áreas da saúde, educação, cultura e assistência social. (D42199; D42200; PT15; PT35; PT247; L12544; PT206; PT71; PT569; PT578; GF; GG; GGpV; GGTMMonVis). O cuidado é identificado como compromisso de todos os atores: família, comunidade, sociedade civil, governos estadual e municipais, rede de serviços nas áreas saúde, educação, cultura e assistência social, a partir de proposta de trabalho articulado definido pela "*articulação de programas, projetos e serviços de promoção do desenvolvimento integral de gestantes e crianças de 0 até 6 anos de idade*"- (D42199; D42200; PT15; PT35; PT247; L12544; PT206; PT71; PT569; PT578; GF; GG; GGpV; GGTMMonVis).

O cuidado dá-se, predominantemente, na relação das famílias com o visitador domiciliar. Os documentos preconizam visitação semanal realizada por visitantes capacitados, apoiados e acompanhados por Monitores e Grupos Técnicos Municipais como o ilustrado pelo excerto - *Visitadores, responsáveis pelo atendimento domiciliar às famílias, por meio do desenvolvimento de atividades específicas*; (Art9º L12544; PT15; PT35; PT247; L12544; PT206; PT71; PT569; PT578; GF; GG; GGpV; GGTMMonVis).

Algumas atividades são recomendadas para estimular o desenvolvimento integral e o crescimento saudável e feliz da criança (GF, pág 11), como, por exemplo: *procure olhar nos olhos do bebê durante todo o tempo que estiver cuidando dele; fale com voz suave e sorria durante ...ações do cotidiano com a criança.* (GF, pág 14). Os manuais operacionais descrevem que a família pode utilizar os marcos do desenvolvimento, alcançados pela criança, como guia de orientação do cuidado necessário e brincadeiras, procurando resgatar, preservar e promover a cultura, as tradições e as experiências de cada família (GF).

Ao utilizar este Guia, a família encontrará sugestões para realizar atividades conforme faixa etária das crianças até os seis anos de idade. Oferece aos pais, cuidadores e familiares orientações para promover a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento das crianças em ambientes saudáveis e seguros. (GF, pág 11)

A visitação domiciliar, realizada pelo visitador, faz o elo entre família e rede de serviços do município para articular a rede de serviços do Município no sentido de integrar o Programa Primeira Infância Melhor com os demais Programas existentes e

correlacionados, otimizando e potencializando os recursos e encaminhando as famílias do PIM para o atendimento de necessidades essenciais identificadas no decurso da execução de suas ações. (PT71; PT569; PT578; GF; GG; GGpV; GGTMMonVis). A nota técnica nº 1 (PT569 e PT578) considera ideal, para o cuidado, 20 famílias por visitador com carga horária de quarenta horas semanais.

A implantação do PIM, nos municípios, requer que as prefeituras manifestem interesse às Coordenadorias de Saúde de sua região, comprometendo-se com a gestão local do Programa, através da assinatura do Termo de Adesão, conforme as Portarias 15 de 2003, 569 e 578 de 2012 e as Leis 12.544/2006 e 14.594 de 28 de agosto de 2014.

As famílias aderem como? São convidadas pela gestão municipal após um levantamento da Situação da Primeira Infância com os seguintes critérios: alto número de gestantes e crianças menores de seis anos de idade; alta taxa de mortalidade infantil; grande número de famílias em situação de vulnerabilidade social (Lei nº 12.544 de 03 de julho de 2006 e Nota Técnica das Portarias 569/2012 e 578/2013); baixa cobertura de Educação Infantil e existência de rede de serviços e/ou programas para atendimento às famílias.

Sumarizando o que foi apresentado sobre objetivos e estratégia de implementação ou organização do cuidado apresento uma das partes do diagrama que será mostrado no final deste capítulo:



Figura 2 – Organização do cuidado

6.1.4 Revisão documental da população alvo do PIM

A Figura 3 sumariza a população alvo do PIM descrita nos documentos revisados.



Figura 3 – População alvo

Todos os documentos revisados delimitam a população alvo conforme o ciclo da vida: “Primeira Infância” (D42199Art1º), definida pela idade de zero a seis anos incompletos (P15; P35; P247; P2060; L12544) e, a partir de 2006, também as gestantes aparecem explicitamente (L12544). Há ênfase na faixa etária menor de três anos, justificada por razões biológicas: em especial de 0 a 3 anos de idade – em que nós, seres humanos, desenvolvemos 90% de nossas conexões neuronais. Nosso cérebro tem, nesse período, seu momento de maior expansão e capacidade de desenvolvimento (PT15; PT35; PT247; L12544; GGTMMoniVis).

A maioria dos documentos revisados explicita a delimitação geopolítica da população como sendo o município, com a abrangência de todos os municípios do Estado do Rio Grande do Sul (D42199; Art 1º; P15; P35; P247; L12544).

Diversos documentos explicitam a prioridade de inclusão, no PIM, de famílias e crianças em situação de vulnerabilidade e risco social (L12544, P71/2010; Art.1 P569/2012 – Anexo 2), descrita como “casos de pobreza, violência doméstica e desagregação familiar extrema” (considerando o Art 3 – sobre Meta 17 Capítulo Educação Infantil do PNE inserida na Lei nº 12.544 de 03 de julho de 2006) e “áreas prioritizadas e pactuadas pelo Projeto de Prevenção de Violência” (D42199; Art 1º; P15; P35; P247; L12544; Portaria 71 de 2010 (artigo 1º)).

Embora a população alvo tenha abrangência estadual, há incentivo financeiro diferenciado aos cinquenta municípios com maiores índices de violência no estado, justificada pela consideração de que a violência é uma questão de saúde pública com possibilidade de prevenção, quando trabalhada desde a infância e de forma conjunta entre as esferas de governo (Portaria 71 de 2010 - artigo 1º).

A Figura 4 integra objetivos, estratégias de cuidado e população do PIM. Portanto, a revisão sistemática mostra que o objetivo desta política é o desenvolvimento integral da criança por meio da atenção às gestantes e crianças menores de seis anos.

Embora o PIM seja uma política de abrangência estadual, a prioridade concentra as famílias e os municípios em maior vulnerabilidade social.

E, como resultado gráfico dos elementos e conclusões da análise documental sobre objetivos, estratégias de implementação ou organização do cuidado, segue a figura contemplando o entendimento de círculos com especificidades, mas interligados, identificando que o processo é articulado, dinâmico e com diversos

atores envolvidos no processo de implementação da política.



Figura 4 – Implementação do PIM

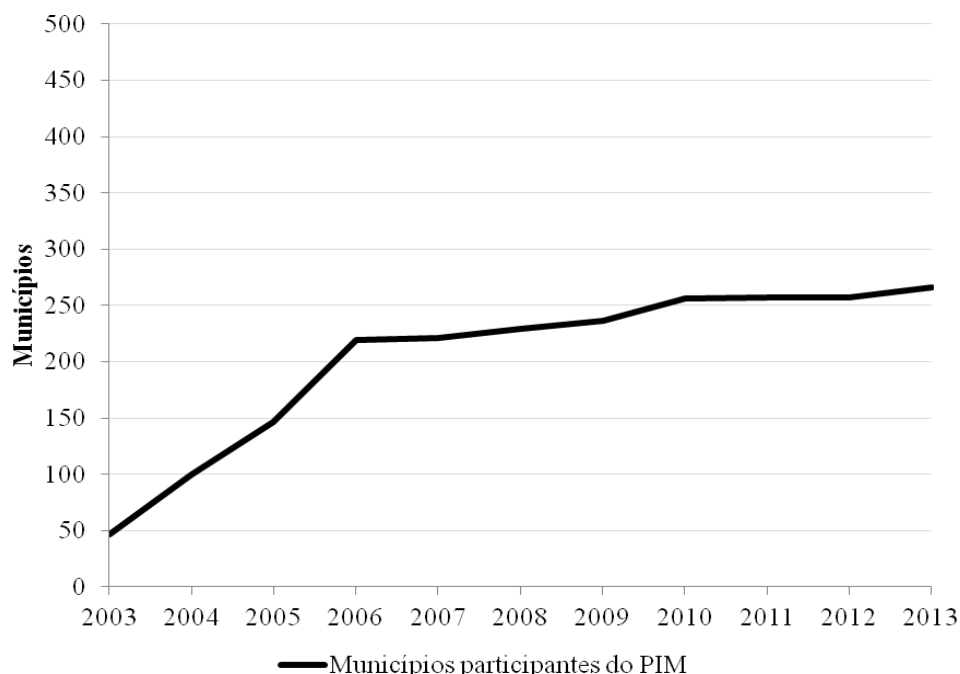
O item 5.4, a seguir, descreverá os participantes do PIM e a cobertura dessa política de julho de 2003 a junho 2013, conforme o perfil regional, socioeconômico, étnico-racial e de faixa etária da população cadastrada nessa política.

6.2 Estimativa do acesso ao PIM, medida pela cobertura

6.2.1 Descrição do número de participantes do PIM

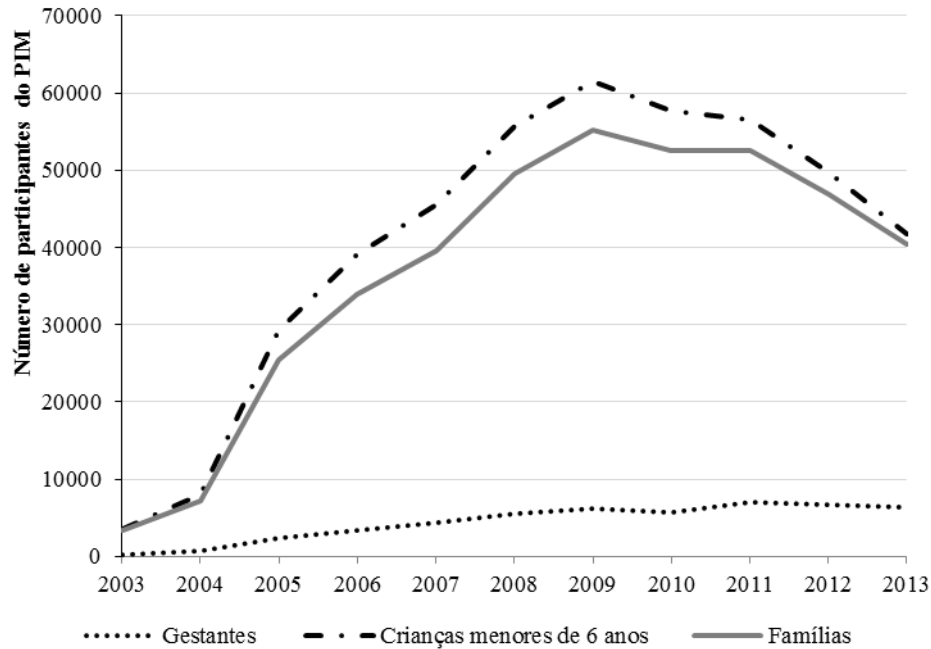
O **Gráfico 1** apresenta o número de municípios participantes do PIM de 2003 a 2013, mostrando que o número passou de 47 municípios em 2003 a 266 em 2013, quando alcançou 53% dos municípios do estado.

Gráfico 1 - Número de municípios participantes do PIM. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



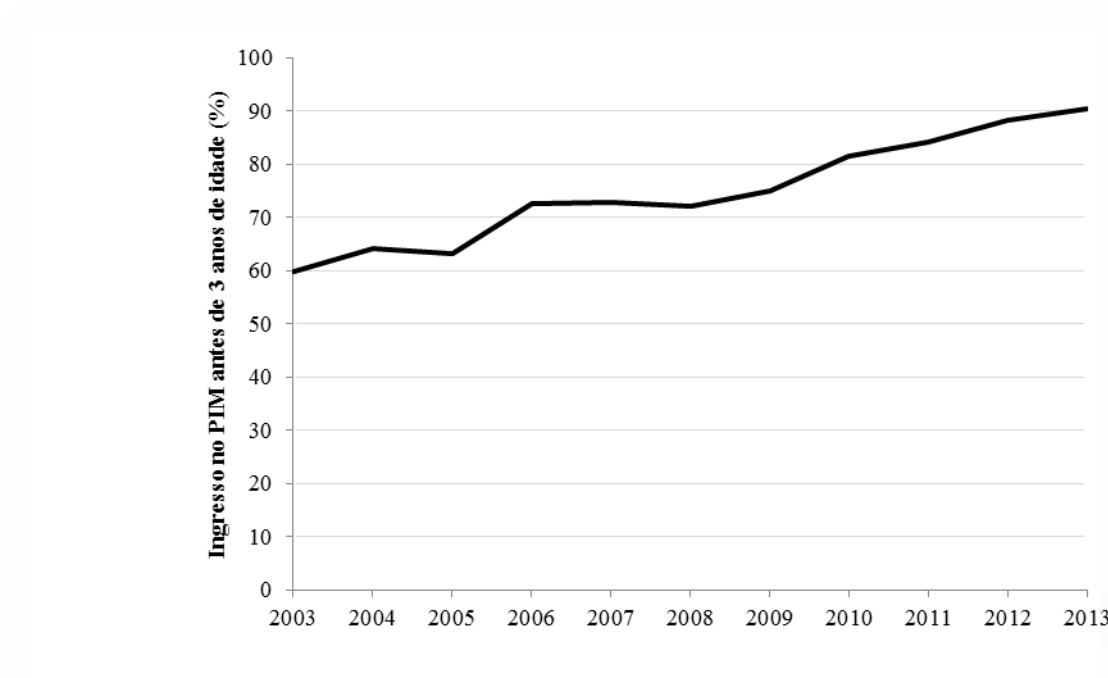
O **Gráfico 2** apresenta o número de crianças menores de seis anos, gestantes e famílias participantes do PIM no período de 2003 a 2013. O número de crianças menores de seis anos, participantes do PIM, era de aproximadamente 3.500 em 2003, passando a mais de 60 mil crianças em 2009. A partir daquele ano, diminuiu progressivamente, reduzindo a 42 mil crianças participantes em 2013. Em todo o período, o número de gestantes era de cerca de um décimo do número de crianças participantes, alcançando aproximadamente sete mil gestantes em 2011 e, então, mantendo-se neste patamar. O número de famílias participantes foi discretamente menor do que o número de crianças, havendo, em média, 1,1 criança por família participante (não apresentado em gráfico ou tabela).

Gráfico 2 – Número de gestantes, crianças menores de seis anos e famílias participantes do PIM. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



O **Gráfico 3** apresenta percentual de crianças que ingressaram no PIM antes dos três anos, de 2003 a 2013. A porcentagem de crianças, que ingressou no PIM antes de três anos de idade, aumentou, gradativamente, no período estudado, de 60% em 2003 a 90% em 2013.

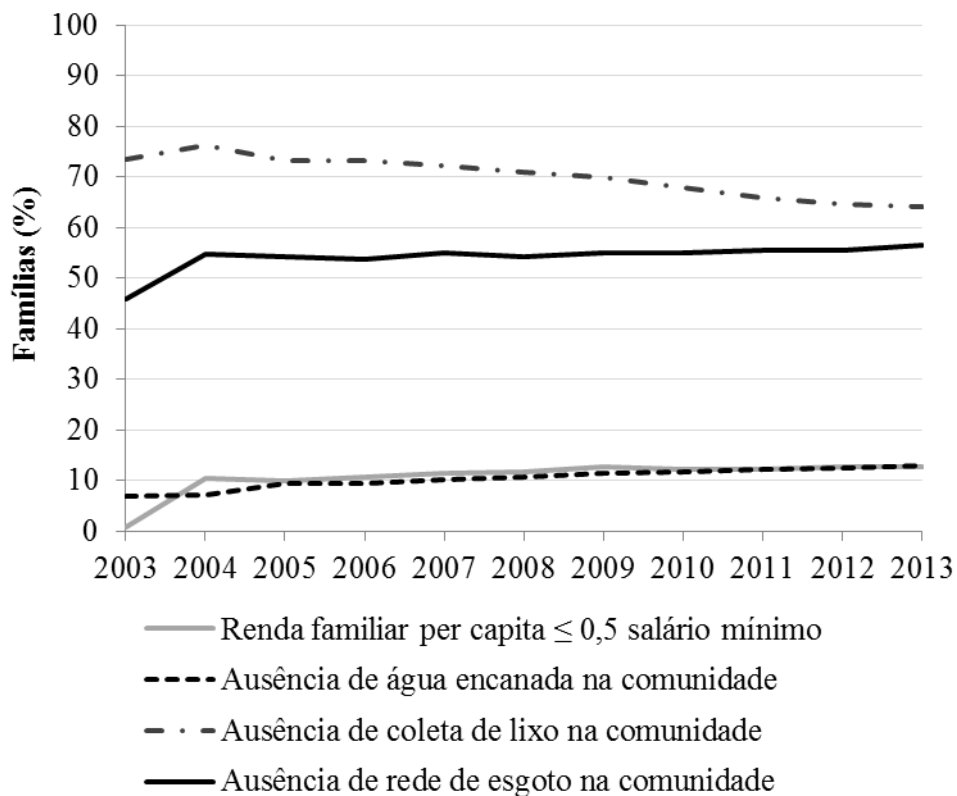
Gráfico 3 Percentual de crianças, que ingressaram no PIM antes dos três anos de idade. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



O **Gráfico 4** sumariza a vulnerabilidade das famílias participantes do PIM no período 2003 a 2013. Cerca de 10% das famílias participantes do PIM viviam com renda familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo; cerca de 70% viviam em comunidades sem coleta de lixo; 55%, em comunidades sem rede de esgoto sanitário; e, 10% em comunidades sem água encanada.

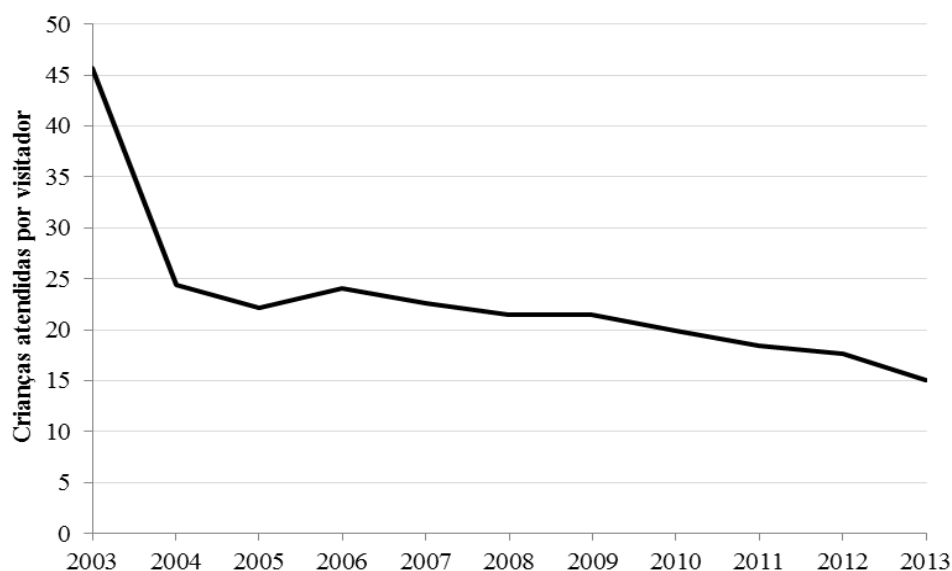
De acordo com o Censo Demográfico do IBGE de 2010, no Rio Grande do Sul, 24,6% das famílias viviam com renda familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo; 8%, sem coleta de lixo; 25,4%, sem rede de esgoto sanitário; e 14,7%, sem água encanada.

Gráfico 4 – Vulnerabilidade das famílias participantes do PIM. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



O **Gráfico 5** apresenta o número médio de crianças menores de seis anos atendidas por visitador do PIM no Rio Grande do Sul de 2003 a 2013. O número de visitadores domiciliares ativos do PIM cresceu, gradativamente, de 160 no ano de 2003 a 3.066 em 2011, havendo uma pequena diminuição nos dois anos seguintes, atingindo 2.764 visitadores em 2013 (não apresentado em gráfico ou tabela). A média anual de crianças, atendidas por visitador do PIM, foi de 45 crianças em 2003, sendo menor do que 25 crianças em todo o restante período, atingindo um mínimo de 15 crianças por visitador 2013.

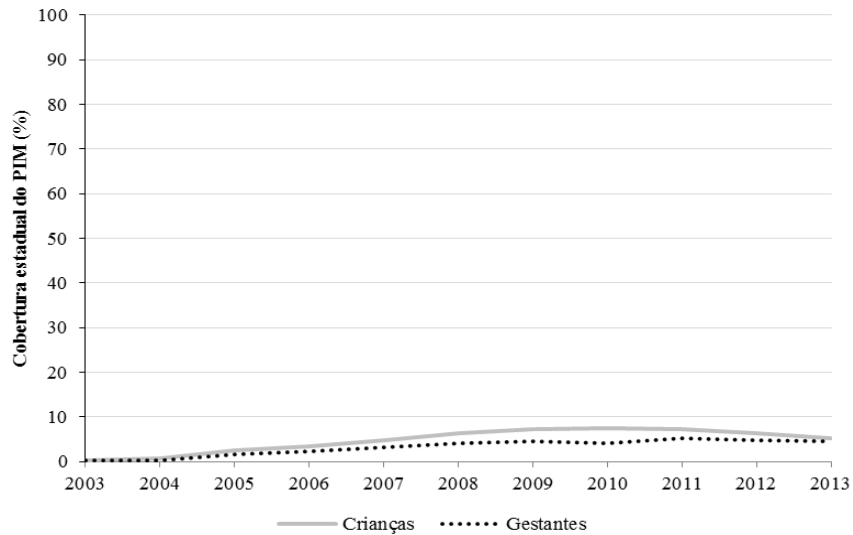
Gráfico 5 - Número médio de crianças menores de seis anos atendidas por visitador do PIM. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



6.2.1 Descrição da porcentagem da população alvo coberta pelo PIM

O **Gráfico 6** apresenta a cobertura estadual do PIM em crianças menores de seis anos e gestantes de 2003 a 2013. A cobertura de crianças e de gestantes do estado, pelo PIM, aumentou, gradativamente, de 2003 a 2009, alcançando um máximo de 7% e 5% dessas populações respectivamente e, depois, mantendo-se, nesses níveis, até 2013.

Gráfico 6 – Cobertura estadual do PIM em crianças menores de seis anos e gestantes. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



O **Gráfico 7** apresenta a cobertura estadual do PIM em crianças menores de seis anos conforme o sexo, de 2003 a 2013 e o **Gráfico 8** a cobertura do PIM em crianças menores de seis anos conforme o local de residência, rural ou urbano, de 2003 a 2013. A distribuição das coberturas do PIM, em crianças, foi semelhante entre os sexos (**Gráfico 7**) e local de residência rural ou urbano (**Gráfico 8**).

Gráfico 7 – Cobertura estadual do PIM em crianças menores de seis anos conforme o sexo. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.

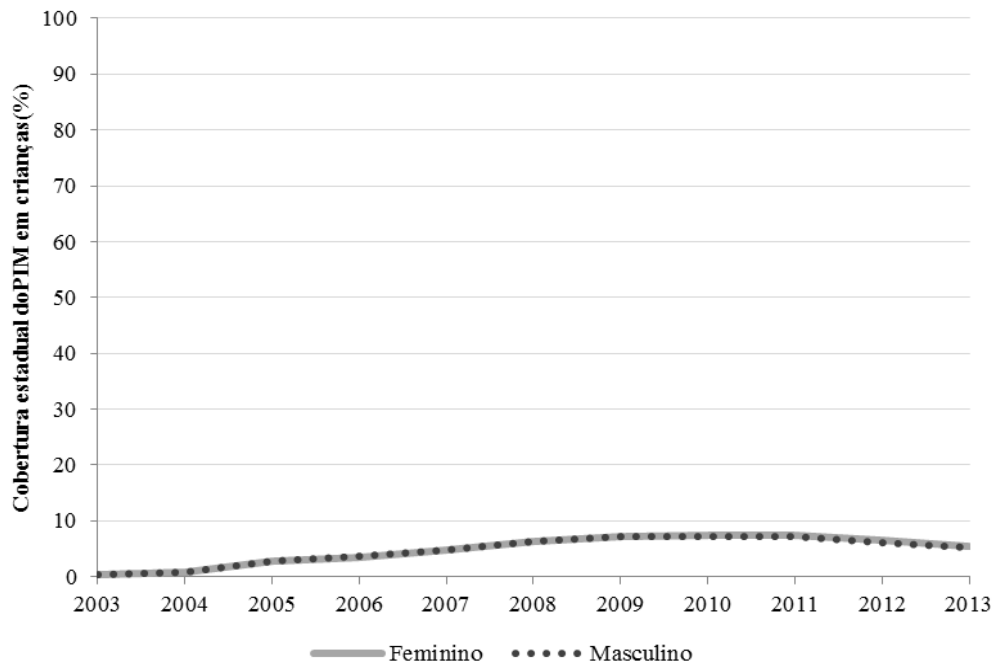
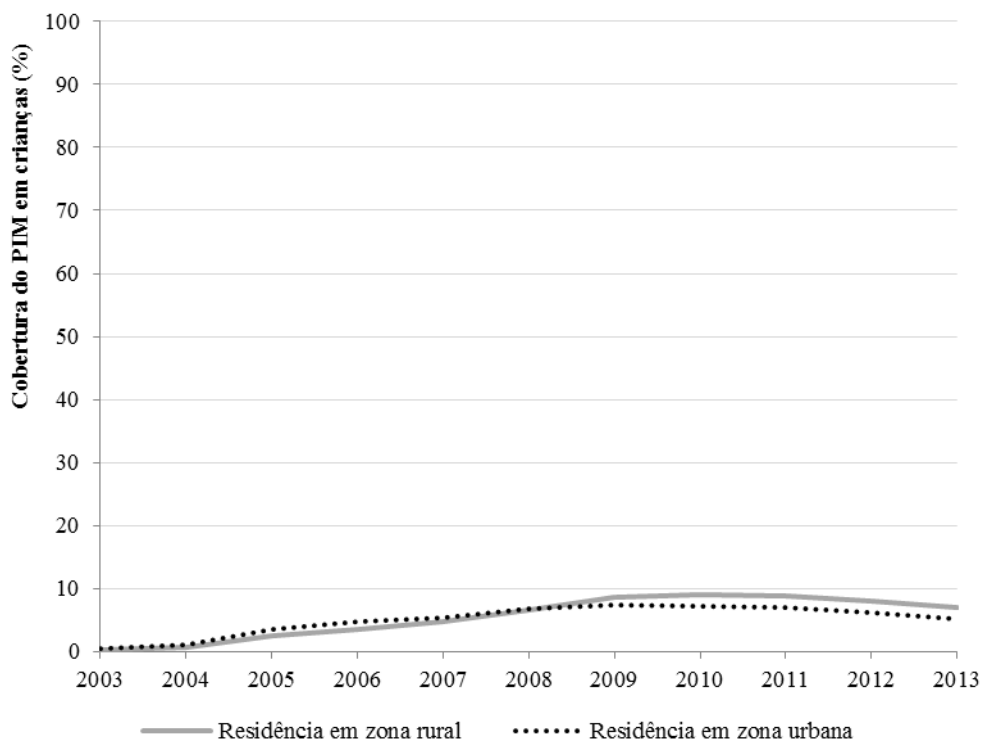
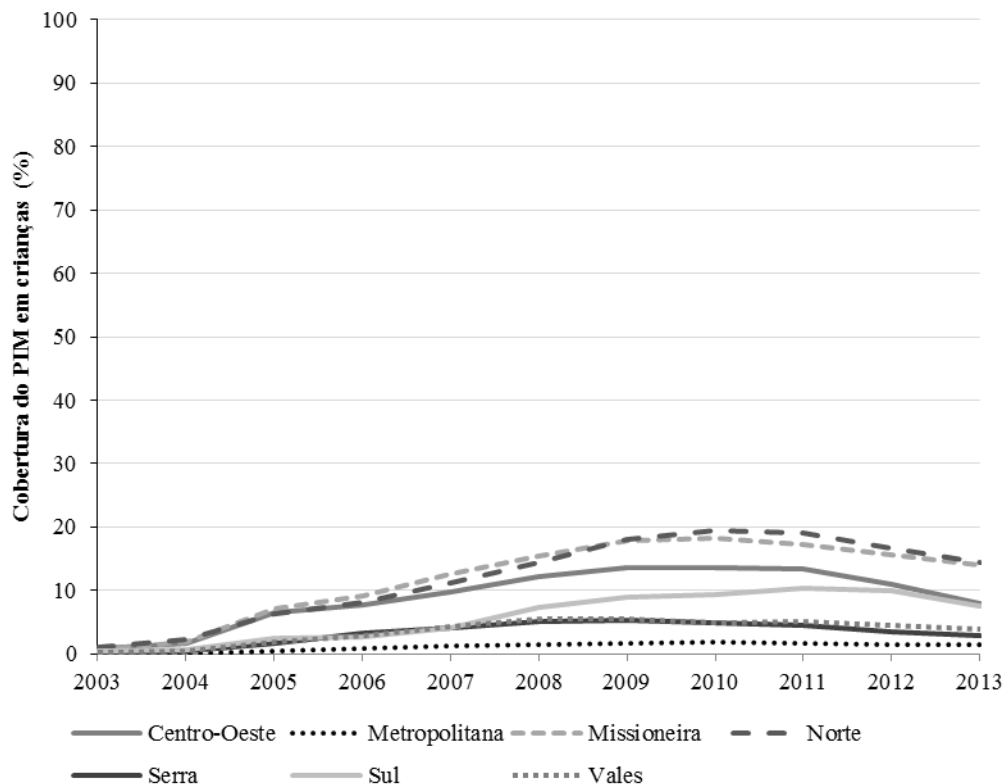


Gráfico 8 – Cobertura do PIM em crianças menores de seis anos conforme o local de residência, rural ou urbano. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



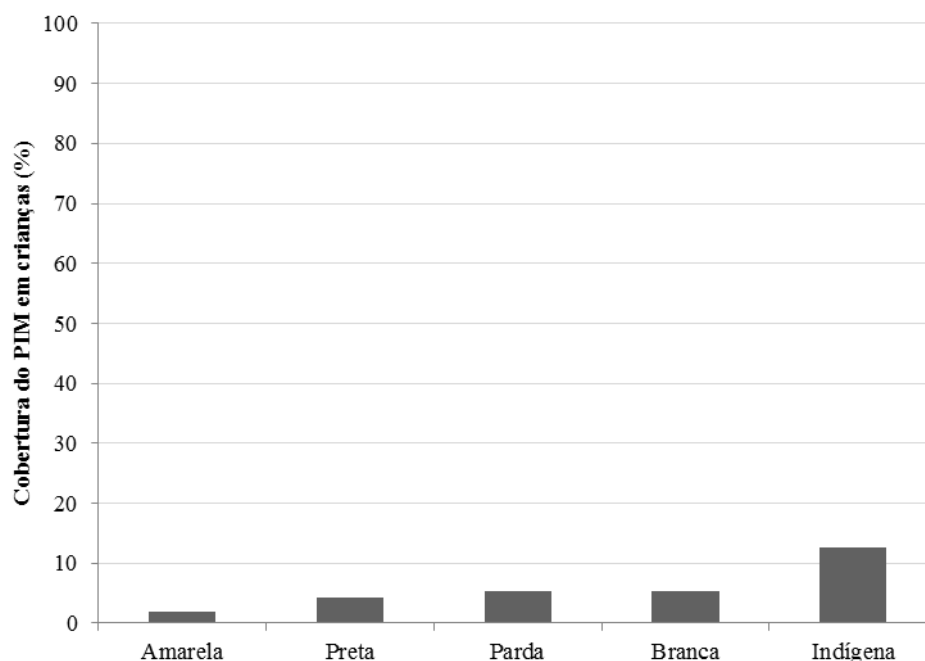
O **Gráfico 9** apresenta a cobertura estadual do PIM em crianças menores de seis anos conforme macrorregião de saúde de 2003 a 2013. As coberturas do PIM, em crianças, variaram conforme as macrorregiões do estado, sendo as maiores nas macrorregiões, como na missioneira e na norte, que alcançaram quase 20% das crianças residentes em 2009 e a menor na macrorregião metropolitana, que apresentou coberturas inferiores a 2,0% das crianças residentes em todo o período de 2003 a 2013.

Gráfico 9 - Cobertura estadual do PIM em crianças menores de seis anos conforme macrorregião de saúde. Rio Grande do Sul, 2003 a 2013.



O **Gráfico 10** apresenta a cobertura do PIM em crianças menores de seis anos conforme etnia-cor da pele em 2013. A cobertura do PIM, em 2013, variou conforme a raça-cor da pele das crianças, sendo cerca de 2% entre crianças de cor amarela, 4% nas pretas, 5% nas brancas e pardas e 13% nas crianças indígenas. Não foi possível calcular a distribuição étnico-racial para 2003 a 2012 devido à falta de informação desta variável para cerca da metade das crianças.

Gráfico 10 – Cobertura do PIM em crianças menores de seis anos conforme etnia-cor da pele. Rio Grande do Sul, 2013.



A **Tabela 1** apresenta o número de municípios, população de crianças residentes menores de seis anos e cobertura do PIM, conforme o índice de vulnerabilidade social municipal de 2010 a 2013. A cobertura do PIM de acordo com a vulnerabilidade social municipal no período 2010-2013. Nesse período, 53,6% dos municípios do Rio Grande do Sul estavam vinculados ao PIM (266/496 municípios) onde residiam 74,3% das crianças menores de seis anos

do estado. Estavam vinculados, ao PIM, 61,8% dos municípios em maior vulnerabilidade social (municípios com IVS-5 >1,00; n=47/76) e menor número de crianças residentes. A cobertura estadual do PIM aumentou à medida que a vulnerabilidade social municipal era maior, com coberturas passando de 3,9% nos municípios menos vulneráveis (IVS<-0,5) a 21,9% nos mais vulneráveis (IVS >1,0). Nos municípios de mais alta vulnerabilidade social, a cobertura do PIM foi de 40,2% das 16183 crianças residentes nesses municípios.

Tabela 1 – Número de municípios, população de crianças residentes menores de seis anos e cobertura do PIM, conforme o índice de vulnerabilidade social municipal. Rio Grande do Sul, 2010 a 2013.

IVS-5*	Municípios vinculados ao PIM			Total de municípios do estado		
	Municípios	Crianças residentes	Cobertura PIM	Municípios	Crianças residentes	Cobertura PIM
	N	N	%	N	N	%
< -0,50	78	479650	4,9	149	606983	3,9
-0,50 a 0,00	48	44012	17,7	100	79956	9,8
0,01 a 1,00	93	42041	32,7	171	66430	20,7
> 1,00	47	16183	40,2	76	29748	21,9
Total	266	581886	8,9	496	783117	6,6

*IVS-5 - índice de vulnerabilidade social municipal, medido em desvios padrões da média estadual (0,00); índices menores do que -0,5 indicam menor vulnerabilidade e índices positivos, maior vulnerabilidade.

7 DISCUSSÃO

Este estudo realizou uma reflexão sobre o PIM, baseada em uma análise de conteúdo de política, com enfoque na sua implementação. A abordagem metodológica incluiu (a) uma revisão sistemática documental sobre o desenvolvimento e a evolução dos aspectos programáticos do PIM desde a sua implantação em 2003 até a presente data, enfocando nos objetivos, população alvo e estratégias de implementação ou organização do cuidado e, (b) uma análise do perfil da população atendida pelo PIM, tendo, como perspectiva, a análise de equidade em saúde no acesso ao PIM.

A revisão sistemática, no processo de formulação da política com o foco na população-alvo do PIM, seus objetivos e estratégias de implantação ou organização do cuidado, proporcionou um novo olhar sobre a estrutura de implementação da política. Sugeriu a elaboração de um diagrama (Figura 4) da concepção do PIM como política social e em saúde, reunindo características da implementação e conceitos identificados nos documentos analisados.



Figura 4 – Implementação do PIM

Na análise dos documentos do PIM, os Objetivos e a Estratégia de Implementação ou Organização do Cuidado da política confirmam, como objetivo principal, a promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade, com ênfase no período entre zero e três anos através da orientação à família, respeitando a sua cultura e suas experiências, e da estratégia de implementação, ou, como é também chamada, de organização do cuidado, ou seja, uma forma de intervenção que engloba o cuidado a partir do compromisso de todos os atores: família, comunidade, sociedade civil, governos estadual e municipais, rede de serviços nas áreas saúde, educação, cultura e assistência social, a partir de proposta de trabalho articulado em rede.

O diagrama apresenta a organização do cuidado a partir de redes de atenção, entendendo-a como o resultado da integração das áreas predominantes para o cuidado da infância como saúde, educação, assistência social, cultura, entre outras, isto é, a integralidade no entendimento do desenvolvimento integral da criança.

O cuidado dá-se, predominantemente, na relação das famílias com o visitador domiciliar, que realiza as visitas, semanalmente, nas residências das crianças ou em espaços da comunidade. Os visitantes propõem atividades de orientação às famílias através da ludicidade, atividades recomendadas para estimular o desenvolvimento integral e o crescimento saudável e feliz da criança.

Ainda sobre o objetivo da política, entende-se que é muito mais amplo do que o desenvolvimento integral da criança desde a gestação até os seis anos de idade, com ênfase no período entre zero e três anos. Refere-se ao desenvolvimento humano como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para ser o que desejam ser, considerando características sociais, culturais, políticas e econômicas (PNUD).

Na organização do cuidado, identificamos que são vários os atores comprometidos e envolvidos para atuarem articulados nas redes de atenção, começando pela família. Assim, o processo do cuidado remete aos estudos, desenvolvidos por Uri Bronfenbrenner, que apresentam o processo de desenvolvimento, em um contexto, apoiado em quatro níveis dinâmicos e inter-relacionados: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo. Define como desenvolvimento "o conjunto de processos através dos quais as particularidades da

peessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida" (BRONFENBRENNER, 1989, p.191). A família, ao receber a visita semanal do visitador, vai se apoiando numa escuta e, a partir daí, sentindo-se mais vinculada aos cuidados da rede intersetorial responsável pela gestão do PIM no município. E, a partir do conhecimento adquirido sobre o desenvolvimento integral de seus filhos, melhor sentir-se-á para avançar, também, nas suas questões pessoais, como interesse em voltar a estudar, por exemplo.

A criança desenvolve-se ao agir no ambiente e ao relacionar-se com os que participam de sua vida (p. ex., pais, irmãos, amigos, professores, profissionais de saúde). As ações da criança dependem de suas condições físicas e emocionais, habilidades, experiências prévias e desejos; e, mais ainda, suas ações dependem das oportunidades e dos recursos disponíveis, da tolerância e das expectativas dos que lhe prestam cuidado ou que, de alguma forma, afetam esse cuidado. Os diversos aspectos do bem-estar da população, como moradia, lazer, educação, trabalho, segurança e atenção à saúde são fundamentais para a promoção do desenvolvimento humano (DRACHLER et al., 2003).

Propõe-se, no diagrama (Figura 1), como fundamento para os objetivos da política, os conceitos de equidade e justiça social. Equidade como um dos princípios do SUS, referindo-se à necessidade de se "tratar desigualmente os desiguais" de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, no desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que são injustas e devem ser superadas (TEIXEIRA, 2011). A equidade é considerada a partir da análise documental onde se prioriza o atendimento às famílias em situação de vulnerabilidades, crianças menores de 3 anos e comunidades com alto índice de violência (L12544, P71/2010; Art. 1 P569/2012). A equidade é, ainda, vista como valor essencial na construção de políticas públicas para promoção da justiça social e da solidariedade (AZEVEDO, 2013).



Figura 1 – Objetivos do PIM

A seguir, ainda sobre a revisão sistemática no processo da formulação da política com o foco na população-alvo do PIM e o círculo correspondente no diagrama proposto.



Figura 3 – População Alvo

A População Alvo, descrita conforme o ciclo da vida: da gestação até crianças menores de seis anos, com abrangência de todos os municípios do estado do Rio Grande do Sul, considerando-se, neste caso, a universalidade da política. Mas há uma prioridade na inclusão de crianças menores de três anos, famílias e municípios de vulnerabilidade e risco social e, também, de regiões com maiores índices de violência. De acordo com Meyer (2006), a noção de vulnerabilidade social, no campo da saúde, sugere maior exposição e suscetibilidade ao adoecimento e a recursos de

proteção limitados ou reduzidos para lidar com estas condições. Para o PIM, a questão econômica, da vida e da morte, orienta a noção de vulnerabilidade social: o local de moradia, suas condições, o acesso ao trabalho, à renda, o número de filhos mortos e vivos determinam quão vulneráveis estarão à população e os indivíduos (ECKER; LARA, 2013).

Completa-se, aqui, a apresentação do diagrama (Figura 4) onde o círculo representa as características da política Primeira Infância Melhor. Inclui a intersetorialidade como elemento presente na documentação estudada, a presença do estado, dos municípios, do monitoramento, do financiamento, dos trabalhadores, que aparecem como gestores estaduais e municipais, grupo técnico estadual, grupos técnicos municipais intersetoriais, com representação das áreas da saúde, assistência social e educação, principalmente; monitores e visitantes. (Portaria nº 569, Portaria nº 578, com anexos 1 e 2, Lei nº 12.544, Lei nº 14.594 de 28 de agosto de 2014).

A seguir, descreve-se a cobertura do PIM, conforme o perfil regional, socioeconômico, étnico-racial e de faixa etária da população, cadastrada nessa política de julho de 2003 a junho 2014, e a comparação do perfil da população coberta pelo PIM com o esperado, considerando a população alvo previamente definida na formulação da política.

A população participante do PIM teve um resultado crescente até 2009, ocorrendo, a partir deste ano, diminuição progressiva até 2013. Uma das hipóteses pode ser a formulação, conforme a Nota Técnica nº 1 das Portarias 569 /12 que sugere um menor número de famílias por visitador (20 para 40h/semanais), o que desencadeou alterações da gestão municipal. A média anual de crianças atendidas por visitador do PIM foi de 45 crianças em 2003, sendo menor do que 25 crianças em todo o restante período, atingindo um mínimo de 15 crianças por visitador em 2013 (Gráfico 4). Os municípios têm condições de ampliar o número de visitantes, mas é um dos maiores desafios para a gestão pública, especialmente pela forma de contratação e pelas restrições da Lei da Responsabilidade Social.

O perfil das famílias apresenta características de pobreza em cerca de 10% das famílias participantes do PIM, estando expostas a maiores problemas de doença, pois, em pelo menos 55% das comunidades, não há rede de esgoto sanitário e, em 10%, não há água encanada (Gráfico 3).

É destaque, nos resultados quantitativos, identificar que, em termos de cobertura, o PIM proporcionalmente atende um maior número de crianças indígenas (Gráfico 9), o que também está relacionado com a abrangência da população prioritária da política, aquelas famílias em situação de vulnerabilidade e risco social. Outro dado importante foi apresentado pela cobertura maior nas macrorregiões norte e missioneira, regiões estas com concentração de população indígena, pois em torno de 70% das comunidades indígenas localizam-se na macrorregião norte (SES, Política da Saúde da População Indígena, 2014). A macrorregião metropolitana, com menor cobertura, ou seja, inferior a 2,0% das crianças residentes em todo o período de 2003 a 2013 (Gráfico 6) é um dado preocupante. Como estará o cuidado com suas crianças? O desenvolvimento infantil está sendo preconizado e acompanhado pela atenção básica em saúde? A composição, entre o trabalho dos visitantes do PIM e o dos agentes comunitários de saúde, pode ser uma alternativa mais eficiente para o cuidado com a infância?

Outro resultado relevante é a distribuição da cobertura no local de residência, que é semelhante entre zona rural e urbana. Pela experiência do trabalho no PIM, há muita resistência em atender a população da zona rural, alegando dificuldade de acesso, carência de recursos humanos, entre outros fatores, mas, pelo resultado obtido, pode-se considerar que a população rural está sendo incluída.

O grande destaque, pelos resultados quantitativos, consta na Tabela 1, que levantou os dados combinados pelo número de municípios, população de crianças residentes menores de seis anos e cobertura do PIM com o índice de vulnerabilidade social municipal (IVS-5) resultando que, dos 76 municípios do Rio Grande do Sul em situação de maior vulnerabilidade, o PIM já foi implantado em 47 deles, com uma cobertura de 40,2% das crianças residentes participando do PIM.

7.1 Reflexão sobre o acesso ao PIM

Esta etapa constituiu-se de uma discussão reflexiva elaborada por dois pesquisadores, integrando os resultados quali-quantitativos e a literatura relacionada aos temas emergentes. O objetivo geral foi avaliar o acesso ao PIM-RS,

considerando a população alvo, previamente definida na formulação desta política, e a população efetivamente atingida.

A população alvo, descrita nos documentos, indica o atendimento de famílias com gestantes e crianças entre zero e seis anos de idade em todo o estado do Rio Grande do Sul (universal), mas prioriza aquelas com idade até os primeiros três anos de vida e vivendo em situação de vulnerabilidade social.

Se, por um lado, o PIM preconiza a universalização, como já demonstrado acima, por outro, fica evidente que é uma política focal, refere ao atendimento das crianças menores de seis anos de idade e à abrangência em todos os municípios do Estado do Rio Grande do Sul (D42199; Art 1º; P15; P35; P247; L12544), mas, pela ênfase às crianças menores de três anos e às famílias e municípios em situação de vulnerabilidade social, pode-se caracterizar o PIM como política focal (WILSON,1983; SECCHI, 2012), como política focalizadora (**ALMEIDA, 2011**), pois delimita sua população com as prioridades de atendimento e inclusão. Os dados qualitativos, por sua vez, confirmam a participação da população em municípios com maior vulnerabilidade social.

Na universalização, todos os indivíduos têm direito de acesso a determinados serviços públicos devido aos direitos de cidadania. A universalização exige maiores investimentos, mas garante os serviços indiscriminadamente. Na focalização, os recursos disponíveis são concentrados em uma população de beneficiários. Além das razões relacionadas à justiça, baseadas no princípio da equidade, a focalização é motivada por fatores de natureza econômica: programas focalizados são mais baratos que programas universais. Enquanto a universalidade está relacionada com a igualdade, a focalização está relacionada com a equidade.

Ficam várias questões em aberto, entre elas, o que pode ser considerado como prioridade de cuidado para uma criança ou sua família não necessariamente seria para outra, mesmo estando as duas em situação vulnerável semelhante. Enquanto se preconiza um cuidado para um grupo de crianças e suas famílias, muitas outras, que também necessitariam de um cuidado especial, ficariam de fora, não estando necessariamente no grupo prioritário, ou seja, o da vulnerabilidade social.

Identificou-se correlação entre as informações, obtidas nos documentos do PIM, sobre a população alvo com aquela identificada pelos levantamentos

quantitativos, apenas no foco da prioridade, mas não na universalidade. Indica-se, portanto, uma proposta de ampliar a cobertura do atendimento pelo PIM em consonância com o cuidado da saúde pela atenção básica. A parceria entre o cuidado do visitador e o do agente comunitário de saúde pode fazer toda a diferença no desenvolvimento integral das crianças e promover a inclusão efetiva das famílias na rede de atenção intersetorial dos municípios e do estado do Rio Grande do Sul.

8. CONSIDERAÇÕES FINAS

O estudo de caso, aqui apresentado, procurou responder se a população participante da Política Primeira Infância Melhor indicada nos documentos legais, como decretos, portarias, leis, manuais de orientação, corresponde à população participante conforme os registros do Banco de Dados do PIM e, dessa forma, examinar se a política implementada é potencialmente capaz de produzir equidade no desenvolvimento humano no Rio Grande do Sul. O Banco de Dados é um dispositivo de monitoramento que cabe, a cada equipe municipal, manter atualizado e fidedigno ao atendimento previsto e executado. Utilizou-se um delineamento misto, qualitativo e quantitativo. Em média, 93,4% das crianças têm sido excluídas da participação desta política, enquanto 6,6% das mais vulneráveis provavelmente estejam recebendo alta intensidade de atenção, demonstrado pelo baixo número de crianças por visitador (15 crianças/referência dos dados até 2013). Isto demonstra que o PIM não se efetiva como uma política universal e apresenta grandes limitações quanto ao alcance da equidade proposta na sua formulação. Uma das alternativas, para alcançar a universalidade com equidade, poderia ser a integração do PIM com outras políticas e programas da atenção básica à saúde como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família(ESF),

A partir dos resultados, outros estudos poderão acontecer como o aprofundamento da situação das especificidades de cada município, quanto às condições sociais, econômicas, culturais e das escolhas que as equipes técnicas do PIM fizeram ou fazem ao determinar quem tem prioridade à inclusão ao PIM. Os resultados, como cobertura do PIM em áreas indígenas e zonas rurais, instigam um aprofundamento, entendendo serem historicamente relegadas ao cuidado amplo e inclusivo assim como o cuidado em áreas com predominância de população negra, por exemplo. Cabe, aqui, ressaltar que o Banco de Dados do PIM não permitiu calcular a distribuição étnico-racial no período de 2003 a 2012 porque a inclusão do item raça-cor nos formulários do cadastro foi acrescida apenas em 2012, necessitando atualização desta informação pelas equipes técnicas municipais.

Proponho, a partir deste estudo, contribuir na promoção da ampliação da cobertura do PIM com o indicativo sobre o desenvolvimento humano construído junto às famílias com filhos menores de seis anos. Nossa proposta inclui aproximar participantes ao PIM não apenas das áreas e do público considerados prioritários, mas realizar um trabalho de integração com famílias que se apresentam em outras condições socioeconômicas.

A proposta seria incrementar o trabalho desenvolvido nas comunidades, a partir de um entendimento coletivo sobre a importância do desenvolvimento integral das crianças e famílias, promovendo maior integração com as equipes de trabalhadores dos territórios e comunidades para vincular o cuidado integral da infância nas suas agendas permanentes e de articulação. Nesta linha, reafirmar a necessidade de um planejamento de cuidado na infância, em território, a partir da atenção básica em saúde, com o fortalecimento da articulação do trabalho do agente comunitário de saúde com o visitador do PIM, em especial.

A proposta diz respeito à crítica que faço ao reconhecer que o Programa Primeira Infância Melhor foi concebido, mesmo com o financiamento e coordenação da saúde do estado, de forma desarticulada com as instâncias ou setores da saúde, em especial da atenção básica. Em 2011, este movimento de aproximação e integração iniciou, necessitando, porém, ser sistematizado.

E, por último, dizer da minha implicação em estudar um objeto ao qual estou diretamente vinculada desde sua criação. O maior desafio foi buscar o distanciamento necessário para o alcance do objetivo proposto que era o de examinar a implantação do PIM, devido ao envolvimento com o processo de implantação da política.

Retomo um ensinamento de Emerson Elias Merhy (2004) sobre o "sujeito do conhecimento" ser também o "sujeito da ação" e "sujeito interessado" que acredita num possível redirecionamento no processo como no que pretendi estudar - "produzir conhecimentos e sistematizá-los para si e para os outros, implicado com o seu lugar na ação".

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. et. al. Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. Interface-Comum, v7, n12, p.123-38, fev. 2003
Ministério da Saúde, Política Nacional da Atenção Básica, 2013.

ALMEIDA, L.C.; Artigo Políticas Sociais: focalizadas e universalistas. É esta a questão?. Revista Espaço Acadêmico, nº123, 2011.

AZEVEDO, Mário L.N. Artigo Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social. Avaliação (Campinas) vol.18 no.1 Sorocaba Mar. 2013

BOWLBY, J. Uma Base Segura: Aplicações Clínicas da Teoria do Apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BERNARDES, K. I. Avaliação da Primeira Infância Melhor através de estudos de casos: o encontro entre a educação formal e não formal. Dissertação de Mestrado em Educação. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Lei Federal de 1988. 3ª ed. São: Jalovi, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde das Populações dos Campos e da Floresta. 1 ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012.

BRONFENBRENNER, U.; A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CUBA. Ministério da Educação; UNICEF; CELEP. *Educa a tu hijo*. Havana: MINED, Fondo das Nações Unidas para a Infância, Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar, 2002.

DRACHLER, M. L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 461-470, 2003.

DRACHLER, M. L. et al. Social inequalities in maternal opinion of child development in southern Brazil. *Acta Paediatrica*, v. 94, n. 8, p. 1137-1139, 2005.

DRACHLER M. L. et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* (online). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14867>. Acesso em: 04 jan. 2014.

DYE, T.R. *Understanding public policy*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972

DROR, Y. *Design for policy sciences*. Nova York: American Elsevier Pub.Co., 1971.

DRÜGG, C. V. Política de atendimento à primeira infância: formação e desempenho do visitador do Programa Primeira Infância Melhor. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação de Educação da PUCRS, Porto Alegre, 2011.

EASTON, D. *The political system: an inquiry into the state of Political Science*. Nova York: Alfred A. Knopf, 1953.

ECKER, D; L, L. Formação em Psicologia e Políticas Públicas: Estágio no PIM-PIÁ. *Polis e Psique*, vol.3, n.1, 2013.

SCOREL. S, et. al. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 2009.

GIOVANELLA, L. & FLEURY, S. 1995. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise, pp.177-198. In C Eibenschutz (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

HECLO, H. Policy analysis. *British Journal of Political Science*, v.2,n.1,p.83-108,jan.1972

HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Come studiare le politiche pubbliche*. Bolonha: Il Mulino, 2003.

KESSLER, Cristiane. O PIM mudou nossas vidas. As representações sociais e o impacto do Programa Primeira Infância Melhor nos modos de viver e de pensar das famílias atendidas. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS, 2011.

KLEIN, C. Educação de mulheres-mães pobres para uma “infância melhor”. *Revista Brasileira de Educação*. v. 17 n. 51 set.-dez., 2012.

KOOIMAN, J. *Modern governance: new government-society interactions*. Londres/Califórnia: Newbury Park/Sage, 1993.

LOWI, T.J.American business, public policy, case studies, and political theory. *World Politics*, v.16, n.4, p.677-715, 1964.

MEYER; D. et al. “Você aprende. A gente ensina”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006.

MERHY,E.E.;O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO,T,B.et al. *Acolher Chapecó*.São Paulo:HUCITEC,2004.

MENY, Y.; THOENIG, J.C. *Le politiche pubbliche*. Bolonha: Il Mulino, 1991.

MILES, M.B.; HUBERMAN, A.M. *Qualitative Data Analysis* Thousand Oaks, CA: Sange Publications, 1994.

RS. RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual 12.544. Institui o Programa Primeira Infância Melhor e dá outras Providências. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 03 de julho de 2006.

RS. RIO GRANDE DO SUL. Portaria Estadual 569. Estabelece novos valores dos incentivos financeiros aos municípios com Programa Primeira Infância Melhor e dá outras Providências. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2012.

VYGOTSKI, L.S. *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WILSON, J.Q. *American government: institution and policies*. Lexington: Heath & Co., 1983.

SCHNEIDER, A; Ramires; V. (Orgs). *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

SECCHI, L.; *Políticas Públicas. Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SEN, A.&KLIKSBERG, B. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SPOSATI,A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VÉRAS, M. P. B.; SPOSATI,A.; KOWARICK, L. (Ed.). *O debate com Serge Paugan. Por uma sociologia da exclusão social*. São Paulo: EDUC, 1999.

REGONINI, G. *Capire le politiche pubbliche*. Bologna: Il Mulino, 2001

RHODES, R.A.W *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability*. Buckingham/Filadélfia: Open University Press, 1997.

TEIXEIRA, Carmen. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate na Conferência Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: Bahia, 2011.

YOUNG,M.E.(Ed). *Early Child Development: from measurement to action*. Washington, D.C.: The World Bank, 2007.218 p.

ANEXO A – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO SES/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

Eu, Károl Veiga Cabral, Diretora do Departamento de Ações em Saúde – DAS da Secretaria Estadual da Saúde - SES, conheço o protocolo de pesquisa intitulada – Avaliação do Acesso à Política Primeira Infância Melhor – PIM no Rio Grande do Sul como Estratégia para Equidade na Atenção Básica em Saúde que será realizado para fins de dissertação de mestrado de Liése Gomes Serpa, sob orientação de Maria de Lourdes Drachler, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Concordo que a Política Primeira Infância Melhor forneça dados anuais do cadastro dos usuários dessa política, agrupados por faixa etária, sexo, etnia, condições socioeconômicas, município e macrorregião de saúde do Rio Grande do Sul, registrados no Banco de Dados do PIM (www.pim.saude.rs.gov.br) e número de visitantes domiciliares no período de 2003 a 2014. Os dados solicitados são agrupados, portanto não apresentam qualquer identificação dos indivíduos e famílias garantindo assim, a confiabilidade e privacidade dos usuários do PIM. Autorizo à disponibilização dos dados à professora Maria de Lourdes Drachler, sob responsabilização de utilizá-los conforme diretrizes e normas da Resolução 466/12.

Károl Veiga Cabral
Diretora Departamento de Ações em Saúde

ANEXO B- LEI Nº 12.544

CORREIOS...

GOVERNO DO ESTADO DIÁRIO OFICIAL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

ANO LXIV

PORTO ALEGRE, TERÇA-FEIRA, 04 DE JULHO DE 2006

Nº 125

CERTIFICADO

RESPONSABILIDADE
SOCIAL

2 0 0 4 / 2 0 0 5



www.corag.com.br

Edição completa desde novembro de 2002

ATOS DO GOVERNADOR

LEI Nº 12.544, DE 03 DE JULHO DE 2006.

Institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM - e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Faço saber, em cumprimento ao disposto no artigo 82, inciso IV, da Constituição do Estado, que a Assembléia Legislativa aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

Art. 1º - Fica instituído o Programa Primeira Infância Melhor - PIM -, como parte integrante da Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância, a ser implementado pelo Estado em parceria com os Municípios ou organizações não-governamentais.

§ 1º - O PIM tem por finalidade a promoção do desenvolvimento integral da criança, desde a gestação até os cinco anos de idade, com ênfase na faixa etária de zero a três anos, complementando a ação da família e da comunidade.

§ 2º - O desenvolvimento integral da criança de que trata este artigo deverá abranger os aspectos físico, psicológico, intelectual e social.

Art. 4º - Com o objetivo de orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para o estímulo ao desenvolvimento das capacidades e potencialidades de suas crianças, as ações do PIM consistirão em:

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 apoio educacional e amparar as crianças para complementar as ações da família e da comunidade;

III - prestar assistência social às crianças e às famílias beneficiadas por serviços de proteção social básica;

IV - 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.

Parágrafo único - As ações do poder público de que trata este artigo serão prestadas, predominantemente, no âmbito da família e das instituições comunitárias.

Art. 5º - Dentre as ações do PIM serão abrangidas, principalmente,

Art. 2º - O PIM será organizado em consonância com a doutrina da proteção integral da criança, nos termos do art. 227 da Constituição Federal e em conformidade com o disposto nas Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Art. 3º - O PIM deverá ser organizado conforme a meta 17 do Capítulo da Educação Infantil do Plano Nacional de Educação de que trata a Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001.

Parágrafo único - O PIM será implementado em todos os Municípios com a colaboração dos setores responsáveis pelas áreas da educação, saúde e assistência social e de organizações não-governamentais, de programas de orientação e apoio aos pais com filhos entre 0 e 3 anos.

competências das Secretarias Estaduais da Saúde, da Educação, da Cultura e do Trabalho, Cidadania e Assistência Social.

§ 1º - O Comitê Gestor do PIM, constituído pelos titulares das Secretarias da Saúde, da Educação, da Cultura e do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, terá como atribuição a coordenação político-institucional do Programa, conforme as metas e diretrizes gerais fixadas para sua implementação.

§ 2º - A Secretaria da Saúde exercerá a coordenação geral do PIM, com colaboração das demais Secretarias.

§ 3º - O Comitê Gestor do PIM, juntamente com o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância - CEDIFI -, instituído pelo Decreto nº 42.199, de 7 de abril de 2003, fixarão as diretrizes da programação das atividades do Dia e da Semana Estadual do Bebê de que trata o Decreto nº 42.200, de 7 de abril de 2003.

SUMÁRIO

Atos do Governador	01
Secretaria da Agricultura e Abastecimento	02 e 53
Secretaria da Fazenda	03 e 49
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - Uergs	12
Secretaria da Administração e dos Recursos Humanos	12 e 20
Secretaria dos Transportes	12 e 52
Secretaria da Cultura	12 e 55
Secretaria da Saúde	13 e 53
Secretaria das Obras Públicas e Saneamento	13 e 54
Secretaria da Educação	14 e 23
Repartições Municipais	15

Procuradoria-Geral do Estado	20
Defensoria Pública	20
Secretaria da Justiça e da Segurança	50
Secretaria da Habitação e Desenvolvimento Urbano	52
Secretaria do Meio Ambiente	52
Secretaria da Ciência e Tecnologia	52
Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social	54
Secretaria de Energia, Minas e Comunicações	57
Secretaria do Desenvolvimento e dos Assuntos Internacionais	58
Assembléia Legislativa do Estado	60
Tribunal de Contas	60
Ministério Público	64

ANEXO C – LEI Nº 14.594

9912266848/DR/RS
CORAG
...CORREIOS...

GOVERNO DO ESTADO
DIÁRIO OFICIAL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

ANO LXXII

PORTO ALEGRE, TERÇA-FEIRA, 09 DE SETEMBRO DE 2014

Nº 173

www.corag.rs.gov.br

ATOS DO GOVERNADOR

LEI Nº 14.597, DE 8 DE SETEMBRO DE 2014.

Reconhece a Escola Superior da Magistratura da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul – AJURIS – como escola oficial para organizar e ministrar cursos de formação e aperfeiçoamento de magistrados e de servidores vinculados ao Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Faço saber, em cumprimento ao disposto no artigo 82, inciso IV, da Constituição do Estado, que a Assembleia Legislativa aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

Art. 1º Fica reconhecida a Escola Superior da Magistratura da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul – AJURIS – como escola oficial para organizar e ministrar cursos de formação e aperfeiçoamento de magistrados e de servidores vinculados ao Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º O custeio dos cursos mencionados no art. 1º caberá ao Poder Judiciário, que deverá inserir na peça orçamentária competente a previsão dos gastos correspondentes.

Art. 3º A realização dos cursos e o desembolso pertinente será objeto de detalhamento mediante convênio entre o Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul e a Escola Superior da Magistratura da AJURIS.

Art. 4º As despesas decorrentes da presente Lei correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, respeitados os limites estabelecidos pela Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO PIRATINI, em Porto Alegre, 8 de setembro de 2014.

TARSO GENRO
Governador do Estado.

Registre-se e publique-se.

FLÁVIO HELMANN
Secretário Chefe da Casa Civil.

LEI Nº 14.594, DE 28 DE AGOSTO DE 2014.

Introduz modificações na Lei nº 12.544, de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor – PIM.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Faço saber, em cumprimento ao disposto no artigo 82, inciso IV, da Constituição do Estado, que a Assembleia Legislativa aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

Art. 1º Ficam introduzidas na Lei nº 12.544, de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor – PIM, as seguintes modificações:

I - fica alterada a redação do § 1º do art. 1º, e incluído o § 3º, conforme segue:

“Art. 1º

§ 1º O PIM tem por finalidade a promoção do desenvolvimento integral da criança, da gestação aos 5 (cinco) anos de idade, com ênfase no período gestacional e na faixa etária de 0 (zero) a 3 (três) anos, complementando a ação da família e da comunidade.

§ 3º O PIM será implementado em todos os municípios do Estado com a colaboração dos setores responsáveis pelas áreas da educação, saúde e assistência social e de organizações não-governamentais, de programas de orientação e apoio aos pais com filhos entre 0 (zero) e 5 (cinco) anos.”;

II - fica alterada a redação do “caput” do art. 4º, bem como dos incisos II, III e IV, e incluídos os incisos V e VI, conforme segue:

“Art. 4º Com o objetivo de orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, da gestação aos 5 (cinco) anos de idade, as ações do PIM consistirão em:

II - promover a articulação entre as políticas correlacionadas desenvolvidas nos municípios e territórios adscritos, fortalecendo as ações da atenção básica em saúde, proteção social básica e educação;

III - ofertar apoio e orientação em relação ao acesso ao sistema de ensino; promover a participação em atividades socioeducativas, culturais e desportivas voltadas às comunidades e famílias; e prestar apoio educacional, complementando as ações da família e da comunidade;

IV - ofertar apoio e orientação em relação ao acesso ao sistema de garantia de direitos e promover, junto às famílias, práticas sociais de caráter coletivo, participativo e solidário, envolvendo instituições, associações e movimentos sociais;

V - ofertar apoio e orientação em relação ao acesso ao sistema de saúde, fortalecendo os saberes familiares sobre os cuidados com a saúde da gestante e da criança;

VI - promover ações de divulgação e sensibilização junto à sociedade e o poder público, apoiando estratégias de ampliação dos conhecimentos sobre a primeira infância e de priorização desta etapa da vida nas políticas públicas.”;

III - fica alterada a redação do “caput” e do § 1º do art. 5º, conforme segue:

“Art. 5º Dentre as ações do PIM serão abrangidas, principalmente, competências das Secretarias Estaduais da Saúde, da Educação, da Cultura, do Trabalho e Desenvolvimento Social, da Justiça e dos Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres.

§ 1º O Comitê Gestor do PIM, constituído pelos titulares das Secretarias Estaduais supracitadas ou, por representantes por estes designados, terá como atribuição a coordenação político-institucional do PIM, conforme as metas e diretrizes gerais fixadas para sua implementação.

IV - fica alterada a redação do art. 6º, conforme segue:

“Art. 6º O Grupo Técnico Estadual – GTE –, constituído por representantes das Secretarias referidas no art. 5º desta Lei, será o gestor operacional do PIM, com funções de apoiar a implantação e a implementação da política, monitorar e avaliar a execução do PIM e os resultados gerais alcançados pelos municípios e pelas organizações não-governamentais.”;

V - o art. 8º passa a ter nova redação, conforme segue:

“Art. 8º A Equipe Municipal do PIM será constituída pelos integrantes do Grupo Técnico Municipal – GTM –, Monitores e Visitadores.

§ 1º O GTM, constituído por representantes dos setores elencados no § 1º do art. 7º desta Lei, será o gestor operacional do PIM, com funções de implantar e implementar a política no município sob sua responsabilidade, monitorar e avaliar a execução do PIM e promover a articulação da Rede de Serviços municipal.

§ 2º Os(As) Monitores(as) serão responsáveis pela supervisão das ações dos(as) Visitadores(as) junto às respectivas famílias e pela interlocução entre os(as) Visitadores(as), o GTM e a Rede de Serviços nas comunidades.

§ 3º Os(as) Visitadores(as) serão responsáveis pelo atendimento domiciliar e comunitário às famílias, por meio do desenvolvimento de atividades específicas.”;

VI - o art. 9º passa a ter nova redação, conforme segue:

“Art. 9º Para atuação no PIM será exigida a seguinte escolaridade:

I - GTM: nível superior completo em áreas afins ao PIM – educação, saúde, serviço social e ciências sociais – acrescido de curso introdutório específico realizado pelo GTE, com duração mínima de 24 (vinte e quatro) horas;

ANEXO D - DECRETO Nº 42.199

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

DECRETO Nº 42.199, DE 07 DE ABRIL DE 2003.

Institui o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 82, incisos V e VII, da Constituição do Estado;

considerando o disposto no art. 241, caput da Constituição Estadual;

considerando o disposto no art. 196, da Constituição Federal;

considerando o disposto no art. 2º, § 1º, da Lei Federal nº 8080/90;

considerando que é dever da Sociedade e do Estado assegurar, com absoluta prioridade, os direitos da criança e do adolescente, conforme o art. 227, da Constituição Federal e art. 4º, da Lei nº 8069/90;

considerando que o desenvolvimento melhor da criança e, dentro deste o da Primeira Infância, é meta prioritária do plano de metas do Governo;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

considerando a necessidade de coordenação das ações do Governo para a promoção do desenvolvimento integral da criança de 0 a 6 anos.

DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância com as seguintes atribuições:

I - propor políticas de parceria entre o governo e sociedade civil para a promoção do desenvolvimento integral da Primeira Infância no Rio Grande do Sul;

II - promover a realização de eventos, cursos, estudos e pesquisas relativas ao desenvolvimento infantil;

III - promover e acompanhar convênios, contratos e acordos de cooperação técnica visando a realização de seus objetivos;

IV - integrar as ações de Governo e das entidades civis, no acompanhamento e ampliação das políticas de promoção de desenvolvimento da Primeira Infância;

V - informar e promover a mobilização social no Estado em relação à Primeira Infância;

VI - programar os eventos estaduais como o Dia e a Semana Estadual do Bebê.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Art. 2º - O Comitê será composto por duas instâncias:

I - Fórum Estadual de Desenvolvimento da Criança que será integrado por dois representantes, sendo um titular e um suplente pelos seguintes Órgãos:

- a - Federação das Associações Rurais - FARSUL
- b - Federação das Câmaras de Dirigentes Logistas do Estado do Rio Grande do Sul - FCDL
- c - Federação de Comércio de Bens e de Serviços do Estado do Rio Grande do Sul - FECOMÉRCIO-RS
- d - Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul - FAMURS
- e - Federação das Associações Empresariais do Rio Grande do Sul - FEDERASUL
- f - Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Rio Grande do Sul - FETAG-RS
- g - Federação e Centro das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul - FIERGS/Serviço Social da Indústria - SESI
- h - Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairro - FRACAB
- i - Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho
- j - Gabinete da Primeira Dama
- l - Parceiros Voluntários
- m - Pastoral da Criança/Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB
- n - Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas - SEBRAE-RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

- o - Secretaria da Cultura
- p - Secretaria da Educação
- q - Secretaria da Saúde
- r - Secretária do Trabalho, Cidadania e Assistência Social
- s - Serviço Social do Comércio - SESC-RS
- t - Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre - SINDIHOSPA
- u - Sindicatos dos Lojistas do Comércio de Porto Alegre - SINDILOJAS/POA
- v - Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul

II - Equipe Executiva: composta por representantes das Secretarias de Estado mencionadas no inciso anterior, Gabinete da Primeira Dama e FAMURS.

1º - Os integrantes do Comitê serão indicados pelos respectivos Órgãos e designados por ato do Chefe do Poder Executivo, com mandato de 2 (dois) anos, podendo ser prorrogado por igual período ou substituídos a qualquer tempo.

2º - A representação no Comitê não dá direito a percepção de qualquer espécie de remuneração dos seus membros.

Art. 3º - O Comitê terá seu funcionamento regulado por Regimento Interno e será elaborado por seus membros, devendo ser aprovado por maioria absoluta.

Art. 4º - O Comitê reunir-se-á, em caráter ordinário, pelo menos uma vez por mês.

Art. 5º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO PIRATINI, em Porto Alegre, 07 de abril de 2003.

ANEXO E – DECRETO Nº 42.200/03

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

DECRETO Nº 42.200/03**Institui o Dia e a Semana Estadual do Bebê.**

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 82, inciso V, da Constituição do Estado,

DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído o Dia do Bebê, no calendário oficial do Estado do Rio Grande do Sul, que será no dia 23 de novembro de cada ano.

Parágrafo único - A Semana Estadual do Bebê, na qual se insere o dia 23 de novembro, terá programação de atividades a ser desenvolvida pelo Comitê Estadual para o desenvolvimento Integral da Criança.

Art. 2º - O Dia e a Semana Estadual do Bebê passarão a integrar o Calendário Oficial de Eventos do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 3º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO PIRATINI, em Porto Alegre,

GERMANO ANTÔNIO RIGOTTO,
Governador do Estado

Registre-se e publique-se.

ALBERTO WALTER DE OLIVEIRA,

Chefe da Casa Civil.

Expediente nº 2820-08.01/03.1

ANEXO F – PORTARIA Nº 15/2003

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

PORTARIA Nº 15 / 2003

O Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições legais;

Considerando o Decreto Estadual n º 42199 /2003 que institui o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância;

Considerando o Protocolo de Intenções /2003, firmado entre as Secretarias da Saúde, da Educação, do Trabalho, Cidadania e Assistência Social e da Cultura, com o apoio do Gabinete da Primeira Dama para o estabelecimento de ações conjuntas, visando a implementação e o funcionamento do Programa Primeira Infância Melhor.

Considerando que os objetivos do Programa voltam-se à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase no período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul;

Considerando que o desenvolvimento da criança é meta prioritária do plano de metas do Governo;

Considerando a necessidade de coordenação das ações do governo para a promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos;

RESOLVE

Art. 1º - Implantar o Programa Primeira Infância Melhor, estabelecendo o repasse aos Municípios no valor de R\$ 240, 00 (duzentos e quarenta reais) por Visitador /mês, cujo teto será definido



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

pelo número de famílias selecionadas e divulgado mediante Resolução da CIB/RS.

Parágrafo Único - A transferência regular do recurso a que se refere o artigo 1º está condicionada à efetiva implementação do Programa, posterior à etapa municipal de capacitação dos Monitores, conforme Termo de Adesão em anexo.

Art. 2º - Os recursos deverão ser aplicados exclusivamente na execução do Programa.

Art. 3º - É pré-requisito para habilitação do município ao recebimento dos recursos a assinatura do Termo de Adesão Municipal ao Programa Primeira Infância Melhor.

Art. 4º - São responsabilidades do Estado:

1. Atender as finalidades previstas no Decreto nº 42199 que institui o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância e no Protocolo de Intenções/2003, cuja finalidade está voltada à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase para o período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul;
2. Promover a capacitação dos técnicos das Secretarias da Saúde, da Educação, do Trabalho, Cidadania e Assistência Social dos Municípios e de agentes multiplicadores de entidades não governamentais parceiras;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

3. Proporcionar supervisão técnica para a implantação, implementação, acompanhamento e avaliação do Programa Primeira Infância Melhor.

Art. 5º - São responsabilidades do Município:

1. Implantar o Programa Primeira Infância Melhor no Município;
2. Implementar, no âmbito do Município as ações necessárias à consecução deste Programa em todas as etapas previstas no Termo de Adesão;
3. Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação dos monitores e visitantes.

Art. 6º- A prestação de contas dos recursos recebidos será através dos Relatórios de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a Legislação em vigor.

Art. 7º - O acompanhamento e avaliação dos resultados serão disciplinados por ato complementar da SES/RS.

Art. 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 07 de abril de 2003

OSMAR GASPARINI TERRA
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO G – PORTARIA Nº35/2004

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

PORTARIA Nº 35 / 2004

O Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais e considerando:

O Decreto Estadual n º 42199 /2003, que institui o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância;

O Protocolo de Intenções /2003, firmado entre as Secretarias da Saúde, da Educação, do Trabalho, Cidadania e Assistência Social e da Cultura com o apoio do Gabinete da Primeira Dama, para o estabelecimento de ações conjuntas visando a implementação e o funcionamento do Programa Primeira Infância Melhor;

Que os objetivos do Programa voltam-se à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase no período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul;

O desenvolvimento da criança como meta prioritária do plano de metas do Governo;

A necessidade de coordenação das ações do governo para a promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos;

A Portaria 15/2003 da SES/RS.

RESOLVE

Art. 1º - Alterar a PT 15/2003 DA SES/RS, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Programa Primeira Infância Melhor, será no valor de R\$ 270, 00 (duzentos e setenta reais)/mês.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Parágrafo 1º - Os valores a serem repassados aos municípios serão definidos, obedecendo a proporcionalidade quanto ao nº de Visitadores e famílias atendidas, ou seja, para cada visitador, 25 (vinte e cinco) famílias.

Parágrafo 2º - A transferência regular do recurso a que se refere o Artigo 1º está condicionada à efetiva implementação do Programa, posterior à etapa municipal de capacitação dos visitadores, conforme Termo de Adesão em anexo.

Art. 2º - Os recursos deverão ser aplicados exclusivamente nas ações do Programa.

Art. 3º - A habilitação do município ao recebimento do recurso dar-se-á mediante ofício à SES/RS comunicando o número de Visitadores capacitados e a data de início de suas atividades no PIM e passará a contar a partir da publicação da Resolução da CIB/RS.

Art. 4º - A responsabilidade do Estado e dos municípios está definida no Termo de Adesão.

Art. 5º - A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a Legislação em vigor.

Art. 6º - O acompanhamento e avaliação dos resultados fazem parte da metodologia do Programa.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Art. 7º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 26 de agosto de 2004

OSMAR GASPARINI TERRA
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO H – PORTARIA Nº 247/2005**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE****PORTARIA Nº 247/2005**

O Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais e considerando:

O Decreto Estadual n.º 42199 /2003, que institui o Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância;

O Protocolo de Intenções /2003, firmado entre as Secretarias da Saúde, da Educação, do Trabalho, Cidadania e Assistência Social e, da Cultura com o apoio do Gabinete da Primeira Dama, para o estabelecimento de ações conjuntas visando a implementação e o funcionamento do Programa "Primeira Infância Melhor";

Que os objetivos do Programa voltam-se à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase no período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul;

O desenvolvimento da criança como meta prioritária do plano de metas do Governo;

A necessidade de coordenação das ações do governo para a promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos;

A Portaria 15/2003 da SES/RS;

A Portaria 35/2004 da SES/RS.

Resolve:

Art. 1º. Alterar a PT 35/2004 da SES/RS, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Programa Primeira Infância Melhor, será no valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais)/mês, a partir de 01 de junho de 2005.

Parágrafo 1º - Os valores a serem repassados aos municípios serão definidos obedecendo a proporcionalidade quanto ao n.º de visitantes e famílias atendidas, ou seja, para cada visitador, 25 (vinte e cinco) famílias.

Parágrafo 2º - A transferência regular do recurso a que se refere o Artigo 1º está condicionada à efetiva implementação do Programa, posterior à etapa municipal de capacitação dos visitantes, conforme Termo de Adesão em anexo.

Art. 2º - Os recursos deverão ser aplicados exclusivamente nas ações do Programa.

Art. 3º - A habilitação do município ao recebimento do recurso dar-se-á mediante ofício à SES/RS comunicando o número de visitantes capacitados e a data de início de suas atividades no PIM e passará a contar a partir da publicação da Resolução da CIB/RS.

Art.4º - Deverá ser oficializado também a abertura da conta no Banrisul,



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

especifica para este incentivo, anexando seu comprovante.

Art. 5º - A responsabilidade do Estado e dos municípios está definida no Termo de Adesão.

Art. 6º - A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a Legislação em vigor.

Art. 7º - O acompanhamento e avaliação dos resultados fazem parte da metodologia do Programa.

Art. 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 01 de junho de 2005

OSMAR GASPARINI TERRA
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO I – PORTARIA Nº 206/2008

32 DIÁRIO OFICIAL

Porto Alegre, segunda-feira, 30 de junho de 2008

Retificar a Portaria nº 032/07-P publicada no D.O.E. em 11.10.07, para declarar que a pena de 01 (um) dia de Suspensão aplicada ao servidor, foi convertida em multa, com base no artigo 189, §2º da Lei Complementar nº 10.968/04.

Código 409891

Secretaria da Saúde

Secretário:

Osmar Terra

End: Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar
Porto Alegre/RS - 90119-900
Fone: (51) 3208-5800

PORTARIAS

PORTARIA Nº 206/2008

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, ADJUNTA no uso de suas atribuições legais e considerando:

A Lei Estadual 12.544/06 de 03 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor – PIM, como parte integrante da Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância, a ser implementado pelo Estado em parceria com os Municípios ou organizações não-governamentais; Que os objetivos do Programa visam-se a orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que possam estimular o desenvolvimento pleno das capacidades e potencialidades de suas crianças;

O desenvolvimento integral da criança como uma das metas prioritárias do Governo Estadual;

A atual necessidade de coordenação das ações do governo para a promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 5 anos e 11 meses;

A Portaria 15/2003 da SES/RS;

A Portaria 35/2004 da SES/RS;

A Portaria 247/2005 da SES/RS;

RESOLVE:

Art. 1º - Alterar a PT 247/2005 da SES/RS, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Programa Primeira Infância Melhor do Fundo Estadual da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, será no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) mês, a partir de 01 de junho de 2008.

Parágrafo 1º - Os valores a serem repassados aos municípios serão definidos obedecendo a proporcionalidade de 1 (um) visitador para cada 25 (vinte e cinco) famílias quanto ao nº de visitadores e famílias atendidas, ou seja, cada visitador deverá atender 25 (vinte e cinco) famílias.

Parágrafo 2º - A transferência regular do recurso a que se refere o Artigo 1º está condicionada à atualização sistemática do Banco de Dados do PIM, bem como à efetiva implementação do Programa, conforme Termo de Adesão, em anexo.

Art. 2º - Os recursos deverão ser aplicados exclusivamente nas ações do Programa.

Art. 3º - A habilitação do município ao recebimento do incentivo financeiro dar-se-á mediante ofício do Prefeito à SES/RS comunicando o número de visitadores capacitados e a data em que iniciaram suas atividades no PIM, passando a contar a partir da publicação da Resolução no Diário Oficial do Estado da CIB/RS.

Art. 4º - Deverá ser oficializado também à SES/RS a abertura da conta corrente no Bannsul, específica para este incentivo, anexando seu comprovante.

Art. 5º - A responsabilidade do Estado e dos municípios está definida no Termo de Adesão.

Art. 6º - A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a Legislação em vigor.

Art. 7º - O acompanhamento e a avaliação dos resultados fazem parte da metodologia do Programa.

Art. 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 27 de junho de 2008.

ARITA BERGMANN

Secretária de Estado da Saúde Adjunta

ANEXO ÚNICO - PORTARIA Nº 206/2008

TERMO DE ADESAO

O Município de _____ assume, mediante o presente, o compromisso de implantar e operacionalizar o Programa Primeira Infância Melhor de acordo com a Lei Estadual nº 12.544/2006 e regulamentações complementares do Grupo Técnico Estadual (GTE), com as seguintes obrigações:

I - DAS OBRIGAÇÕES:

A - Inserir o Programa nas ações estratégicas do Município.

B - Criação, do GTM - Grupo Técnico Municipal, por Decreto Municipal, que deverá ser composto por, no mínimo, um (1) técnico de cada uma das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Trabalho, Cidadania e Assistência Social, com carga horária semanal mínima de dez (10) horas exclusivas para o Programa. Este GTM terá as seguintes atribuições:

Ser capacitado pelo Grupo Técnico Estadual.

Selecionar as áreas a serem trabalhadas no Município, conforme critérios definidos pelo Grupo Técnico Estadual (GTE).

Realizar o censo e diagnóstico com vistas à caracterização das famílias, das crianças, das gestantes e da comunidade na área selecionada.

Mobilizar as instituições comunitárias, formação do Comitê Municipal e divulgação do Programa.

Avaliar o Programa no Município e repassar as informações segundo o prazo e o fluxo estabelecido pelo GTE.

6. Implantar o Banco de Dados Municipal do PIM, mediante capacitação de um digitador, pelo GTE, alimentando-o sistematicamente e regulamentado.

7. Facilitar as visitas dos membros do Grupo Técnico Estadual ao Município para acompanhamento e avaliação do Programa.

8. Facilitar os contatos necessários com os Gestores no Município.

9. Articular a rede de serviços do município no sentido de integrar o Programa Primeira Infância Melhor com os demais Programas existentes e correlacionados, otimizando e potencializando os recursos existentes e encaminhando as famílias do PIM para o atendimento de necessidades essenciais identificadas no decorrer do Programa.

Realizar capacitação inicial e continuada dos Visitadores e Monitores.

C - O Município habilitar-se-á ao recebimento do incentivo financeiro somente após realizar a etapa de Capacitação dos Visitadores e formalizar à SES/RS o número de visitadores capacitados e a data de início de suas atividades, cuja situação funcional deve estar definida.

D - É de responsabilidade do Município a remuneração e os encargos decorrentes da contratação do Visitador, quando assim for necessário, podendo ser usado o incentivo financeiro que o Estado repassa para complementação do salário deste.

E - É de responsabilidade do município a supervisão pedagógica de 01 Monitor, a cada 05 Visitadores, o qual terá, no mínimo, 20 horas semanais.

F - Após a habilitação ao incentivo financeiro da SES/RS, o Município terá, no máximo, 30 dias para iniciar o trabalho junto as famílias.

G - O descumprimento do item anterior implica na suspensão do recurso, devendo o Município devolvê-lo ao Fundo Estadual de Saúde (FES).

H - A ampliação do Programa dar-se-á considerando os critérios estabelecidos pelo GTE e mediante parecer técnico deste.

I - Em caso de desistência do Programa, o Município deverá oficializar, por escrito, seu desligamento à Gerência do PIM na SES/RS.

II - PREFERÊNCIAS:

A- Receber incentivo financeiro (Portaria SES/RS - n.º XXX/08), para custeio do Programa, no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) mês, proporcional a cada 25 famílias atendidas.

B- Receber prêmios e outros incentivos pelo desempenho do Programa, caso seja destacado em eventos instituídos pelo Governo do Estado.

C- Receber apoio do Grupo Técnico Estadual e solicitá-lo quando se fizer necessário.

D- Receber capacitação, assessoramento e acompanhamento do GTE para os GTMs.

de _____ de _____

Prefeito Municipal

Código 410181

SÚMULAS

INEXIGIBILIDADE

Processo: nº 51364-2000/08-79

Empresa: JORNAL O SUL LTDA

Objeto: Assinatura anual de jornal

Valor: R\$ 938,00

Base legal: art. 25, "caput", da Lei Federal 8.666/93

Ratificação: Em 27.06.2008, conforme Artigo 26 da Lei Supracitada.

Porto Alegre, 30 de junho de 2008.

DA - Divisão de Compras

Código 410169

RESULTADO PREGÃO ELETRÔNICO 092/2008

Processo n.º: 042073-20.00/08-4

A pregoeira e sua equipe de apoio, designados pela portaria N.º 179/2007 e retificação, indica os vencedores para os seguintes lotes de medicamentos:

PENICILINA G BENZATINA 600.000 UI - TCA FARMA

COMERCIO LTDA - CNPJ 73.678.623/0001-06; PROPRIONATO

DE CLOBETASOL 0,5MG/3 - SOLUÇÃO CAPILAR; VITAMINA

B12 (CIANOCOBALAMINA) 1.000MCG - ROCHA & CASARIN

LTDA - CNPJ 02.976.237/0001-38; VITAMINA B6 CLORIDRATO

DE PRIDOXAN 40MG - LOTE DESERTO.

Valor Total: R\$ 17.669,80

Fundamentação legal: Lei 10.520/2002 e 8.666/93.

Porto Alegre, 30 de junho de 2008

DA - Divisão de Compras

Código 410170

RESULTADO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO 58/2008

AZATIOPRINA 50 MG

Processo nº 004961-20.00/08-0

Objeto: AZATIOPRINA 50MG

Valor Total: R\$ 537.600,00

Empresa vencedora: FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR

- FURP

Base Legal: Início VIII do Art. 24 da Lei Federal nº 8666/93

Ratificação: Em 27 de junho de 2008, conforme art. 26 da Lei 8666/93

Porto Alegre, 30 de junho de 2008

DA - Divisão de Compras

Código 410171

RESULTADO PREGÃO ELETRÔNICO 070/2008

Processo n.º: 033727-2000/08-4

O pregoeiro e sua equipe de apoio, designados pela portaria N.º 179/2007-DRH, torna público o Ato de Revogação sobre o Pregão em epígrafe.

Fundamentação legal: Lei 10.520/2002 e 8.666/93.

DA - Divisão de Compras

Porto Alegre, 30 de junho de 2008.

Código 410172

RESULTADO DE JULGAMENTO

PREGÃO ELETRÔNICO - 091/2008

Processo n.º: 043269-20.00/08-2

A pregoeira e sua equipe de apoio, designados pela portaria N.º 210/2007, indica o vencedor.

Objeto: Registro de Preços de Medicamentos

Lotes 01,02 e 03 - Empresa: Novartis Biotécnicas S.A - CNPJ

56.994.502/0001-30 Valor R\$ 3.177.108,20

Fundamentação legal: Lei 10.520/2002 e 8.666/93.

Secretaria da saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, 30 de Junho de 2008.

DA - Divisão de Compras

Código 410173

RESULTADO DE JULGAMENTO

PREGÃO ELETRÔNICO - 091/2008

Processo n.º: 043270-20.00/08-0

A pregoeira e sua equipe de apoio, designados pela portaria N.º 210/2007, indica o vencedor.

Objeto: Registro de Preços de Medicamentos

Lote 02 - FRACASSADÔ Lotes 03 e 05 CANCELADOS

Lotes 01 e 04 - Empresa: FARMALAB - INDUSTRIAS QUIMICAS

E FARMACÉUTICAS LTDA - CNPJ 61.363.032/0001-48 Valor

R\$ 144.000,00

Fundamentação legal: Lei 10.520/2002 e 8.666/93.

Secretaria da saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, 30 de Junho de 2008.

DA - Divisão de Compras

Código 410174

RETIFICAÇÃO DO RESULTADO PREGÃO

ELETRÔNICO 066/2008

Processo n.º: 032088-20.00/08-4

A pregoeira e sua equipe de apoio, designados pela portaria N.º 179/2007 e retificação, indica os vencedores para os seguintes lotes de medicamentos:

BIFERIDENO 2MG (CLORIDRATO) - DIMACI MATERIAL

CIRÚRGICO LTDA; BUDESONIDA 200MCG INAL. ORAL,

CIPROFLOXACINO 500MG (CLORIDRATO) - PRODIET

FARMACÉUTICA LTDA; CODEINA 30MG (FOSFATO) -

CRISTALIA PRODUTOS FARMACÉUTICOS LTDA

Valor Total: R\$ 269.387,32

Fundamentação legal: Lei 10.520/2002 e 8.666/93.

Porto Alegre, 30 de junho de 2008

DA - Divisão de Compras

Código 410175

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

PROCESSO: Nº61488-20.00/07-0

OBJETO: Visa celebrar contrato de prestação de serviços ao

SUS, na área ambulatorial.

CONTRATADA: BIOMAX LABORATÓRIOS DE ANÁLISES

CLÍNICAS LTDA.

CNPJ: 07.884.913/0001-67.

MUNICÍPIO: MAXIMILIANO DE ALMEIDA/RS

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: com base no Art. 25 "caput" da

Lei Federal nº 8.666/93.

RATIFICAÇÃO: Em 26 de junho de 2008, com fundamento no

Art. 26, da Lei Supracitada.

Porto Alegre, 27 de junho de 2008.

DA - Divisão de Compras

Código 410176

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

PROCESSO: Nº38816-20.00/05-0

OBJETO: Visa a prestação de serviços de Fisioterapia ao

paciente João Vitor Rosa Pereira.

VALOR: R\$250,00(Duasent e onqüenta reais)mensais.

CONTRATADA: ELIANE DA SILVA COUTO.

CPF: 889.087.440-72.

MUNICÍPIO: TAQUARI/RS

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: com base no Art. 25 "caput" da

Lei Federal nº 8.666/93.

RATIFICAÇÃO: Em 26 de junho de 2008, com fundamento no

Art. 26, da Lei Supracitada.

Porto Alegre, 27 de junho de 2008.

DA - Divisão de Compras

Código 410177

Nº A.R.P. DCC/119/2008, Processo Nº30473-20.00/08-6,

Pregão Eletrônico nº049/2008, celebrada em 20.06.2008,

realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande

do Sul e DIMACI - MATERIAL CIRÚRGICO LTDA, conforme a

classificação das propostas apresentadas e a homologação

publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, de

26.06.2008, página 22. OBJETO: aquisição de 3.600cps. do

medicamento Ivermectina 6 mg, descrito no item I - Do Objeto,

das Condições Gerais. PRAZO DE VALIDADE DOS PREÇOS

ANEXO J – PORTARIA Nº 71/2010

90 DIÁRIO OFICIAL

Porto Alegre, sexta-feira, 15 de janeiro de 2010

Polícia Civil
 Chefe da Polícia Civil: JOÃO PAULO MARTINS
 End: Av. Voluntários da Pátria, 1358 - 6º andar
 Porto Alegre/RS - 90000-000

Gabinete do Chefe de Polícia
CONTRATOS

Assunto: Contrato
 Expediente: 014265-1204/09-9

Contrato Celular

TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TELEFONIA MÓVEL Nº 019/2009.

CONTRATANTE: POLÍCIA CIVIL - SSP. CONTRATADA: 14 BRASIL TELECOM CELULAR S.A. OBJETO: Fornecimento de 1290 (mil duzentos e noventa) Códigos de Acesso e quantidade equivalente de Estações Móveis (aparelhos celulares) em comodato, habilitadas em Porto Alegre e outros Municípios do Estado, que deverão atender serviços na modalidade - Ligação local: Móvel x Móvel, Móvel x Fixo, Longa distância: VC2 e VC3 - Móvel x Móvel, VC2 e VC3 Móvel x Fixo e Ligação Internacional, transmissão de dados para 10 (dez) acessos vinculados a aparelhos de voz, serviços de acesso à internet móvel de alta velocidade para 96 (noventa e oito) "modems", bem como outras facilidades, mensagens curtas, imagens, para atender o Serviço Público Estadual. VALOR: Os preços para o presente ajuste são os constantes da proposta vencedora da licitação e no Termo de Registro de Preços nº 194/2009. RECURSO FINANCEIRO: Unidade Orçamentária: 12.60/12.04, Projeto/Atividade: 6029/6381, Recurso: 8013/0001 e Rubrica: 3.3.90.39.3900. PRAZO: 30 meses, podendo ser prorrogado por igual período. FUNDAMENTO LEGAL: Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, Lei Estadual nº 11.389, de 25 de novembro de 1999, Decreto Estadual nº 42.020/2002, Decreto Estadual nº 37.288, de 10 de março de 1997, Decreto Estadual nº 42.434, de 09 de setembro de 2003, Decreto nº 45.125, de 03 de julho de 2007 e legislação pertinente, e subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993. PROCESSO ADMINISTRATIVO: 014265-12.04/09-9. Porto Alegre, 14 de janeiro de 2010.

Código: 620957

Instituto Geral de Perícias
 Diretor-Geral: ÁUREO LUIZ FIGUEIREDO MARTINS
 End: Av. Voluntários da Pátria, 1358 3º andar
 Porto Alegre/RS - 90000-000

ORDENS DE SERVIÇO

ORDEM DE SERVIÇO IGP Nº 001/2010.

Estabelece rotina a ser observada nos casos de Isenção da taxa de confecção de Carteira de Identidade Civil e de outras providências.

O Diretor-Geral do Instituto-Geral de Perícias, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO a orientação desta Direção-Geral no sentido da constante busca da melhoria do serviço prestado pelo Instituto-Geral de Perícias;

CONSIDERANDO a existência de previsão legal de isenção do pagamento da taxa de confecção de carteira de identidade para pessoas que, na forma da Lei Federal 7.115/83, declararam estado de pobreza (Lei Estadual 8.109/85, alterada pela Lei Estadual 11.632/01);

CONSIDERANDO a necessidade de dar cumprimento à citada legislação e de adequar as rotinas de confecção da cédula de identidade nos postos de identificação da capital e do

decorrente do estado de pobreza do usuário do serviço, prevista pela Lei Estadual nº 8.109/85, com as alterações introduzidas pela Lei Estadual 11.632/01 deverá ser solicitada pelo interessado no momento do atendimento.

Art. 2º - A isenção legal, fundada na idade do usuário do serviço (menor de 16 anos de idade para expedição da 1ª via da cédula e maior de 65 anos para a expedição da 2ª via), será automaticamente concedida, independentemente de solicitação.

Art. 3º - A solicitação de isenção será recebida pelo servidor responsável pelas atividades do posto de identificação.

Art. 4º - O pedido de isenção será feito pelo próprio interessado, por seu representante legal, bastando, para tanto, o preenchimento da declaração de pobreza conforme modelo anexo.

Art. 5º - Na hipótese de o requerente ostentar sinais externos e/ou indícios de condição sócio-econômica incompatível com o estado de pobreza declarado, a declaração assinada deverá ser encaminhada imediatamente ao posto regional de identificação, visando ao posterior encaminhamento ao Ministério Público Estadual e à Defensoria Pública Estadual para conhecimento e adoção de providências cabíveis.

Art. 6º - O encaminhamento das declarações de pobreza ao Ministério Público, na hipótese prevista no artigo anterior, obedecerá a rotina a ser instituída pela Direção do Departamento de Identificação.

Art. 7º - O processo de identificação será realizado, independentemente de eventuais dúvidas surgidas acerca da verdadeira condição sócio-econômica do interessado.

Art. 8º - As declarações de pobreza recebidas no posto de identificação deverão ser encaminhadas periodicamente para o posto regional ao qual está coligado o posto de identificação, onde permanecerão em arquivo para fins de eventual consulta, por prazo a ser estipulado pelo Diretor do Departamento de Identificação.

Art. 9º - Na renovação ou expedição de 2ª via da Carteira de Identidade Civil, a apresentação da cédula antiga, contendo os elementos exigidos pela Lei Federal nº 7.116, de 29 de agosto de 1963, regulamentada pelo Decreto Federal nº 89.250, de 27 de dezembro de 1963, poderá substituir a apresentação de Certidão de Nascimento ou Casamento (original), desde que o sistema esteja informatizado e possibilite o acesso automático aos dados constantes nos cadastros do Departamento de Identificação e não haja alteração no nome e no estado civil do requerente.

Art. 10 - Esta Ordem de Serviço entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, em especial o contido na Ordem de Serviço IGP nº 001/2007.

Cumpra-se e publique-se.
 Porto Alegre, 14 de janeiro de 2010.

Áureo Luiz Figueiredo Martins
 Diretor-Geral do Instituto-Geral de Perícias

ANEXO ÚNICO - ORDEM DE SERVIÇO IGP Nº 001/2010

DECLARAÇÃO DE POBREZA

(favor preencher em letra de forma)

Posto de Identificação: (preencher com a identificação do posto de identificação)
 Protocolo: (preencher com o número do protocolo gerado no atendimento)

NOME COMPLETO:		
RG:	ENDEREÇO:	
RENDIMENTO FAMILIAR(R\$)		Nº DE DEPENDENTES:
<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO(A)	<input type="checkbox"/> EMPREGADO(A) AUTÔNOMO(A)	<input type="checkbox"/> APOSENTADO(A)
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE	<input type="checkbox"/> BOLSA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> OUTRO

DECLARO, SOB AS PENAS E NOS TERMOS DA LEI 7.115/83, QUE VIVO EM CONDIÇÕES DE POBREZA E QUE NÃO DISPONHO DE CONDIÇÕES DE PAGAR A TAXA PARA CONFEÇÃO DA CÉDULA DE IDENTIDADE, BEM COMO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS, SOLICITANDO, ASSIM, A ISENÇÃO DE PAGAMENTO NOS TERMOS DO ART. 3º, INCISO XVII DA LEI ESTADUAL 8.109/85.

LOCAL:	DATA:	ASSINATURA:
--------	-------	-------------

Código: 620493

Secretaria da Saúde

Secretaria da Saúde

Secretário de Estado: OSMAR GASPARINI TERRA
 End: Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º Andar
 Porto Alegre/RS - 90119-900

Gabinete

RECURSOS HUMANOS

Assunto: Posse
 Expediente: 114278-200/09-8
 Nome: GIANE KLELLING GONSALVES BIS
 RG: 5061894481 UF: RS
 Cargo/Função: AUXILIAR TÉCNICO EM SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA
 CLASSE: A NÍVEL: 7
 Lotação: SECRETARIA DA SAÚDE

DECLARA EMPOSSADA em 12/01/2010, a nomeada através do ato registrado no D.O.E. de 30/12/2009.

Código: 620959

Assunto: Posse
 Expediente: 114278-200/09-3
 Nome: RUTE CARNEIRO PRATES
 RG: 2055053595 UF: RS
 Cargo/Função: AUXILIAR TÉCNICO EM SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA
 CLASSE: A NÍVEL: 7
 Lotação: SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIAS

PORTARIA Nº 70/2010

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL ADJUNTA, no uso das atribuições legais;

RESOLVE:

Art. 1º - Credenciar o Hospital Beneficência Alto Jacuí, de Não-Me-Toque, CNPJ nº 91.495.994/0001-10, CNES 2246910, para realização de injeção tubária e vasectomia pelo SUS, de acordo com o editado da Portaria Ministerial nº 48 de 11/02/1999.

Art. 2º - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.
 Porto Alegre, 13 de janeiro de 2010.

ARITA BERGMANN
 Secretária de Estado da Saúde Adjunta

Código: 620689

PORTARIA Nº 71/2010

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições legais e considerando:

A Lei Estadual 12.544/06 de 03 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM, como parte integrante da Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância, a ser implementado pelo Estado em parceria com os Municípios ou organizações não-governamentais;

Que os objetivos do Programa estão voltados à orientação das famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que possam estimular o desenvolvimento pleno das capacidades e potencialidades de suas crianças;

O desenvolvimento integral da criança como uma das metas prioritárias do Governo Estadual;

Que a violência é uma questão de saúde pública, com possibilidade de ser prevenida quando trabalhada desde a infância e de forma conjunta entre as esferas de governo;

A necessidade de fortalecimento da rede para a prevenção da violência;

A Portaria 15/2003 da SES/RS;
A Portaria 35/2004 da SES/RS;
A Portaria 247/2005 da SES/RS;
A Portaria 206/2008 da SES/RS.

Resolve:

Definir valor diferenciado para o incentivo financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Programa Primeira Infância Melhor - PIM em área (s) priorizada (s) pelo Projeto de Prevenção da Violência - PPV

Art. 1º - Estabelecer o valor do repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Programa Primeira Infância Melhor - PIM em área (s) priorizada (s) e pactuada (s) pelo Projeto de Prevenção da Violência - PPV, nos 50 (cinquenta) municípios com maiores índices de violência no RS, do Fundo Estadual da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em R\$ 1.000,00/mês (mil reais/mês).

§ 1º - O valor de que trata o artigo será definido obedecendo a proporcionalidade de 1 (um) visitador para cada 25 (vinte e cinco) famílias atendidas em área/localidades que deverão integrar as ações do PPV.

§ 2º - A transferência regular do incentivo financeiro PIM/PPV a que se refere o artigo está condicionada às informações atualizadas mensalmente, contidas no Banco de Dados do PIM, bem como à efetiva implementação do PIM, conforme Termo de Adesão.

§ 3º - O incentivo deverá ser aplicado exclusivamente em ações do PIM/PPV, não podendo ser utilizado para o pagamento de encargos sociais.

§ 4º - A responsabilidade do Estado e dos municípios fazem parte da metodologia do PIM, conforme Termo de Adesão anexo.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se às disposições em contrário.

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2010.

OSMAR TERRA,
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO I

TERMO DE ADESAO

O Município de _____ assume, mediante o presente, o compromisso de implantar e operacionalizar o Programa Primeira Infância Melhor - PIM de acordo com a Lei Estadual nº 12.544/2006 e regulamentações técnico-metodológicas e ou administrativas complementares do Grupo Técnico Estadual (GTE), com as seguintes obrigações e prerrogativas:

I - DAS OBRIGAÇÕES:

A - Inserção do Programa nas ações estratégicas do Município.

B - Criação, do GTM - Grupo Técnico Municipal, por Decreto Municipal, que deverá ser composto por, no mínimo, três (3) técnicos das Secretarias Municipais afins à metodologia do Programa, a saber: Saúde, Educação, Cultura Trabalho e Assistência Social, com carga horária semanal mínima de dez (10) horas para o Programa, que deverá:

Selecionar as áreas/localidades a serem trabalhadas no Município, conforme critérios definidos pelo Grupo Técnico Estadual (GTE).
Realizar o Censo e Diagnóstico com vistas à caracterização das famílias, das crianças, das gestantes e da comunidade nas áreas/localidades selecionadas.

Mobilizar as instituições comunitárias, formação do Comitê Municipal e divulgar o Programa.
Avaliar o Programa no Município e repassar as informações segundo o prazo e o fluxo estabelecido pelo GTE.

Implantar o Banco de Dados Municipal do PIM, mediante capacitação de um digitador, pelo GTE, alimentando-o de forma correta, sistemática e regularmente.
Facilitar as visitas dos membros do Grupo Técnico Estadual ao Município para acompanhamento, capacitação e avaliação do Programa.

Facilitar os contatos necessários com os Gestores no Município.

Articular a rede de serviços do Município no sentido de integrar o Programa Primeira Infância Melhor com os demais Programas existentes e correlacionados, otimizando e potencializando os recursos e encaminhando as famílias do PIM para o atendimento de necessidades essenciais identificadas no decorrer da execução de suas ações.
Realizar capacitação inicial e contínua dos Visitadores e Monitores.

C - O Município habilitar-se-á ao recebimento do incentivo financeiro somente após realizar a etapa de Capacitação e de contratação dos Visitadores, devendo formalizar à SES/RS o número de visitadores capacitados e a data de início de suas atividades.

D - É de responsabilidade do Município a remuneração e os encargos decorrentes da contratação do Visitador, quando assim for necessário, podendo ser utilizado o incentivo financeiro que o Estado repassa para complementação do salário deste.

E - É de responsabilidade do município a supervisão pedagógica de 01 Monitor para cada 05 Visitadores, o qual deverá ter, no mínimo, 20 horas semanais.

F - Após a habilitação ao incentivo financeiro da SES/RS, o Município terá, no máximo, 30 dias para iniciar o trabalho junto às famílias.

G - O descumprimento do item anterior implica na suspensão do recurso, devendo o Município devolvê-lo ao Fundo Estadual de Saúde (FES).

H - A ampliação do Programa dar-se-á conforme os critérios estabelecidos pelo GTE e mediante parecer técnico deste.

I - Em caso de desistência do Programa, o Município deverá oficializar, por escrito, seu desligamento à Gerência do PIM, na SES/RS.

II - prerrogativas:

A - Receber incentivo financeiro para o Programa, conforme definido através de Portarias da SES/RS publicadas no DOE, proporcional a cada 25 famílias atendidas.

B - Receber prêmios e outros incentivos pelo desempenho do Programa, caso seja destacado em eventos instituídos pelo Governo do Estado.

C - Receber apoio do Grupo Técnico Estadual e solicitá-lo quando se fizer necessário.

D - Receber capacitação, assessoramento e acompanhamento do GTE para os GTMs.

E - Receber insumos para o Programa (publicações, uniformes, entre outros) desde que haja disponibilidade orçamentária e financeira da SES/RS.

_____ de _____ de _____.

Prefeito Municipal

Código: 620690

SÚMULAS

Nº A.R.P. DCC/355/2009, Processo Nº084125-20.0009-7, Pregão Eletrônico nº 178/2009, celebrada em 29.12.2009, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e DIMACI - MATERIAL CIRÚRGICO LTDA, conforme a classificação das propostas apresentadas e a homologação publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, de 16.12.2009, Página nº41. OBJETO: aquisição de 468.000 comprimidos do medicamento: Carbamazepina 200mg, descritas no item 1 - Do Objeto, das Condições Gerais. PRAZO DE VALIDADE DOS PREÇOS REGISTRADOS: 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação da Súmula no DOE. VALOR TOTAL: R\$12.636,00 (doze mil, seiscentos e trinta e seis reais).

	DCHE/SES	FASE
Recurso	0006	001
U. O.	20.95	58.01
Atividade	6286 e/ou 6182	4350
Elemento	3.390.30	3.390.30-3018

Nº A.R.P. DCC/356/2009, Processo Nº084125-20.0009-7, Pregão Eletrônico nº 178/2009, celebrada em 06.01.2010, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e HOSPIRA INDUSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA, conforme a classificação das propostas apresentadas e a homologação publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, de 16.12.2009, Página nº40. OBJETO: aquisição de 328.800 comprimidos do medicamento: Clonazepam 0,5mg/ Generio/Medley, descritas no item 1 - Do Objeto, das Condições Gerais. PRAZO DE VALIDADE DOS PREÇOS REGISTRADOS: 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação da Súmula no DOE. VALOR TOTAL: R\$10.357,20 (dez mil, trezentos e cinquenta e sete reais e vinte centavos).

	CPAF/SES	FPERGS	SUSEPE	FASE
Recurso	0006	001	001 e 006	1
U. O.	20.95	48.01	12.02	58.01
Atividade	6286 e/ou 6182	4367	6128 e 6144	4350
Elemento	3.390.30	3.390.30	3.3.90.30.3018/3.390.30.3019	3.39030-3018

Nº A.R.P. DCC/357/2009, Processo Nº084125-20.0009-7, Pregão Eletrônico nº 178/2009, celebrada em 04.01.2010, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e LICIMED-DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA, conforme a classificação das propostas apresentadas e a homologação publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, de 16.12.2009, Página nº41. OBJETO: aquisição de 378.000 comprimidos e 2.700 mililitros do medicamento: Fluzetina 10 mg, Fluzetina Eurofarma e Poliximina 80mg + Neomicina 5mg + Deoximetosona 5 ml, descritas no item 1 - Do Objeto, das Condições Gerais. PRAZO DE VALIDADE DOS PREÇOS REGISTRADOS: 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação da Súmula no DOE. VALOR TOTAL: R\$25.785,00 (vinte e cinco mil e setecentos e oitenta e cinco reais).

	CPAF/SES	FPERGS	SUSEPE
Recurso	0006 e/ou 1865	001	001 e 006
U. O.	20.95	48.01	12.02
Atividade	6286 e/ou 6182 e/ou 8073	4367	6128 e 6144
Elemento	3.390.30	3.390.30	3.390.30

Nº A.R.P. DCC/358/2009, Processo Nº084125-20.0009-7, Pregão Eletrônico nº 178/2009, celebrada em 12.01.2010, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA, conforme a classificação das propostas apresentadas e a homologação publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, de 16.12.2009, Página nº40. OBJETO: aquisição de 40.800 comprimidos do medicamento: Fumaramo Ácido de Cetotifeno 1 mg, descritas no item 1 - Do Objeto, das Condições Gerais. PRAZO DE VALIDADE DOS PREÇOS REGISTRADOS: 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação da Súmula no DOE. VALOR TOTAL: R\$6.854,40 (seis mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e quarenta centavos).

	CPAF/SES	FASE
Recurso	0006	0001
U. O.	20.95	58.01
Atividade	6286 e/ou 6182	4350
Elemento	3.390.3018	3.390.3018

Nº A.R.P. DCC/359/2009, Processo Nº084125-20.0009-7, Pregão Eletrônico nº 178/2009, celebrada em 05.01.2010, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e PRODIET FARMACÊUTICA LTDA, conforme a classificação das propostas apresentadas e a homologação publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, de 16.12.2009, Página nº41. OBJETO: aquisição de 24.000 comprimidos do medicamento: Paracetamol 400 mg + Clorfeniramina 4 mg + Fenilefrina 4 mg, descritas no item 1 - Do Objeto, das Condições Gerais. PRAZO DE VALIDADE DOS PREÇOS REGISTRADOS: 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação da Súmula no DOE. VALOR TOTAL: R\$3.840,00 (três mil, oitocentos e quarenta reais).

	FASE
Recurso	1
U. O.	58.01
Atividade	4350
Elemento	3.39030-3018

Porto Alegre, 15 de janeiro de 2010.

ARITA BERGMANN
Secretária de Estado da Saúde Adjunta

Código: 620686

Fica Retificada a súmula publicada no Diário Oficial do Estado em 14.01.2010, EX OFFICIO nº 0012010, Processo 99494-20.00/09.4, Município de São Paulo das Missões/RS, no que tange ao nº do Convênio que é 023/2009 e não como constou.

Porto Alegre, 14 de janeiro de 2009.

OSMAR TERRA
Secretário de Estado da Saúde

Código: 620687

ANEXO K – PORTARIA Nº 569/2012

Porto Alegre, quinta-feira, 16 de agosto de 2012

DIÁRIO OFICIAL 103

Secretaria da Saúde

Secretaria da Saúde

Secretário de Estado : CIRO SIMONI
 End: Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º Andar
 Porto Alegre/RS - 90119-900

PORTARIAS

- PORTARIA Nº 569/2012

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL no uso de suas atribuições legais e considerando:

A Lei Estadual 12.544/06 de 03 de julho de 2006, que institui o Primeira Infância Melhor - PIM - como Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância, a ser implementado pelo Estado em parceria com os Municípios e as Organizações Sociais.

Que o objetivo principal do PIM é orientar as famílias e as gestantes, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade;

O desenvolvimento integral da criança como uma das metas prioritárias do Governo Estadual, com base legal nas:

Portaria 15/2003 da SES/RS;
 Portaria 35/2004 da SES/RS;
 Portaria 247/2005 da SES/RS;
 Portaria 206/2008 da SES/RS;
 Portaria 071/2010 da SES/RS;

RESOLVE:

Art. 1º - Alterar a PT 206/2008 da SES/RS, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor do Fundo Estadual da Saúde para o Fundo

Municipal de Saúde a partir de 01 de agosto de 2012, conforme critérios abaixo:

I - Para municípios cujos visitantes têm dedicação de 40hs semanais para o PIM, o Incentivo financeiro será de R\$ 1000,00 (mil reais)/mês por visitador.

II - Para municípios cujos visitantes têm dedicação de 30hs semanais, será de R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais)/mês por visitador.

III - Para municípios cujos visitantes têm dedicação de 20hs semanais, será de R\$ 500,00 (quinhentos reais)/mês por visitador.

Parágrafo 1º - Os municípios cujos visitantes cumpram carga horária diferenciada da estabelecida no presente artigo, não haverá alteração dos valores dos incentivos, sendo que aqueles contratos que contiverem carga horária intermediária às estabelecidas acima será considerada a menor.

Parágrafo 2º - Não terá direito ao recebimento de incentivo os visitantes que cumpriram menos de 20 horas semanais.

Parágrafo 3º - Os municípios habilitados pela Portaria 071/2010 permanecem com o mesmo valor de incentivo financeiro de R\$ 1000,00 (mil reais)/mês por visitador. Posterior a esta PT novas habilitações e ampliações nestas áreas, somente serão possíveis segundo Incisos 1, 2 e 3.

Parágrafo 4º - A transferência regular do recurso a que se refere o Artigo 1º está condicionada a atualização sistemática do Banco de Dados do PIM, bem como a efetiva implementação do Primeira Infância Melhor, conforme Termo de Adesão, em anexo.

Parágrafo 5º - É de responsabilidade do município a remuneração e os encargos decorrentes da contratação do Visitador.

Art. 2º - Os recursos deverão ser nas ações vinculadas ao Primeira Infância Melhor, podendo complementar os programas específicos na área da atenção básica.

Art. 3º - A habilitação do município ao recebimento do incentivo financeiro dar-se-á mediante ofício do Prefeito a SES/RS comunicando o número de visitantes capacitados e a data em que iniciaram suas atividades no PIM, passando a contar a partir da publicação da Resolução no Diário Oficial do Estado da CIB/RS.

Art. 4º - Deverá ser oficializado também à SES/RS a abertura da conta corrente no Banrisul, específica para este incentivo, anexando seu comprovante.

Art. 5º - A responsabilidade do Estado e dos municípios está definida no Termo de Adesão anexo.

Art. 6º - A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a Legislação em vigor.

Art. 7º - O acompanhamento e a avaliação dos resultados fazem parte da metodologia do PIM.

Art. 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 14 de agosto de 2012.

CIRO SIMONI

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO 1 - PORTARIA Nº 569/2012

TERMO DE ADESAO

O município de _____ assume, mediante o presente, o compromisso de implantar e operacionalizar ações do Primeira Infância Melhor, de acordo com a Lei Estadual nº 12.544/2006 e regulamentações complementares do Grupo Técnico Estadual (GTE), com as seguintes obrigações e prerrogativas:

I - DAS OBRIGAÇÕES:

A - Inserção do Programa nas ações estratégicas do município.

B - Criação, do Grupo Técnico Municipal - GTM, por Decreto Municipal, que deverá ser composto por, no mínimo, um (1) técnico das Secretarias da Educação, Saúde e Assistência Social, com carga horária semanal mínima de dez (10) horas exclusivas para o PIM. Outras secretarias municipais também poderão indicar representantes. As atribuições serão reguladas por Nota Técnica.

C - Alimentar sistematicamente e regularmente o Banco de Dados do PIM mediante capacitação de um digitador.

D - O município habilitar-se-á ao recebimento do incentivo financeiro somente após realizar a etapa de Capacitação dos Visitadores e formalizar à SES/RS o número de visitantes capacitados e a data de início de suas atividades, cuja situação funcional deve estar definida.

E - É de responsabilidade do município a remuneração e os encargos decorrentes da contratação do Visitador.

F - Após a habilitação ao incentivo financeiro da SES/RS, o município terá, no máximo, 30 dias para iniciar o trabalho junto às famílias.

G - O descumprimento do item anterior implica na suspensão do recurso, devendo o município devolvê-lo ao Fundo Estadual de Saúde (FES).

H - É de responsabilidade do município a contratação de 01 Monitor para atender de 05 a 08 Visitadores, o qual terá, no mínimo, 20 horas semanais.

I - A ampliação do Primeira Infância Melhor dar-se-á considerando-se os critérios estabelecidos pelo GTE e mediante parecer técnico deste.

J - Em caso de desistência do PIM, o município deverá oficializar, por escrito, seu desligamento à CRS correspondente e a Coordenação Geral na SES/RS.

II - DAS PRERROGATIVAS:

A - Receber incentivo financeiro (Portaria SES/RS - n.º XXX/xx), para custeio do Primeira Infância Melhor estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS do Fundo

Estadual da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

B - Os municípios habilitados pela Portaria 071/2010 permanecem com o mesmo valor de incentivo financeiro de R\$ 1000,00 (mil reais)/mês por visitador. Posterior a esta portaria, novas habilitações e ampliações nestas áreas somente serão possíveis segundo Incisos 1, 2 e 3.

C - Receber prêmios e outros incentivos pelo desempenho do PIM, caso seja destacado em eventos instituídos pelo Governo do Estado.

D - Receber apoio do Grupo Técnico Estadual e solicitá-lo quando se fizer necessário.

E - Receber capacitação, assessoramento e acompanhamento do GTE para os GTMs.

Prefeito Municipal

ANEXO 2 - PORTARIA Nº 569/2012

Nota Técnica PIM nº01, de 14 de agosto de 2012

O objetivo desta nota técnica é complementar as informações da Portaria 569/2012, em consonância com a Lei Estadual nº 12.544/2006. Deste modo:

Considerando o objetivo estratégico de Fortalecimento da Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul, em consonância com a prioridade de Implementação da Linha de Cuidado Materno e Infantil para a garantia de qualificação e ampliação de acesso às ações primárias de saúde para as famílias gaúchas;

Considerando a integração entre a Atenção Básica em Saúde e o Primeira Infância Melhor - PIM, e a consequente articulação de suas ações, especialmente na atenção à gestante e à criança,

Considerando a proposta da Estratégia Rede Cegonha - RC, referente a qualificação da atenção e do cuidado às gestantes e crianças na faixa etária de 0 até 2 anos;

Considerando a vinculação entre a Estratégia Rede Cegonha e o Primeira Infância Melhor, como um dos projetos prioritários da Secretaria Estadual da Saúde;

Considerando o Primeira Infância Melhor como ação transversal dos projetos estratégicos RS na Paz e RS Mais Igual, para o fortalecimento das competências familiares e comunitárias na proteção das crianças, para a promoção de ações de prevenção à violação dos direitos das crianças e para a erradicação da pobreza extrema.

Considerando os avanços na ampliação da oferta de vagas para ingresso na Educação Infantil, especialmente para crianças maiores de 3 anos;

Constata-se a necessidade de reorganizar os processos de trabalho das equipes municipais do PIM, privilegiando as seguintes questões:

- Fortalecimento da articulação entre as políticas correlacionadas desenvolvidas nos municípios e territórios adscritos, priorizando, nas rotinas de trabalho, espaços para o compartilhamento de saberes e práticas que otimizem os recursos humanos existentes e privilegiem uma atenção centrada nas demandas das famílias, gestantes e crianças atendidas.

- Promoção de formações continuadas periódicas sobre temas afins às políticas de atenção à família, gestante e criança, com espaço para acolhimento das demandas identificadas nas rotinas de trabalho, em iniciativas que priorizem o equilíbrio entre as questões metodológicas e as questões reflexivas.

- Priorização do atendimento às famílias com gestantes e crianças na faixa etária de 0 até 3 anos, o que implica no aumento do número de atendimentos individuais que, conforme a metodologia do Primeira Infância Melhor, prevê visitas domiciliares semanais (famílias com crianças) ou quinzenais (famílias com gestantes), com duração de 45 minutos a 1 hora, a partir de atividades particularmente planejadas, considerando as necessidades e características de cada família, gestante e criança. Portanto, esta ampliação representa maior disponibilidade de tempo para o planejamento e a execução dos atendimentos às famílias.

Com o objetivo de garantir aos municípios condições de responderem a estas considerações e suas implicações nos processos de trabalho do RC/PIM, o número máximo de famílias atendidas por Visitador foi alterado, conforme a carga horária semanal de contratação do Visitador. Portanto, faz-se necessário estruturar o valor do incentivo financeiro repassado pelo Estado aos Municípios, conforme quadro abaixo:

ANEXO L – PORTARIA Nº 578/2013

Porto Alegre, quinta-feira, 12 de dezembro de 2013

DIÁRIO OFICIAL 43

Secretaria da Saúde

Secretaria da Saúde

Secretário de Estado: CIRO SIMONI
End: Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar
Porto Alegre/RS - 90119-900

Gabinete

PORTARIAS

PORTARIA Nº 578/2013

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL ADJUNTO, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei Estadual 12.544/08 de 03 de julho de 2008, que institui o Primeira Infância Melhor - PIM - como Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância, a ser implementado pelo Estado em parceria com os Municípios e as Organizações Sociais. Que o objetivo principal do PIM é orientar as famílias e as gestantes, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade;

O desenvolvimento integral da criança como uma das metas prioritárias do Governo Estadual, com base legal nas:

Portaria 15/2003 da SES/RS;
Portaria 35/2004 da SES/RS;
Portaria 247/2005 da SES/RS;
Portaria 209/2008 da SES/RS;
Portaria 071/2010 da SES/RS;
Portaria 569/2012 da SES/RS.

RESOLVE:

Art. 1º Alterar a redação da PT/SES nº 569/2012, publicada no DOE em 16 de agosto de 2012, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor, realizado pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, a partir de 01 de dezembro de 2013, que poderá ser utilizado tanto em despesas de custeio como em despesas de capital, conforme estipulado no Anexo 2 desta Portaria, e terá como base a relação do número de visitantes e a carga horária desenvolvida pelos mesmos, conforme critérios abaixo:

I - Para municípios cujos visitantes têm dedicação de 40h semanais para o PIM, o incentivo financeiro será de R\$ 1000,00 (mil reais)/mês por visitante.
II - Para municípios cujos visitantes têm dedicação de 30h semanais, será de R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais)/mês por visitante.
III - Para municípios cujos visitantes têm dedicação de 20h semanais, será de R\$ 500,00 (quinhentos reais)/mês por visitante.

Parágrafo 1º - Os municípios cujos visitantes cumpram carga horária diferenciada da estabelecida no presente artigo, não haverá alteração dos valores dos incentivos, sendo que aqueles contratos que contiverem carga horária intermediária às estabelecidas acima será considerada a menor.

Parágrafo 2º - Não terá direito ao recebimento de incentivo os visitantes que cumprirem menos de 20 horas semanais.

Parágrafo 3º - Os municípios habilitados pela Portaria 071/2010 permanecem com o mesmo valor de incentivo financeiro de R\$ 1000,00 (mil reais)/mês por visitante. Posterior a esta PT novas habilitações e ampliações nestas áreas, somente serão possíveis segundo incisos 1, 2 e 3.

Parágrafo 4º - A transferência regular do recurso a que se refere o Artigo 1º está condicionada à atualização sistemática do Banco de Dados do PIM, bem como à efetiva implementação do Primeira Infância Melhor, conforme Termo de Adesão, em anexo.

Parágrafo 5º - É de responsabilidade do município a remuneração e os encargos decorrentes da contratação do Visitador.

Art. 2º - O repasse financeiro do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor e na complementação dos programas específicos na área de atenção básica, podendo ser utilizado tanto em despesas de custeio como em despesas de capital.

Art. 3º - A habilitação do município ao recebimento do incentivo financeiro dar-se-á mediante ofício do Prefeito à SES/RS comunicando o número de visitantes capacitados e a data em que iniciarão suas atividades no PIM, passando a contar a partir da publicação da Resolução no Diário Oficial do Estado da CIB/RS.

Art. 4º - Deverá ser oficializado também à SES/RS a abertura da conta corrente no Banrisul, específica para este incentivo, anexando seu comprovante.

Art. 5º - A responsabilidade do Estado e dos municípios está definida no Termo de Adesão anexo.

Art. 6º - A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, de acordo com a Legislação em vigor.

Art. 7º - O acompanhamento e a avaliação dos resultados fazem parte da metodologia do PIM.

Art. 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2013.

ELEMAR SAND
Secretário de Estado da Saúde
Adjunto

ANEXO 1 - PORTARIA Nº 578/2013.

TERMO DE ADESÃO

O município de _____ assume, mediante o presente, o compromisso de implantar e operacionalizar ações do Primeira Infância Melhor, de acordo com a Lei Estadual nº 12.544/2008 e regulamentações complementares do Grupo Técnico Estadual (GTE), com as seguintes obrigações e prerrogativas:

I - DAS OBRIGAÇÕES:
A - Inserir o Programa nas ações estratégicas do município.
B - Criação, do Grupo Técnico Municipal - GTM, por Decreto Municipal, que deverá ser composto por, no mínimo, um (1) técnico das Secretarias da Educação, Saúde e Assistência Social, com carga horária semanal mínima de dez (10) horas exclusivas para o PIM. Outras secretarias municipais também poderão indicar representantes. As atribuições serão reguladas por Nota Técnica.
C - Alimentar sistematicamente e regularmente o Banco de Dados do PIM mediante capacitação de um digitador.

D - O município habilitar-se-á ao recebimento do incentivo financeiro somente após realizar a etapa de Capacitação dos Visitadores e formalizar à SES/RS o número de visitantes capacitados e a data de início de suas atividades, cuja situação funcional deve estar definida.

E - É de responsabilidade do município a remuneração e os encargos decorrentes da contratação do Visitador.

F - Após a habilitação ao incentivo financeiro da SES/RS, o município terá, no máximo, 30 dias para iniciar o trabalho junto às famílias.

G - O descumprimento do item anterior implica na suspensão do recurso, devendo o município devolvê-lo ao Fundo Estadual de Saúde (FES).

H - É de responsabilidade do município a contratação de 01 Monitor para atender de 05 a 08 Visitadores, o qual terá, no mínimo, 20 horas semanais.

I - A ampliação do Primeira Infância Melhor dar-se-á considerando-se os critérios estabelecidos pelo GTE e mediante parecer técnico deste.

J - Em caso de desistência do PIM, o município deverá oficializar, por escrito, seu desligamento à CRS correspondente e a Coordenação Geral na SES/RS.

II - DAS PRERROGATIVAS:
A - Receber incentivo financeiro do Primeira Infância Melhor (Portaria SES/RS - n.º XXX/xx), que poderá ser utilizado tanto em despesas de custeio como em despesas de capital, aos municípios habilitados pela CIB/RS do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

B - Os municípios habilitados pela Portaria 071/2010 permanecem com o mesmo valor de incentivo financeiro de R\$ 1000,00 (mil reais)/mês por visitante. Posterior a esta portaria, novas habilitações e ampliações nestas áreas somente serão possíveis segundo incisos I, II e III da Portaria SES/RS - n.º XXX/xx.

C - Receber prêmios e outros incentivos pelo desempenho do PIM, caso seja destacado em eventos instituídos pelo Governo do Estado.

D - Receber apoio do Grupo Técnico Estadual e solicitá-lo quando se fizer necessário.

E - Receber capacitação, assessoramento e acompanhamento do GTE para os GTMs.

Prefeito Municipal

ANEXO 2 - PORTARIA Nº 578/2013.
Nota Técnica PIM nº01, de 14 de agosto de 2012

O objetivo desta nota técnica é complementar as informações desta Portaria, em consonância com a Lei Estadual nº 12.544/2008. Deste modo:

Considerando o objetivo estratégico de Fortalecimento da Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul, em consonância com a prioridade de implementação da Linha de Cuidado Materno e Infantil para a garantia de qualificação e ampliação de acesso às ações primárias de saúde para as famílias gaúchas.

Considerando a integração entre a Atenção Básica em Saúde e o Primeira Infância Melhor - PIM, e a consequente articulação de suas ações, especialmente na atenção à gestante e à criança.

Considerando a proposta da Estratégia Rede Cegonha - RC, referente à qualificação da atenção e do cuidado às gestantes e crianças na faixa etária de 0 até 2 anos.

Considerando a vinculação entre a Estratégia Rede Cegonha e o Primeira Infância Melhor, como um dos projetos prioritários da Secretaria Estadual de Saúde;

Considerando o Primeira Infância Melhor como ação transversal dos projetos estratégicos RS na Paz e RS Mais Igual, para o fortalecimento das competências familiares e comunitárias na proteção das crianças, para a promoção de ações de prevenção à violação dos direitos das crianças e para a erradicação da pobreza extrema.

Considerando os avanços na ampliação da oferta de vagas para ingresso na Educação Infantil, especialmente para crianças maiores de 3 anos;

Constata-se a necessidade de reorganizar os processos de trabalho das equipes municipais do PIM, privilegiando as seguintes questões:

- Fortalecimento da articulação entre as políticas correlacionadas desenvolvidas nos municípios e territórios adscritos, priorizando, nas rotinas de trabalho, espaços para o compartilhamento de saberes e práticas que otimizem os recursos humanos existentes e privilegiem uma atenção centrada nas demandas das famílias, gestantes e crianças atendidas.

- Promoção de formações continuadas periódicas sobre temas afins às políticas de atenção à família, gestante e criança, com espaço para acolhimento das demandas identificadas nas rotinas de trabalho, em iniciativas que priorizem o equilíbrio entre as questões metodológicas e as questões reflexivas.

- Priorização do atendimento às famílias com gestantes e crianças na faixa etária de 0 até 3 anos, o que implica no aumento do número de atendimentos individuais que, conforme a metodologia do Primeira Infância Melhor, prevê visitas domiciliares semanais (famílias com crianças) ou quinzenais (famílias com gestantes), com duração de 45 minutos a 1 hora, a partir de atividades particularmente planejadas, considerando as necessidades e características de cada família, gestante e criança. Por-

tanto, esta ampliação representa maior disponibilidade de tempo para o planejamento e a execução dos atendimentos às famílias.

Com o objetivo de garantir aos municípios condições de responderem a estas considerações e suas implicações nos processos de trabalho do RC/PIM, o número máximo de famílias atendidas por Visitador foi alterado, conforme a carga horária semanal de contratação do Visitador. Portanto, faz-se necessário estruturar o valor do incentivo financeiro repassado pelo Estado aos Municípios, conforme quadro abaixo:

Dedicação	Nº de Famílias	Valores por Visitador/Mês
De 20h	14 famílias	R\$ 500,00
De 30h	17 famílias	R\$ 750,00
De 40h	20 famílias	R\$ 1.000,00

Para repasse dos recursos destinados às ações do Rede Cegonha/Primeira Infância Melhor será observada, no 1º dia útil de cada mês, a situação das informações dos municípios no Banco de Dados do PIM, referentes ao número de Visitadores com famílias ativas cadastradas e a sua carga horária prevista.

Mantém-se o pagamento de incentivo diferenciado em áreas habilitadas anteriormente pela CIB/RS, através da Portaria nº 071/2010 como áreas do Programa de Prevenção da Violência - PPV, no valor de R\$ 1.000,00. Posterior a publicação da Portaria 569/2012, as novas habilitações e ampliações nestas áreas deverão respeitar suas determinações.

Considerando a proposta do RC/PIM de garantir a gestão compartilhada de suas responsabilidades e competências, respeitando a interdependência, complementaridade e horizontalidade de suas ações e preservando a identidade institucional das Secretarias envolvidas;

Considerando as Secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social como prioritárias na implantação e implementação da política nos municípios, define-se como funções destas pastas, na gestão do Rede Cegonha/Primeira Infância Melhor:

Secretarias Municipais da Saúde:

- Articulação com as ações estratégicas do município para o fortalecimento da Atenção Básica, especialmente na busca ativa de gestantes e na atenção ao pré-natal, puericultura e puérpério.

- Integração nos processos de construção e fortalecimento das Linhas de Cuidado da Saúde, promovendo a regionalização e a ampliação dos serviços, no sentido de incluir a RC/PIM como uma das referências locais, em território, para acolhimento dos usuários, contribuindo assim para a equidade e integralidade na saúde e podendo compor a porta de entrada das famílias na Atenção Básica.

- Promoção de ações conjuntas e intersetoriais voltadas à atenção integral e prioritária da primeira infância em todos os níveis e com uma efetiva participação da família e da comunidade como agentes promotores de saúde, em consonância com o controle social.

- Vinculação do RC/PIM em um território adscrito como estratégia de gestão da política.

- Apoio na qualificação das equipes que atuam na atenção às famílias, gestantes e crianças, por meio da promoção de educação permanente e continuada.

- Previsão de recursos financeiros suficientes para o cofinanciamento do Primeira Infância Melhor.

- Garantia de um (01) representante da Secretaria supracitada, para compor o Grupo Técnico Municipal - GTM.

Secretarias Municipais de Educação:

- Articulação intra e intersetorial com as estratégias do município voltadas à promoção do desenvolvimento infantil, prioritariamente aquelas que ofereçam orientação e apoio às famílias e/ou cuidadores na educação de suas crianças.

- Participação na construção e fortalecimento de atividades socioeducativas, culturais e desportivas voltadas às famílias, comunidades e crianças atendidas.

ANEXO M – GUIA DA FAMÍLIA (PIM)

Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Departamento de Ações em Saúde
Primeira Infância Melhor

Guia da Família

5ª Edição
Atualizada

Porto Alegre
2012

ANEXO N – GUIA DA GESTANTE (PIM)



ANEXO O – GUIA DA GESTANTE PARA O VISITADOR (PIM)



**Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Departamento de Ações em Saúde
Primeira Infância Melhor**

Guia da Gestante para o Visitador

5ª Edição

**Porto Alegre
2013**

ANEXO P – GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA GTM, MONITOR E VISITADOR (PIM)



ANEXO R - EXEMPLO DE PLANILHA UTILIZADA NO ESTUDO QUALITATIVO

Quadro 3 da População Alvo (síntese)	
<p>Desenvolvimento da Primeira Infância (D42199/03;Art1º)</p> <p>I - propor políticas de parceria entre o governo e sociedade civil para a promoção do desenvolvimento integral da Primeira Infância no Rio Grande do Sul (D42199/03; Art 1º)</p> <p><i>Xxxx Colocar nos objetivos IV - integrar as ações de Governo e das entidades civis, no acompanhamento e ampliação das políticas de promoção de desenvolvimento da Primeira Infância (D42199/03;Art 1º)</i></p>	<p><u>Delimitação conforme ciclo da vida</u></p> <p>Primeira Infância (D42199;Art1º), definida como</p> <p>crianças com idade de 0 a 6 anos (exclusive) (P15;P35;P247) a 5 anos(inclusive)(L12544) 5 anos e onze meses (P2060).</p> <p>com ênfase no período de 0 a 3 anos(P15;P35;P247; L12544)</p> <p>Desde a gestação (L12544)</p> <p><u>Delimitação geográfica da PopAlvo</u></p> <p>Todos os municípios (L12544) do Estado do RS. (D42199;Art 1º;P15;P35;P247)</p> <p>Delimitação por vulnerabilidades</p> <p>casos de pobreza, violência doméstica e desagregação familiar extrema (Art 3 – sobre Meta 17 Capítulo Educação Infantil do PNE...17._ (L12544)</p>
Decreto 42200/03 Não menciona pop alvo	
<p>Considerando que os objetivos do Programa voltam-se à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase no período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul; (P15/03)</p> <p>Considerando que o desenvolvimento da criança é meta prioritária do plano de metas do Governo; (P15/03)</p>	
Que os objetivos do Programa voltam-se à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase no período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul; (P35/03)	
Que os objetivos do Programa voltam-se à promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, com ênfase no período de 0 a 3 anos, no Estado do Rio Grande do Sul; (P247/03)	
<p>O PIM será implementado em todos os municípios ...”</p> <p>Parágrafo Único, (L12544/06)</p> <p>Desde a gestação até os cinco anos de idade, com ênfase na faixa etária de zero a três anos. (Art1º§1º) (L12544/06)</p> <p>casos de pobreza, violência doméstica e desagregação familiar extrema (Art 3 – sobre Meta 17 Capítulo Educação Infantil do PNE...17._ (L12544/06)</p> <p>As ações do poder público de que trata este artigo (5º) serão prestadas, predominantemente, no âmbito da família e das instituições comunitárias. (Parágrafo Único) (L12544/06)</p>	
A atual necessidade de coordenação das ações do governo para a promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 5 anos e 11 meses. (P206/08)	
Estabelecer o valor do repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Programa Primeira Infância Melhor - PIM em área (s) priorizada (s) e pactuada (s) pelo Projeto de Prevenção de Violência - PPV, nos 50	

<p>(cinquenta) municípios com maiores índices de violência no RS, do fundo Estadual da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em R\$ 1.000,00/mês (mil reais/mês). (P71/2010; Art. 1º)</p>	
<p>Que o objetivo principal do PIM é orientar as famílias e as gestantes, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade; (P569/2012) O desenvolvimento integral da criança como uma das metas prioritárias do Governo Estadual (P569/2012)</p>	
<p>institui o Primeira Infância Melhor - PIM - como Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância. (P578/2013) orientar as famílias e as gestantes, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade; (P578/2013) Priorização do atendimento às famílias com gestantes e crianças na faixa etária de 0 até 3 anos.(P578/2013)</p>	