

PLANO MUNICIPAL **PELA PRIMEIRA INFÂNCIA**

2022 - 2032



Prestem atenção no que eu digo,
pois eu não falo por mal:
os adultos que me perdoem, mas ser criança é legal!
Vocês já esqueceram, eu sei!

Por isso eu vou lhes lembrar: pra que ver em cima do muro, se é mais gostoso escalar?
Pra que perder tempo engordando, se é mais gostoso brincar?
Pra que fazer cara tão séria, se é mais gostoso sonhar?
Se vocês olham pra gente, é chão que veem por trás.
Pra nós, atrás de vocês, há o céu, há muito, muito mais!
Quando julgarem o que eu faço, olhem seus próprios narizes:
lá no seu tempo de infância, será que não foram felizes?
Mas se tudo o que fizeram, já fugiu de sua lembrança,
fiquem sabendo o que eu quero:
MAIS RESPEITO, EU SOU CRIANÇA!
PEDRO BANDEIRA (2009, p. 09)

MENSAGEM DA PREFEITA

PLANO MUNICIPAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA – PMPI

CARTA DA PREFEITA

É com enorme prazer e alegria que entregamos o primeiro PLANO MUNICIPAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA do nosso município, documento este que vem atender às recomendações expressas pelo Marco Legal da Primeira Infância - Lei Federal 13.257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.

Entretanto, para nós, muito mais que somente atender a uma demanda legal, tivemos como propósito, nas muitas reuniões e deliberações tomadas de forma intersetorial pelas instituições públicas e privadas envolvidas em sua elaboração, afiançar o CUIDADO, a EDUCAÇÃO e a PROTEÇÃO integral para todas as crianças do nosso município. Além disso, assegurar que sejam vistas, ouvidas e tratadas como seres humanos holísticos, garantindo sua integridade física, emocional e o acesso a todos os direitos sociais para uma vida saudável e produtiva, em busca da realização de seus sonhos pessoais, mas também das metas e objetivos de sua coletividade, que atendam a cada comunidade onde estão inseridas, respeitando sua individualidade e os ritmos de desenvolvimento de cada uma.

Para isso, compreendemos como elemento primordial assegurar o desenvolvimento de vínculos seguros que atendam às crianças, desde as mais tenras idades, na identificação de suas necessidades humanas básicas, levando a cada uma a segurança emocional de ser ouvida, para que se sintam, além de respeitadas, valorizadas e importantes, pertencentes a um grupo familiar, escolar e comunitário.

Para que isso aconteça com pleno êxito, entendemos que toda a sociedade, através das instituições públicas e privadas, deve trabalhar em conjunto e falar em uníssono para defender as condições essenciais para o pleno desenvolvimento infantil de todas as nossas crianças.

É com esse sentimento de coletividade e reconhecimento da necessidade de continuidade permanente nesses propósitos que entrego este documento, ciente de que estamos dando os primeiros passos de muitos necessários até a concretização de nosso maior sonho: ver todas as crianças com todo seu potencial de desenvolvimento sendo protegido e apoiado. Assim, teremos adolescentes e jovens com uma visão mais ampla de seu entorno, que consigam promover mudanças necessárias para uma sociedade mais equitativa e feliz!

Christiane Bulhões Barros Melo Silva

Prefeita Municipal

MENSAGEM DA CRIANÇA

A turma toda na arquibancada assistindo o jogo de bola.
Eu era a jogadora junto com a Luiza, tinha o lugar para marcar os pontos.
O dia tava ensolarado com sol e um lindo arco-íris.

Ingrid Gabrielly Ferreira dos Santos, 5 anos. Creche Santa Quitéria



Fonte: Creche Santa Quitéria.



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA

Rua Cel. Lucena Maranhão, 141, Centro
Santana do Ipanema, Alagoas
CEP. 57.500-000

Christiane Bulhões Barros Melo Silva
Prefeita de Santana do Ipanema

Iury Pinto e Silva
Vice-Prefeito de Santana do Ipanema



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA

Rua Cel. Lucena Maranhão, 141, Centro
Santana do Ipanema, Alagoas
CEP. 57.500-000

Comissão da Rede Municipal pela Primeira Infância

PORTARIA N° 19/2022

REPRESENTANTES:

- I. Secretária de Governo**
Renilde Silva Bulhões Barros
- II. Secretário de Educação**
Edmilson Genuíno Santos Júnior
- III. Secretária de Saúde**
Sibele Oliveira Arroxelas
- IV. Secretária do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social**
Maria Verônica de Araújo
- V. Representantes da Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Turismo, Esporte, Lazer, Ciência, Tecnologia e Inovação**
Viviane Maria Alécio Melo
Cícera Gomes da Silva
Maria Fernanda Silva Melo
Éverton Lacerda Silva
Everton Barbosa Gaia
Maria Luiza de Oliveira Melo
Jarina Soares Farias
Márcia Maria Florêncio de Souza
- VI. Representantes da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social**
Angélica Maria Cavalcante de Melo Wanderley
Patrícia Tavares Melo
Maria Izabel Farias Carvalho
Misabelle Soares Silva
Paulo Vinícius de Oliveira Silva
Karla Araújo Malta
Daniella Nara Vieira
- VII. Representantes da Secretaria Municipal de Saúde**
Fabiana Soares Xavier Cintra
Thenny Mary Viana Fireman
Alanisy Barbosa Gaia Lira
Fabiano Mendes de Menezes
Sofia Maria de Mendonça Vasconcelos
Jullyanny Vanderlei Lima

VIII. Representantes do Conselho Tutelar

Lilian Meire Barbosa Silva

IX. Presidente da Associação Comercial

Josinaldo Soares dos Santos

X. Representante da Secretaria de Finanças e Planejamento

Watson Azevedo dos Santos

XI. Representantes do Conselho Municipal pelos Direitos da Criança e do Adolescente-CMDCA

Évio de Carvalho Alves



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA

Rua Cel. Lucena Maranhão, 141, Centro
Santana do Ipanema, Alagoas
CEP. 57.500-000

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

- I.** Renilde Silva Bulhões Barros (Secretária de Governo)
- II.** Everton Barbosa Gaia (Articulador Selo Unicef)
- III.** Cícera Gomes da Silva (Mobilizadora da Educação)
- IV.** Fabiana Soares Xavier Cintra (Mobilizadora da Saúde)
- V.** Karla Araújo Malta (Mobilizadora da Assistência)
- VI.** Évio de Carvalho Alves (Presidente CMDCA)
- VII.** Éverton Lacerda Silva (Mobilizador do NUCA)
- VIII.** Viviane Maria Alécio Melo (Coordenadora de Esportes nas Escolas)
- IX.** Maria Fernanda Silva Melo (Coordenadora da Educação Infantil)
- X.** Maria Luiza de Oliveira Melo (Diretora de Sistema Pedagógico de Ensino)
- XI.** Jarina Soares Farias (Coordenadora (Coordenadora do Ensino Fundamental Anos Finais))
- XII.** Márcia Maria Florêncio de Souza (Coordenadora da EJA)
- XIII.** Ailza Maria Silva Farias (Coordenadora do Ensino Fundamental Anos Iniciais)
- XIV.** Regina Cavalcante Tavares (Coordenadora do Ensino Fundamental Anos Iniciais)
- XV.** Thenny Mary Viana Fireman (Diretora de Planejamento em Saúde)
- XVI.** Alanisy Barbosa Gaia Lira (Diretora da Atenção Básica)
- XVII.** Fabiano Mendes de Menezes (Coordenador do SAMU)
- XVIII.** Sofia Maria de Mendonça Vasconcelos (Assessora de Atenção Primária em Saúde)
- XIX.** Jullyanny Vanderlei Lima (Diretora da Vigilância em Saúde)
- XX.** Angélica Maria Cavalcante de Melo Wanderley (Coordenadora do SCFV)
- XXI.** Patrícia Tavares Melo (Diretora da Proteção Social)
- XXII.** Maria Izabel Farias Carvalho (Coordenadora do Programa Criança Feliz)
- XXIII.** Misabelle Soares Silva (Coordenadora do CREAS)
- XXIV.** Karla Araújo Malta (Coordenadora do CRAS)
- XXV.** Lilian Meire Barbosa Silva (Conselheira Tutelar)
- XXVI.** Lívia Grazielle Costa Silva Alécio (Coordenadora Pedagógica)
- XXVII.** Edlania Rocha Oliveira (Coordenadora Pedagógica)
- XXVIII.** Gildimar Guilherme (Assessor Técnico na SEMED)
- XXIX.** Suelane Gracielle Ferro Lopes (Coordenadora da Rede Cegonha)
- XXX.** Jícélia Gomes da Silva Costa (Diretora de Gestão Escolar e de Participação Democrática)



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA

Rua Cel. Lucena Maranhão, 141, Centro
Santana do Ipanema, Alagoas
CEP. 57.500-000

Participação das Crianças na Elaboração

Ingrid Gabrielly Ferreira dos Santos, 5 anos, Creche Santa Quitéria
Enzo Miguel Rodrigues Melo, 5 anos, Creche Santa Quitéria
Íssys Vitória Gomes Falcão, 5 anos, CMEI Roberval Menezes Dias
Kelvyn Souza da Silva, 5 anos, CMEI Roberval Menezes Dias
Laura Manuely de Souza, 5 anos, CMEI Roberval Menezes Dias
Nicolly Lima Camilo, 5 anos, CMEI Roberval Menezes Dias
Ruan Guilherme Pereira da Silva, 5 anos, CMEI Roberval Menezes Dias
Victor Níkias da Silva Rodrigues, 5 anos, CMEI Roberval Menezes Dias
Emerson Samuel Silva, 5 anos, CMEI Tânia Maria Vieira
Ana Julia Ramalho da Silva, 5 anos, CMEI Tânia Maria Vieira
Artur da Silva Santos, 5 anos, CMEI Tânia Maria Vieira
João Miguel da Silva de Lima, 5 anos, EMEB São Cristóvão
Karine Nayane Soares Silva, 5 anos, CMEI Tânia Maria Vieira
Brunno Silva Rodrigues, 5 anos, CMEI Tânia Vieira
Esther Thyffany Lopes Silva, 5 anos, EMEB São Cristóvão
José Allysson da Silva Melo, 5 anos, EMEB São Cristóvão
RhykelmyAllysson Silva Freire, 5 anos, EMEB São Cristóvão
Gabriel Andyellison Viana de Melo Bezerra, 4 anos, CMEI Roberval Menezes Dias



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA

Rua Cel. Lucena Maranhão, 141, Centro
Santana do Ipanema, Alagoas
CEP. 57.500-000

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
UNICEF– Fundo das Nações Unidas para a Infância
SEMED – Secretaria Municipal de Educação
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
PMPI – Plano Municipal pela Primeira Infância
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
CMI – Centro de Educação Infantil
CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FUNDEB –Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
CF – Constituição Federal
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
ONU – Organização das Nações Unidas
CRIA – Programa Criança Alagoana
PCF – Programa Criança Feliz
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduo
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
BPC – Benefício de Prestação Continuada

CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

ESPIN – Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

LA – Liberdade Assistida

BNCC – Base Nacional Comum Curricular

DCNEI – Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

SIPIA – Sistema de Informação para o Sistema

CPF – Cadastro de Pessoa Física

DNV – Declaração de Nascido Vivo

PPA – Plano Plurianual

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

CMDCA – Conselho Municipal pelos Direitos da Criança e do Adolescente



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA

Rua Cel. Lucena Maranhão, 141, Centro
Santana do Ipanema, Alagoas
CEP. 57.500-000

LISTA DE FIGURAS (IMAGENS)

Figura 1 –	16
Figura 2 –	21
Figura 3 –	24
Figura 4 –	28
Figura 5 –	31
Figura 6 –	39
Figura 7 –	40
Figura 8 –	41
Figura 9 –	42
Figura 10 –	44
Figura 11 –	45
Figura 12 –	46
Figura 13 –	46
Figura 14 –	47
Figura 15 –	48
Figura 16 –	48
Figura 17 –	49
Figura 18 –	49
Figura 19 –	51
Figura 20 –	51
Figura 21 –	53
Figura 22 –	55
Figura 23 –	60
Figura 24 –	61

Figura 25 –.....	64
Figura 26 –.....	64
Figura 27 –.....	65
Figura 28 –	79
Figura 29 –.....	82
Figura 30 –.....	85
Figura 31 –.....	85
Figura 32 –.....	86
Figura 33 –.....	86
Figura 34 –.....	88
Figura 35 –.....	88
Figura 36 –.....	89
Figura 37 –.....	90
Figura 38 –.....	90
Figura 39 –.....	91
Figura 40 –.....	91
Figura 41 –.....	97
Figura 42 –.....	99
Figura 43 –.....	103
Figura 44 –	106
Figura 45 –	107
Figura 46 –	108
Figura 47 –	114
Figura 48 –	118
Figura 49 –	121
Figura 50 –.....	123
Figura 51 –.....	124
Figura 52 –	126
Figura 53 –.....	128
Figura 54 –.....	131
Figura 55 –.....	135

Figura 56 –.....	138
Figura 57 –.....	140
Figura 58 –	142



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA

Rua Cel. Lucena Maranhão, 141, Centro
Santana do Ipanema, Alagoas
CEP. 57.500-000

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 –	56
Quadro 2 –	62
Quadro 3 –	66
Tabela 1 –	68
Quadro 4 –	70
Quadro 5 –	71
Quadro 6 –	71
Quadro 7 –	72
Quadro 8 –	73
Quadro 9 –	74
Quadro 10 –	75
Quadro 11 –	75
Quadro 12 –	80
Tabela 2 –	87
Tabela 3 –	92
Tabela 4 –	93
Quadro 13 –	94
Quadro 14 –	101
Quadro 15 –	111
Quadro 16 –	113
Quadro 17 –	117
Quadro 18 –	120
Quadro 19 –	125
Quadro 20 –	129
Quadro 21 –	134
Quadro 22 –	137

Quadro 23 –	139
Quadro 24 –	143

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO	21
1 DESAFIO DA MUDANÇA.....	25
2 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	29
3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	32
3.1 PRINCÍPIOS	33
3.1.1 Criança como Sujeito Ativo de Direitos	33
3.1.2 Respeito à Diversidade Étnica, Cultural, Religiosa, de Gênero e Geográfica.....	33
3.1.3 Criança como Ser Integral	33
3.1.4 Prioridade Absoluta dos Direitos da Criança	34
3.1.5 Inclusão.....	34
3.1.6 Integração das Visões Científica, Ética, Política, Estética e Humanista da Criança	34
3.1.7 Garantia da Prioridade Absoluta nos Recursos, Programas e Ações para as Crianças na Primeira Infância	34
3.1.8 Articulação das Ações	35
3.1.9 Sinergia das Ações.....	35
3.1.10 Garantia de Atenção da Família, da Sociedade e do Estado	35
3.2 DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	36
3.2.1 Diretrizes Políticas.....	36
3.2.2 Diretrizes Técnicas	36
4 SANTANA DO IPANEMA-ALAGOAS.....	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	39
5 AÇÕES FINALÍSTICAS	42
5.1 CRIANÇAS COM SAÚDE.....	43
5.2 DIRETRIZES	45
5.3 CONTEXTUALIZAÇÃO	45
5.4 VACINAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RECÉM -NASCIDO	61
5.4.1 Capacitação das Equipes sobre Violência	62
5.5 NECESSIDADES ESPECIAIS. CUIDADOS COM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA	66
5.6 TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL.....	68
5.7 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	70
5.7.1 Atenção à Gestante	72
5.8 PREPARAÇÃO E ATENÇÃO AO PARTO	73
5.9 APOIO AO PAI E À FAMÍLIA.....	74
5.10 ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO DO PÓS-PARTO.....	75
5.11 SERVIÇOS COMPLEMENTARES: ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCAÇÃO	75

5.12 EQUIPES ESPECIALIZADAS EM SAÚDE MENTAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA	76
5.13 CONSTRUÇÃO DE REDES PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO E CUIDADOS À PRIMEIRA INFÂNCIA	77
5.14 CAMPANHAS EDUCATIVAS E INFORMATIVAS	78
5.15 ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO	79
6 EDUCAÇÃO INFANTIL	85
6.1 A FAMÍLIA E A COMUNIDADE DA CRIANÇA	101
6.2 ASSISTÊNCIA SOCIAL ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS	107
6.3 ATENÇÃO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL, FAMÍLIA ACOLHEDORA E ADOÇÃO	117
6.4 DO DIREITO DE BRINCAR AO BRINCAR DE TODAS AS CRIANÇAS	120
6.5 A CRIANÇA E O ESPAÇO: A CIDADE E O MEIO AMBIENTE	124
6.6 ATENDENDO À DIVERSIDADE: CRIANÇAS NEGRAS, QUILOMBOLAS E INDÍGENAS	127
6.8 ASSEGURANDO O DOCUMENTO DE CIDADANIA A TODAS AS CRIANÇAS	137
6.10 CONTROLANDO A EXPOSIÇÃO PRECOCE DAS CRIANÇAS AOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO	144
6.11 EVITANDO ACIDENTES NA PRIMEIRA INFÂNCIA	146
7 FINANCIAMENTO	145
8 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	146
REFERÊNCIAS	147

APRESENTAÇÃO**Figura 1**

Fonte: Creche Santa Quitéria.

Brincar com crianças não é perder tempo, é ganhá-lo...

Carlos Drummond de Andrade

*Toda criança no mundo
Deve ser bem protegida
Contra os rigores do tempo
Contra os rigores da vida.
Criança tem que ter nome
Criança tem que ter lar
Ter saúde e não ter fome
Ter segurança e estudar.
Não é questão de querer
Nem questão de concordar
Os direitos das crianças
Todos têm de respeitar.*

O Direito das Crianças
Ruth Rocha

Todas as crianças pequenas têm o direito de serem cuidadas, educadas e protegidas por pessoas que as acolham e as tratem com respeito e afeto. A Primeira Infância é uma fase de vida pós-natal que se estende até os 5 anos, 11 meses e 29 dias, e os cuidados devem se iniciar desde o período gestacional, considerando a gestante, os familiares, a comunidade e a rede de atenção pública de atendimento na prática de ações pelos direitos da criança.

A Declaração dos Direitos da Criança¹, proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1386 (XIV), de 20 de novembro de 1959, reconhece e explicita os princípios com vista a uma infância feliz e ao gozo, para o bem da criança e da sociedade, dos direitos e liberdade.

Princípio 1.º

A criança gozará dos direitos enunciados nesta Declaração. Estes direitos serão reconhecidos a todas as crianças sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra da criança, ou da sua família, da sua origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação.

Princípio 2.º

A criança gozará de uma proteção especial e beneficiará de oportunidades e serviços dispensados pela lei e outros meios, para que possa desenvolver-se física, intelectual, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança.

Princípio 3.º

A criança tem direito desde o nascimento a um nome e a uma nacionalidade.

Princípio 4.º

A criança deve beneficiar da segurança social. Tem direito a crescer e a desenvolver-se com boa saúde; para este fim, deverão proporcionar-se quer à criança quer à

¹Disponível em:

https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf
f. Acesso em: 09 de maio de 2021.

sua mãe cuidados especiais, designadamente, tratamento pré e pós-natal. A criança tem direito a uma adequada alimentação, habitação, recreio e cuidados médicos.

Princípio 5.º

A criança mental e fisicamente deficiente ou que sofra de alguma diminuição social, deve beneficiar de tratamento, da educação e dos cuidados especiais requeridos pela sua particular condição.

Princípio 6.º

A criança precisa de amor e compreensão para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade. Na medida do possível, deverá crescer com os cuidados e sob a responsabilidade dos seus pais e, em qualquer caso, num ambiente de afeto e segurança moral e material; salvo em circunstâncias excepcionais, a criança de tenra idade não deve ser separada da sua mãe. A sociedade e as autoridades públicas têm o dever de cuidar especialmente das crianças sem família e das que careçam de meios de subsistência. Para a manutenção dos filhos de famílias numerosas é conveniente a atribuição de subsídios estatais ou outra assistência.

Princípio 7.º

A criança tem direito à educação, que deve ser gratuita e obrigatória, pelo menos nos graus elementares. Deve ser-lhe ministrada uma educação que promova a sua cultura e lhe permita, em condições de igualdade de oportunidades, desenvolver as suas aptidões mentais, o seu sentido de responsabilidade moral e social e tornar-se um membro útil à sociedade. O interesse superior da criança deve ser o princípio diretivo de quem tem a responsabilidade da sua educação e orientação, responsabilidade essa que cabe, em primeiro lugar, aos seus pais. A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientadas para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.

Princípio 8.º

A criança deve, em todas as circunstâncias, ser das primeiras a beneficiar de proteção e socorro.

Princípio 9.º

A criança deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração, e não deverá ser objeto de qualquer tipo de tráfico. A criança não deverá ser admitida ao emprego antes de uma idade mínima adequada, e em caso algum será permitido que se dedique a uma ocupação ou emprego que possa prejudicar a sua saúde e impedir o seu desenvolvimento físico, mental e moral.

Princípio 10.º

A criança deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza. Deve ser educada num espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os povos, paz e fraternidade universal, e com plena consciência de que deve dedicar as suas energias e aptidões ao serviço dos seus semelhantes.

Nesta conjuntura, dentre outros marcos legais, o Município de Santana do Ipanema apresenta à comunidade santanense o Plano Municipal pela Primeira Infância. Um documento que visa o atendimento aos Direitos das Crianças na Primeira Infância (5 anos, 11 meses e 29 dias) no âmbito da Cidade, cuja elaboração busca atender o Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257 de março de 2016, tornando prioridade na agenda local a Primeira Infância e baseando-se na metodologia proposta pelo selo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), para os Municípios alagoanos.

Um plano construído por meio de processos organizados e coletivos, e de ações deliberadas que pressupõem o respeito à diversidade e às particularidades dos atores envolvidos. As práticas intersetoriais se pautaram em articulações entre os sujeitos e setores da Educação,

Saúde, Assistência Social, Sociedade Civil e Setor Privado, como também pelo apoio e participação da Secretária de Governo Municipal, portando saberes, poderes e vontades diversas como uma nova forma de construir políticas públicas para Crianças na Primeira Infância.

Esse processo gerou diversas reuniões intersetoriais e intrasetoriais, diante de uma interação permanente entre os diferentes segmentos, interferindo na produção social e subjetiva, produzindo efeitos sobre os modos de ser e de atuar frente a um plano de grande plenitude para as Crianças do Município em sua Primeira Infância.

O processo de reuniões se deu por meio de discussões amplas e tomadas de decisões, diante de uma metodologia dinâmica que se deu em diferentes momentos:

Reunião Intersetorial:

A partir da necessidade de compreender o pleno funcionamento dos diversos setores públicos do município, foi criado um comitê intersetorial para discutir e socializar as ações de cada setor, bem como elaborar estratégias de gestão para otimização das pesquisas que foram sendo demandadas para elaboração do Plano. As reuniões cumpriram um cronograma organizado com temas e datas, e, em que cada momento, o representante de setor levou suas atividades realizadas e suas demandas para socialização no grupo. Dessa forma, destaca-se que foi possível a interação entre os setores, e as metas para cada momento do cronograma foram sendo contempladas.

Para dar consistência a este Documento, a Gestão Municipal, na figura da Prefeita Christiane Bulhões Barros Melo Silva, emitiu uma Portaria formando o Comitê da Rede Municipal pela Primeira Infância.

Os membros da Portaria, conforme citado acima, em momentos de reuniões, discutiram estratégias para a elaboração do PMPI. Para este Plano foram traçados princípios, diretrizes, metas e estratégias, sendo elas a curto, médio e longo prazo, contemplando todas as crianças na Primeira Infância, que serão traduzidas em ações e somadas à normatização do fato.

Assim, conforme observância do Plano Nacional e considerando a realidade local, foram definidos os seguintes eixos temáticos, que se desdobram em ações finalísticas:

- Crianças com Saúde;
- Educação Infantil;
- A Família e a Comunidade da Criança;
- Assistência Social às Crianças e suas Famílias;
- Atenção à Criança em Situação de Vulnerabilidade: Acolhimento Institucional, Família Acolhedora, Adoção;
- Do direito de Brincar ao Brincar de todas as Crianças;
- A Criança e o Espaço: a Cidade e o Meio Ambiente;
- Atendendo à Diversidade: Crianças Negras, Quilombolas e Indígenas;

- Enfrentando as Violências contra as Crianças;
- Assegurando o Documento de Cidadania a todas as Crianças;
- Protegendo as Crianças da Pressão Consumista;
- Controlando a Exposição Precoce das Crianças aos Meios de Comunicação;
- Evitando Acidentes na Primeira Infância;

Essas ações finalísticas que potencializam a rede de proteção social à Primeira Infância das crianças do Município de Santana do Ipanema deverão fortalecer uma política que garanta a igualdade e equidade de direitos.

O presente Plano Municipal terá vigência de 10 anos (2022 a 2032), considerando o monitoramento e avaliação a cada ano. Por fim, este plano, se por um lado contempla os direitos das crianças, por outro e, por consequência, sua implementação é dever de toda sociedade santanense, do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, das Organizações da Sociedade Civil e das famílias. O Poder Público e a sociedade santanense podem e devem, com esforço e união, fazer uma cidade limpa, prazerosa, (agradável) segura, saudável e feliz para todas as crianças na Primeira Infância.

INTRODUÇÃO

Figura 2

Quando as crianças Brincam

(Fernando Pessoa)

Quando as crianças

brincam

E eu as oiço brincar,

Qualquer coisa em minha

alma

Começa a se alegrar.

E toda aquela infância

Que não tive me vem,

Numa onda de alegria

Que não foi de ninguém.

Se quem fui é enigma,

E quem serei visão,

Quem sou ao menos sinto



Fonte: CMEI Roberval Menezes Dias

É público e notório a necessidade de se investir na educação, na saúde e nos cuidados com as crianças durante a primeira infância. Em coro, as vozes das áreas da ciência, como a Psicologia, Educação, Sociologia, Filosofia, Saúde, Medicina, Neurociência, Ética etc., todas defendem o cuidado e a atenção para com as crianças nos seus primeiros anos de vida, concebendo esse cuidado e essa atenção como sendo um DIREITO da criança e como sendo um INVESTIMENTO SOCIAL nesse ser integral que se desenvolve. (BRASIL, 2013)

O Plano Municipal pela Primeira Infância do Município de Santana do Ipanema-AL, a princípio, ressalta a relevância de se refletir sobre infância e criança à luz do conhecimento científico e legal. Assim, compreendendo as particularidades da primeira etapa da vida da criança e reconhecendo-as como sujeitos histórico, social e cultural, este documento político e técnico visa contribuir para assegurar os seus direitos e o seu desenvolvimento integral na Primeira Infância desse Município.

Nesse sentido, segundo Kuhlmann (2010, p. 30),

É preciso considerar a infância como uma condição da criança. O conjunto das experiências vividas por elas em diferentes lugares históricos, geográficos e sociais é muito mais do que uma representação dos adultos sobre essa fase da vida. É preciso conhecer as representações de infância e considerar as crianças concretas, localizá-las como produtoras da história. (KUHLMANN, 2010, p. 30)

Machado (2002, p. 27) não pensa diferente, salienta que

[...] a criança é um ser social, o que significa dizer que seu desenvolvimento se dá entre outros seres humanos, em um espaço e tempo determinados. Dessa forma, a existência histórica e social é o que impulsiona o crescimento e desenvolvimento da criança e sua infância e também o referencial ao longo de sua vida. Isto implica considerar a criança um sujeito de direitos, um sujeito em pleno processo de formação.

Já as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil (DCNEI, Resolução CNE/CEB nº 5/2009) 27, em seu Artigo 4º, definem a criança como

Sujeito histórico e de direitos, que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade pessoal e coletiva, brinca, imagina, fantasia, deseja, aprende, observa, experimenta, narra, questiona e constrói sentidos sobre a natureza e a sociedade, produzindo cultura. (BRASIL, 2009)

Silveira (2000, p. 26) aponta para o fato de que

a sociedade sempre está em movimento e, desse modo, a vivência da infância transforma-se de acordo com os paradigmas do contexto histórico, ou seja, pensar na infância é também articulá-la com outros domínios como a escola, a família e a sociedade. (SILVEIRA, 2000, p. 26)

Essa última, sendo fortalecida pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 227, atribuída à família, à sociedade onde estão compreendidos todos os cidadãos e suas organizações representativas, e ao Estado, dirigido pelo Governo, nas suas três esferas de Poder: Executiva, Legislativa e Judiciária, a responsabilidade perante os direitos da criança:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao fazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

Nesse contexto, entende-se a família como primeiro núcleo de socialização da criança. Dada a sua situação de vulnerabilidade e imaturidade, seus primeiros anos de vida são marcados pela dependência do ambiente e daqueles que dela cuidam. A relação com seus pais, ou substitutos, é fundamental para sua constituição como sujeito, desenvolvimento afetivo e

aquisições próprias a essa faixa etária. A relação afetiva estabelecida com a criança e os cuidados que ela recebe na família e na rede de serviços, sobretudo nos primeiros anos de vida, têm consequências importantes sobre sua condição de saúde e desenvolvimento físico e psicológico.

A Primeira Infância é um período que abrange de 0 os 5 anos, 11 meses e 29 dias de vida da criança, e é marcada por vários processos de desenvolvimento, que são influenciados pela realidade na qual está inserida, pelos estímulos que recebe e pela qualidade dos vínculos afetivos que vivencia. É justamente nessa etapa de vida que a criança carece de toda proteção, seja da família, do Estado ou da sociedade.

Assegurando as políticas públicas para a primeira infância, a Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016, marco legal da Primeira Infância, define em seu artigo 4º e seus incisos, que as políticas públicas devem ser voltadas para o atendimento à criança de forma a:

- I - atender ao interesse superior da criança e à sua condição de sujeito de direitos e de cidadão;
- II - incluir a participação da criança na definição das ações que lhe digam respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento;
- III - respeitar a individualidade e os ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade da infância brasileira, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais;
- IV - reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na primeira infância, priorizando o investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação da criança;
- V - articular as dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância;
- VI - adotar abordagem participativa, envolvendo a sociedade, por meio de suas organizações representativas, os profissionais, os pais e as crianças, no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços;
- VII - articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado;
- VIII - descentralizar as ações entre os entes da Federação;
- IX - promover a formação da cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.

O Plano Nacional da Primeira Infância considera que, ao investir na criança, deve-se observar o valor de sua vida presente, enfatizando suas relações, suas descobertas e suas realizações, ao tempo em que é indispensável atender à perspectiva do seu desenvolvimento com foco no seu futuro. A criança é, ao mesmo tempo, presente e futuro. É essa a perspectiva que norteia o Plano Municipal pela Primeira Infância.

É na primeira infância que será construída os alicerces de suas trajetórias de vida. Entre esses fundamentos, os aspectos cognitivos, emocionais, físicos e sociais, por exemplo, deverão evidenciar o caráter e a visão de mundo. Quanto melhores forem as condições para o desenvolvimento durante a Primeira Infância, maiores são as probabilidades de que a criança

alcance o melhor do seu potencial, tornando-se um adulto mais equilibrado, produtivo e realizado na sociedade em que está inserida.

1 DESAFIO DA MUDANÇA

Figura 3



Fonte: EMEB Santa Sofia.

O Artigo 227 da Constituição Federal preconiza que o Estado deve ter como prioridade absoluta os direitos da criança. Desde 1988, tem-se percorrido uma longa caminhada para que esses direitos sejam, de fato, promovidos e exercidos. É possível dizer que se teve alguns vários, como o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Marco Legal da Primeira Infância. Mas precisa-se ir além, dar novos passos.

A Primeira Infância ainda é muito negligenciada no país. Estima-se que há, no Brasil, segundo relatório da Fundação ABRINQ (2021), em 2020, uma população de 69,8 milhões de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade. Segundo este mesmo relatório, (ABRINQ, p.36), 45,4% de crianças e adolescentes até 14 anos de idade vivem em condição domiciliar

de baixa renda, o que caracteriza condições de extrema pobreza. Mudar essa realidade exige uma nova forma de governança que garanta investimento sustentável, distribuído de forma equitativa e eficiente.

O Brasil é um país muito grande e rico. Porém, ao falar sobre a situação das crianças na Primeira Infância, o panorama é bem complicado e existem muitas dificuldades a serem enfrentadas (ABRINQ, 2021), como, por exemplo, a falta de saneamento, a pobreza, a violência e o trabalho infantil. Por isso, é necessário entender quais são os principais desafios para crianças e, assim, entender como combatê-los.

Segundo relatório do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) apresentado em 2019, o Brasil ainda não atingiu sua meta de tornar universal o acesso das crianças na pré-escola, como proposto no PNE (Plano Nacional da Educação). Apenas 32,7% das crianças brasileiras com até 3 anos frequentavam a creche em 2017. Os motivos para esse percentual é a dificuldade de acesso, a inexistência de escola onde as crianças moram e a falta de vagas.

Mas não são apenas os pequenos em idade pré-escolar que sofrem com desafios como esse. Infelizmente, ser criança ou adolescente no Brasil significa superar inúmeros problemas e, para pensarmos em soluções, é imperativo entendermos melhor esse cenário.

A realidade de muitas crianças brasileiras não é a das melhores, já que nem todas têm seus direitos previstos pelo ECA – com base em evidência a seguir: segundo dados recentes do IBGE, 22,6% das crianças e adolescentes brasileiros, com idade entre 0 e 14 anos, vivem em condições de extrema pobreza. Este é um dado bem expressivo e influencia diretamente a perspectiva de vida dessas crianças e adolescentes.

Estar em situação de pobreza ou extrema pobreza dificulta o acesso das crianças a itens e direitos básicos, como alimentação, educação, saneamento básico e proteção, gerando uma situação de privações múltiplas. Assim, as crianças mais pobres acabam não tendo as mesmas oportunidades que outras que não passam pela pobreza têm. Essa situação prejudica o desenvolvimento das crianças menos favorecidas e as expõe a situações problemáticas, como o trabalho e até a prostituição infantil.

O saneamento (água potável e rede de esgoto) é um direito que o governo deve garantir a todas as crianças. Porém, de acordo com um levantamento da Unicef (2018, p. 12), falta de saneamento básico é a privação que afeta o maior número de crianças e adolescentes no Brasil, já que quase 25% das nossas crianças não têm acesso a esses serviços.

Dessa forma, surgem outros desafios para as crianças, pois elas podem adquirir doenças por consumo de água contaminada ou mesmo por entrarem em contato com o esgoto.

Além disso, o cheiro do esgoto também pode atrapalhar o bem-estar das crianças e de suas famílias.

A violência infantil, segundo o ECA, pode ser definida como física, psicológica, sexual e institucional. Dessa forma, a criança pode passar por situações de violência em qualquer âmbito da sociedade. De acordo com a pesquisa SmallVoices, Big Dreams, realizada pelo ChildFund Brasil, 35,32% das crianças não se sentem suficientemente protegidas da violência e de pessoas que querem fazer mal a elas. Além disso, 55,1% dos entrevistados acreditam que os adultos praticam violência contra elas porque elas não têm como se defender.

É importante que a criança cresça em um lar onde haja proteção, onde não seja usada força física para educá-la, uma vez que assim pode haver maior probabilidade para a formação de pessoas mais bem desenvolvidas.

Uma criança que passa por violência física ou psicológica tem mais chances de desenvolver traumas e medos do que uma que vive em um ambiente seguro e saudável. A violência provoca sérias consequências, podendo levar a criança a desenvolver depressão, ansiedade, crises de pânico ou até problemas físicos.

Segundo a pesquisa feita pelo ChildFund Brasil citada anteriormente, entre os espaços que são mais inseguros para as crianças, estão as ruas, as redes sociais, o transporte público e os parques. Porém, outro desafio para as crianças é que elas podem estar sofrendo abusos dentro de suas próprias casas, e quase ninguém nota. Aliás, quando se trata de violência sexual infantil, é geralmente nesse local que elas mais sofrem – baseando-se em dados do Disque 100, os quais mostram que mais de 70% dos casos de violência sexual de crianças e de abuso são praticados por mães, pais, padrastos e outros parentes da vítima. Além disso, em mais de 70% dos registros, a violência aconteceu na casa do abusador.

Por isso, é tão importante olhar para as crianças e garantir a elas os seus direitos. Elas são pequenas, ainda não conseguem se defender e dependem dos adultos para sobreviverem e se desenvolverem grande parte de suas capacidades.

Outro desafio para as crianças é a questão do trabalho infantil, caracterizado por todo trabalho exercido por crianças que não têm idade mínima para cumprirem determinada(s) tarefas, de acordo com a Legislação. Sendo assim, segundo as leis brasileiras, nenhuma criança deve trabalhar. Porém, segundo uma pesquisa realizada pelo IBGE/PNAD, de 2016, cerca de 1,8 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos estão trabalhando em atividades proibidas pela Legislação.

Considerando esse dado, 54,4% estavam em condição de trabalho infantil, pois as crianças tinham entre 5 e 13 anos. Porém, o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do

Trabalho Infantil (FNPETI) diz que o número é bem maior, pois o IBGE não considerou as crianças e adolescentes que trabalham para sustento próprio.

Com o trabalho infantil, a criança não tem tempo para brincar, estudar e descansar. Muitas vezes, elas apresentam baixo desenvolvimento na escola por estarem muito cansadas e não conseguirem prestar atenção na aula. Isso piora quando são retiradas da escola para trabalhar.

Neste contexto, há muito o que mudar, para que as crianças possam ter uma infância melhor e mais saudável, estudar e estar protegidas contra qualquer violência.

Assim, em Santana do Ipanema, apresentou-se como primeira perspectiva de mudança o fortalecimento da intersetorialidade, que, embora presente nos principais Documentos Norteadores das Políticas Públicas, ainda se configura um desafio prático. Com isso, o próprio processo de construção do PMPI já transforma a realidade da oferta dessas políticas no Município, com o fortalecimento da intersetorialidade na análise e construção do Projeto destacado.

Outro elemento de mudança presente desde a construção do plano é a necessidade de construção da cultura de sistematização dos dados e perspectiva ampla sobre os fatores que os determinam; assim cada secretaria, ao organizar os dados disponíveis em seus sistemas de informação e nas produções diárias, dá um passo significativo no conhecimento da realidade e no planejamento das ofertas.

A metodologia de construção democrática, interativa e participativa, e que fora realizada não para as crianças, mas com as crianças e suas famílias, configura-se uma importante mudança de paradigma, qualificando o planejamento e garantindo um direcionamento voltado às necessidades reais da população do Município. Assim, os desafios representam possibilidades concretas de fortalecimento das políticas públicas, da participação social, traduzindo-se em transformação do presente e do futuro das crianças de Santana do Ipanema.

2 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

Figura 4



Fonte: Jean Souza.

O Plano Municipal pela Primeira Infância foi elaborado pelo município, devendo ser aprovado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente até junho de 2022. O PMPIzela pela defesa plena dos direitos da Primeira Infância, por sólidas argumentações técnicas elaboradas por agentes públicos das diversas áreas, mas, sobretudo, por um profundo amor pelas fontes e origens do ser humano e pela convicção de que cuidar de pessoas nessa fase da vida é cuidar da sociedade no seu conjunto.

Norteando-se pelo Plano Nacional pela Primeira Infância, o PMPI foi elaborado num processo de ampla participação social, à luz da diretriz expressa no Art. 227, § 7º, da Constituição Federal, que preconiza a “participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”. Assim, apresenta as características expressas a seguir.

Características externas

Abrangência: O Plano Municipal pela Primeira Infância abarca todos os direitos da criança de até seis anos de idade;

Participação social na sua elaboração: o processo de elaboração envolveu grande número de profissionais, além de setores governamentais, e sociedade civil.

Plano de Estado: a participação da sociedade na sua construção, a aprovação pelo Poder Legislativo e o longo prazo desvinculam o plano de um determinado partido político e de um governo em particular e o ligam às funções permanentes do Estado na prestação de um serviço essencial para uma população específica – que são as crianças pequenas. Ele transcende, assim, a visão de Plano de Governo;

Longa duração: dez anos (2022 a 2032) é um horizonte de tempo razoável para alcançar um patamar justo de qualidade de vida e direitos cumpridos para a primeira infância no Brasil;

Aprovação por lei: a tramitação como projeto de lei no Legislativo Municipal enseja ampliação do debate político sobre a primeira infância e os desafios da nação frente às suas crianças de até seis anos de idade, bem como aperfeiçoamentos neste Plano. Aprovado, adquire status de lei, de cumprimento obrigatório;

Características internas

O Plano Municipal pela Primeira Infância constitui-se num instrumento técnico e político de garantia de direitos capaz de provocar o poder público e a sociedade civil para uma grande transformação. O documento a partir de sua elaboração reflete as políticas da educação, saúde e assistência social e possui dados concretos que serviram de pontos norteadores para o planejamento de ações estratégicas com vista a melhoria da oferta de todos os serviços para essa etapa de vida. Esse instrumento de planejamento decenal tem respaldo legal em documentos oficiais como: Constituição Federal; Leis diretrizes e Bases da Educação; Estatuto da Criança e do Adolescente; Diretrizes Curriculares Nacionais; Base Nacional Comum Curricular; Plano Municipal de Educação; Sistema Único de Saúde; Sistema Único de Assistência Social; Lei de Diretrizes Orçamentária; Plano Plurianual, entre outros documentos como Resoluções, Decretos e Portarias que subsidiaram todas as ações planejadas neste documento. O PMPI foi elaborado considerando a oferta das políticas públicas nas áreas de Educação, Assistência Social e Saúde e contemplam objetivos e metas para uma década. Ainda possui dez ações finalísticas que convergem e dialogam com a política nacional, estadual e municipal no quesito legal de oferta dos aspectos relacionados ao desenvolvimento integral da criança, considerando o estado físico, intelectual, afetivo, biológico e social de todas as crianças do município. Portanto, diante das discussões e diálogos entre os vários setores envolvidos na construção desse importante documento, considerou-se que ele reflete os anseios de uma sociedade que prima e zela pela construção da cidadania do indivíduo, iniciando pelo exercício na primeira infância.

O conteúdo do Plano Municipal pela Primeira Infância tem quatro dimensões:

Dimensão ética – de compromisso pessoal e profissional em dar o melhor de nós mesmos e da competência administrativa dos governos para que as crianças brasileiras sejam felizes e alcancem o melhor de si mesmas.

Dimensão política – que diz respeito à responsabilidade do município para com todas as suas crianças de até seis anos de idade;

Dimensão científica – embasada nos aportes das várias ciências, que, nos últimos cinquenta anos e tão proficuamente no presente, estão investigando os processos e os fatores determinantes e os condicionantes do desenvolvimento e da formação da criança;

Dimensão técnica – baseada em experiências reconhecidas como de boa qualidade nos diversos campos da atividade profissional no atendimento dos direitos das crianças em suas diferentes circunstâncias de vida.

Destarte, é necessário reconhecer a importância de um Plano Alinhando ao Plano Decenal pela Primeira Infância, ao Marco Legal da Primeira Infância, respeitando as normativas e os avanços científicos relacionados a essa importante etapa do desenvolvimento humano.

3PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Figura 5



Fonte: EMEB Maria José de Carvalho.

As fantasias da infância são as memórias transfiguradas pela saudade.

(Rubem Alves)

3.1 PRINCÍPIOS

O país conquistou um importante avanço com o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº13.257/2016), que trouxe princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas voltadas às crianças na primeira infância. Foi o reconhecimento de que os primeiros anos de vida representam uma janela única de oportunidade para o desenvolvimento neurológico, cognitivo, psicomotor e emocional das crianças.

3.1.1 Criança como Sujeito Ativo de Direitos

A consideração da criança como sujeito de direitos significa reconhecê-la enquanto ser humano, sujeito histórico e cultural que é capaz de participar do seu próprio processo formativo, pois toda a criança tem o direito de ler o mundo, de conhecer e debater sobre os seus próprios direitos, de conhecer, aprender e participar do seu próprio processo formativo e de ser respeitada enquanto sujeito de direitos.

3.1.2 Respeito à Diversidade Étnica, Cultural, Religiosa, de Gênero e Geográfica

Toda criança merece o respeito à diversidade étnica, cultural, religiosa, de gênero e geográfica, uma vez que a diversidade se manifesta na originalidade e na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as sociedades que compõem a humanidade. Que as diferenças não sejam fator de desconstrução de identidades das crianças na primeira infância. Que questões como sexo, cor de pele, religião, orientação sexual, condições físicas, classe social, idade, dentre outras tantas, assumam a relevância do respeito ao outro.

3.1.3 Criança como Ser Integral

A criança deve ser vista em sua integralidade, porque a integralidade compreende a ação do desenvolvimento contemplando o ser de forma plural. Ou seja, abrange suas condições ou qualidades físicas, a capacidade ou competência moral, psicológica, espiritual, intelectual, entre outras dimensões que integram o crescimento humano. Valorizar todos os aspectos que vão auxiliá-las a se tornarem atores sociais plenos, compreendendo a si mesmos e ao mundo no qual estão inseridos.

3.1.4 Prioridade Absoluta dos Direitos da Criança

A norma constitucional em seu Art. 227, dar prioridade absoluta dos direitos e melhor interesse assegura que, em qualquer situação, encontre-se a alternativa que garanta que os interesses da criança estejam sempre em primeiro lugar. A premissa é simples: uma sociedade em que o melhor interesse da criança é prioridade é um lugar melhor para todos.

3.1.5 Inclusão

Uma sociedade inclusiva acolhe a todos, independentemente de sexo, idade, religião, origem étnica, raça, orientação sexual ou deficiência. Uma sociedade não apenas aberta e acessível a todos os grupos, mas que estimula a participação e aprecia a diversidade da experiência humana, cuja meta principal é oferecer oportunidades iguais para todos realizarem seu potencial humano.

3.1.6 Integração das Visões Científica, Ética, Política, Estética e Humanista da Criança

Os parâmetros das ciências e a visão humanista devem articular-se nas ações dirigidas à criança. Assim, pediatria, neurociências, pedagogia, psicologia, psicanálise, antropologia, ciência jurídica e outros de um lado, e, de outro, sentido da vida, valores humanos, aspirações e desejo de realização, cuidado com a Terra e outros se complementam.

3.1.7 Garantia da Prioridade Absoluta nos Recursos, Programas e Ações para as Crianças na Primeira Infância

A Constituição Federal de 1988 representa um avanço político e social em relação aos direitos da infância no Brasil, pois inclui em seu texto que as crianças têm prioridade absoluta na efetivação dos seus direitos (Art. 227). Nesse contexto, é preciso que os recursos sejam executados na sua totalidade, assegurando os recursos, programas e ações voltadas para primeira infância.

3.1.8 Articulação das Ações

A articulação deve ocorrer em três âmbitos: (a) nas ações dos Entes Federados (União, Estados, DF e Municípios), (b) nos setores da Administração Pública (educação, saúde, assistência, cultura, justiça etc.) e (c) na relação Governo e Sociedade.

Esse princípio tem três consequências:

- (a) evita duplicidade;
- (b) racionaliza a utilização dos recursos públicos, evitando desperdícios;
- (c) aumenta a eficiência e a eficácia dos esforços governamentais.

3.1.9 Sinergia das Ações

Quando as ações dirigidas às crianças podem ser articuladas no espaço e no tempo, alcançam maior eficiência e eficácia: gasta-se menos e se alcançam resultados mais consistentes. Não se trata de transformar a creche num centro de saúde ou de atribuir a um ambulatório hospitalar as funções de um estabelecimento de educação infantil, mas de encontrar as complementaridades de serviços e as possibilidades de expansão das ações em cada um dos lugares em que as crianças são atendidas – em casa, na creche ou na pré-escola, no centro de saúde, no hospital, no consultório médico, nos espaços institucionalizados do brincar.

3.1.10 Garantia de Atenção da Família, da Sociedade e do Estado

A importância da família sempre foi pontuada historicamente nas leis, como é o caso da Constituição Federal de 1988, em que define a família como a base da sociedade. A família é a instituição primordial de cuidado e educação da primeira infância. Mas a sociedade e o Estado também são responsáveis por suas crianças. Cabe ao Estado formular e implementar políticas econômicas e sociais que deem às famílias condições de cumprir aquela função primária, bem como realizar ações voltadas especificamente às crianças, visando ao atendimento de seus direitos.

3.2 DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

3.2.1 Diretrizes Políticas

1. Atenção à prioridade absoluta dos direitos da criança na Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO, no Plano Plurianual – PPA e no Orçamento. A determinação constitucional e a opção política de situar a criança (como também o adolescente) no topo das prioridades do Estado acarretam a obrigação de incluir e manter na LDO e no PPA as determinações para que os Orçamentos anuais assegurem os meios financeiros para que essa prioridade seja efetivada na prática. As crianças estão nos nossos corações, nas leis e no discurso, mas se não estiverem no orçamento, suas vozes e as nossas ecoarão no vazio.
2. Articulação e complementação dos Planos Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais pela Primeira Infância: cada esfera elabora seu Plano, de tal maneira que todos estejam articulados e se complementem, respeitadas as competências respectivas.
3. Manutenção de uma perspectiva de longo prazo: é preciso persistir por vários anos nos objetivos e metas para garantir condições dignas de vida e promotoras do desenvolvimento pleno a todas as crianças brasileiras.
4. Elaboração dos planos em conjunto pelo governo e sociedade, gerando corresponsabilidade do Estado, da sociedade e das famílias.
5. Participação do Poder Legislativo no processo de elaboração do Plano e monitoramento do Plano.
6. Atribuição de prioridade para áreas geográficas ou localidades com maior necessidade.

3.2.2 Diretrizes Técnicas

1. Integralidade do Plano, abrangendo todos os direitos da criança no contexto familiar, comunitário e institucional.

2. Multissetorialidade das ações, com o cuidado para que, na base de sua aplicação, junto às crianças, sejam realizadas de forma integrada.
3. Valorização dos processos que geram atitudes de defesa, de proteção e de promoção da criança.
4. Valorização e qualificação dos profissionais que atuam diretamente com as crianças, cuja função tenha alguma relação com a qualidade de vida das crianças de até seis anos. Recomenda-se prestigiar seu papel estratégico, expressar reconhecimento pelas ações que comprovem eficiência e eficácia e divulgá-las.
5. Reconhecimento de que a forma como se olha, escuta e atende a criança expressa o valor que se dá a ela, o respeito que se tem por ela, a solidariedade e o compromisso que se assume com ela; reconhecimento, também, de que a criança capta a mensagem desses sentimentos e valores pela maneira com que é tratada pelos adultos.
6. Foco nos resultados: insistir e persistir no alcance dos objetivos e metas do PMPI e divulgar os avanços que vão sendo alcançados.
7. Escolha de alguns objetivos e metas para acompanhar e avaliar o Plano, com indicadores sensíveis e fáceis de verificar.
8. Transparência, disponibilidade e divulgação dos dados coletados no acompanhamento e avaliação do PMPI. Esses dados servirão de indicadores para controle social da execução do Plano.

4 SANTANA DO IPANEMA-ALAGOAS

Santana do Ipanema
Torrão querido pedacinho do meu Brasil
És a Rainha do Sertão Alagoano
Desta Pátria mãe gentil

Tua história enaltece nossa gente
Com bravura e amor-febril
Padre Francisco Correia e Martinho Vieira Rego
Pioneiros nesta terra varonil

Tua bandeira simboliza nossas cores
As tuas praças, este rio, nossos amores
O teu progresso eternamente a florescer
Sou sertanejo, Santanense até morrer!

Minha terra tem palmeiras
Nossos campos têm mais flores
Onde canta o sabiá

Nosso céu tem mais estrelas
Onde nuvens passageiras
Dão espaço ao luar

O teu passado de glória
Está vivo em nossa memória
Teus filhos hão de aprender

É mais forte o meu desejo de dizer
Sou sertanejo, Santanense até morrer!

(Hino de Santana do Ipanema,
Remi Bastos)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

A estrada da vida é uma reta marcada de encruzilhadas. Caminhos certos e errado, encontros e desencontros do começo ao fim. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

(Cora Coralina, Vintém de Cobre)

Santana do Ipanema, cidade alagoana conhecida como a Rainha do Sertão e cantada em seu hino como a rainha do sertão alagoano, que, na sua história remota, já foi chamada de Sant'Ana da Ribeira do Ipanema, por estar situada às margens do Rio Ipanema ou Panema, como era chamado.

O nome Ipanema ou Ypanema, possui três interpretações: “água ruim, rio sem peixe; lagoa fedorenta; e rio amarelo”. Dessas interpretações, o Rio Amarelo retrata o rio temporário que corta o município, e a cidade passou a ser conhecida como Santana do Ipanema.

A história de Santana do Ipanema surge como um arraial habitado por índios e mestiços, nos finais dos anos do século XVIII, quando, na chegada à região, o padre Francisco José Correia de Albuquerque, natural de Sirinhaém, Pernambuco, com seus 22 anos de idade, conseguiu, pelos seus traços eloquentes e facilidade de comunicação, conquistar o povo da cidade, ensinando a religião cristã, construindo igrejas e implantando uma grande civilização.

Depois de algum tempo, chegam à cidade, vindo de Penedo, os irmãos descendentes de português, Martins e Pedro Vieira Rego e, sabendo que a cidade, ainda chamada Ribeira do Panema, contava com extensão de terras próprias para agricultura e pecuária, os irmãos foram ao Rio de Janeiro pleitear uma sesmaria (lotes de terras cedidos pelos reis de Portugal aos novos povoados). Com isso, saíram vitoriosos e receberam a doação de terras, fixando-se com suas famílias na margem esquerda da Ribeira do Panema, prosperando, multiplicando as terras as quais foram entregues aos filhos e filhas de Martins.

A instauração da freguesia foi realizada por meio da Lei nº 9, de 24 de fevereiro de 1836, sob a invocação de Sant'Ana; 39 anos depois, se tornou vila, se desligando de Traipu, mediante Resolução nº 681, de 24 de abril de 1875. Já em 31 de maio de 1921, por intermédio da Lei nº 893, chegou à categoria de cidade.

A formação Administrativa do Município se deu pela Lei nº 1.473, de 17 de setembro de 1949, que desmembra do Município Santana do Ipanema o distrito de Major Isidoro, elevando-o à categoria de Município. Atualmente conta com 150 anos.

O Município de Santana do Ipanema tem sua fé na figura de Nossa Senhora Sant'Ana, possui uma bela igreja e dois pontos de visitação turística no Alto da Fé e Alto do Cruzeiro,

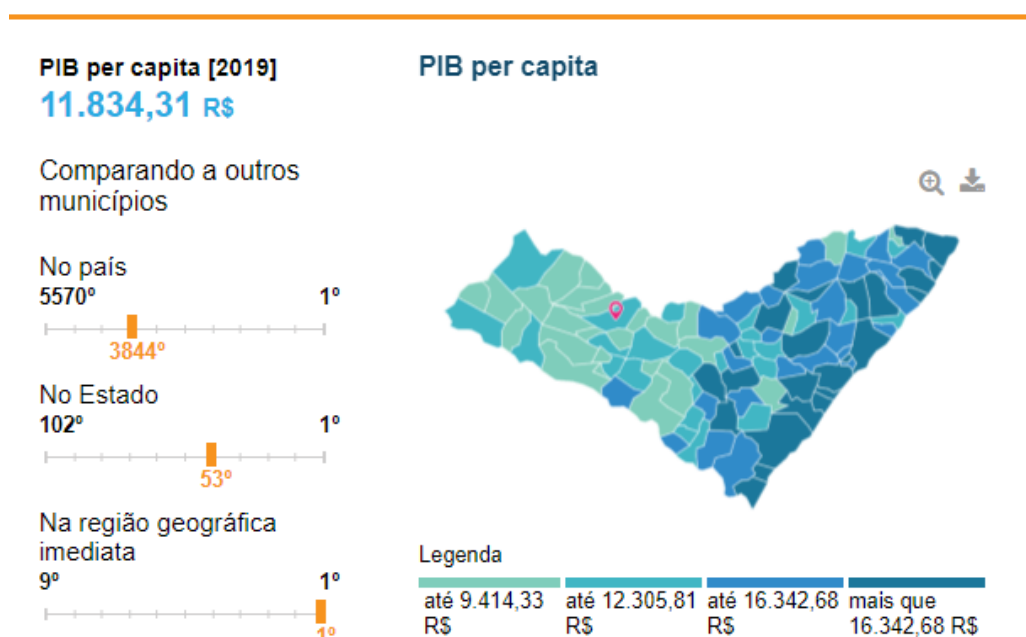
além da Serra da Micro-ondas e a Ponte da Barragem, que completam o cenário turístico da cidade.

O Município também é conhecido por suas festas tradicionais em comemoração ao dia de sua Emancipação Política (24 de abril), aos festejos juninos, ao dia da Padroeira Nossa Senhora Santana (25 de julho) e à tradicional Festa da Juventude, comemorada no domingo anterior ao 25 de julho.

Santana do Ipanema limita-se com os municípios de Águas Belas (PE), Carneiros, Dois Rios, Olivença, Poço das Trincheiras e Senador Rui Palmeira. De acordo com o censo 2010, a população de Santana do Ipanema é de 44.932 pessoas. Em termos populacionais, o município se encontra na 12ª posição no Estado de Alagoas. Possui uma área geográfica de 437.847 km², e uma densidade demográfica de 102,61 hab./ km². Sua altitude média é de 250 m acima do nível do mar, e tem temperaturas que variam de 20 °C a 39 °C.

Além disso, segundo dados do Caravela – Dados e Estatísticas – Santana do Ipanema possui um PIB (Produto Interno Bruto) de cerca de R\$ 564 mil, sendo que 57,2% do valor adicionado advém dos serviços; na sequência aparecem as participações da administração pública (32,6%), da indústria (32,6%) e da agropecuária (4,4%).

Figura 6 – Renda per capita do Município



Fonte: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/santana-do-ipanema/panorama>

Com esta estrutura, o PIB per capita de Santana do Ipanema é de R\$ 11,834,31, valor inferior à média do estado (R\$ 17,7 mil) e da grande região de Arapiraca (R\$ 12,8 mil), mas superior à média dos municípios da pequena região de Santana do Ipanema (R\$ 8,6 mil).

Figura7 – Santana do Ipanema na Região do Médio Sertão



Fonte: Caravela – Dados e Estatísticas

5 AÇÕES FINALÍSTICAS**Figura8**

Fonte: Creche Santa Quitéria

5.1 CRIANÇAS COM SAÚDE



Figura9

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde²

Se a sobrevivência infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis a todos na primeira infância é um objetivo que, já iniciado o século XXI, lhe deve estar indissoluvelmente associado. (OPAS, 2005)

Proporcionar à criança oportunidades para que tenha um desenvolvimento adequado é talvez o demais importante que se pode oferecer à espécie humana. Um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, com maior capacidade para enfrentar as adversidades que a vida oferece, reduzindo-se assim as disparidades sociais e econômicas da nossa sociedade.

O reconhecimento de que a criança é prioridade e que ela se constitui no grupo mais vulnerável da humanidade dá suporte à importância da atenção integral à sua saúde, pelos

² As autorizações de uso de imagem encontram-se sob posse da Prefeitura Municipal de Santana de Ipanema.

impactos potenciais no presente e no futuro. A absoluta dependência dos adultos, seja no âmbito das famílias ou da sociedade, de forma mais ampla, e o fundamental interesse em garantir o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos mais saudáveis e socialmente adaptados, explicam, em parte, porque as políticas que priorizam a atenção às crianças se constituem, frequentemente, em políticas de consenso.

Ressalta-se, assim, que o cuidado em saúde demanda um olhar mais fixado na criança, numa postura acolhedora com escuta atenta e qualificada, com singularidade e o estabelecimento de vínculo de forma implicada. Pressupõe uma visão global das dimensões da vida que possibilitem respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe com múltiplos olhares. Da mesma maneira, é necessário um esforço de integração da rede de cuidado e de proteção, potencializando os recursos disponíveis para a efetivação dos direitos da criança e seu grupo familiar.

Oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de responder resolutivamente às demandas específicas de sua saúde, sejam eles no contexto da Atenção Básica, de apoio diagnóstico, ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e internação hospitalar. Associa-se a isso as questões relacionadas à vigilância à saúde, expressas nas atividades de vigilância epidemiológica e nas diversas formas de ações intersetoriais, que resultam em produção de saúde. (BRASIL, 2005a)

Incorporar ações a prática de cuidado integral especialmente na Primeira Infância (crianças até completar 6 anos de idade) é um fator relevante, atribuído por inúmeras áreas do conhecimento – como a Biologia, a Psicologia, a Psicanálise e as Neurociências, entre outras contribuições –, em interação com o saber e as práticas de saúde, pois as crianças precisam de um ambiente favorável ao seu crescimento e amadurecimento, que permita, junto ao seu potencial genético, o desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas.

Os primeiros anos de vida são aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo, especialmente devido à sua plasticidade cerebral. A imaturidade, inclusive imunológica, associada a condições de vida desfavoráveis, relacionadas à ausência de saneamento básico, de segurança alimentar e nutricional, de situações de violência intrafamiliar, de baixa escolaridade materna, além de condições específicas das populações vulneráveis, baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, são determinantes não apenas de maior morbidade e mortalidade, na infância, mas de riscos ao pleno desenvolvimento destas crianças.

A qualificação da vida e o usufruto pleno das potencialidades de brasileiras e brasileiros é ponto fundamental, que considera a família, a comunidade, a sociedade em geral e o Poder Público, responsáveis pela efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à convivência familiar e comunitária com proteção, à participação, ao respeito e à liberdade.

5.2 DIRETRIZES

A atenção integral, como diretriz do SUS, está contemplada desde a Constituição de 1988. Na rede de atenção à saúde, convivem diferentes marcos organizativos; entre eles, a estruturação em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e alta complexidade. Cada Estado e Município, com base na rede de atenção e seus diversos equipamentos e serviços de saúde, deve incluir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em seus planejamentos de saúde, projetos e programas, percebendo as ações voltadas para as crianças articuladas com as diversas áreas e ciclos de vida. É certo que ainda é um desafio, mas, para que seja efetivo, é um processo que deve ter a participação e compromisso de todos os atores envolvidos.

Figura 10 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança



Fonte: Brasil (2015). Adaptado

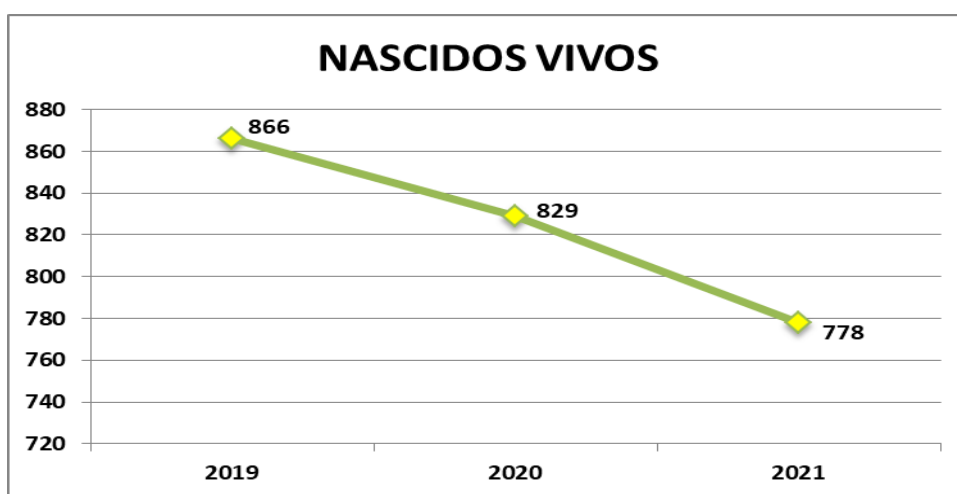
5.3 CONTEXTUALIZAÇÃO

A atenção integral à gestação inicia-se com a visão abrangente de saúde integral da mulher e promoção da saúde sexual e reprodutiva, desde a adolescência. Enfoca a fisiologia, o protagonismo e autonomia da mulher neste processo, contrapondo-se à abordagem predominante de medicalização com intervenções excessivas e, muitas vezes, prejudiciais para a saúde da mulher e do bebê. Deve incluir situações especiais como atenção às mulheres em situação de violência, a prevenção e abordagem da gravidez não planejada e a de alto risco, a assistência à infertilidade e atenção diferenciada a situações de risco, as doenças ou problemas com identificação e os tratamentos oportunos para prevenção de complicações. (BRASIL, 1984, p. 39)

Desde a atenção pré-natal, devem ser realizadas ações específicas para apoio à implementação das práticas baseadas em evidências e da legislação vigente, com a disseminação da informação adequada à gestante e aos familiares e fortalecimento do controle social, com o intuito de fomentar os direitos da mulher e da criança, de acesso à atenção humanizada ao parto e ao nascimento, promoção do nascimento saudável, do vínculo mãe e filho, dos laços familiares e sociais e do aleitamento materno.

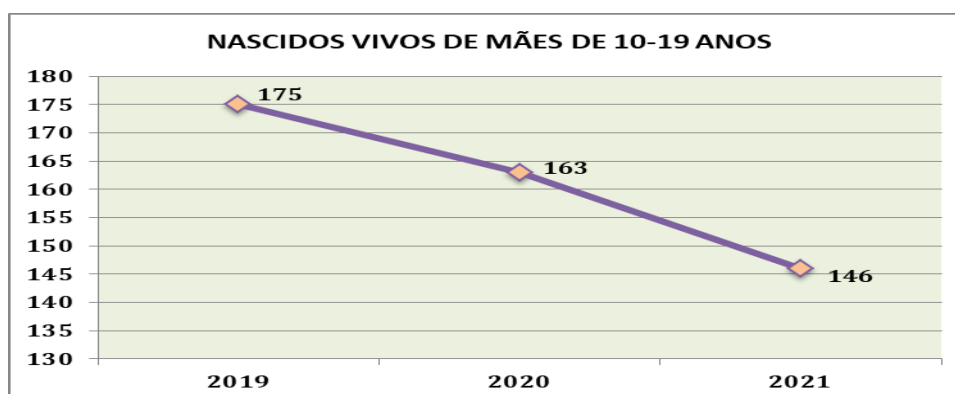
A Atenção Básica, especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde na atenção perinatal e coordenadora do cuidado. É essencialmente a partir da necessidade de atenção da população no território de responsabilidade que se organiza a rede de atenção perinatal, considerando-se a população local de gestantes, de nascidos vivos e a necessidade de serviços de Atenção Básica, especializada e hospitalar regionalizada.

Figura 11



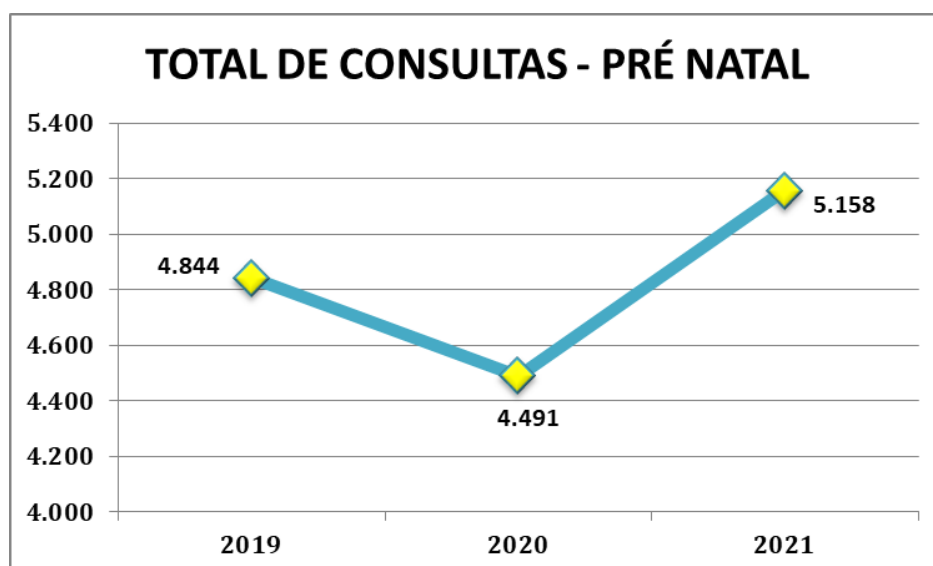
Fonte: SINASC. Acesso em 11 de maio de 2022.

No período que compreende os anos de 2019 a 2021, o total de nascidos vivos foi de 2.473 indivíduos. Observa-se uma queda discreta de 8%, em comparação com a tendência que vinha se delineando – média de 847 nascidos vivos anuais.

Figura 12

Fonte: SINASC. Acesso em 11 de maio de 2022.

Destaca-se que 20,20% dos bebês nascidos vivos no ano de 2019 são filhos de mães adolescentes (10-19 anos). Em 2020, ocorreu uma discreta queda, ficando em 19,66%. Já em 2021, 18,76% dos nascimentos de bebês vivos foram de mães adolescentes.

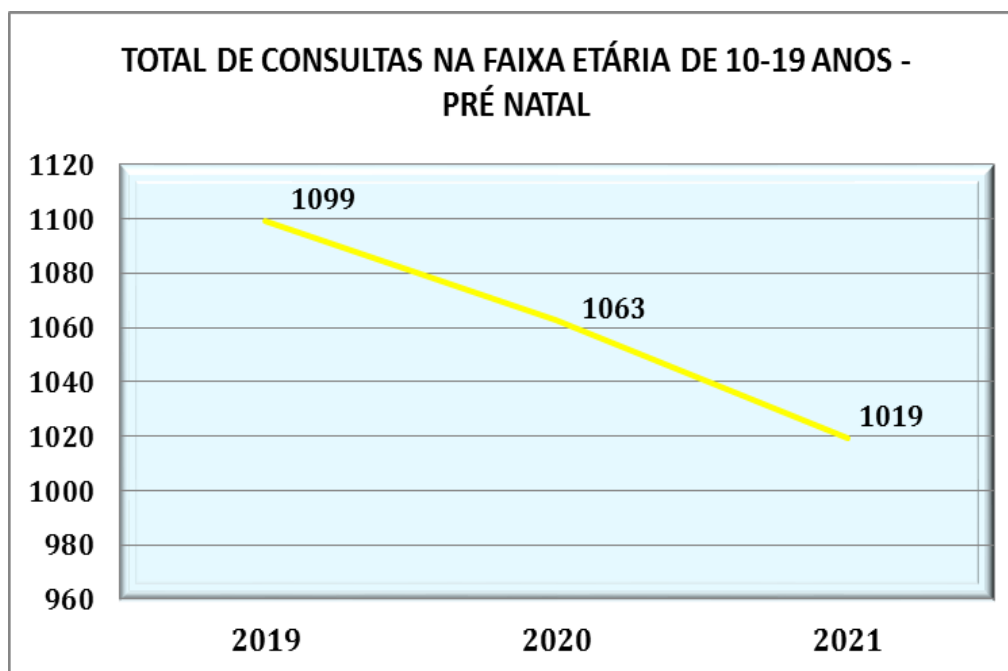
Figura 13

Fonte: eSUS AB. Acesso em 11 de maio de 2022.

Em relação à consulta pré-natal na Atenção Primária a Saúde (APS), observa-se que no ano de 2020 houve diminuição em 7,03% em relação ao ano de 2019. No entanto, a diminuição de consultas, foi observada em vários lugares, no Brasil e no mundo, sendo atribuída a situação de Pandemia do Corona Vírus. Observa-se também, que, no ano de 2021, houve um aumento de 10,5% em relação à tendência que vinha se projetando. Nesse mesmo ano, desta-

ca-se que as ações de qualificação da assistência ao pré-natal foram intensificadas por parte das Equipes da Atenção Primária, sendo esse um fator relevante para a Gestão.

Figura 14



Fonte: eSUS AB. Acesso em 11 de maio de 2022.

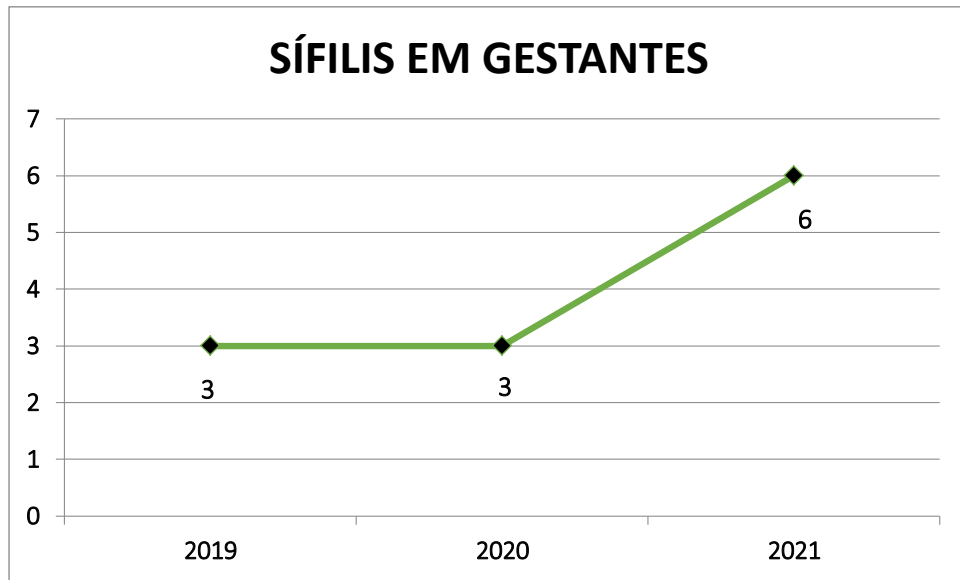
No que diz respeito aos atendimentos de Pré-Natal das gestantes de 10-19 anos, constata-se que a média de consultas por gestação, usando como base o número de nascidos vivos de mães nessa faixa etária, foi de 15 consultas, nos mostrando uma média acima do que o Programa Previne Brasil propõe como meta.

Já em relação às ações em doenças sexualmente transmissíveis/vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/HIV/AIDS) voltadas para gestantes e crianças, apesar de no ano de 2021 o Município ter aumentado em 100% o número de Sífilis em gestantes, têm-se conseguido diminuir significativamente o risco da transmissão vertical do HIV e Sífilis, como apresentado em gráficos abaixo. Acredita-se, por exemplo, que isso tenha se dado graças à oferta de exames, diagnósticos e profilaxia adequados durante a gestação, o parto e o puerpério. A transmissão vertical de sífilis persiste o desafio de qualificação e de agilização do diagnóstico e do tratamento em tempo oportuno da gestante e de seu parceiro.

Figura

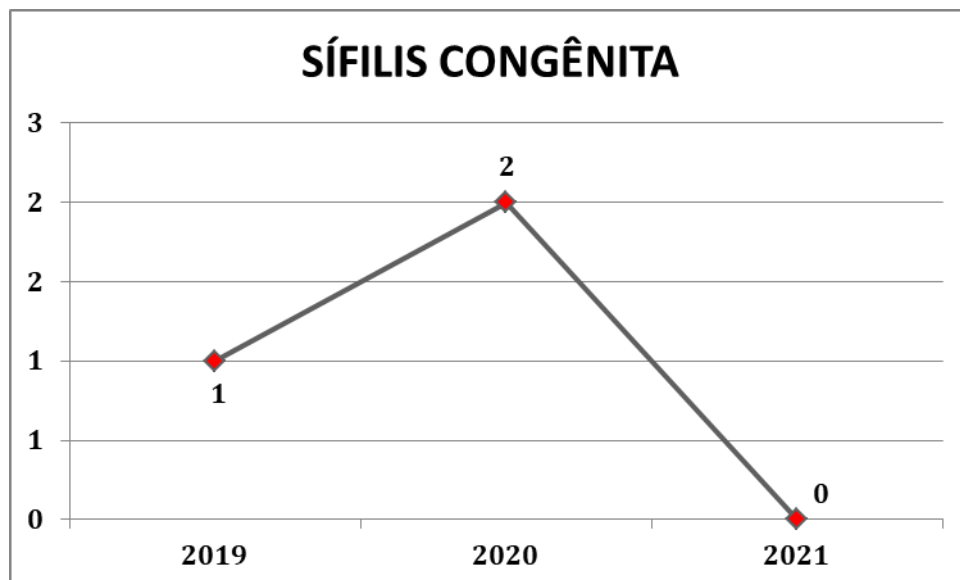
Figura

15



Fonte: eSUS AB. Acesso em 11 de maio de 2022.

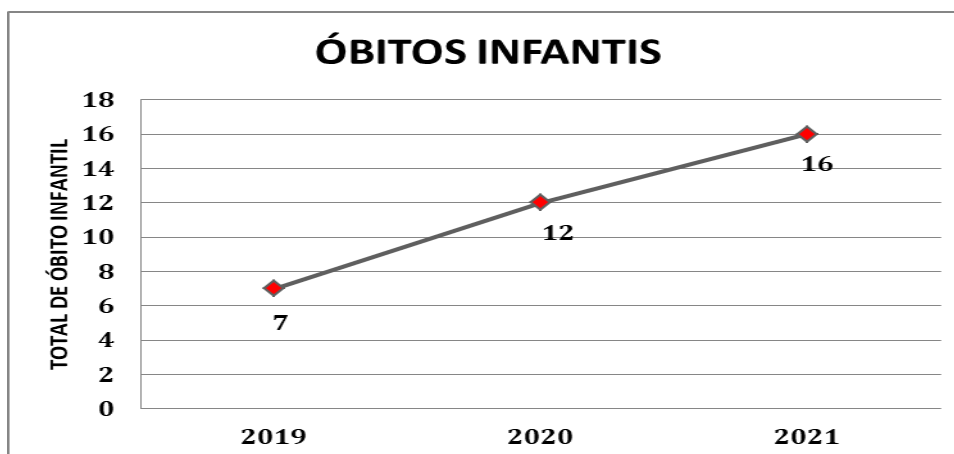
Figura 16



Fonte: eSUS AB. Acesso em 11 de maio de 2022.

Vale ressaltar que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Santana do Ipanema, disponibilizam testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C, visando aumentar a resolutividade e a agilidade no diagnóstico e no tratamento dessas patologias na gravidez. Para as gestantes que não realizaram o pré-natal ou não possuem informações sobre sua condição sorológica, os testes são realizados para intervenção em tempo oportuno, após aconselhamento e consentimento do paciente.

Figura 17

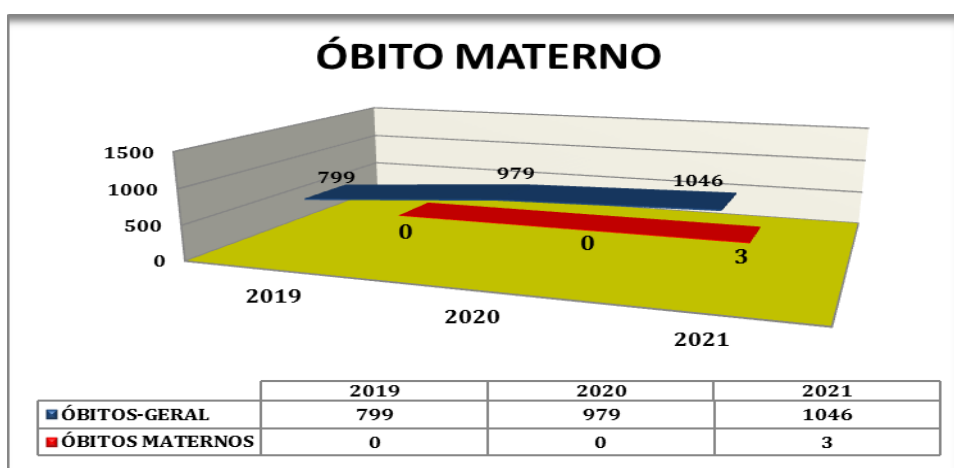


Fonte: SINASC. Acesso em 11 de maio de 2022.

No tocante aos óbitos infantis, nota-se um aumento (60%) na tendência que vinha se delineando nos últimos dois anos. No que se refere à taxa de mortalidade infantil, em 2019, foi de 8,08 mortes/mil nascidos vivos; em 2020 foi de 14,47 mortes/mil nascidos vivos; já em 2021 foi de 20,56 mortes/mil nascidos vivos, com predomínio da mortalidade neonatal.

Dentre as ações priorizadas para 2022, encontra-se a captação precoce da mãe gestante, o acompanhamento sistemático do seu pré-natal e a captação precoce do recém-nascido (RN), com inserção deste na puericultura. Além disso, a implantação/implementação de políticas e programas com a finalidade de melhorar as condições de saúde e ampliar o acesso a serviços de saúde à gestante e ao RC, vem com a premissa de reduzir a taxa de mortalidade infantil e neonatal a partir da melhoria da qualidade do pré-natal, do puerpério e do desenvolvimento da criança.

Figura 18



Fonte: SINASC. Acesso em 11 de maio de 2022.

Entre os anos de 2019, 2020 e 2021, contabilizou-se um total de três óbitos maternos, todos provenientes de mulheres residentes. Esses óbitos identificados no período ocorreram no ano de 2021, o que significa um aumento de 300% na tendência que vinha se projetando. No mesmo ano, obteve-se uma taxa de mortalidade materna de 385,6%.

Esse indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que a elevação do número de óbitos maternos pode refletir acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas de parto cirúrgico.

A Gestão Municipal de Santana do Ipanema tem como prioridade as políticas de saúde na área da saúde da mulher e da criança, tendo assumido compromissos para a redução da morte materna e neonatal.

Essas mortes estão estreitamente relacionadas ao nível socioeconômico da família e deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao RN, podendo ser evitadas (BRASIL, 2018).

Em relação ao recém-nascido, sabe-se que o principal instrumento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças é a puericultura, atividade que requer atendimentos sistemáticos, realizados a partir do primeiro mês de vida das crianças.

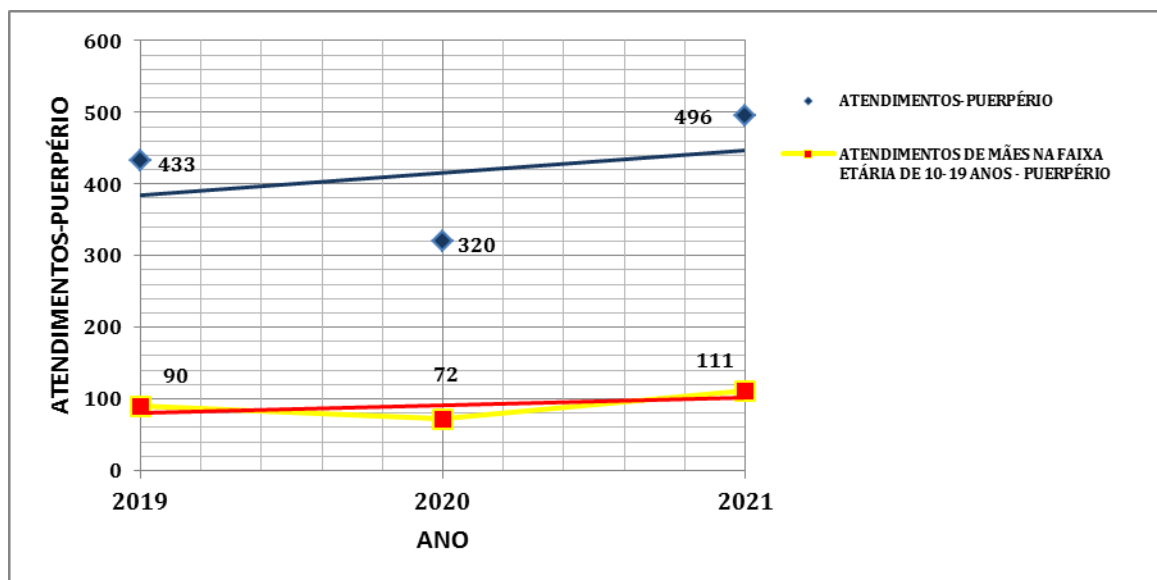
Sua realização se dá por meio da anamnese, de dados antropométricos e do exame físico. De posse e baseado nesses dados, são feitas orientações aos cuidadores, além de incentivo ao aleitamento materno e verificação e preenchimento da Caderneta da Criança (BRASIL, 2018).

O atendimento precoce ao binômio mãe e filho é uma das ações preconizadas. Nele são verificadas as Ações do 5º Dia, momento em que a mãe é ouvida e esclarecida quanto às possíveis dúvidas bem como são feitas orientações e outras atividades, de acordo com a necessidade evidenciada.

As orientações e avaliações feitas no 5º dia podem ser realizadas durante visita domiciliar ou na UBS. Durante a visita domiciliar, além de realizar parte das Ações, o profissional de saúde tem oportunidade de conhecer o ambiente em que vive a família, podendo assim captar melhor possíveis necessidades.

Trata-se, ainda, de um momento importantíssimo, em que o profissional de saúde pode conhecer a realidade daquela família e intervir de forma mais eficaz, além de reforçar o vínculo e realizar vigilância em saúde de forma efetiva.

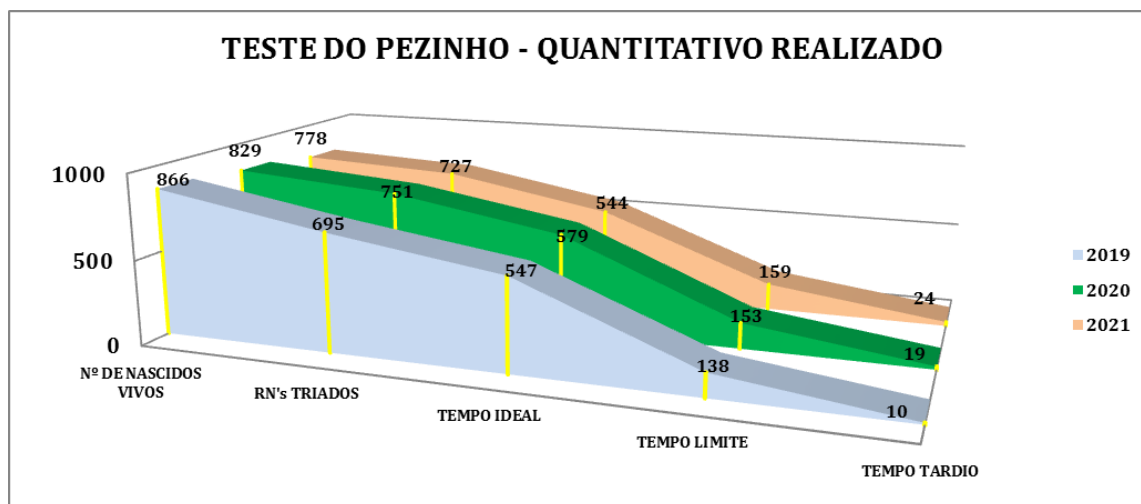
Figura 19



Fonte: eSUS AB. Acesso em 11 de maio de 2022.

Ao analisarmos o gráfico, observamos que, no período que compreende os anos de 2019 a 2021, apenas 49,69% das puérperas e RN's tiveram atendimento puerperal, tendo no ano de 2020 o percentual mais baixo de atendimento puerperal – apenas 38,6%. Atribui-se ao referido período a Pandemia do Corona Vírus, que impactou diretamente nos atendimentos presenciais.

Figura 20



Fonte: Setor de Triagem Neonatal-SMS/Santana do Ipanema. Dados recebidos em 16 de maio de 2022.

Entre os anos de 2019 a 2021, 2.473(87,86%), recém-nascidos foram triados, ou seja, realizaram o Teste do Pezinho. Destes, 1.670(67,52%) realizaram em tempo considerado ideal: 3º-5º dia; 450(18,17%) em tempo considerado limite: 6º-15º dia; 53(2,14%) em tempo considerado tardio: 16º-28º dia. No entanto, cabe salientar que a diferença entre número de nascidos vivos e triados pode ser atribuído a diversos fatores: coletas realizadas em laboratório particular; endereços que não pertencem ao município; óbitos, partos em outro município com a coleta no próprio hospital e usuárias que passam o puerpério em outro município.

O teste do pezinho é um exame realizado por meio da punção no calcanhar da criança com posterior coleta do sangue em um papel filtro próprio. Assim, detectam-se erros inatos do metabolismo e infecções congênicas, que quando tratadas precocemente diminuem sua repercussão sobre a saúde da criança.

No teste do pezinho básico, são pesquisadas as seguintes doenças: hipertireoidismo congênito, fenilcetonúria e outras aminoacidopatias. O teste ampliado detecta todas as doenças do teste Básico, mais hiperplasia adrenal congênita e fibrose cística. O Plus identifica todas as doenças do teste ampliado, e ainda, galactosemia, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita. (REICHERT E PACÍFICO, 2003, p.226)

Como estratégia da Gestão da Saúde do Município de Santana do Ipanema/AL, as visitas domiciliares estão sendo recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando se há fatores de risco e proteção. Ademais, a visita domiciliar pode estar sendo utilizada como um instrumento para vigilância em saúde. Para uma adesão eficaz à puericultura é necessária a captação precoce de mãe e filho, além de sensibilização parental quanto à importância desse acompanhamento.

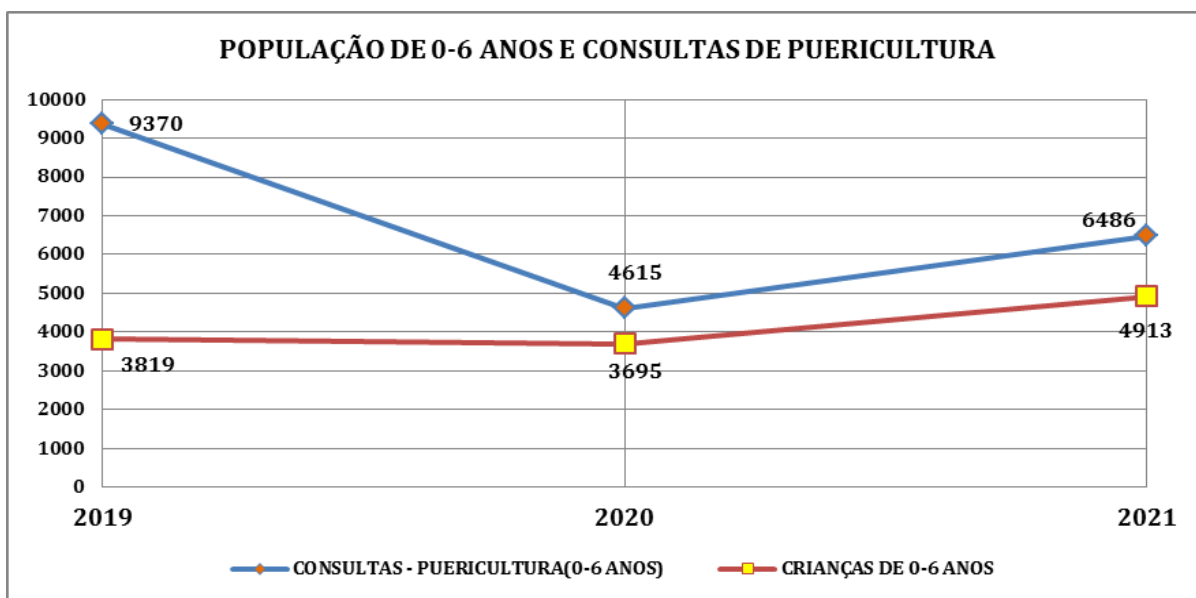
Souza, Lopes e Barbosa (2004) evidenciam a importância da visita domiciliar devido ao estreitamento da relação entre a família, o profissional e o serviço de saúde e por se constituir em um valioso instrumento na identificação de problemas, planejamento de intervenções e educação em saúde. No que diz respeito à educação em saúde, ela pode contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida por meio da prevenção de doenças e prevenção de saúde.

Outro aspecto importante que está sendo recomendado as eSF's e eAP é a avaliação e orientação quanto aos sinais de alerta e aos possíveis agravos na criança, que são ainda frágeis e necessitam atenção especial. De acordo com o Ministério da Saúde, são sinais que merecem atenção e encaminhamento imediato da criança ao serviço de referência (BRASIL, 2012a): criança não consegue mamar; criança vomita tudo o que ingere; convulsão; apneia; bradicar-

dia; letargia ou inconsciência; taquipneia; prostração; febre ou hipotermia; tiragem intercostal; batimento de aleta nasal; cianose ou palidez; icterícia; gemência; fontanela abaulada; secreção purulenta em ouvido; hiperemia em coto umbilical ou secreção purulenta local; pústulas na pele; irritabilidade ou dor à manipulação.

Para uma adesão eficaz à puericultura é necessária a captação precoce de mãe e filho, além de sensibilização parental quanto à importância desse acompanhamento.

Figura 21



Fonte: eSUS AB. Acesso em 11 de maio de 2022.

O acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento da criança, consiste na vigilância e estímulo pleno, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela Atenção Básica à saúde, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015b, art. 6º, item III).

Observa-se que houve um crescimento de quase 29% da população de 0-6 anos, no período que compreende os anos de 2019 a 2021.

A história das políticas e programas voltados à saúde da criança o foco na vigilância do seu crescimento e desenvolvimento (CD) é antiga, tendo sido uma das principais estratégias do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), nos anos 80.

Nas últimas décadas, entretanto, tal estratégia ganha novo ímpeto e amplitude de olhar, com o crescimento dos conhecimentos científicos e das Políticas Públicas de muitos países, relacionadas à importância dos cuidados para um pleno Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI).

A Primeira Infância (de zero a seis anos – equivalente a 72 meses) é decisiva para o desenvolvimento saudável do ser humano. É um ciclo de grande promessa e, ao mesmo tempo, de ameaças consideráveis. As evidências mostram que as suas experiências familiares e sociais, quanto mais precoces, ficam incorporadas biologicamente, podendo ter influências nas etapas ao longo da vida, tanto positivas quanto negativas, pois afetam as bases da aprendizagem, do comportamento e da saúde (SHONKOFF, 2012).

A interação da criança com os membros da família e com a rede social de proteção assegura não apenas sua sobrevivência, mas contribui para o desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e emocional.

O vínculo da criança com a mãe/cuidador exerce importante papel para a aquisição de habilidades, em conjunto com o crescimento e amadurecimento cerebral que acompanham o desenvolvimento.

Este processo é complexo e se apoia na dimensão biológica e psicoafetiva, mas depende estritamente do ambiente para seu florescimento. É na interação com o ambiente familiar, com as redes de cooperação, escolar e social mais ampla, que a criança poderá se desenvolver plenamente.

O desenvolvimento cognitivo integral está ligado a relações satisfatórias entre funcionalidades: sensorial, perceptiva, motora, linguística, intelectual e psicológica, cujo progresso de tais dimensões se estruturam a partir de etapas de maturação neurocerebral do indivíduo. (BRASIL, 2016b).

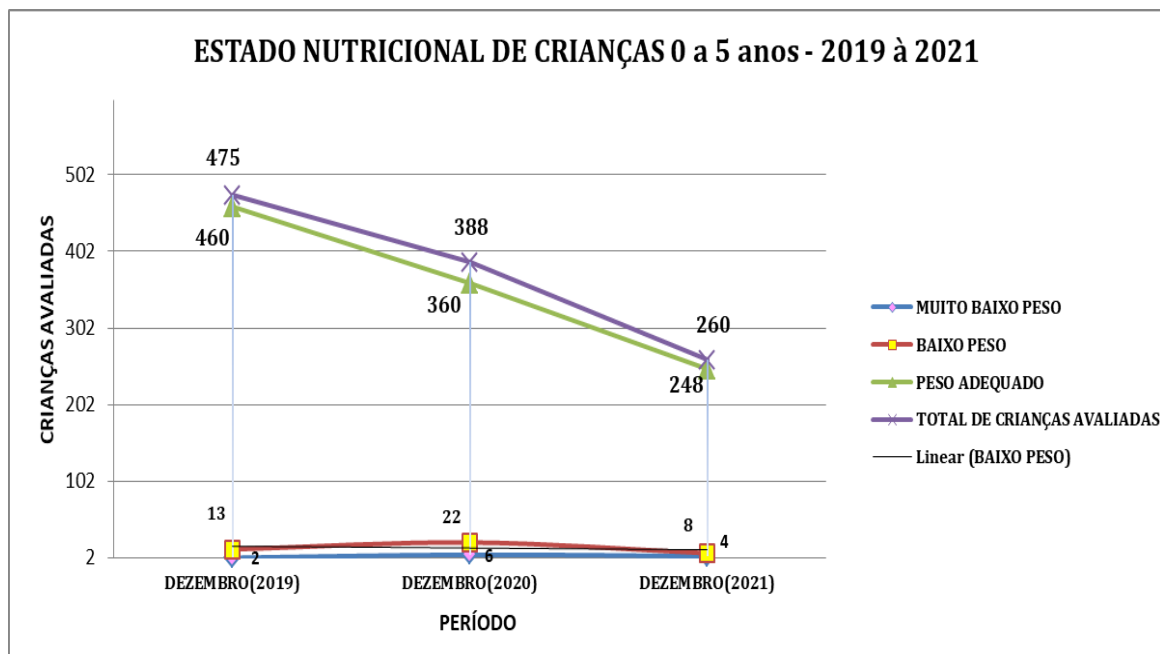
O acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento (CD) da criança inicia-se na maternidade, com a realização dos exames da Triagem Neonatal, e tem sua continuidade de cuidado na Atenção Básica à Saúde (ABS).

A exemplo disso há realização da Triagem Neonatal Biológica – TNB (Teste do pezinho) e mediante consultas de rotina, conforme calendário de puericultura previsto na Caderneta de Saúde da Criança, pressupondo ações de promoção, de proteção, de detecção precoce, de atendimento e de reabilitação de alterações que possam repercutir em sua vida futura.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.058, de 4 de julho de 2005, prevê a disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança, Passaporte da Cidadania, a todas-nascidas nas maternidades (públicas e privadas) do País.

Trata-se de ferramenta estratégica para servir de fio condutor da atenção integral preconizada pela PNAISC, instrumento insubstituível de registro e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD).

Figura 22



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Acesso em 21 de maio de 2022.

Analisando o gráfico acima, constatamos que menos de 20% das crianças na faixa etária de 0-5 anos foram avaliadas quanto ao Estado Nutricional. Observamos que das 1.123 crianças avaliadas no período de 2019 a 2021, 12(1,06%) foi avaliada com MUITO BAIXO PESO; 43(3,83%) com BAIXO PESO e 1.068(95,01%) com PESO ADEQUADO.

Estão sendo programadas ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, incluindo avaliação antropométrica, avaliação de consumo alimentar, além da identificação e da priorização do atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis. Também foram priorizados os programas de suplementação preventiva com micronutrientes, organizados na Atenção Básica.

Em relação à implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, a Atenção Primária construiu um fluxo de atendimento específico. Este encontra-se em fase de estruturação para ser aplicado no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde.

Quadro 1

AÇÕES FINALÍSTICAS – CRIANÇAS COM SAÚDE					
ATENDIMENTO PRÉ-NATAL					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Qualificar profissionais para o atendimento humanizado, promovendo a melhoria da qualidade do serviço prestado.	Capacitar 100% das equipes de saúde para o tratamento e a qualidade da atenção à saúde e de educação dirigidos às gestantes.	Durante toda vigência do plano	Número de equipes capacitadas para manejo clínico das gestantes de baixo risco	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. GRUPO TÉCNICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.
Realizar busca ativa de gestantes para garantia de identificação até 12º semana de gestação.	Garantir a 45% das gestantes, a realização de seis ou mais consultas.	Durante toda vigência do plano	Proporção de gestantes com 6 consultas ou mais captadas até 12º semana de gestação	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Implantar o fluxograma de mapeamento do pré-natal para todas as equipes de saúde, com garantia de realização dos exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde e testes rápidos;	Realizar em 60% das gestantes o de teste de HIV e demais exames laboratoriais.	Durante toda vigência do plano	Proporção de gestantes com Testes Rápidos (HIV e Sífilis) realizados na APS	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Realizar busca ativa das gestantes que não estão com esquema vacinal regular, assegurando o imunobiológico da rede municipal.	Garantir a proteção contra o tétano neonatal por meio da imunização de 100% gestantes, identificadas, cadastradas e vinculadas nas unidades básicas de saúde.	Durante toda vigência do plano	Proporção de gestantes com esquema completo para dT	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Implantar o Plano de Parto Humanizado em articulação com o Hospital/Maternidade de referência.	Assegurar a 100% das gestantes acolhimento na maternidade de referência.	Durante toda vigência do plano	Número de Equipes com Plano de Parto implantado	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Promover o pré-natal do parceiro e visita a maternidade de referência, tendo como base a importância da participação ativa do pai/companheiro/familiares.	Preparar 45% das gestantes do município para o parto e a maternidade, dando maior ênfase ao apoio psicológico.		Número de atendimentos registrados como pré-natal do parceiro/acompanhante		DIRETORIA MÉDIA COMPLEXIDADE
Implementar atividades educativas nas unidades básicas de saúde voltadas para o apoio psicossocial da gestante e mães adolescentes em conjunto com a equipe multidisciplinar.	Promover estratégias e ações interdisciplinares no pré-natal com o objetivo de melhor configurar o universo psicossocial de 45% das gestantes.	Durante toda vigência do plano	Número de atendimentos conjuntos	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE GRUPO TÉCNICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO INFANTIL					
Apoiar e induzir ações de promoção, proteção e apoio voltado à primeira infância e ao aleitamento materno exclusivo.	Promover anualmente 01 evento estratégico com foco na primeira infância.	Durante toda vigência do plano	Número de ações estratégicas (Semana do Bebê)	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE DIRETORIA DE VIGILÂNCIA A SAÚDE DIRETORIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE
Incentivar a disponibilização de salas de apoio à amamentação no local de trabalho.	Implantar sala de apoio em 02 unidades básicas de saúde.	2026	Número de unidades básicas de saúde com sala de apoio à amamentação implantada	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, COMBATE À DESNUTRIÇÃO E ÀS ANEMIAS CARENCIAIS E PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL					
Criar ações conjuntas entre as áreas da saúde, educação e assistência social, que visam à promoção do desenvolvimento pleno nos 02 primeiros anos de vida.	Reduzir para 3% o número de crianças menores de 02 anos com muito baixo peso e baixo peso.	2024	Número de crianças de 0-2 com muito baixo peso e baixo peso	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Fortalecer o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, produzindo informações fidedignas para que as ações programadas	Capacitar 100% dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as técnicas antropométricas e indicadores de diagnóstico do estado	Durante toda vigência do Plano	Número de Agentes Comunitários capacitados	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE

sejam relevantes.	nutricional.				
Apoiar a alimentação complementar ao leite materno após o 6º mês de vida e o seguimento dos 10 passos para a alimentação saudável.	Capacitar 02 profissionais da atenção primária a saúde sobre temas relacionados à Promoção da Alimentação Saudável e Adequada na primeira infância.	2024	Número de profissionais capacitados para Promoção da Alimentação Saudável e Adequada	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
VIGILÂNCIA À SAÚDE PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA					
Avaliar o estado de saúde da mulher e RN, orientando e apoiando toda família em relação a importância da amamentação e promovendo oferta da triagem neonatal (teste do pezinho), acompanhamento do cartão de vacina do RN e puérpera, assegurando a continuidade do cuidado no território.	Intensificar o cuidado com 100% dos recém-nascidos e puérperas na primeira semana após o parto.	Durante toda vigência do plano	Número de puérperas e RN acompanhados pelas APS.	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Garantir o atendimento de qualidade e em tempo hábil, para identificação precoce de situações que necessitam de intervenção.	Sensibilizar 100% das equipes de atenção básica para a realização de visitas domiciliares desde a primeira semana de vida do bebê.	2024	Número de consultas puerperal na APS	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO					
Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Criança, instrumento de avaliação multidimensional, com foco nas visitas domiciliares para suporte a crianças/famílias de maior vulnerabilidade.	Assegurar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da saúde de 100% das crianças.	2024	Número de atendimentos de puericultura na APS	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Garantir o atendimento integral à criança.	Fomentar a criação de 01 equipe multiprofissional para atendimento à criança nas unidades básicas de saúde.	2025	Número de equipe multiprofissional na APS	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
AÇÕES DE CONTROLE E ASSISTÊNCIA					

Implementar atividades de educação permanente para os profissionais da atenção primária à saúde com foco nas ações de controle da transmissão vertical do HIV.	Reduzir a Transmissão Vertical do HIV/AIDS em 100%.	Durante toda vigência do plano	Taxa de incidência de HIV/AIDS em RN's	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE GRUPO TÉCNICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Desenvolver atividades de educação permanente de manejo adequado das gestantes com sífilis e seus parceiros sexuais para os profissionais da atenção primária à saúde.	Manter a incidência da sífilis congênita em 0.	2025	Taxa de incidência de sífilis congênita	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE GRUPO TÉCNICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Promover a saúde bucal das crianças na faixa etária de 0-6 anos.	Garantir a consulta odontológica para 60% das crianças na faixa etária de 0-6 anos.	2025	Número de consultas odontológicas realizadas em crianças até 06 anos	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Implementar diretrizes de atenção e linhas de cuidado para doenças crônicas na infância.	Fomentar as medidas necessárias para a detecção precoce de doenças crônicas graves como o diabetes tipo 1 em 100% da população infantil do município.	2024	Números de consultas realizadas pelos profissionais da APS em crianças de 0-6 anos com doenças crônicas	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE GRUPO TÉCNICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

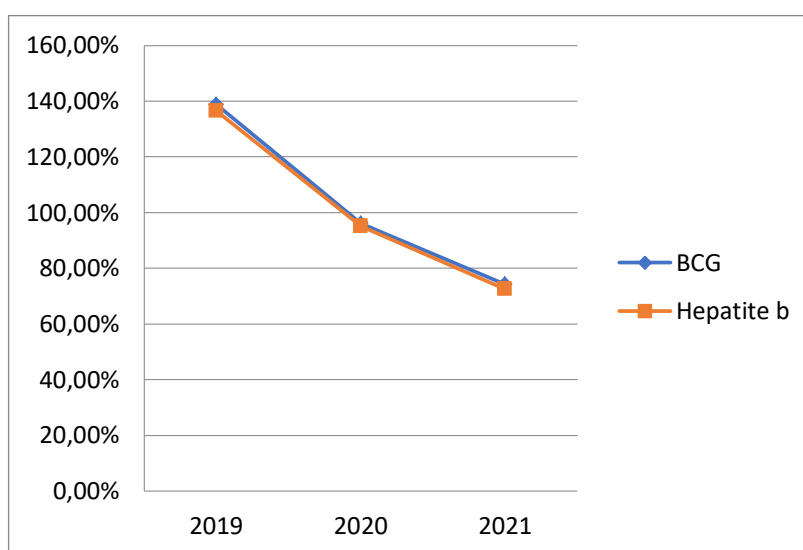
Fonte: Os Autores

5.4 VACINAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RECÉM -NASCIDO

Nos últimos 40 anos, o PNI (Programa Nacional de Imunização) em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais vem realizando um trabalho de redução da morbimortalidade causada pelas doenças imunopreveníveis por meio da vacinação. Todo indivíduo precisa ser imunizado e assim garantir sua proteção e a da coletividade de doenças que podem levar a complicações e até óbitos. O PNI foi regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

São mais de 18 imunobiológicos preconizados no calendário básico de vacinação desde o nascimento até a fase adulta, dentre elas temos a BCG, que previne contra formas graves de tuberculose, hepatite B para evitar a infecção pelo vírus da hepatite B, ambas para serem administradas nas crianças ao nascer, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Para garantir uma imunidade satisfatória, é importante o alcance das coberturas vacinais em média 90% para BCG e 95% para hepatite B (BRASIL, 2014). Em Santana do Ipanema, as coberturas vacinais vêm decrescendo ao longo dos anos. Para BCG, em 2019, 138,69%; em 2020, 95,98%; e em 2021, 74,25%. Para hepatite B, 136,43% em 2019; 95,10% em 2020; e 72,52% em 2021.

Figura 23 – Cobertura Vacinal



Fonte: SINAN/LOCAL. Acesso em 11 de maio de 2022.

Na vacinação do adulto, se ele completou esquema vacinal na infância, irá necessitar apenas de doses de reforço de alguns imunobiológicos ou participação de alguma campanha. Para a puérpera não é diferente: se não completou o esquema de hepatite B, dupla adulto

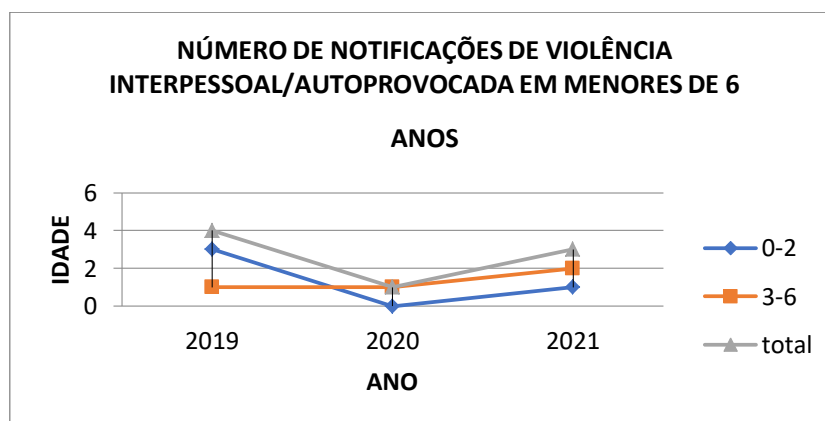
e tríplice viral, necessita que o faça o mais rápido possível, evitando se contaminar e a transmitir para o recém-nascido. Essas vacinas previnem a puérpera para não contrair o vírus da hepatite B, difteria, tétano, sarampo, rubéola e caxumba.

5.4.1 Capacitação das Equipes sobre Violência

Krug et al (2002), no relatório Mundial sobre violência e saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), define violência como “uso da física ou do poder real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” (KRUG et al, 2002)

Os tipos de violência são autoprovocada por meio de comportamento suicida e autoagressão, violência coletiva, que pode ser social, política e econômica, violência interpessoal intrafamiliar com crianças e adolescentes, parceiros(as) e contra a pessoa idosa. A violência ocorre por diversas causas, como o desemprego, baixa escolaridade, exclusão social, dificuldade financeira, racismo, homofobia entre outras. A violência interpessoal/autoprovocada é de notificação compulsória em todo território Nacional por qualquer profissional de saúde. Em Santana do Ipanema, por exemplo, nos últimos anos foram 8 notificações em 2019 quatro, 2020 um e 2021 três. Em 2020 houve uma queda no número de notificações dos casos de violência em menores de 6 anos, e voltou a crescer significativamente em 2021, conforme mostrado a seguir em gráfico.

Figura 24



Fonte: SINAN/LOCAL. Acesso em 17 de maio de 2022.

Precisamos de Políticas Públicas de qualidade que garantam os direitos das crianças e adolescentes, pois poderiam reduzir violências em geral; com isso haveria mais chances para essas pessoas terem mais tranquilidade em todo e qualquer contexto social.

Quadro 2

AÇÕES FINALÍSTICAS					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para Monitoramento	Fonte de Orçamento	Responsabilidade Institucional
Vacinação da puérpera, e do recém-nascido e criança.	Administrar a vacina BCG em 90% dos recém-nascidos.	Ao nascer e durante toda vigência do plano	Cobertura vacinal de BCG em recém-nascidos	FUS	Secretaria Municipal de Saúde
	Administrar a vacina contra hepatite B em 95% dos recém-nascidos.	Ao nascer até um mês de idade e durante toda vigência do plano	Cobertura vacinal de Hepatite B em recém-nascidos		
	Completar esquema vacinal de 100% das puérperas com cartão de vacina desatualizado para tríplice viral e Tetra viral, dupla adulto e hepatite B.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De acordo com o esquema vacinal preconizado e idade da Criança; ✓ puérpera durante toda vigência do plano; ✓ Tríplice e Tetra Viral junho de 2024. 	Número de puérperas vacinadas; Número de Crianças vacinadas com a Tríplice viral e Tetra viral.		
	Promover atualização em vacinação e esquema vacinal de todos os trabalhadores de saúde que administram vacinas.	Atualização de 100% dos trabalhadores semestralmente durante toda vigência do plano	Número de trabalhadores atualizados em vacinação e esquema vacinal		
	Disponibilização das vacinas preconizadas no calendário de vacinação do Ministério da Saúde.	Durante toda vigência do plano	Número de doses disponibilizadas		
Capacitar as equipes para a atenção às famílias de crianças com déficit nutricional e sobrepeso, identificação de sinais de maus-tratos e negligência, bem como atenção à criança em situação de violência e transmissão de informações preventivas em relação a acidentes na infância.	Capacitação das equipes sobre a notificação, investigação e fluxos de casos de violência autoprovoçada, interpessoal e coletiva	Junho/2024	Número de trabalhadores capacitados	FUS	Secretaria Municipal de Saúde
	Capacitação de 100% das sobre sinais sugestivos de violência em crianças e adolescentes.			FUS	
	Capacitação de 100% dos profissionais em medidas de prevenção	Junho/2024		FUS	

cia.	e atenção integral as pessoas em situação de violência.				
------	--	--	--	--	--

Fonte: Os Autores

5.5 NECESSIDADES ESPECIAIS. CUIDADOS COM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

Para alcançar a atenção integral à criança e ao desenvolvimento dela na Primeira Infância, é importante integrar os profissionais e serviços de saúde, educação, cultura, assistência social, direitos humanos, entre outros que estão presentes no dia a dia dela e de sua família, dando materialidade ao sistema de garantia de direitos previsto na legislação sobre os direitos da infância. (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, o que mais interessa e deve presidir qualquer Política Pública área dos direitos da criança é sua formação integral como pessoa e cidadã. Por isso, é necessário que as especialidades e as ações setoriais convivam com a visão do todo e nele se articulem. (BRASIL, 2018).

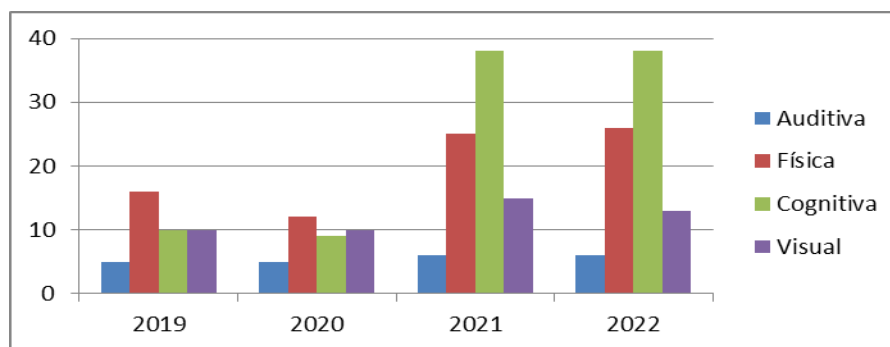
Segundo a portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, as principais diretrizes do VI eixo estratégico do PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança enfatiza a atenção à saúde da criança com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade.

Isso consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva.

Santana do Ipanema conta com o Centro Especializado em Reabilitação Física Amaro Caetano, que fornece um serviço ambulatorial especializado no atendimento a pacientes portadores de deficiência motora, encaminhados por outros serviços de saúde. Esse serviço é uma referência municipal no âmbito da atenção inicial a portadores de deficiência física e auditiva.

Outro serviço em convênio com o Município é a AAPPE – Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais –, Centro Especializado em reabilitação na prestação de assistência a crianças portadoras de deficiência por mais de uma modalidade de reabilitação.

Por meio desses e outros serviços, o número de Crianças com deficiência cadastradas nos Sistema Único de Saúde –SUS na faixa etária de 0 a 7 anos é 83, assim distribuídas: 16 delas apresentam síndromes congênitas; 4 são portadoras de Microcefalia, conforme o gráfico abaixo pode mais detalhadamente apresentar em série histórica.

Figura 25 – Crianças com Deficiência Cadastradas no SUS

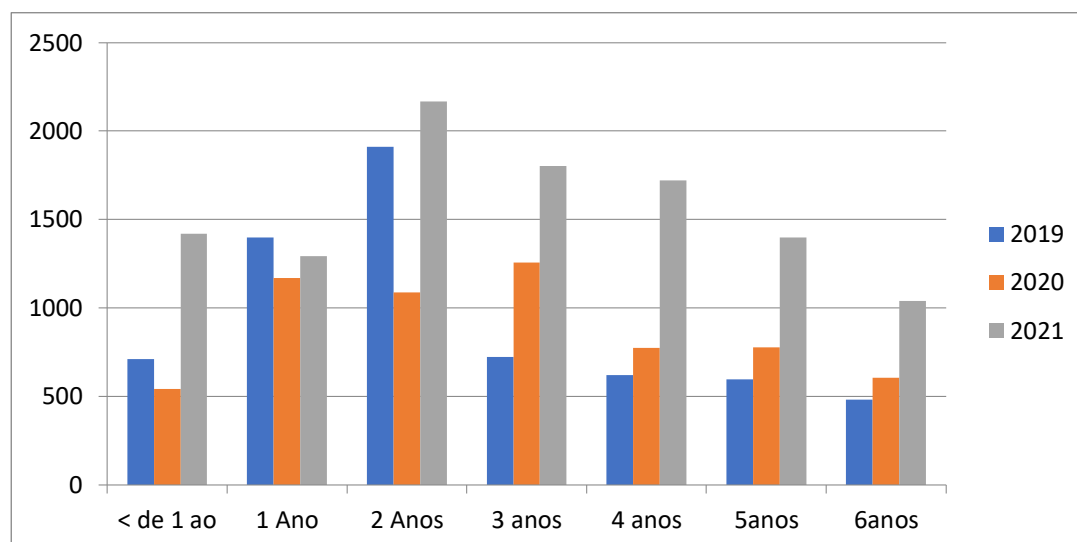
	2019	2020	2021	2022
TOTAL	41	36	84	83

Fonte: eSUS AB. Acesso em: 17 de maio de 2022.

Percebe-se um aumento do número de cadastros em 2021, devido à atualização realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, informados no sistema do eSUS AB.

As Crianças com síndrome congênita e Microcefalia são monitoradas e assessoradas pelas coordenações específicas da Secretaria Municipal de Saúde. Vale destacar, por exemplo, que essas crianças são observadas pela Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais – AAPPE, pelo Centro de Reabilitação Física Amaro Caetano, além de outras instituições de referência no Estado.

O gráfico abaixo apresenta o quantitativo de atendimentos ofertados pela AAPPE, pela equipe multiprofissional dos municípios de Santana do Ipanema.

Figura 26 – Crianças Atendidas na AAPPE

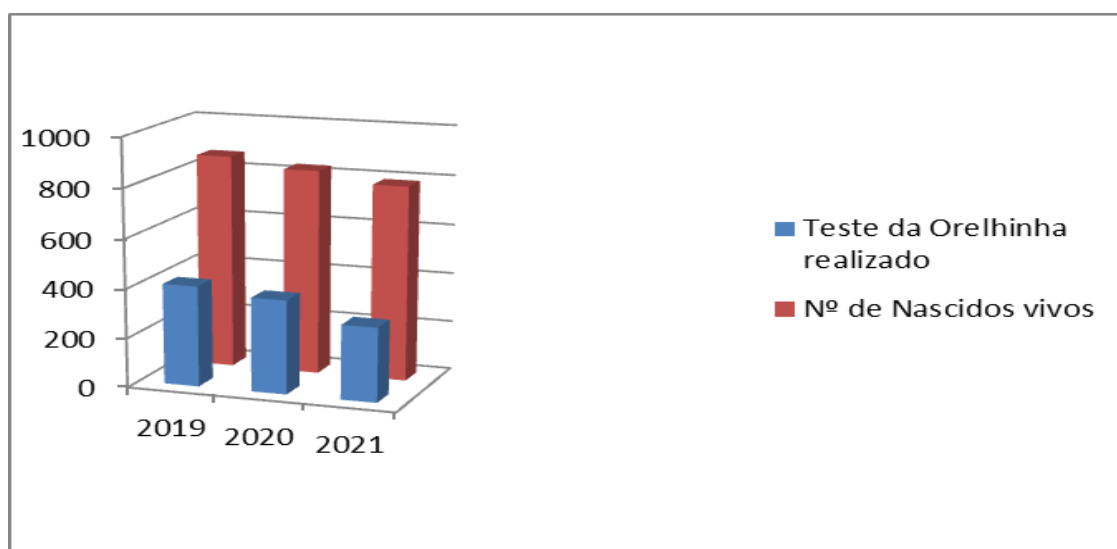
Fonte: SIA/SUS. Acesso em 14 de maio de 2022.

5.6 TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN), segundo Brasil (2012), tem por finalidade a identificação o mais precoce possível de deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família.

Santana do Ipanema realiza a Triagem Auditiva no Centro de Diagnóstico e AAPPE, e os dados mostram diminuição de testes entre os anos de 2019 a 2021.

Figura27 – Atendimento de Crianças em CD e AAPPE



Fonte: SIA/SUS acesso em 24 de maio de 2022.

Quadro 3

NECESSIDADES ESPECIAIS. CUIDADOS COM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para Monitoramento	Fonte de Orçamento	Responsabilidade Institucional
<p>Detectar precocemente situações que requerem atendimento especializado, construindo fluxos de atendimento para crianças portadoras de Necessidades Especiais.</p> <p>Qualificar os profissionais da Atenção Básica na orientação e preparação da família quanto as situações especiais da criança, mantendo vínculo semanalmente até a adaptação familiar.</p>	<p>Instituir em 100% das UBS's fluxo específico de atendimento, com o objetivo de prevenir, detectar e intervir para tratar o mais precocemente possível as dificuldades de desenvolvimento;</p> <p>Promover capacitação em 100% das unidades básicas de saúde(UBS).</p>	2024	<p>Número de crianças portadoras de Necessidades Especiais atendidas na APS, devidamente referenciada</p> <p>Número de UBS capacitadas</p>	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAUDE. DIRETORIADA MÉDIA COMPLEXIDADE
Fortalecer a rede de atendimento multiprofissional a fim de identificar, realizar intervenções precoces, com o apoio da família, envolvendo a criança com deficiência em ações que estimule o seu desenvolvimento.	Implementar programas intersetoriais de saúde integral e educação especializada dirigidos a 100% das crianças com deficiência ou com transtornos globais do desenvolvimento.	2024	Número de atendimentos a crianças com transtornos globais do desenvolvimento em todos os níveis de atenção	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAUDE DIRETORIADA MÉDIA COMPLEXIDADE
Ampliar e garantir o acesso a informações sobre direitos e deveres dos pacientes com necessidades especiais, nos serviços da APS.	Orientar 100% dos pais ou tutores sobre as implicações médicas, psicológicas legais e o tratamento adequado que necessitam as crianças com dificuldades de desenvolvimento, tão logo sejam detectadas.	2024	Número de crianças portadoras de Necessidades Especiais atendidas na APS	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAUDE
Implementar as diretrizes de atenção e linhas de cuidados específico, adaptados às necessidades dessas populações.	Desenvolver ações de atenção integral à saúde para 100% das crianças, adaptados às realidades das comunidades quilombolas e outras comunidades isoladas.	2024	Número de consultas de crescimento e desenvolvimento	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAUDE
Realizar ações estratégicas nos territórios, com foco na saúde da criança aperfeiçoando as consultas de crescimento e desenvolvimento.	Focalizar esforços de promoção do desenvolvimento integral de 100% das crianças em áreas de grande vulnerabilidade.	2025	Número de consultas de crescimento e desenvolvimento	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAUDE
Descentralizar a realização do Teste da orelhinha do Centro Diagnóstico para o Hospital.	Contratar o serviço de triagem auditiva para o HRCRM.	2023	Número de testes realizado	FUS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. HRCRM

Fonte: Os Autores

5.7 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Leonardo Boff (1999), em sua obra *Saber Cuidar*, fala que é preciso cuidar de pessoas, das coisas e da terra. Cuidar das pessoas na gestação e na Primeira Infância é condição *sinequa non*. Esse cuidado deve ser realizado tanto pela família quanto pelos profissionais da saúde, com objetivo de promover a Saúde Mental, a qual é entendida como “resultante de todas as situações de vida da qual a criança participa e pelas quais é influenciada (PNPI, 2020, p.42).

Nesse contexto, privar a criança dessas relações humanas e afetivas é condená-la ao adoecimento e a morte, visto que o laço afetivo que a envolve funciona como o mote do desenvolvimento.

Ao nascer, a criança traz consigo todas as ferramentas para se relacionar com outro ser humano e, a partir daí, vincular e se comunicar com ele. Vínculo – palavra que traduz liga, que une, que junta, conforme diz o poema do Laco e Abraço de Maria Beatriz dos Anjos³.

Eu nunca tinha reparado como é curioso um laço...
 Uma fita dando voltas.
 Enrosca-se, mas não se embola, vira, revira, circula e pronto: está dado o laço.
 É assim que é o abraço: coração com coração, tudo cercado de braço.
 E quando puxo uma ponta, o que é que acontece?
 Vai escorregando...
 Devagarzinho, desmancha, desfaz o abraço.
 E saem as duas partes, iguais meus pedaços de fita, sem perder nenhum pedaço.
 Então o amor e a amizade são isso...
 Não prendem, não escravizam, não apertam, não sufocam.
 Porque quando vira nó, já deixou de ser um laço!

Com isso, se faz necessário instaurar a vinculação a alguém, e para nós que trabalhamos com crianças, quer seja na Saúde, na Educação, na Assistência Social, ou nos Abrigos, carecemos de uma sensibilização e capacitação constante para fortalecer esse laço social, que propicia relevância para o desenvolvimento de sua saúde física e psíquica, evitando a identificação de pessoal com calosidade profissional (ANGERAMI, 1998, p. 43). Ou seja, aquele profissional que “adquire uma indiferença total para a dor do paciente, uma calosidade que o impede de ser tocado, ainda que minimamente, pelo sofrimento do paciente”.

Os estudos apresentam a necessidade imperiosa das descobertas científicas com a neurociência, que desbrava a importância da maturação, do desenvolvimento, dos processos psíquicos e neuroquímicos, que ocorrem nos primeiros anos de vida, quando a concepção da subjetividade se agrega a maturação, crescimento e desenvolvimento. É nesse processo singu-

³ Poema de Maria Beatriz dos anjos. Laço e Abraço. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/NTI2OTc2/>. Acesso em: 14 de maio de 2022.

lar que a criança constrói seu psiquismo, que se materializa através das emoções, da parcialidade, das paixões que proporcionam bases fortes para seu crescimento. A partir disso, reafirma-se que as bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida, com apropriação de relações corporais, afetivas e simbólicas estabelecidas entre a criança, seus pais ou substitutos.

As condições iniciais de saúde são determinantes para a saúde do adulto; por isso, dizer que a “a criança é o pai do homem” e não importa que tenha sido Wardsworth ou Freud o autor da frase.

Assim, percebe-se que as relações iniciais promovem neste novo ser sua inserção na cultura, permitindo-lhe construir sua subjetividade, que caso tenha existido algumas fragilidades nas relações iniciais, tal fato marcará sua vida psíquica, através de transtornos e problemas.

O bem-estar e o estado saudável da criança refletem suas experiências vivenciadas nos ambientes psicossocial familiar, educacional e profissionais da saúde que lhe envolva.

Em Santana do Ipanema, por exemplo, não há registro de caso(s) de gestante(s) com apresentação de problemas de depressão durante a gestação ou no pós-parto. Entretanto, sabe-se que há no Município um serviço público que oferece consultas especializadas para crianças cujo número de procura é muito grande, principalmente para a Psicologia. Assim, tivemos diversos atendimentos no período de 2019 a 2021, registrado no SIA/SUS, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1 – Atendimentos pela Psicologia

ANO	ATENDIMENTOS PELA PSICOLOGIA	
	CENTRO DIAGNÓSTICO	AAPPE
2019	1	1.349
2020	4	1.294
2021	39	2.467
TOTAL	44	5.110

Fonte: SIA/SUS

Observa-se que, no Centro Diagnóstico, a maior quantidade de atendimentos de crianças de 0 a 6 anos foi no ano de 2021. E quando se observa os atendimentos na AAPPE das crianças pela Psicologia, verifica-se que as crianças apresentaram 5.110 atendimentos.

5.7.1 Atenção à Gestante

Sabe-se que a gestação é um momento de transformação na vida das mulheres, tanto no aspecto biológico, quanto no psíquico. Os estudos têm demonstrado que é nesta fase onde ocorrem os transtornos psíquicos na mulher, e a gravidade desses transtornos irão depender dos fatores sociais, conjugais e culturais da gestante com relação a sua personalidade, onde algumas podem desenvolver os transtornos e outras não.

De acordo com Theme (ENSP/Fiocruz, 2020), a saúde mental durante o pré-natal é na maioria das vezes ignorada e os transtornos mentais perinatais podem aparecer durante a gravidez e o parto, através da depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, psicose pós-parto, transtorno do pânico e fobias. Dessa forma se faz necessário que os profissionais de saúde mental possam acompanhar o processo de gestação e no pós-parto visando o estabelecimento de vínculo.

O nascimento de uma criança pode se traduzir em alegria, emoções positivas, em preocupação ou emoções negativas. Essas emoções podem se transformar em gatilhos para o aparecimento de algum problema emocional preexistente, portanto, um risco para o surgimento de problema(s). Assim, se faz necessário identificar as diversas emoções no período perinatal fazendo a diferença entre ansiedade e depressão.

Algumas mulheres vivenciam um fenômeno conhecido como Baby Blues, evento que pode surgir entre o 3º e o 10º dia após o parto, em decorrência de alterações hormonais⁴. O comportamento das mulheres pode ser visualizado como uma fragilidade emocional, quando elas ficam bastante chorosas e se sentindo sobrecarregada. Caso esses sintomas não desaparecer em algumas semanas pode-se pensar e investigar sobre depressão pós-parto.

A depressão pós-parto é dentre os transtornos mentais um dos mais estudados já que atinge 10% das gestantes e 13% delas no pós-parto. Não há uma única causa para a depressão pós-parto, cujo sintoma se apresenta como tristeza, isolamento, dificuldade em interagir com a criança, dificuldades para dormir, para se concentrar, se sentindo totalmente infeliz, e às vezes chegando ao pensamento suicida⁵.

⁴ Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal>.

⁵ Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal>.

Finalizando, pode-se afirmar que o pré-natal continua sendo muito mais voltada para o risco físico da mãe e no desenvolvimento da criança, deixando de lado outros aspectos importantes como o lado psicológico e o social.

Quadro 4

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Garantir apoio Psicológico às gestantes que apresentem distúrbios emocionais.	Ofertar atendimento psicológico a 100% das gestantes com fragilidades emocionais.	A partir de julho de 2024.	Percentual de gestantes atendidas pelo serviço de Psicologia	FUS	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Atenção Básica – NASF; Casa da Mulher; Centro Diagnóstico CAPS I – Equipe Multiprofissional
Realizar palestras sobre saúde mental na gravidez com grupos de gestantes.	Formar grupo de Gestantes nas UBS, garantindo atenção a elas.	Durante toda a vigência do Plano.	Nº de Grupos de gestantes implantados	FUS	SMS – Atenção Básica - NASF MAC – Casa da Mulher; Centro Diagnóstico; CAPS I – Equipe Multiprofissional
Ampliar o número de Psicólogos para a Equipe Multiprofissional.	Contratar psicólogos para ofertar os serviços na Atenção à gestante.	2024	Nº de profissionais psicólogos contratados	FUS	Secretaria Municipal de Saúde Multiprofissional
Acompanhar com atendimento psicológico as puérperas que apresentarem distúrbios mentais.	Realizar atendimento a 90% das puérperas.	A partir de 2025.	Nº de atendimentos realizados as puérperas	FUS	SMS, AB, NASF, CAPS

Fonte: Os Autores

5.8 PREPARAÇÃO E ATENÇÃO AO PARTO

O trabalho para o parto acontece muito antes do parto propriamente dito, porque quando há diálogo com a gestante sobre suas preferências para o parto, sabe-se, por exemplo, quem deverá estar com ela e qual a rede de apoio que ela formou para auxiliá-la depois que o bebê nascer. Dessa forma, a gestante está preparada para receber seu filho. Mas, caso haja um desencorajamento, em que seus desejos são menosprezados, a gestante poderá desenvolver o chamado distócia emocional, semelhante ao estresse, cansaço, medo e dores, fazendo com que a mulher se sinta desamparada.

É necessário que o profissional da psicologia faça parte da equipe de cuidados, que irá atuar no desenvolvimento da parentalidade com a humanização do processo gestacional, para troca de informações, escuta ativa e ampliada das aflições das gestantes, para o estabelecimento da rede de apoio. Com esse trabalho, as gestantes definem o tipo de parto que desejam, e a consequência é a redução das cesarianas, muitas vezes desnecessárias no país. E o aumento do fortalecimento do vínculo com o bebê ajuda a mãe enfrentar a experiência.

Quadro 5

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Orientar sobre a preparação para o parto no acompanhamento do Pré-Natal, fortalecendo o vínculo com a maternidade de referência.	Oferecer a 100% das gestantes a participação no Curso de Gestantes, com a visita ao hospital local e com demonstração do processo do parto.	2023	Número de gestantes com visitas agendadas no quadrimestre	FUS	Secretaria Municipal de Saúde Atenção Básica Hospital Regional de SI Casa da Mulher Equipe Multiprofissional

Fonte: Os Autores

5.9 APOIO AO PAI E À FAMÍLIA

O pai da criança é presença fundamental na realização do pré-natal, bem como outros membros da família, formando uma rede de apoio para a mãe e o bebê. Os serviços de saúde devem enfatizar essa presença.

Quadro 6

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Assegurar apoio ao Pai/acompanhante e a família durante a realização do Pré-natal.	Atingir 30% da figura dos pais e dos familiares no acompanhamento de Pré-Natal e nos Programas públicos de promoção à Saúde.	Durante toda a vigência do Plano.	Percentual de pais e/ou acompanhantes nas consultas de pré-natal	FUS	Secretaria Municipal de Saúde Atenção Básica Casa da Mulher Equipe Multiprofissional

Fonte: Os Autores

5.10 ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO DO PÓS-PARTO

Após o nascimento e a chegada em casa, será necessário um período de adaptação, visto que a novidade modifica totalmente a rotina. Para isso, é fundamental que os serviços também tenham um forte vínculo com as parturientes, fazendo a visita domiciliar nos 7 primeiros dias de vida. Após essa visita e consulta inicial, já deixar agendada a consulta na unidade de saúde com o pediatra e com a equipe da Saúde da Família e Saúde Bucal. Além disso, ajudar explicando formas de cuidar do bebê.

Quadro 7

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Garantir o acompanhamento das puérperas que necessitem de atendimento psicológico no período do Pós-Parto nos primeiros 7 dias.	Realizar 80% de atendimento no pós-parto, até 7 dias de vida.	2023	Percentual de nascidos vivos acompanhado em atendimento nos primeiros 7 dias de vida	FUS	Secretaria Municipal de Saúde Atenção Básica
Acompanhar o pós-parto orientando e apoiando as puérperas e os RN's.	Capacitar em 100% os ACS.	2023	Nº de ACS capacitados	FUS	Secretaria Municipal de Saúde Atenção Básica

Fonte: Os Autores

5.11 SERVIÇOS COMPLEMENTARES: ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCAÇÃO

As equipes da Saúde e da Educação necessitam atuar conjuntamente nas creches e na pré-escola ou em estabelecimentos equivalentes, visando promover a saúde mental na Primeira Infância, fazendo também a prevenção de riscos no futuro. Para tanto, essas duas áreas necessitam atuar com duas finalidades: ampliar o acesso de crianças na Primeira Infância nesses estabelecimentos e acolher todas as unidades já existentes, refinando e qualificando as relações entre os profissionais, com a criança e a família.

A creche não deve ser vista como um local onde a criança vai ficar porque a mãe ou responsável não estará por perto, e sim como um serviço altamente qualificado e voltado para a constituição psíquica dos bebês e das crianças. Assim, os profissionais da docência que atu-

am em creches devem ser selecionados criteriosamente, devem ser habilitados segundo os parâmetros legais, como afirma a LDB, Art. 62:

A formação de docentes para atuar na educação básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura plena, admitida, como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil e nos cinco primeiros anos do ensino fundamental, a oferecida em nível médio, na modalidade normal. Ainda na atuação docente, frente aos desafios da função, os profissionais necessitam de formação continuada constante para atualização de saberes inerentes à função. (BRASIL, 1996)

Além da Educação, os Serviços Sociais também são essenciais, visto que são eles que detectam os fatores e sinais de risco para as crianças, fazendo os devidos encaminhamentos necessários, evitando-se dessa forma, colocar pessoas despreparadas para o cuidado e a proteção, bem como para a necessidade de observar a possibilidade de encaminhamentos para os serviços especializados da Saúde, como equipes de Saúde Mental.

Quadro 8

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Capacitar os profissionais em Saúde Mental das Secretarias Municipais que atuam diretamente com crianças.	Capacitar 70% dos profissionais de forma intersectorial em Saúde Mental.	2024	Nº de profissionais capacitados	FUS	Secretarias Municipais de Saúde, de Educação, de Assistência Social.

Fonte: Os Autores

5.12 EQUIPES ESPECIALIZADAS EM SAÚDE MENTAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A elaboração conjunta do Plano Municipal da Primeira Infância favoreceu aos técnicos envolvidos para o reconhecimento da importância do outro no melhoramento do trabalho de cada um, tendo em vista que o trabalho é especializado, multiprofissional e de perspectiva interdisciplinar, em consequência do enfrentamento dos distúrbios mais precoces na constituição do desenvolvimento psíquicos das crianças.

Assim sendo, verifica-se a importância de os serviços estarem unidos na formulação das propostas e das ações definidas para o cotidiano dos espaços públicos, buscando sempre ampliar a oferta no acesso das famílias a esses espaços.

Quadro 9

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade Institucional
Implementar Fluxo de encaminhamento adequado a serviços especializados.	Construir um (1) fluxo de referência a serviços Especializados.	2022	Fluxo implantado	FUS	Secretarias Municipais de Saúde, de Educação, e de Assistência Social

Fonte: Os Autores

5.13 CONSTRUÇÃO DE REDES PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO E CUIDADOS À PRIMEIRA INFÂNCIA

Os serviços necessitam apoiar os pais quando há identificação de algum problema. Essa rede de apoio é fundamental porque há uma tendência indicadora de que famílias se fecham, se isolam em virtude da intolerância cultural e social dos tempos atuais.

A Rede resulta do trabalho coletivo, muitas vezes formado por diversas iniciativas, com funções e responsabilidades diferentes, mas todos voltados para o bebê e seus familiares, se configurando como um dispositivo de complementariedade.

Entretanto, não existe no Município um equipamento voltado exclusivamente para crianças – como o Centro de Atenção Psicossocial voltado para Criança (CAPSI), que tem um papel estratégico e em articulação com outros equipamentos de Assistência Social, de Educação e de Justiça –, que atuam conjuntamente na promoção e no fortalecimento da Primeira Infância.

Assim sendo, faz-se necessário que no Plano Municipal para a Primeira Infância possa ter propostas de ampliação e fortalecimento da Rede de Saúde com os equipamentos necessários para o apoio às crianças, como a implantação do CAPSI, bem como com bastante qualificação profissional enquanto educação permanente de interesse e investimento público.

Quadro 10

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade Institucional
Implementar o Serviço de Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no CAPS I Irmã Leon-tia.	Implantar Serviço de Atenção Psicossocial a crianças e Adolescentes.	2022	Serviço implan-tado	FUS	SecretariaMunicipaldeSaúde: Média Complexida-de.
Garantia de acesso às crianças aos serviços de atenção psicossocial.	Desenhar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para atender às necessidades de atenção às crianças na primeira infância da 9ª Região.	2025	RAPS aprovada na CIR e CIB	FUS	SMS

Fonte: Os Autores

5.14 CAMPANHAS EDUCATIVAS E INFORMATIVAS

O Plano Municipal de Primeira Infância (PMPI) está em consonância com o Plano Nacional de Primeira Infância no tocante a realização do que no SUS chamávamos de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para a realização de divulgação em massa a respeito dos temas essenciais a essa etapa, que deve ser socializada com a população. Como por exemplo, a amamentação exclusiva até os 6 meses, a alimentação saudável, a vacinação, estimulação do desenvolvimento, prevenção de atrasos, transtornos, violência familiar, entre outros temas.

A tríade informação, educação e comunicação deverá identificar qual melhor estratégia para a redução da morbimortalidade infantil. Consequentemente, a promoção de saúde está vinculada ao alcance de maior grau de escolaridade materna; por isso, medidas que criem oportunidades de estudo para as mulheres devem ser priorizadas.

Quadro 11

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade Institucional
Criar equipe técnica específica na perspectiva da promoção a saúde,	Implantar 1 equipe responsável pela	2024	Serviço implanta-do	FUS	Secretaria Municipal de Saúde

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade Institucional
realizando informação, educação e comunicação.	promoção a saúde.				

Fonte: Os Autores

5.15 ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO

O Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodrigues de Melo dispõe de uma maternidade que atende a 9ª e a 10ª região de saúde, que corresponde ao total de 21 municípios. O Hospital conta com um ambiente com 24 leitos de alojamento conjunto (puérpera e Bebê), 10 leitos de UCI-neo e 10 UTI-neo. Em média, são atendidos mensalmente um total de 1000 pessoas na classificação de risco obstétrico; desses, um total de 400 internações mensais, totalizando uma média de 380 partos mês.

O acolhimento é iniciado na sala de classificação de risco, onde acontece o primeiro contato com a paciente. Realizamos a triagem, que é feita pela enfermeira obstetra, com base no Manual de acolhimento e classificação de risco e obstétrica pelo ministério da saúde. Esse Manual é uma iniciativa para apoiar as redes de atenção a saúde, visando a ampliação do acesso e qualificação do cuidado, com foco nas maternidades e serviços de obstétrica do Brasil. Ele serve de instrumento destinado a organizar a porta de entrada dos serviços de urgência obstétrica, garantindo o acesso com qualidade às mulheres no período gravídico e puerperal; assim, impacta positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

No Centro Obstétrico, há um trabalho de humanização, pois possuímos um serviço exclusivo de Fisioterapia Obstétrica, objetivando o alívio de dor, que minimiza o uso de recursos farmacológicos, viabiliza posturas verticais, melhora a interação entre a equipe de saúde, o acompanhante e a paciente, ajuda a manter uma oxigenação adequada para gestante e o bebê e realiza todo um apoio emocional durante o trabalho ativo do parto e parto.

A paciente é orientada sobre a permanência de seu acompanhante como previsto na lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante à paciente o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.

No cenário de parto normal a autonomia é toda da mulher: ela passa a ser a protagonista, e são respeitadas suas vontades e o tempo de o bebê estar pronto para nascer. Nossa taxa de episiotomia é de 7%, o que nos deixa abaixo do que preconiza a OMS (10%).

São realizadas capacitações e ações internas, para incentivar aos profissionais para a intervenção mínima a essas mulheres; com isso, conseguem-se enormes benefícios ao todo, totalizando 40% de períneos íntegros e preservados nos partos vaginais. No parto humanizado, o bebê passa por menos interferências após o nascimento.

Ainda na sala de parto, a paciente recebe orientações sobre a hora de ouro e sua importância, e o bebê que acaba de nascer permanece com sua mãe, recebendo o calor materno e o colostro de seu peito.

São realizados 90% de clampamento tardio do cordão umbilical; nisto engloba benefícios imediatos ao recém-nascido pré-termo, a termo e as mães, e benefícios a longo prazo. Foi implantado o protocolo com base nas boas práticas de humanização neonatal, em que o recém-nascido só toma banho após as 24h de vida, reduzindo de maneira significativa o risco de o recém-nascido apresentar hipotermia (perda de calor) e hipoglicemia (queda de glicose), ao passo que facilita a amamentação.

No Alojamento conjunto, há uma equipe composta por uma enfermeira e técnicas de enfermagem capacitadas com embasamento nas diretrizes da rede cegonha, onde prestamos todo os serviços voltados aos cuidados de enfermagem, como teste do olhinho e do coração em todos os recém-nascidos. Além disso, também são feitas orientações diárias sobre o aleitamento materno e sua importância, com um treinamento de desengasgo para puérperas e acompanhantes, sobre a manobra de Heimlich, que é uma técnica de primeiros socorros, utilizada em casos de emergência.

Há também o serviço exclusivo de serviço social, que realiza o acolhimento às usuárias e acompanhantes por demanda espontânea com orientações necessárias de acordo com a demanda apresentada, que promove visita diária às usuárias internas, visando a socialização de informações, como a importância do registro de nascimento ainda dentro da unidade, entre outros. Ademais, existe o Núcleo de psicologia exclusivo para gestantes e puérperas, com serviço nutricional, com atendimento para o alojamento conjunto, UTI-neo e UCI-neo. As nutricionistas realizam visitas diárias às pacientes internas no alojamento e no conforto das Mães, reforçando a importância do aleitamento materno nos primeiros meses de vida.

Está em fase de implantação na Unidade o Banco de Leite Humano (BLH), junto com um posto de coleta, que será responsável pelo processamento e armazenamento de leite. Essas são iniciativas públicas vinculadas a hospitais infantis e maternidades, em que o intuito é promover o aleitamento materno nos primeiros meses, reforçando a importância do leite materno na vida inicial dos recém-nascidos, já que só ele é capaz de suprir todas as necessidades nutricio-

nais do bebê. São 10h de visita diária, sendo a única maternidade a nível Estadual com essa condição.

A equipe presta todo suporte às puérperas, que ficam com os recém-nascido internos na unidade, disponibilizando assim leitos de acolhimento para essas mães. Há também o serviço de articulação com atenção básica, que tem como objetivo avançar na qualidade do serviço na atenção humanizada às gestantes e na garantia de seus direitos, alinhar os processos e buscar soluções juntos, para assim enfrentar as dificuldades.

Toda assistência prestada na Maternidade é seguida conforme protocolos implantados com embasamento nos manuais de boas práticas da OMS.

Diretrizes

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

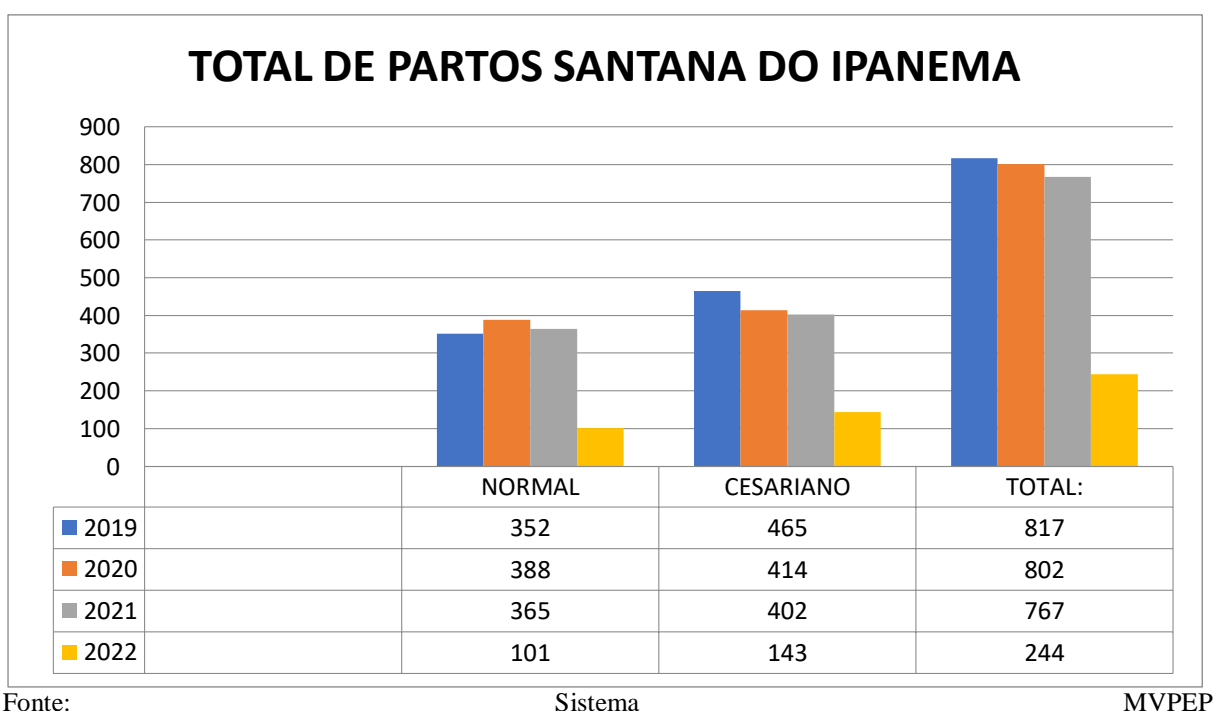
A Rede Cegonha tem como princípios:

1. o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
2. o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
3. a promoção da equidade;
4. o enfoque de gênero;
5. a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
6. a participação e a mobilização social; e
7. a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

São objetivos da Rede Cegonha:

1. fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
2. organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
3. reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Figura 28



Quadro 12

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Organizar o acesso, adequar a oferta de serviços, fortalecendo a rede hospitalar e incluindo a expansão nos hospitais de referência para as gestantes e recém-nascidos de risco.	Garantir o acesso de 100% das usuárias assistidas pelo serviço.	Toda vigência do plano.	Número de gestantes atendidas e referência das para o alto risco.	FUS	HRCRM
Ofertar assistência adequada na maternidade a hora do parto, evitando contratempos que fazem com que a gestante percorra uma <i>via crucis</i> à procura de vaga.	Acolhimento de 100% das usuárias.	Toda vigência do plano.	Número de gestante acolhida pela instituição.	FUS	HRCRM
Garantir quando necessário a realização do teste rápido para HIV no dia do parto.	Em 100% das usuárias assistidas pelo serviço.	Toda vigência do plano.	Número de gestantes com teste rápido realizado.	FUS	HRCRM
Apoiar a articulação da equipe de referência com o serviço de saúde que dará suporte parapartos, envolvendo ambas no pré-natal e cuidado no puerpério.	Apoiar a articulação da instituição a 100% das equipes referência.	Toda vigência do plano.	Número de boletins técnicos repassadas às equipes de referência.	FUS	HRCRM
Assegurar o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto, conforme a lei nº 1.108/2005, e ao alojamento conjunto, inclusive na rede privada.	100% das gestantes atendidas.	Toda vigência do plano.	Número de parturientes com acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.	FUS	HRCRM
Apoiar o parto natural com segurança. A redução das taxas de cesáreas desnecessárias, incorporada como ação estratégica do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.	Reduzir em 1% por ano a taxa de cesarianas.	Toda vigência do plano.	Taxa de parto cesariano.	FUS	HRCRM
Assegurar a presença de um pediatra treinado em reanimação neonatal em todos os partos institucionais.	Garantir 100% a presença do profissional na maternidade.	Toda vigência do plano.	Número de pediatras contratados.	FUS	HRCRM
Planejar, executar programas de preparação dirigidos aos pais visando favorecer uma paternidade responsável.	Garantir a participação antecipada de 20% no pré-natal para esses pais/ acompanhantes.	Toda vigência do plano.	Número de parturientes com acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.	FUS	HRCRM E ATENÇÃO BÁSICA
Habilitar o hospital amigo da criança e, nestes, dar a devida atenção ao vínculo mãe-bebê e estimular o envolvimento do pai na atenção neonatal.	Implantar o h. amigo da criança.	Toda vigência do plano.			
Implantação do banco de leite humano.	Implantar 1 banco de leite humano.	2025	Número de banco de leite humano.	FUS	HRCRM
Assegurarações da semana do bebê.	Manter a realização anualmente das ações da semana do	Toda vigência do plano.	Número de ações realizadas durante a semana do	FUS	HRCRM

	bebê.		bebê.		
--	-------	--	-------	--	--

Fonte: Os Autores

6 EDUCAÇÃO INFANTIL



Figura 29 – A Criança em Espaço Favorável à Aprendizagem

Fonte: SEMED.

A Educação Infantil integra e é reconhecida como primeira etapa da Educação Básica, conforme a Lei de Diretrizes e Bases de nº 9.394/1996. Seu Art. 29 salienta que essa primeira etapa tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.

Como primeira etapa da Educação Básica, é o início e o fundamento do processo educacional. A entrada na creche ou na pré-escola significa, na maioria das vezes, o primeiro rompimento das crianças com seus vínculos afetivos familiares para se incorporarem a uma situação de socialização estruturada.

O município de Santana do Ipanema-AL compreende a Educação Básica como aquela que toda pessoa precisa obter para realizar seu potencial de conhecimentos, para inserir-se na dinâmica da sociedade e dela participar como sujeito consciente crítico e transformador. E essa formação se inicia com a Educação Infantil, que abrange o período da vida que vai do nascimento aos cinco anos completos (5 anos e 11 meses).

O Plano Municipal de Educação do Município de Santana do Ipanema-AL cita que a Educação Infantil representa um segmento importante do processo educativo. Vários fatores contribuem para sua expansão no mundo, entre os quais se destacam: os avanços do conhecimento científico sobre o desenvolvimento da criança, a participação crescente da mulher na força de trabalho extradomiciliar e a consciência social do direito da criança à educação em seus primeiros anos de vida.

A Educação Infantil conquistou e consolidou seu espaço na representação social, no discurso político, na legislação e no planejamento da educação: o *status* de direitos. A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 foram dispositivos legais que contribuíram para a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 1996, na qual se ratifica a Educação Infantil como dever de Estado e, sobretudo, afirma-se a educação como um direito social.

Entretanto, embora reconhecida como direito de todas as crianças e dever do Estado, a Educação Infantil passa a ser obrigatória para as crianças de 4 (quatro) e 5 (cinco) anos apenas com a Emenda Constitucional nº 59/2009, que determina a obrigatoriedade da Educação Básica dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos.

A Educação Infantil, antes de se constituir na primeira etapa da Educação Básica, passou por diversas trajetórias no cenário político brasileiro. Neste Plano serão evidenciados alguns marcos legais.

Pelo direito da criança e do adolescente, a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 227, diz que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Já seu Art. 205 assegura que a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

E em seu Art. 206, I ao VII, a Constituição Federal discorre sobre os princípios da educação: igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber; pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; valorização dos profissionais do ensino,

garantidos, na forma da lei, planos de carreira para o magistério público, com piso salarial profissional e ingresso exclusivamente por concurso público de prova e títulos; gestão democrática do ensino público; e garantia de padrão de qualidade.

Salienta ainda, em seu Art. 208, I, IV, VII, que é dever do Estado: garantia de educação básica e obrigatória a partir dos 4 (quatro) anos de idade; atendimento em creche e pré-escola para crianças até 5 (cinco) anos de idade; e programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em seu Art. 3, estabelece para a primeira infância princípios de igualdade para acesso e permanência; pluralismo de ideias e concepções; gratuidade do ensino público; valorização do profissional de educação; gestão democrática; garantia de padrão de qualidade; valorização da experiência extraescolar; consideração com a diversidade étnico-racial, entre outros.

Já seu Art. 30 especifica que a Educação Infantil será oferecida em: I - creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade; e II - pré-escolas, para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade.

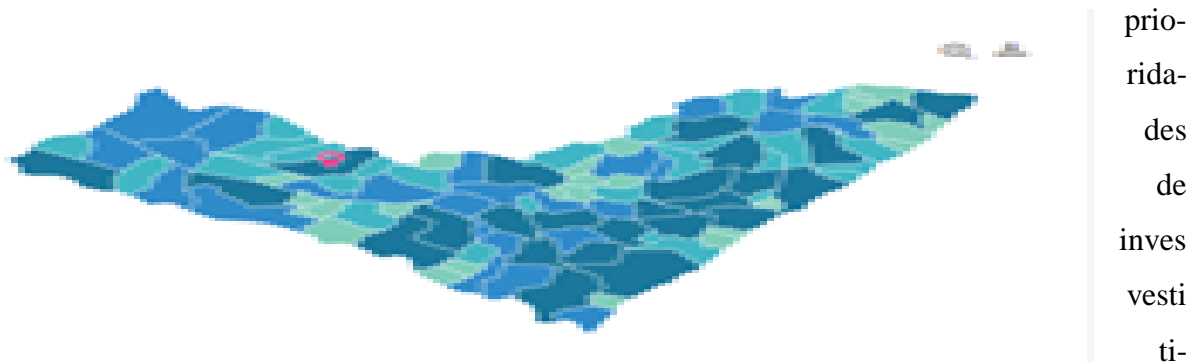
O Plano Municipal de Educação de Santana do Ipanema, em sua Meta 1, tem como objetivo universalizar, até 2016, a Educação Infantil na pré-escola para as crianças de quatro a cinco anos de idade e ampliar a oferta de Educação Infantil em creches de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até três anos até o final da vigência desse PME.

É importante citar o item 1.1 da Meta 1, que ressalta: definir, em regime de colaboração entre a União e o Município, metas de expansão da respectiva rede pública de Educação Infantil segundo padrão nacional de qualidade, considerando as peculiaridades locais; como também o item 1.2, que salienta: preservar as especificidades da Educação Infantil na organização da rede escolar, assegurando o atendimento da criança de 0 (zero) a 5 (cinco) anos em estabelecimentos que atendam a parâmetros nacionais de qualidade, e a articulação com a etapa escolar seguinte, visando ao ingresso do(a) aluno(a) de 6 (seis) anos de idade no Ensino Fundamental.

Levando em consideração o exposto, o município de Santana do Ipanema deve garantir às crianças na primeira infância um atendimento pautado em uma vida plena independente de qualquer ambiente socioeconômico, possibilitando que as crianças vivam uma infância mais feliz, sedimentada a base do desenvolvimento integral.

Considerando os Marcos Legais apresentados com a Constituição Federal, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, as Diretrizes Nacionais da Educação Infantil, o Plano Nacional e o Plano Municipal de Educação, a Educação Infantil é considerada etapa fundamental para o

desenvolvimento da primeira infância das crianças. Em razão dele, o Poder Público define as



mento nessa etapa de idade ponderando entre a oferta de uma educação de qualidade e a todos os direitos sociais que lhe são garantidos legalmente em outras áreas do governo.

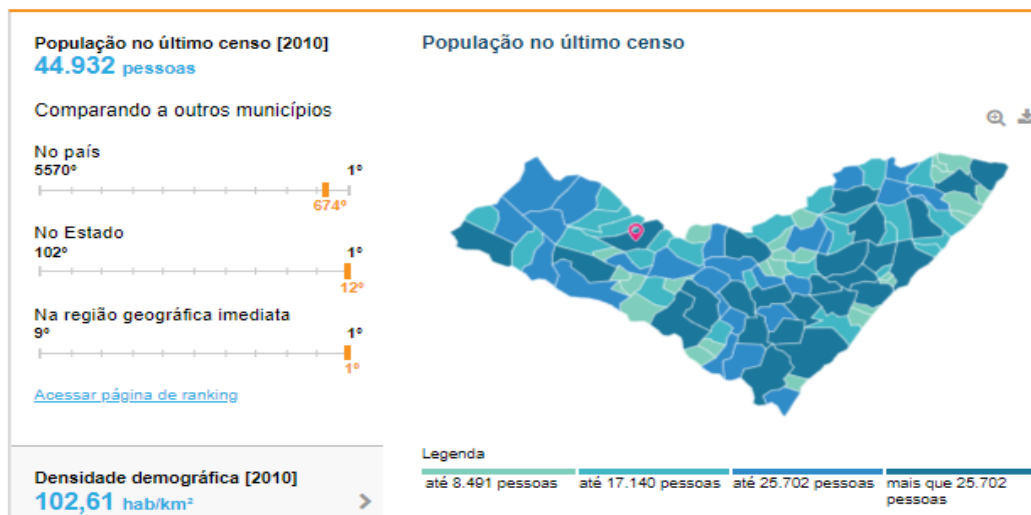
Figura 30 – Mapa de Alagoas indicando o município de Santana do Ipanema

Fonte: IBGE, cidades.

O município de Santana do Ipanema está localizado no médio sertão alagoano e possui uma população aproximada de 45 (quarenta e cinco) mil habitantes (Censo 2010).

Figura 31 –Mapa de Alagoas indicando o município de Santana do Ipanema

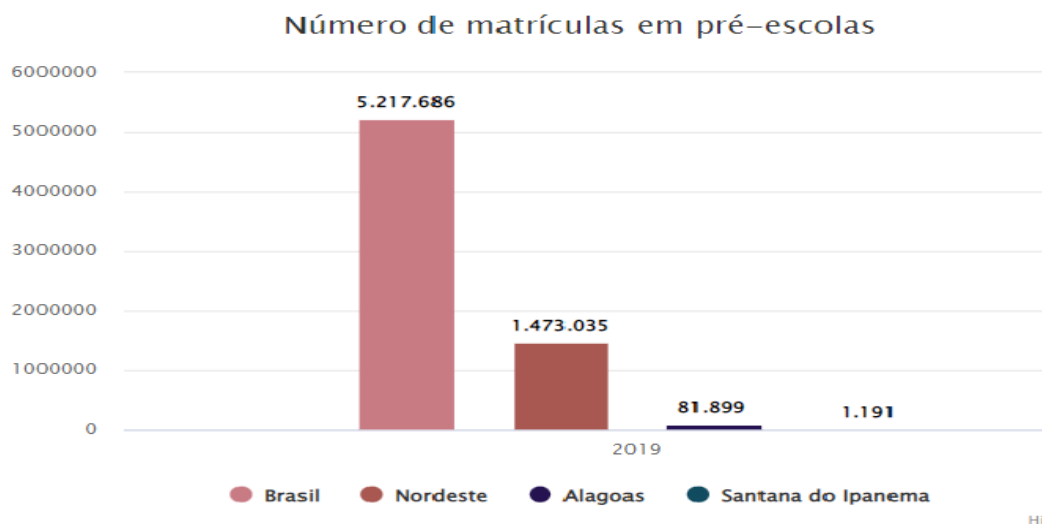
População



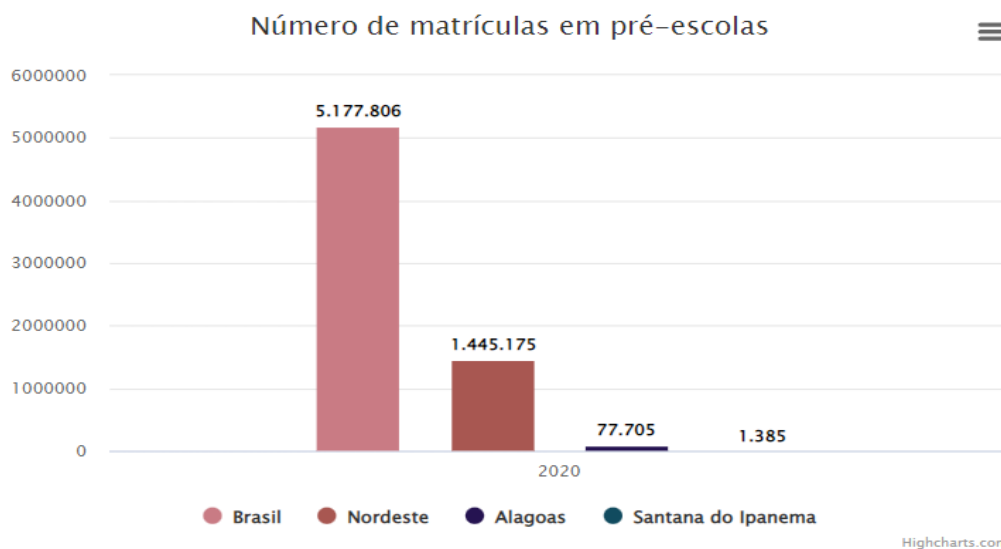
Fonte: IBGE, cidades.

A taxa de escolarização da população de 0 (zero) a 14 (quatorze) anos é de 95,7; seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,591 e possui, hoje, um total de 23 (vinte e três) unidades escolas distribuídas nas zonas rural e urbana. Dessas unidades escolas, 22 (vinte e duas) ofertam Educação Infantil, sendo, desse total, 02 (dois) CMI (Centros de Educação Infantil) na zona urbana e 01 (um) CMI no povoado Óleo, (recém-inaugurado), zona rural do município, e 01 (uma) creche na zona urbana. O gráfico a seguir mostra as matrículas da Educação Infantil em 2019.

Figura 32 – Matrículas da Pré-escola em Santana do Ipanema em 2019



Fonte: Observatório Legal da Primeira Infância.

Figura 33 – Matrícula na Educação Infantil em 2020

Fonte: Observatório Legal da Primeira Infância.

Tabela 2 – Matrícula geral na Educação Infantil em 2021

Quantitativo de Crianças

Educação Infantil - 2021

Escolas		Quantitativo de alunos
01	CMEI Roberval M Dias	162
02	CMEI Tânia Maria Vieira	283
03	Creche Santa Quitéria	120
04	EMEB Antônio Rodrigues Damasceno	40
05	EMEB Benedito Melo	17
06	EMEB Cleodon Teodósio	26
07	EMEB Dep. Pedro Ferreira de Andrade	17
08	EMEB Durvalina Cardoso Pontes	42
09	EMEB Francisca Angélica de Assis	30
10	EMEB Iracema Salgueiro Silva	23
11	EMEB Ismael F. de Oliveira	13
12	EMEB José Francisco de Andrade	30
13	EMEB M ^o do Carmo O. Araújo	82
14	EMEB M ^o José de Carvalho	15
15	EMEB M ^o Nepomuceno Marques	-
16	EMEB Professora Sônia Pereira da Silva	37
17	EMEB Santa Sofia	44
18	EMEB São Cristóvão	80
19	EMEB São Raimundo	12
20	EMEB Senador Arnon de Melo	32
21	EMEB Senhora Santana	25
22	EMEB Ulisses Silva	21
23	EMEB Ver. João Francisco Cavalcante	53

Fonte: SEMED Santana do Ipanema

Os dados informados refletem uma oscilação no número de matrículas nos três últimos anos e indicam uma redução da procura por matrícula no ano 2021, o que pode ser atribuído ao alto índice de infecção da população pela COVID-19 e o receio dos pais em levarem seus filhos até as instituições de ensino.

Os centros de Educação Infantil, além de contar com condições de infraestrutura básica, devem ser espaços dinâmicos, brincáveis e acessíveis. Em Santana do Ipanema-AL, a proporção de matrículas em centros de Educação Infantil com área externa, parque infantil ou brinquedos para educação infantil é de 100% (cem por cento) nas creches e de 59,6% nas pré-escolas, segundo a SEMED e o Observatório do Marco Legal da Primeira Infância.

Figura 34 –Proporção de Matrículas em Creches com Área Externa

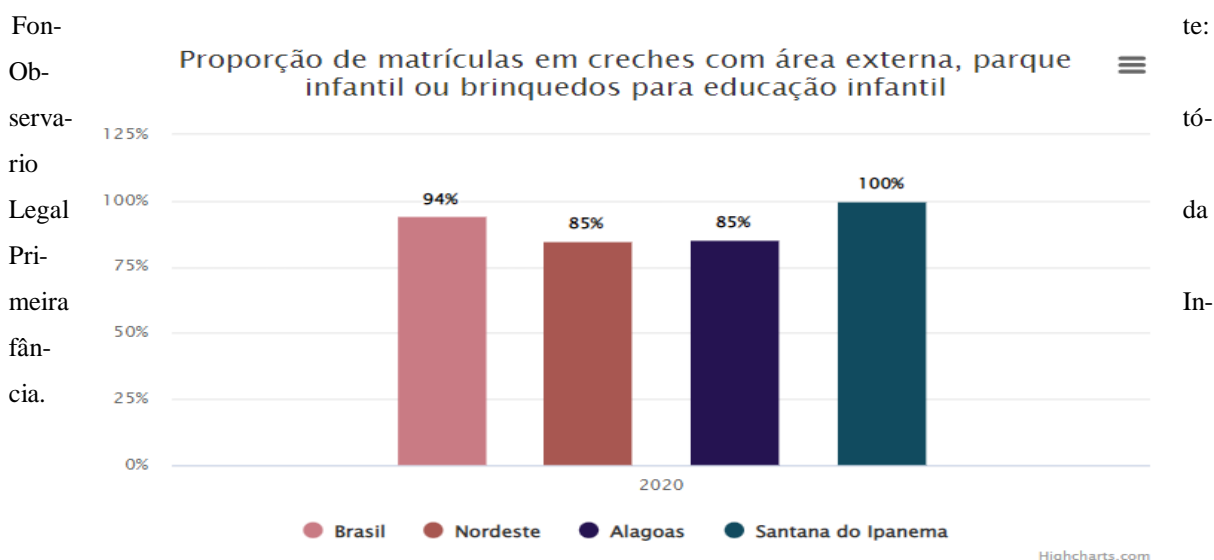
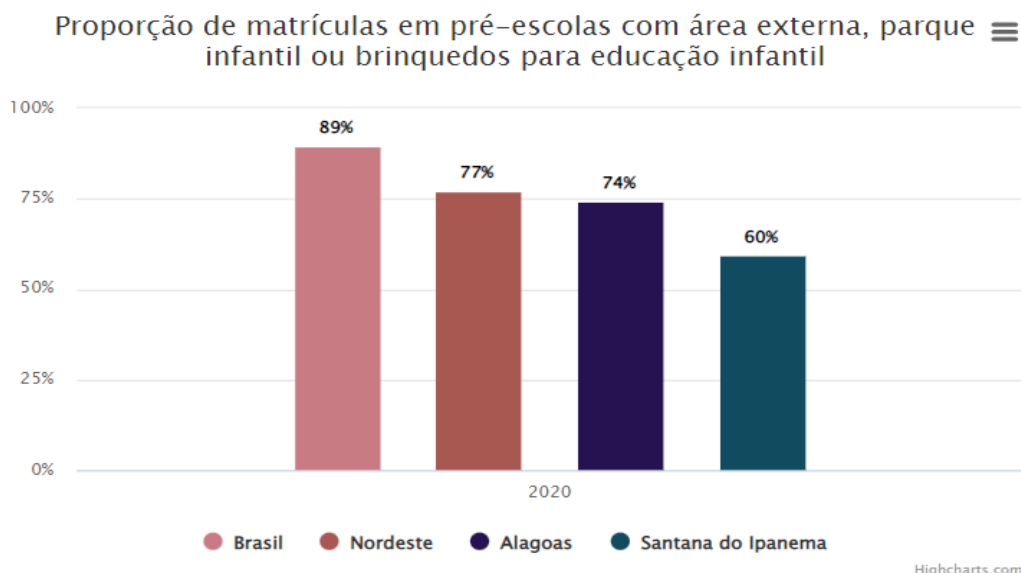


Figura 35 –Crianças Atendidas na Pré-escola com Espaços Externos ou Brinquedos



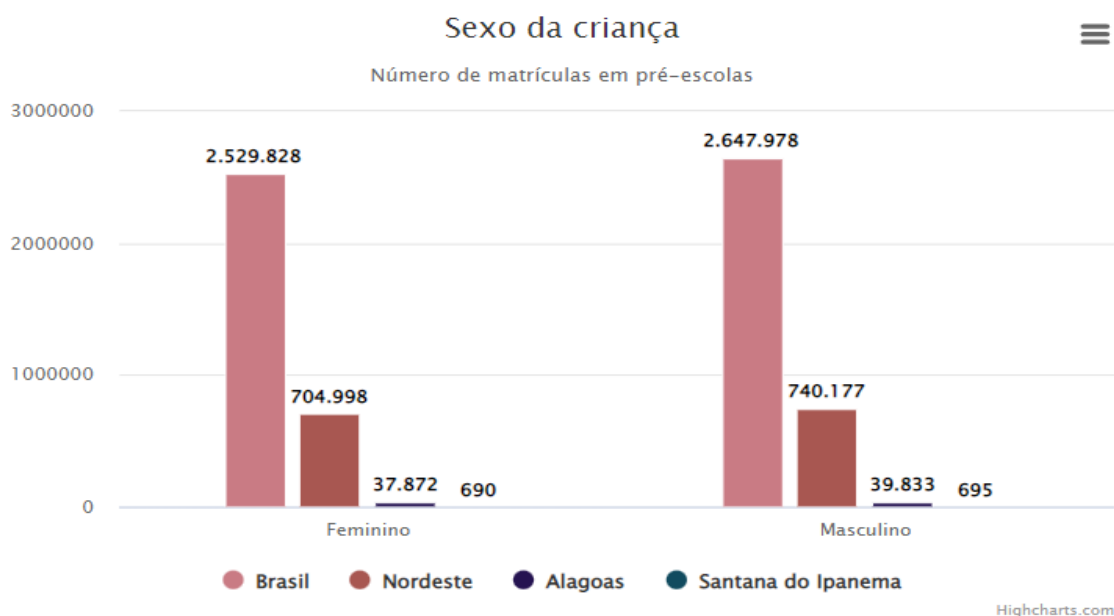
Fonte: Observatório Legal da Primeira Infância.

Um ponto relevante para o bem-estar das crianças é o saneamento básico. Essa infraestrutura importante apresenta os seguintes números em Santana do Ipanema-AL: as matrículas em centros de Educação Infantil com saneamento básico respondem por 56,8% das matrículas em creches da zona urbana e por N/A daquelas em creches da zona rural; já as matrículas em pré-escolas com saneamento básico correspondem, por sua vez, a 58,2% das matrículas em pré-escolas da zona urbana e a 39,3% daquelas em pré-escolas da zona rural.

Outro aspecto relevante é a regulamentação dos estabelecimentos no conselho ou órgão de educação, que alcança 33,3% entre as creches públicas e 60% (sessenta por cento) entre as privadas não conveniadas com o poder público; o índice é de 79,2% para as pré-escolas públicas e de 60% (sessenta por cento) para as privadas não conveniadas. Todas essas instituições educativas são mantidas pelos recursos federais com parcerias do Poder Público municipal, que delega os recursos necessários em benefício de todas as crianças.

Dentro dos objetivos e metas desse Plano, e amparado pelas diretrizes da Educação Infantil, o município vem pactuar o atendimento ampliado a creche e pré-escola, com o fito de aumentar consideravelmente, no período de 10 (dez) anos, a oferta da Educação Infantil, de forma a garantir atendimento de 90 % (noventa por cento) à população infantil nessa faixa etária.

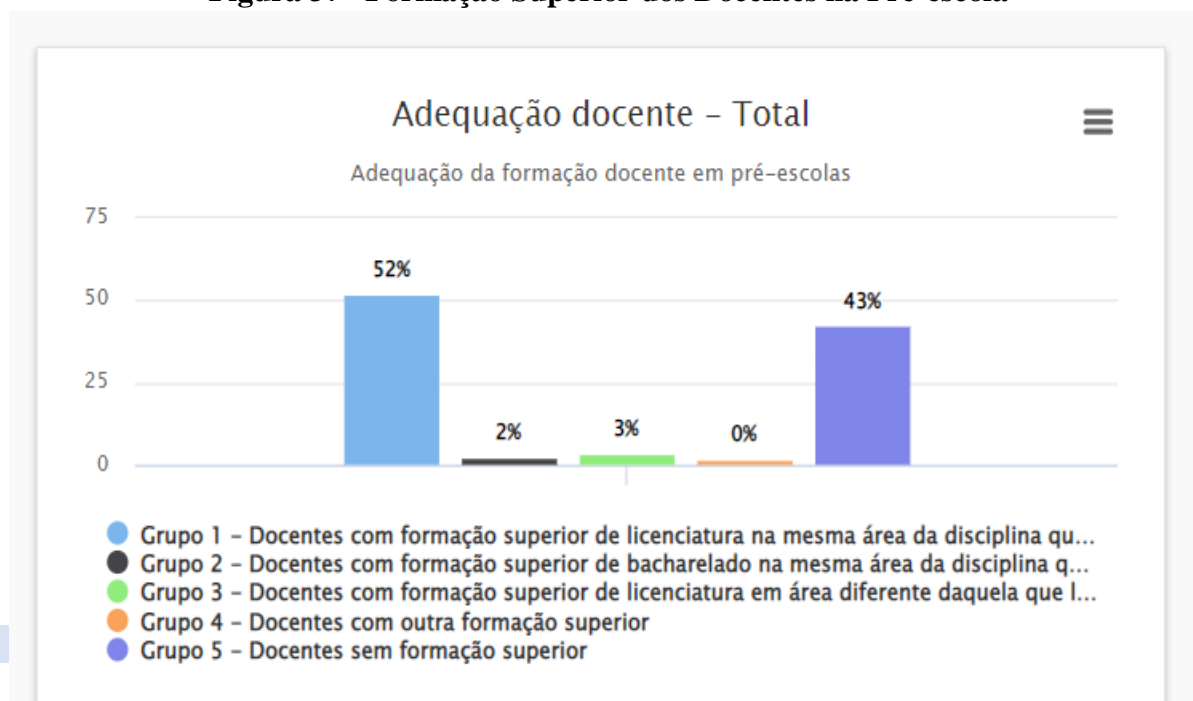
Figura 36 – Oferta de Matrículas na Pré-escola por Gênero



Fonte: Observatório Legal da Primeira Infância.

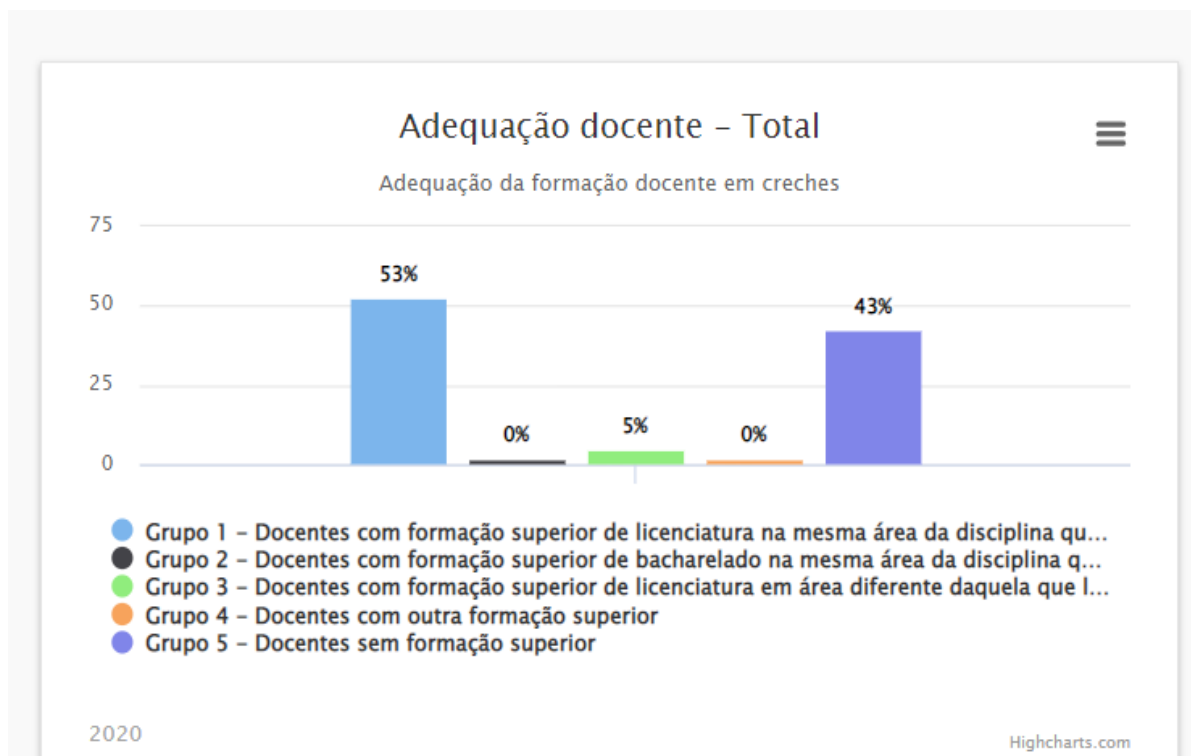
Pensando nas diretrizes presentes nos dispositivos legais e normativos, é possível, hoje, classificar os docentes em exercício considerando sua formação acadêmica. No caso de Santana do Ipanema-AL, temos o seguinte cenário: 52,5% dos docentes das creches e 51,7% daqueles da pré-escola estão no chamado Grupo 1, contando com formação superior de licenciatura na mesma disciplina que lecionam ou bacharelado na mesma disciplina juntamente com curso de complementação pedagógica concluído; e 42,5% dos docentes das creches e 42,6% daqueles da pré-escola estão no chamado Grupo 5, não possuindo curso superior completo.

Figura 37– Formação Superior dos Docentes na Pré-escola



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância.

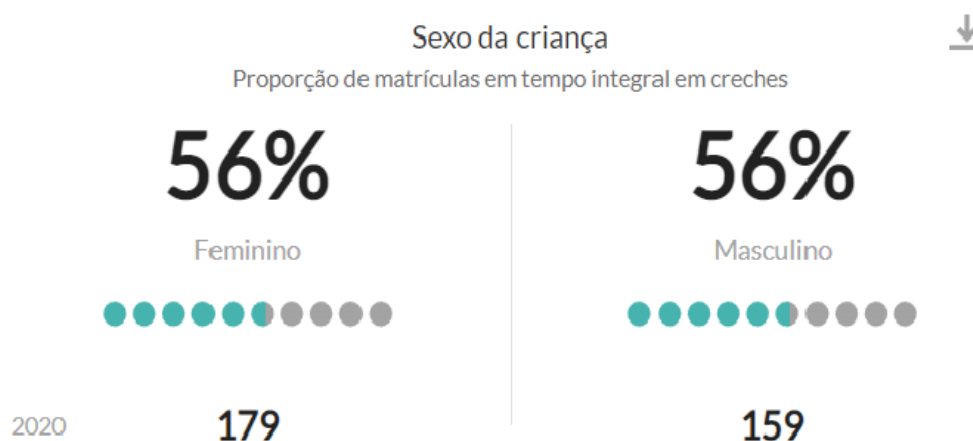
Figura 38 – Adequação da Formação Docente à Pré-escola



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância.

Segundo os dados de 2020 do Observatório Nacional, retirados do INEP, o município de Santana do Ipanema tem uma proporção maior que 50% (cinquenta por cento) de crianças matriculadas em creches de tempo integral, sendo uma taxa muito equilibrada entre meninos e meninas, segundo os dados abaixo:

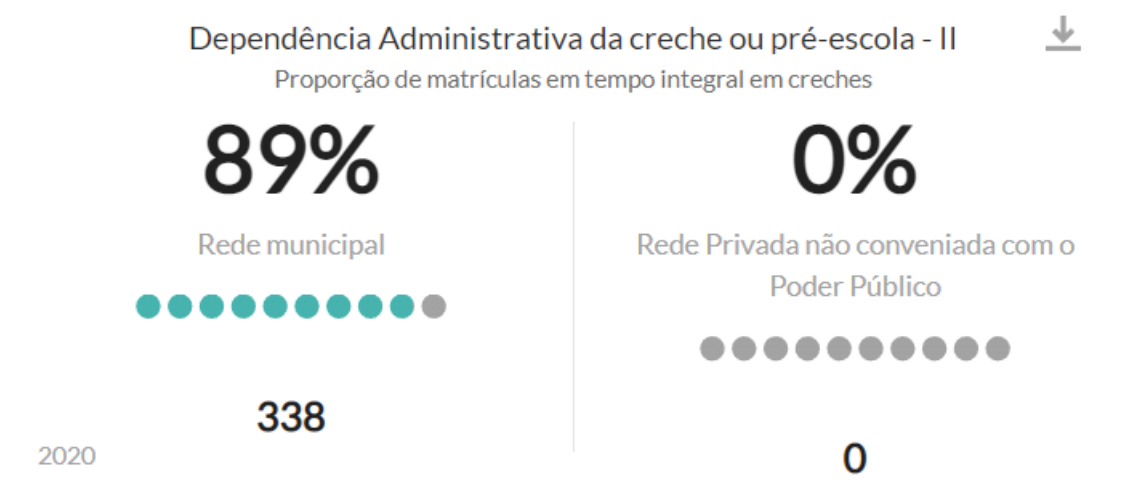
Figura 39 – Proporção de Crianças Matriculadas em Tempo Integral



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância.

Outro dado relevante, como mostra a figura a seguir, é que, desse quantitativo de crianças que estão em creches de tempo integral, 100% (cem por cento) delas estão em creches ou centros municipais de Educação Infantil. Todavia, o município quer avançar na oferta dessa etapa da Educação Básica, por isso planeja ações que ampliem o número de ofertas a todas as crianças da Educação Infantil.

Figura 40 – Matrículas em Tempo Integral nas Creches



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância.

De acordo com pesquisa realizada no ano de 2021, a rede privada de ensino em Santana do Ipanema possuía um número pequeno de atendimento às crianças de creche e pré-escola, conforme a tabela a seguir:

Tabela 3 – Dados de Matrículas na Rede Particular de Ensino

PLANILHA DE DADOS DE MATRÍCULA - Rede Particular – ano 2021

Escola	Quantidade de criança por faixa etária (Creche)				Pré - Escola	
	0 a 1 ano	1 ano a 1 e 11 meses	2 anos a 2 e 11 meses	3 anos a 3 e 11 meses	4 anos	5 anos
Meu Sonho	0	0	0	16	9	9
Carrossel	0	3	21	27	16	36
Lider Kids	0	0	32	50	52	46
São Cristóvão	0	0	12	13	22	29
Rainha da Paz	0	0	10	13	15	11
Caminho Novo	0	15	5	21	28	35

Dezembro de 2021

Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância.

Em se tratando da rede municipal, no ano de 2022, o atendimento à Educação Infantil será ampliado devido à oferta dessa etapa da educação em mais um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), no povoado Óleo. Todavia, até o mês de abril do mesmo ano, há um número exato de matrículas de 1.447 (mil quatrocentas e quarenta e sete) crianças divididas entre creche e pré-escola, conforme o quando a seguir:

Total
matrí-
culas em
2022
1.447
Fonte:
SE-
MED

Tabela 4
Quantitativo de Crianças
Educação Infantil

de
cu-

	Escolas	Quantitativo de alunos	Turmas		
			Integral	Matutino	Vespertino
01	CMEI Roberval M Dias	317	06	03	02
02	CMEI Tânia Maria Vieira	351	03	05	05
03	Creche Santa Quitéria	133	03	02	01
04	EMEB Antônio Rodrigues Damasceno	48	-	02	-
05	EMEB Benedito Melo	23	-	01	-
06	EMEB Cleodon Teodósio	28	-	02	-
07	EMEB Dep. Pedro Ferreira de Andrade	17	-	01	-
08	EMEB Durvalina Cardoso Pontes	36	-	01	01
09	EMEB Francisca Angélica de Assis	32	-	01	01
10	EMEB Iracema Salgueiro Silva	24	-	01	-
11	EMEB Ismael F. de Oliveira	13	-	01	-
12	EMEB José Francisco de Andrade	37	-	01	01
13	EMEB M ^{re} do Carmo O. Araújo	85	-	03	02
14	EMEB M ^{re} José de Carvalho	17	-	01	-
15	EMEB M ^{re} Nepomuceno Marques	-	-	-	-
16	EMEB Professora Sônia Pereira da Silva	46	-	01	01
17	EMEB Santa Sofia	38	-	02	-
18	EMEB São Cristóvão	70	-	02	02
19	EMEB São Raimundo	12	-	01	-
20	EMEB Senador Arnon de Melo	18	-	01	-
21	EMEB Senhora Santana	27	-	01	-
22	EMEB Ulisses Silva	20	-	-	01
23	EMEB Ver. João Francisco Cavalcante	55	-	03	-

De acordo com os dados levantados, e considerando a demanda da primeira infância, o município de Santana do Ipanema realizará um planejamento com o fito de aumentar o atendimento nessa etapa da Educação Básica e ampliar de forma gradativa o acesso, permanência e sucesso de todas as crianças da primeira infância a todas as instituições de ensino e a todos os serviços aos quais elas têm direito.

Quadro 13

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Ampliar a oferta da Educação Infantil nas zonas rural e urbana do município de Santana do Ipanema.	Cobrir 70% da faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos e 11 (onze) meses.	Até 2026.	Aumentar o número de matrículas na Educação Infantil	FUNDEB	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema e Secretaria Municipal de Educação.
Oferecer condições físicas e estruturais adequadas à faixa etária das crianças, de forma a atender os padrões mínimos estabelecidos pelas diretrizes do Ministério da Educação.	Adequar em 100% os espaços físicos de creches e escolas.	Fevereiro de 2028.	Prédios adequados às condições físicas do MEC	FUNDEB 30/MDE.	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema e Secretaria Municipal de Educação.
Realizar levantamento da população total de crianças de 0 (zero) a 5 (cinco) anos de idade e quantitativo por região (rural e urbana) do município.	Utilizar os dados do IBGE, censo 2022.	Fevereiro de 2024.	Levantamento realizado	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação e Saúde.
Construir CMEI sempre que houver demanda de crianças na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos e 11 (onze) meses.	Ampliar o número de matrículas na Educação Infantil.	2026.	Construção de CMEI	FUNDEB 30/MED.	Secretaria Municipal de Educação.
Adequar as Unidades de Ensino que ofertam a Educação Infantil de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos, de forma a garantir instalações sanitárias adequadas à higiene pessoal das crianças.	Instalar pias e lavatórios em todas as escolas da Educação Infantil.	2022/2023.	Instalações sanitárias adequadas às crianças da Educação Infantil	FUNDEB 30/MED, recursos próprios.	Secretaria Municipal de Educação.
Prover atendimento de qualidade em Centros Municipais de Educação Infantil e Creches com acesso, permanência e sucesso no desenvolvimento e na aprendizagem das crianças por meio da formação docente.	Aprendizado adequado das habilidades a todas as crianças da Educação Infantil.	Durante a vigência do Plano.	Taxa de docentes da Educação Infantil com formação continuada específica para atuação nessa etapa de ensino	FUNDEB 30 (trinta).	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema e Secretaria Municipal de Educação.
Implantar gestão democrática nos CMEI e em Escolas que ofertam Educação Infantil.	Ampliar gestão democrática nos CMEI e em creches.	A partir de 2023.	Ter gestão democrática em escolas de Educação Infantil	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação.

Implantar equipes multidisciplinares em CMEI.	Ampliar o atendimento psicossocial na Educação Infantil	A partir de 2025.	Atender às necessidades psicossociais da Educação Infantil	FUNDEB 30 (trinta).	Secretaria Municipal de Educação.
Atender às crianças de 0 (zero) a 5 (cinco) anos de idade com qualidade e equidade.	Ofertar formação integral a todas as crianças de creches e pré-escolas.	Durante toda vigência do Plano.	Formação integral às crianças	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação.
Assegurar a qualidade da oferta da Educação Infantil por meio de um ensino pautado nas orientações da Base Nacional Comum Curricular, com foco nos campos de experiência e objetivos de aprendizagem.	Formação continuada a 100% (cem por cento) dos docentes da rede.	Durante a vigência do Plano.	Formação continuada aos docentes	FUNDEB 30 (trinta).	Secretaria Municipal de Educação.
Fortalecer o acompanhamento e monitoramento das ações pedagógicas com vistas ao desenvolvimento integral da criança e embasada nas normas regulamentadoras dessa etapa da educação.	Acompanhar e monitorar 100% (cem por cento) das escolas.	Durante toda vigência do Plano.	Acompanhamento e monitoramento das escolas	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação.
Desenvolver formação continuada para os profissionais da Educação Infantil em parcerias com as universidades locais.	Fazer parceria com as universidades.	Durante toda vigência do Plano.	Número de parcerias com as universidades	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação.
Promover ações de integração das crianças com alguma deficiência entre família, escola e comunidade, bem como parceria com o Conselho Tutelar, Conselho Municipal da Criança e Adolescente e Promotoria da Infância a fim de garantir o direito do acesso à educação.	Aproximar ao máximo as famílias da escola por meio de ações integrativas.	Durante toda vigência do Plano.	Integrar crianças com deficiência na escola.	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação.
Realizar avaliação da oferta da Educação Infantil na Rede Municipal, considerando os instrumentos orientadores da Política de Educação Infantil.	Avaliar em 100% (cem por cento) a oferta da Educação Infantil no município, por meio dos instrumentos do INDIQUE (Indicadores de Qualidade da Educação Infantil).	Anualmente - Durante toda vigência do Plano.	Utilizar os Indicadores de Qualidade da Educação Infantil (INDIQUE) Sem recurso de acessibilidade Percentual de crianças que saem da Educação Infantil sem as capacidades cognitivas adequadas à sua idade Percentual de profissionais sem formação específica para promover um ensino	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação.

			no de qualidade		
			Percentual de famílias que não procuram as Unidades de Ensino para matricularem seus filhos		
			Aferição da qualidade de Educação Infantil a partir dos dados do INDICQUE		

6.1 A FAMÍLIA E A COMUNIDADE DA CRIANÇA

Figura 41 – A Criança e a Representação Simbólica



Fonte: EMEB Santa Sofia.

As pessoas têm díspares compreensões e definições de família, moldadas pelas diversas experiências pessoais e práticas culturais. Neste Plano Nacional pela Primeira Infância, a família é enxergada no seu sentido mais amplo, com vistas a evitar qualquer tipo de exclusão.

O termo “família” diz respeito às percepções, aos sentimentos e aos vínculos instituídos que as pessoas têm e que emergem das formas particulares de se relacionarem entre si (PNPI, 2010/2020). A noção de família vincula-se, pois, a algo que pertence ao mundo social das relações humanas, em suas diferentes formas de organização, relações de parentesco e contexto comunitário. São relações de afeto, familiaridade, legalidade, solidariedade e comprometimento entre os seus membros.

O Marco Legal da Primeira Infância destaca a importância da comunidade e de suas redes de proteção e cuidado, determinando que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios apoiem a participação das famílias nessas redes, visando, entre outros objetivos, à formação e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com prioridade aos contextos que apresentam riscos ao desenvolvimento das crianças.

Entende-se, então, nesse Plano, a família como o grupo primário que acolhe, apoia e acompanha a criança em seu lar e que satisfaz suas necessidades de saúde, alimentação, afeto, brincadeiras, comunicação, segurança e aprendizagem e conquista progressiva de autonomia

nos anos iniciais da vida, assim como a inscreve legalmente em um sistema de identidade social, assumindo responsabilidades por ela.

No Brasil, no entanto, ainda é forte a concepção de que a responsabilidade pelo desenvolvimento da criança é única e exclusiva da família. Quando os pais e as famílias sentem-se amparados pela comunidade e pelos agentes sociais e governamentais, conseguem cuidar melhor dos filhos, atendendo às suas necessidades de forma mais ampla.

Serviços como saúde, educação, proteção e assistência social são fundamentais para o desenvolvimento na Primeira Infância. Os profissionais dessas áreas são importantes fontes de informações, serviços e suporte emocional para as famílias, ajudando-as a superar desafios e a construir um ambiente favorável às crianças. Por isso, é necessário mostrar a importância do trabalho em rede para garantir os direitos da criança.

É direito de toda criança ser criada no seio de uma família — natural ou substituta — e de crescer em uma comunidade. Essa diretriz está prevista no capítulo 3 do ECA, que também trata de perda de guarda, tutela, adoção etc. É importante enfatizar que família não é apenas aquela que possui laços sanguíneos.

Garantir direitos para todos na Primeira Infância no período que vai de 0 (zero) aos 6 (seis) anos de idade, com o apoio de toda a comunidade, assim como de serviços sociais e intersetoriais, é necessário porque envolve o olhar da: educação, saúde, assistência social, habitação e segurança social. Isso faz com que os serviços conversem entre si, possibilitando um atendimento rápido e consistente no que diz respeito à inserção das famílias e dessas crianças no meio social de maneira sólida e participativa.

A Constituição Federal estabelece que a “família é a base da sociedade” (Art. 226) e que, portanto, compete a ela, juntamente com o Estado e a sociedade (e, nesta, particularmente, as comunidades), assegurar à criança e ao adolescente o exercício de seus direitos fundamentais (Art. 227). Nesse artigo, a Constituição especifica os direitos fundamentais da criança, dentre os quais está o direito às diferentes formas de convívio familiar e coletivo.

Embora os dados censitários e amostrais, levantados pelo IBGE, apontem melhorias em vários aspectos que têm relação com o desenvolvimento das crianças, como a diminuição do analfabetismo e o maior número de residências com saneamento básico, a desigualdade na distribuição de renda se alterou muito pouco nos últimos anos. Temos um contingente numeroso de famílias com crianças pequenas lutando para sobreviver, especialmente diante de uma pandemia, na qual a alarmante desigualdade socioeconômica das famílias, além de injusta e inaceitável, compromete as oportunidades de desenvolvimento das crianças, que são as mais

atingidas por essa situação adversa, agravada pelo fato de que o maior número de crianças até os seis anos está nas famílias mais pobres, em situação de vulnerabilidade.

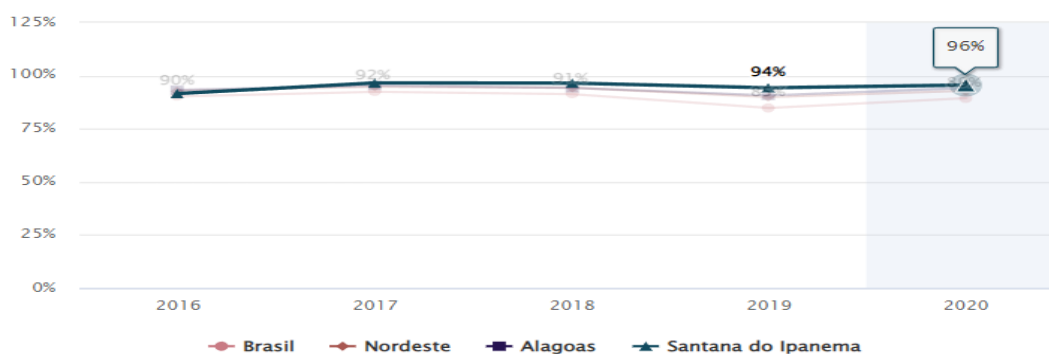
Nesse cenário, destacamos que a família é o ponto de partida das práticas sociais de proteção, cuidado e educação das crianças e que precisa ser fortalecida, por meio de apoios direcionados ao maior e melhor usufruto de bens e serviços, de sorte que produzam efeitos reais na melhoria da qualidade de vida e revertam o processo de exclusão a que estão submetidas. Exemplificando, a saúde e a educação são serviços estratégicos e essenciais que contam com ampla cobertura, dada a universalidade do SUS e da LDB. Porém, sabe-se que não basta garantir consultas médicas e matrículas das crianças nas escolas, pois o resultado esperado desses serviços depende da conjugação de ações e apoios advindos das demais políticas e, sobretudo, de uma rede de apoio e envolvimento das famílias e comunidades na diligente captação desses cuidados.

É mister reconhecer que, se, por um lado, o período da Primeira Infância é de grandes oportunidades para a plenitude da vida de uma pessoa, é também de muitas vulnerabilidades e de extrema susceptibilidade às influências e ações externas, como pobreza e violência. Em especial, a Primeira Infância necessita de uma atenção mais focada, de um olhar específico, de uma ação sensível às peculiaridades da idade.

O Art. 14 do Marco Legal da Primeira Infância destaca, nos seus cinco parágrafos, a necessidade de inclusão de aspectos que representem o apoio às famílias nos seus distintos graus de vulnerabilidade e a necessária articulação intersetorial para integrar os programas que atuam com famílias. Para ilustrar os aspectos ou situações de pobreza de boa parte delas, de acordo com os dados obtidos no observatório nacional, o município possui um grande número de famílias que atendem aos critérios de baixa renda.

Figura 42 – Ações de Articulação Intersetorial na Integração das Famílias

Proporção de crianças de 0 a 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família em domicílios que atendem o critério de renda para inclusão no Programa



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância

Esses dados mostram que a atuação do Poder Público deve ser proativa no sentido de assegurar mecanismos de inserção, proteção e atenção aos primeiros anos de vida de todas as crianças munícipes.

O Marco Legal da Primeira Infância, em seu Art. 12, destaca a participação solidária da sociedade e do Estado junto à família na proteção e promoção da criança na Primeira Infância, entre outras formas, “criando, apoiando e participando de redes de proteção e cuidado à criança nas comunidades”. Desse modo, fica evidente que as comunidades também precisam contar com condições para melhor compreenderem o significado da Primeira Infância e, assim, fortalecerem o seu papel de promoção desta, evidenciando um olhar alargado que compreenda a criança como sujeito de direito.

Dessa forma, o Plano Municipal pela Primeira Infância do município de Santana do Ipanema nos apresenta o grande desafio de colocar em prática as disposições do Marco Legal da Primeira Infância, impulsionando ainda mais a consciência social e sensibilização política sobre o significado e a importância da Primeira Infância em sua plenitude, no contexto familiar.

Quadro 14

Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para Monitoramento	Fonte de Orçamento	Responsabilidade Institucional
Garantir espaços de referência para o fortalecimento de vínculos e relações afetivas, solidárias e de respeito mútuo.	Fortalecer 100% (cem por cento) das relações familiares por meio de projetos.	2026.	Desenvolvimento de projetos familiares.	Recursos próprios.	Secretaria Municipal de Assistência Social e Saúde.
Incentivar a participação dos pais ou responsáveis no acompanhamento escolar dos filhos por meio do estreitamento das relações entre família e escola.	Convidar 100% (cem por cento) das famílias (pais e responsáveis) para participarem das atividades das crianças.	A partir de 2023 e em toda a vigência do Plano.	Participação de famílias nas atividades dos filhos na escola.	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Educação e Escolas.
Beneficiar as famílias oriundas de vulnerabilidade social com a inclusão nos programas socioassistenciais e seu acompanhamento integral por meio dos serviços ofertados pelo CRAS e seus programas vinculados.	Atender 100% (cem por cento) das famílias em situação de vulnerabilidade social.	Durante toda a vigência do PMPI.	Número de famílias beneficiárias de programas de repasse de renda como o AUXÍLIO BRASIL e o CRIA.	Ação sem recursos.	Secretaria Municipal de Assistência Social.
Incluir as famílias com gestantes e crianças de zero a seis anos que fazem parte de programas como CRIA e CRIANÇA FELIZ no público-alvo para ações e projetos realizados junto às comunidades que tenham núcleos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo.	Possibilitar, dentro dos núcleos do SCFV, 100% (cem por cento) da participação das famílias com palestras e temáticas abordadas no âmbito social.	Durante toda a vigência do PMPI.	Registro de frequência dessas famílias em ações comunitárias, palestras, acompanhamentos e projetos realizados nas comunidades através dos núcleos do SCFV.	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Assistência Social.
Encaminhar e incluir todas as crianças de zero a seis anos na rede socioassistencial e educacional.	Garantir que todas as crianças nessa faixa etária estejam devidamente inseridas e matriculadas em toda a rede de assistência social e educação.	Durante toda a vigência do Plano.	Número de crianças de zero a seis anos inseridas nos programas socioassistenciais e crianças com idade escolar de até 6 (seis) anos matriculadas na rede educacional.		Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Educação e Saúde.

Ampliar a rede do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, para crianças até 6 (seis) anos.	Realizar busca ativa e cadastrar 100% (cem por cento) de crianças de até 06 (seis) anos com perfil para inserção no SCFV.	A partir do segundo ano para toda a vigência do Plano.	Registros das inscrições dos participantes no SCFV com idade de zero a seis anos.	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Assistência Social.
Realizar mutirões em comunidades de difícil acesso e buscas ativas em localidades com índice de vulnerabilidade social elevado, a fim de levar informação e serviços essenciais para a retirada de toda documentação necessária para inserir as famílias nos serviços e programas socioassistenciais e educacionais.	Inserção das famílias de baixa renda nos serviços essenciais.	Durante toda a vigência do Plano.	Registro de atendimento e cadastramento das crianças e suas famílias nos mutirões e atendimentos particularizados para a retirada dos documentos.	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Educação e Saúde.

Fonte: Os Autores

6.2 ASSISTÊNCIA SOCIAL ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS

Figura 43 – A Criança e suas Representações



Fonte: CMEI Tânia Maria Vieira

A Assistência Social é uma política pública de Seguridade Social não contributiva, instituída na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 1993, voltada ao atendimento a famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, de risco pessoal e social e de violação de direitos, por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública estatal e não estatal. A partir da Constituição Federal de 1988 — que a reconhece como política social de direitos, juntamente com a saúde e a previdência social — e da LOAS, a Assistência Social tem se distanciado da lógica assistencialista e passa a ser tratada como direito do cidadão (PNPI, 2020).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que organiza a Política de Assistência Social no Brasil, é um sistema descentralizado e participativo que regulamenta, no território nacional, a oferta de serviços, programas e projetos de assistência social e a concessão de benefícios. Isso garante proteção social e tem como um dos seus eixos estruturantes a matricialidade sociofamiliar.

O PNPI (2020) afirma que “A centralidade na família na Política de Assistência Social indica que a atenção deve ser dirigida à família como um todo, com olhares específicos

para os ciclos de vida dos seus membros” (PNPI, 2020, p.76). O MDS (2018), também, comenta que

A política pública de assistência social, assim como as políticas e legislações voltadas para a criança, foi gestada em meio a uma tendência nas políticas sociais chamada de familismo, em que o Estado se vale da responsabilização da família para minimizar sua própria atuação. Assim, é importante atentar para as abordagens sob a égide da matricialidadesociofamiliar, nas quais não se trata de responsabilizar a família, mas de partir do locus familiar para entender as ausências do Estado e as desigualdades sociais geradas pelo modo de produção capitalista que influenciam a situação vivenciada pela criança e sua família. (MDS, 2018, p.50)

Em 1959, foi aprovada por unanimidade pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração Universal dos Direitos da Criança.

Ainda hoje essa declaração continua sendo um marco regulatório e um norte para se refletir sobre a proteção às crianças. Sua influência é notada na Constituição Brasileira de 1988, especialmente, no artigo 227, no qual se encontram enumerados os direitos fundamentais das crianças: direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (PNPI, 2010/2020)

Esses mesmos direitos são apresentados no artigo 4 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A promulgação do ECA, em 1990, representou uma mudança de paradigma no campo das políticas públicas voltadas à proteção dos direitos da infância.

O avanço de pesquisas e o aprofundamento da produção de evidências sobre os marcos do desenvolvimento infantil colocaram ênfase no período da vida compreendido entre 0 (zero) e 6 (seis) anos, denominado Primeira Infância, etapa marcada por mudanças velozes e significativas em termos de desenvolvimento humano. As experiências vividas nessa fase são marcadas por importantes aquisições físicas, cognitivas, emocionais e sociais, conjugadas com um momento de grande dependência do ambiente externo, especialmente no que tange aos cuidados dos adultos.

As responsabilidades da Política de Assistência Social em relação à infância decorrem da própria Constituição Federal de 1988, ao definir como seu objetivo primeiro a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, especialmente nas situações de vulnerabilidades, risco social e/ou vivência de eventos/fatos que fragilizam a sua capacidade de proteger seus membros. Da mesma forma, também é um direito à proteção social a vivência particular de cada ciclo de vida pelo indivíduo, a partir do respeito às necessidades, às singulares e aos direitos implicados em cada um desses ciclos.

Assim, as atividades com crianças na primeira infância devem considerar, sobretudo, a integralidade da proteção à criança e à sua família, que decorre do próprio marco normativo e

jurídico. Nessa fase, sobressai-se a importância de um ambiente seguro, afetivo e com estímulos e cuidados adequados para cada faixa etária, com vistas a um desenvolvimento harmônico e saudável ao longo de toda a vida.

A Assistência Social às crianças e suas famílias em Santana do Ipanema-AL se dá por meio dos serviços no CRAS, PCF (Programa Criança Feliz), CRIA (Criança Alagoana), PAIF, CadÚnico, CREAS e PAEFI. A referida política objetiva a proteção à família, à maternidade e à infância, promovendo, também, a integração das crianças com deficiência à vida comunitária.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é um equipamento público no qual são oferecidos serviços, programas e benefícios com o objetivo de prevenir situações de risco e de fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Ele constitui-se como uma referência para a comunidade, um espaço de convivência e a porta de entrada para os serviços da Assistência Social no SUAS. O objetivo principal do CRAS é desenvolver as potencialidades, o protagonismo e a autonomia dos indivíduos.

A palavra-chave que define o Centro de Referência é a prevenção, pois é nesse equipamento que a população que se encontra em situação de risco e vulnerabilidade, mas ainda com vínculos familiares preservados, é atendida.

Serviços oferecidos pelo CRAS:

- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV);
- Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos;
- Carteira do idoso;
- Benefícios eventuais.

Programas inseridos no CRAS:

- Programa Criança Feliz – PCF;
- Programa Criança Alagoana – CRIA.

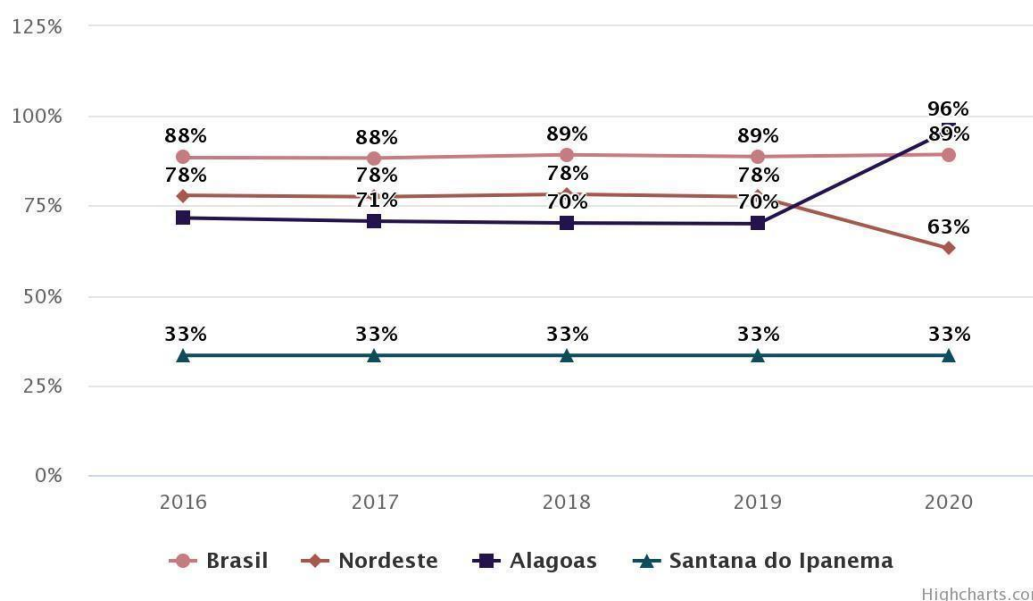
No ano de 2019, período pré-pandêmico, foram registrados no CRAS: 296 visitas domiciliares, 2.550 atendimentos e 227 benefícios eventuais.

No ano de 2020, período pandêmico, o CRAS iniciou o ano com seus atendimentos presenciais. Entretanto, mediante o aumento dos casos de COVID-19 e seguindo as orientações dos órgãos competentes, esses atendimentos passaram a ser realizados de forma remo-

ta. Porém, em decorrência da enchente no Rio Ipanema no mês de março, os atendimentos ocorreram de forma presencial durante esse período. Posteriormente, o setor deu continuidade aos atendimentos presencialmente, mantendo sempre os cuidados e prevenção orientados pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Foram realizadas 216 visitas domiciliares, 1.199 atendimentos, 648 benefícios eventuais e outras atividades remotas. No ano de 2021, período ainda pandêmico, no qual seguimos com os cuidados essenciais para conter a disseminação do novo Corona vírus, foram realizadas 429 visitas domiciliares, 2.953 atendimentos e 1.096 benefícios eventuais.

Figura 44

Cobertura dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)



Fonte: Observatório do marco Legal da Primeira Infância

O Criança Feliz é um programa do Governo Federal e foi instituído por meio do Decreto nº 8.869, consolidado pelo Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, e tendo como fundamento a Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016, que trata do Marco Legal da Primeira Infância. O Programa Criança Feliz foi implantado nesse município no dia 25 de setembro de 2017 e funciona na sede do CRAS.

No município, o referido programa atende a 300 famílias, entre gestantes, crianças de até trinta e seis meses (03 anos) e suas famílias inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; crianças de até setenta e dois meses (06 anos) e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC; crianças de até 72 (setenta e dois)

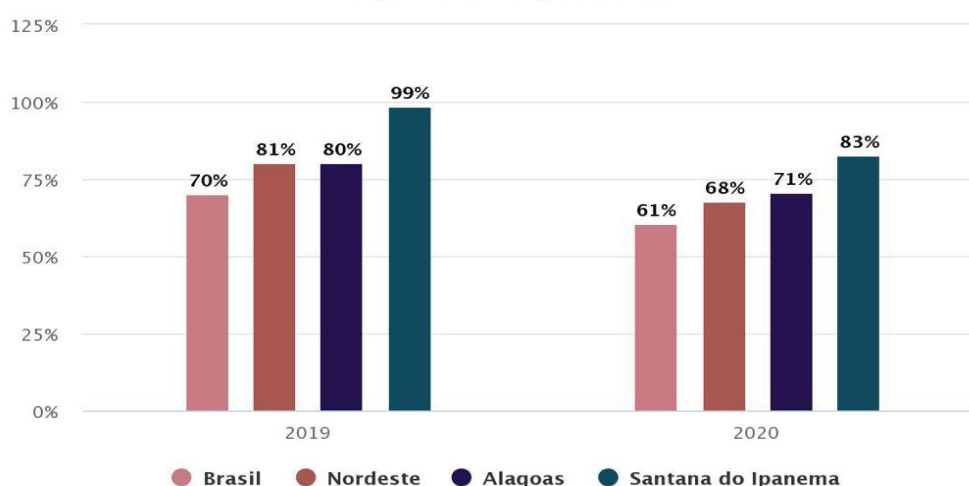
meses inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal –CadÚnico, que perderam ao menos um de seus responsáveis familiares, independente da causa de morte, durante o período Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19.

Nas visitas realizadas às crianças, as atividades são desenvolvidas juntamente com o cuidador principal. Essas atividades geralmente são oriundas de produtos recicláveis, o que facilita a elaboração por parte também dos cuidadores, em que estes recebem orientação e apoio para continuar realizando atividades que ajudam no desenvolvimento da criança. No que se refere às gestantes, elas são acompanhadas quinzenalmente e recebem orientações quanto à chegada do bebê, a relação afetiva familiar e o apoio da rede socioassistencial (caso necessite).

No ano de 2019 (pré-pandêmico), iniciamos o ano com 135 famílias atendidas — a meta do Programa nesse ano era de 150 —, sofrendo alteração em sua meta no mês de abril de 2019, no qual passou a ter meta de 300 famílias. Concluiu-se o ano com 303 famílias acompanhadas.

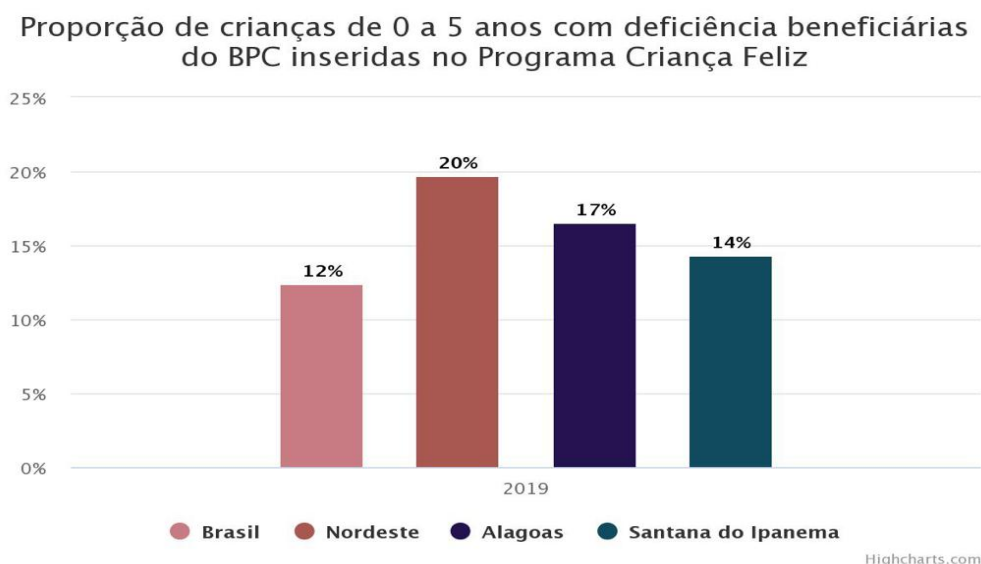
No ano seguinte, 2020 (ano pandêmico), iniciamos com 308 famílias em janeiro e concluímos com 270 famílias acompanhadas. Os acompanhamentos não pararam, porém, devido ao período de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19: houve a mudança para visitas remotas em grupos de WhatsApp e, para as famílias sem acesso à internet, eram realizadas ligações telefônicas. Dessa forma, garantiu-se o vínculo com a família e o andamento do Programa. No ano de 2021 (período ainda pandêmico), iniciamos o ano com 274 famílias, as visitas ainda remotas, depois passando a ser de forma híbrida, ou seja, uma semana remota e na outra presencial, tomando todos os cuidados ainda necessários. No mês de agosto, iniciamos as atividades presenciais e finalizamos o ano com 305 famílias acompanhadas.

Figura 45 Proporção indivíduos visitados pelo Programa Crianças Feliz em relação à meta pactuada



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância

Figura 46



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância

O Programa Criança Alagoana (CRIA) é voltado para a primeira infância e busca melhorar as condições de vida das famílias. Faz parte do Programa o Cartão CRIA, um cartão de transferência de renda no valor de R\$150,00 pago mensalmente por meio da Caixa Econômica Federal. Desse modo, o Cartão CRIA tem como objetivo melhorar as condições de vida das famílias por meio de um auxílio financeiro, possibilitando, assim, oferecer melhor alimentação e cuidados para as gestantes e crianças na primeira infância.

O público-alvo são famílias inscritas no Cadastro Único que vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham gestantes, crianças de até 6 (seis) anos com a síndrome congênita do ZikaVírus ou qualquer outra criança de até 5 (cinco) anos incompletos.

O Programa CRIA teve início em março de 2020, no qual foram realizados 203 cadastros. Devido à pandemia do COVID-19, o programa ficou parado durante um ano, voltando a funcionar em fevereiro de 2021. O CRIA veio para substituir o Programa de Complementação Alimentar e Nutricional (Cesta Básica), destinado às gestantes em situação de pobreza ou extrema pobreza, inscritas no Cadastro Único, que foi extinto em 2018.

Já o Cadastro Único é um programa do governo federal instituído pelo Art. 6-F da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, regulamentado através do Decreto nº 11.016, de 29 de

março de 2022. Ele tem como fundamento a portaria de nº 177, de 16 de junho de 2011, que define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para programas sociais do governo federal. Nele, consta a base de dados do Governo Federal, na qual estão registradas as informações socioeconômicas das famílias de baixa renda domiciliadas no território brasileiro, que são aquelas que possuem renda mensal de até $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo por pessoa ou renda familiar total de até 3 (três) salários mínimos.

O governo federal utiliza os dados do Cadastro Único para conceder benefícios e serviços de programas sociais, como: Tarifa Social de Energia Elétrica, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Auxílio Brasil, entre outros. Os dados do Cadastro Único também podem ser utilizados para o mapeamento das vulnerabilidades locais, o planejamento das ações e a seleção de beneficiários dos programas sociais geridos pelo estado ou município.

No município de Santana do Ipanema-AL, a sede do Cadastro Único localiza-se na praça Manoel Rodrigues da Rocha, nº 78, Centro. Atualmente, o programa atende a um total de 12.328 famílias; dessas, 9.393 são beneficiárias do Programa Auxílio Brasil, o que representa um total de 31.157 pessoas cadastradas, uma média de 49% da população do nosso município.

Atualmente no município de Santana do Ipanema, o total de crianças entre 0 (zero) a 5 (cinco) anos de idade inseridas no Cadastro Único e beneficiárias do Programa Auxílio Brasil é de 2.980, de acordo com dados coletados no CECAD.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), de acordo com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), atende a Proteção Social Especial de Média Complexidade, que oferta serviços de atenção especializada de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos.

O CREAS contempla os seguintes serviços:

- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduo (PAEFI);
- Serviço de Proteção Social a adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa: Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosos(as) e suas famílias;
- Serviço Especializado em Abordagem Social;
- Serviço Especializado para pessoas em situação de rua.

Ações desenvolvidas: entrevista de acolhida e avaliação inicial, mediante denúncias e encaminhamentos; atenção às famílias; visitas domiciliares; visitas institucionais; convivência grupal; encaminhamentos para serviços socioassistenciais; orientação jurídico-social; serviços de orientação e acompanhamento ao adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA); campanhas educativas sobre temas de prevenção e combate aos diversos tipos de violação de direitos, dentre outros.

No ano de 2019, período pré-pandêmico, foram realizadas 490 visitas domiciliares, 238 atendimentos, dentre outras atividades. No ano de 2020, período pandêmico, a equipe passou a realizar as visitas com o uso de equipamentos de proteção, como máscaras e luvas, bem como com a higienização constante das mãos com água, sabão e álcool 70% (setenta por cento), mantendo sempre os cuidados necessários solicitados pela OMS. Foram realizadas 236 visitas domiciliares, 176 atendimentos, dentre outras atividades.

No ano de 2021, período ainda pandêmico, no qual seguimos com os cuidados essenciais para conter a disseminação do novo Corona vírus, foram realizadas 258 visitas domiciliares, 262 atendimentos, dentre outras atividades.

Quadro 15

ASSISTÊNCIA SOCIAL ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Manter atualizado o mapeamento de todas as crianças de até seis anos com deficiência e que sejam beneficiárias do BPC em território municipal.	Realizar busca ativa e acompanhar 100% (cem por cento) das crianças beneficiárias do BPC.	Durante toda a vigência do PMPI	Percentual de crianças beneficiárias do BPC acompanhadas	Recurso próprio	Secretaria Municipal de Assistência Social (CRAS E CADASTRO UNICO)
Ampliar a rede socioassistencial para garantir, a todas as gestantes e famílias em situação de vulnerabilidade social, acesso aos serviços de proteção social, incluindo o fortalecimento de vínculos e o apoio à parentalidade de alta qualidade.	Promover acompanhamento em 100% (cem por cento) das famílias inseridas na rede socioassistencial.	Durante toda a vigência do PMPI	Percentual de famílias acompanhadas	Recurso próprio; Recurso federal; Governo Estadual.	Secretaria Municipal de Assistência Social
Construir fluxo intersetorial.	Facilitar o andamento dos setores e serviços, oferecendo agilidade e melhoria junto aos usuários.	A partir de 2023	Construção e apresentação do fluxo ao CMDCA	Fundo Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (FMCMD-CA).	Secretaria Municipal de Assistência Social, Saúde e Educação e CMD-CA
Ampliar a cobertura dos serviços de proteção social especial, principalmente aqueles voltados ao enfrentamento de situações de negligência e violência contra crianças, de modo a alcançar todas as crianças que deles necessitem.	Criar espaços lúdicos em órgãos públicos de saúde, assistência social e conselho tutelar, visando a 100% (cem por cento) do acolhimento às crianças e menor trauma em procedimentos tensos e dolorosos.	Nos dois primeiros anos do PMPI	Contribuição para um atendimento de forma menos dolorosa para criança vítima de violência, seja ela de qual tipo for, com o objetivo de acolher de forma integral e objetiva	Secretaria Municipal de Assistência Social, Saúde e Educação.	Secretaria Municipal de Assistência Social e Secretaria de Saúde

Ampliar a rede do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), para crianças até 6 (seis) anos.	Realizar busca ativa e cadastrar 100% (cem por cento) de crianças de até 6 (seis) anos com perfil para inserção no SCFV.	Nos dois primeiros anos do PMPI	Fortalecimento em trabalhar os vínculos familiares conforme as diretrizes do próprio Programa	Secretaria Municipal de Assistência Social.	Secretaria Municipal de Assistência Social e Educação
--	--	---------------------------------	---	---	---

Fonte: Os Autores

6.3 ATENÇÃO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL, FAMÍLIA ACOLHEDORA E ADOÇÃO

A legislação brasileira apoia e preconiza a família como espaço fundamental e vital para humanização e socialização da criança. Com a Constituição de 1988, a visão de família mudou. Em seu Art. 226, passou a ser conceituada da seguinte forma: “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. A concepção de criança e adolescente também mudou, consignando em seu Art. 227 o direito da criança à convivência familiar e comunitária como sendo um dos direitos fundamentais. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Art. 98, determina-se que as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos forem ameaçados ou violados.

O acolhimento institucional para crianças pode ser oferecido em diferentes modalidades, com abrigo institucional para pequenos grupos. Casa lar e casa de passagem, independente da nomenclatura, todas essas modalidades de acolhimento constituem programa de abrigo previsto no Art. 201 do ECA, inciso VII, devendo seguir os parâmetros dos artigos 90, 91, 92, 93 e 94 da referida lei. Esse serviço é prestado em unidades inseridas na comunidade e deve obrigatoriamente possuir características residenciais, ou seja, ser um ambiente acolhedor e com estrutura física adequada para atender às necessidades dos usuários. Além disso, essas unidades devem cumprir os requisitos previstos nos regulamentos para a oferta dos serviços de acolhimento, promovendo condições de acessibilidade, higiene, solidariedade, segurança e privacidade.

O serviço de acolhimento deve favorecer o comércio familiar e comunitário, a utilização dos demais equipamentos e serviços disponíveis na comunidade onde a unidade está localizada e, o mais importante de todos, deverá respeitar os costumes, tradições e a diversidade, como: as diferentes faixas etárias, os arranjos familiares, religião, gênero, orientação sexual, raça ou etnia. Quando os cuidados ocorrem no contexto institucional, espera-se que a criança encontre nos adultos que neles trabalham uma referência afetiva e emocional consistente e sólida. Além disso, é importante que isso se desenvolva de forma harmoniosa, com recursos psíquicos para lidar com as dificuldades que a vida lhe impôs.

Portanto, é necessário fortalecer a rede de proteção à criança, convocando os atores envolvidos nesse processo para que discutam seus papéis e se negociem os fluxos e protocolos de atendimento, de modo que os serviços ofertados sejam frutos das demandas do município e que as ações propostas contemplem, além da criança, também sua família (que, na forma

das Leis nº 8.069/90 e 8.742/93 e da Constituição Federal, tem direito a especial proteção por parte do Estado).

Quadro 16

AÇÃO FINALÍSTICA – ATENÇÃO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL, FAMÍLIA ACOLHEDORA E ADOÇÃO					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fontede orçamento	Responsabilidade institucional
Assegurar o atendimento integral que possibilite acolhimento institucional de crianças em situação de vulnerabilidade e risco social, por meio de ações interventivas de alta complexidade que promovam a inserção ou a reinserção no seio familiar, comunitário e escolar, oferecendo-lhes acolhimento pessoal e social.	Fortalecer em 100% (cem por cento) o atendimento integral às crianças em situação de vulnerabilidade.	A partir do segundo ano do PMPI	Número de crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos, atendidas nas instituições de acolhimento	Recurso próprio; Recurso federal.	Ministério Público, Conselho Tutelar, Secretaria de Assistência, Secretaria de Saúde.
Promover campanhas para a adoção legal, sensibilizando a sociedade quanto aos riscos das “adoções à brasileira” e das adoções dirigidas (intuito <i>personae</i>) que não envolvam os familiares da criança.	Contribuir em 50% (cinquenta por cento) para a inserção das crianças da primeira infância em situação de risco nas instituições de adoção.	A partir do segundo ano do PMPI	Número de campanhas específicas sobre adoção a crianças. Proporção de adoções de crianças de forma anual	Recurso próprio	Ministério Público, Conselho Tutelar, Secretaria de Assistência, Secretaria de Saúde
Fortalecer o trabalho em rede e a construção de fluxos para maior agilidade dos procedimentos de reintegração familiar, destituição do poder familiar ou adoção legal.	Integrar em 90% (noventa por cento) a primeira infância em projetos sociais.	Durante toda a vigência deste Plano	Diminuir 70% (setenta por cento) o número de crianças vítimas de maus-tratos	Recurso federal; Atenção especializada	CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Secretaria de Assistência Social e Direito a Cidadania.
Intensificar a realização de campanhas voltadas à primeira infância.	Favorecer a inserção de 70% (setenta por cento) das crianças da primeira infância.	Durante toda a vigência deste Plano	Mensurar a participação da sociedade civil e profissionais nas ações de campanhas	Recurso federal; Criança feliz	CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Secretaria de Assistência Social e Direito a Cidadania

Fonte: Os autores

6.4 DO DIREITO DE BRINCAR AO BRINCAR DE TODAS AS CRIANÇAS

Figura 47



Fonte: CMEI Roberval Menezes Dias

O brincar é uma atividade lúdica que auxilia a criança no desenvolvimento integral. Por meio do brincar, a criança expõe sua criatividade, habilidades e imaginação. Para Vygotsky (1991), o brincar é essencial para o desenvolvimento cognitivo da criança, pois os processos de simbolização e de representação a levam ao pensamento abstrato.

Segundo Kishimoto (1995), cada cultura vê a criança de um jeito diferente. Entre as antigas concepções, a criança era vista como um ser inacabado, sem valor. Só a partir do século XVIII, Rousseau divulga a criança como portadora de uma natureza própria, que precisa ser valorizada e desenvolvida. A partir do Renascimento, a brincadeira passa a ser considerada como forma de desenvolvimento da inteligência e facilitadora do estudo.

De acordo com Sant'anna e Nascimento (2011), as teorias de Vygotsky afirmam que o ser humano se desenvolve a partir do aprendizado, através de contato direto ou indireto com outros seres humanos e que o jogo cria na criança uma zona de desenvolvimento proximal (ZDP), e que, ao vencer desafios, ela chega à zona de desenvolvimento real (ZDR), que é a capacidade de realizar tarefas de forma independente.

Sant'anna e Nascimento (2011) ressaltam a importância do brincar no desenvolvimento da criança, pois, para eles, tal ato é necessário para a motivação, autoestima e até mesmo para desempenho da criança na escola. Essa função é favorecida quando bem trabalhada logo no período da Infância, pois favorece aspectos cognitivos, afetivos e sociais. O brincar na Educação Infantil é essencial, um direito garantido por lei preconizada pela ONU desde 1959, sendo fortalecido com o Marco Legal da Primeira Infância com a Lei nº 13.257/2016.

As Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil (DCNEI, Resolução CNE/CEB nº 5/2009), em seu Art. 9º, têm como eixos estruturantes das práticas pedagógicas na Educação Infantil as interações e brincadeiras, assegurando-lhes os seis direitos de aprendizagem: conviver, brincar, participar, explorar, expressar e conhecer-se.

A Organização Curricular da Educação Infantil na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) está estruturada em cinco campos de experiências, no âmbito dos quais são definidos os objetivos de aprendizagem e desenvolvimento. Na Educação Infantil, as aprendizagens essenciais compreendem tanto comportamentos, habilidades e conhecimentos quanto vivências que promovem aprendizagem e desenvolvimento nos diversos campos de experiências, sempre tomando as interações e a brincadeira como eixos estruturantes. Essas aprendizagens, portanto, constituem-se como objetivos de aprendizagem e desenvolvimento.

Conforme a Resolução nº 05, de 17 de dezembro de 2009, a criança é sujeito histórico e de direitos que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade pessoal e coletiva, brinca, imagina, fantasia, deseja, aprende, observa, experimenta, narra, questiona e constrói sentidos sobre a natureza e a sociedade, produzindo cultura.

Segundo Adriana Friedmann (2012), o brincar como protagonista da escola é um avanço para a educação, porque, assim, tomamos consciência da importância que ele tem para o desenvolvimento integral das crianças, descobrindo nele um meio de conhecê-las mais profundamente, a fim de adequar propostas lúdicas e preservar suas culturas. Tomar consciência desse processo requer, na verdade, mudanças em cada um de nós. Tais mudanças, porém, não acontecem de forma automática: são necessárias em nossa vida. Esse é o primeiro passo para que se possa trabalhar nessa perspectiva com as crianças, a do brincar como caminho educacional.

A BNCC-Educação Infantil circunscreve, assim, o brincar como objetivo de aprendizagem:

Brincar cotidianamente de diversas formas, em diferentes espaços e tempos, com diferentes parceiros (crianças e adultos), ampliando e diversificando seu acesso a produções culturais, seus conhecimentos, sua imaginação, sua criatividade, suas experiências emocionais, corporais, sensoriais, expressivas, cognitivas, sociais e relacionais. (BRASIL, 2017, p. 36)

Assim sendo, o brincar não pode ser substituído por mídia televisiva, celular ou por brinquedos e brindes compensatórios pela ausência do tempo de a criança brincar livremente em casa ou na escola com aquilo que ela deseja. Sendo o brincar intrínseco ao estado ou fase das crianças, esta precisa ser vivida com intensidade para que cada criança se sinta presente no mundo e reconheça tudo que está a sua volta.

O município de Santana do Ipanema possui em creche e CMIs área externa para lazer, como também brinquedos para momentos lúdicos com todas as crianças. E para contemplar esta temática de grande relevância para as crianças objetivamos as seguintes ações:

Quadro 17

DO DIREITO DE BRINCAR AO BRINCAR DE TODAS AS CRIANÇAS					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Reconhecer o brincar como direito da criança para construção da sua personalidade.	Priorizar ações lúdicas no ensino.	Durante toda a vigência do Plano	A ludicidade no ensino de crianças	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação
Promover espaços para o direito de brincar na fase de infância de todas as crianças, privilegiando o tempo de brincadeira, seja em casa ou em qualquer espaço público ou privado.	Ampliar em 50% (cinquenta por cento) os espaços públicos com áreas de lazer.	A partir de 2024	Espaços públicos com áreas de lazer	Recursos próprios	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema
Implantar programa de incentivo à contação de histórias e brincadeiras diversas em espaços públicos como praças, hospitais, consultórios e outros espaços públicos para oferta da ludicidade.	Criar equipe multidisciplinar com profissionais como: Assistentes Sociais, Psicólogos, Pedagogos e/ou Psicopedagogo.	A partir de 2025	Formação da equipe	Ação sem recurso	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema
Reconhecer e priorizar a formação específica dos profissionais que trabalham diretamente com a Primeira Infância.	Priorizar em 100% (cem por cento) a formação pedagógica na educação da Primeira Infância.	Durante toda a vigência do Plano	Número de profissionais que participam da formação	FUNDEB 30/MDE e Recursos próprios	Secretaria Municipal de Educação e outras

Fonte: Os Autores

6.5 A CRIANÇA E O ESPAÇO: A CIDADE E O MEIO AMBIENTE

Figura 48



Fonte: CMEI Tânia Maria Vieira.

Partindo do pressuposto de que é na infância que se iniciam as aprendizagens e as interações sociais dos indivíduos, é notório observar que investir na Primeira Infância é uma deliberação socioeconômica extremamente eficiente em seus resultados positivos, provando, assim, que essa fase precisa ter e ser prioridade na Educação Básica.

A garantia que a criança deve ter é que é um munícipe, com direitos e deveres desde sempre, enfocando nesse momento ela e o espaço. Assim, tem-se a cidade e o meio ambiente como locais de interações socioafetivas e de aprendizagens, para um direcionamento de estar em lazer com sua família em espaços públicos, como escolas, jardins e praças com seus pares.

As Creches e Centros Municipais de Educação Infantil devem trabalhar com o objetivo de sensibilizar as crianças para a sustentabilidade do meio ambiente, sua conservação e preservação. Além disso, devem ter a consciência de que devem cuidar para ter sempre e que,

ao adentrar nos espaços destinados ao bem-estar e lazer, sejam também cuidadores e zeladores desses ambientes.

Na abordagem trazida pelo acordo entre as principais nações, entre elas, Estados Unidos, Finlândia, México, Espanha, Japão, Brasil, entre outras, para trabalharem de forma integrada na implantação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), todos os governos reúnem esforços para pautar suas políticas públicas e traduzirem seus planejamentos em ações que possam corroborar com um ambiente favorável na preservação da vida e sustentabilidade do planeta. Nesse sentido, faz-se necessário inserir no planejamento escolar desde a Primeira Infância, fase em que se forma a personalidade do sujeito, projetos e atividades que contemplem as temáticas de meio ambiente e sustentabilidade a fim de garantir uma presença constante da consciência de preservar o meio ambiente, a vida e o planeta terra.

Quadro 18

A CRIANÇA E O ESPAÇO: A CIDADE E O MEIO AMBIENTE					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Criar oportunidades para a Primeira Infância brincar e reconhecer-se como cidadã protagonista do mundo para despertar a vontade de cuidar do meio ambiente com responsabilidade.	Construir praças e canteiros, áreas verdes, parques e ciclovias.	2025	Construção de praças e ciclovias na zona urbana e rural (povoados)	Recursos próprios	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema
Assegurar espaços adequados que visem a garantir as particularidades das crianças, respeitando seus aspectos físicos, sociais e de aprendizagens.	Revitalizar 100% (cem por cento) dos espaços públicos que atendam à Primeira Infância.	2024	Revitalização dos espaços públicos	Recursos próprios	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema
Reformular o Plano Diretor do município de Santana do Ipanema, com foco nos espaços públicos para atender à ludicidade das crianças de diferentes idades em suas particularidades e características.	Garantir a reformulação do Plano Diretor.	2024	Reformular o Plano Diretor	Recursos próprios	Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema, Poder Legislativo e Executivo (Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente)
Arborizar a cidade de forma diversificada, para melhorar o clima e a qualidade de vida da criança.	Envolver 90% (noventa por cento) das crianças de pré-escola no projeto de arborização da cidade.	A partir de 2024 até a vigência do Plano	Arborizar a cidade	Recursos próprios	Poder Legislativo e Executivo (Secretaria de Agricultura, Meio Ambiente e Educação)
Garantir, na parte diversificada do currículo escolar, o trabalho da Educação Ambiental na Primeira Infância.	Trabalhar em 100% (cem por cento) das escolas a temática do meio ambiente.	2024	Educação Ambiental no Currículo Escolar	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação e escolas

Fonte: Os Autores

6.6 ATENDENDO À DIVERSIDADE: CRIANÇAS NEGRAS, QUILOMBOLAS E INDÍGENAS

Figura 49

Fonte: CMEI Tânia Maria Vieira



O princípio constitucional da Igualdade, presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em seu artigo II, diz:

Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. (ONU, 1948, Art. II)

Por sua vez, o Art. 5º da Constituição Federal de 1988 assegura que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante que

Todas as crianças, absolutamente sem qualquer exceção, serão credoras destes direitos, sem distinção ou discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição, quer sua ou de sua família. (BRASIL, 1990)

É nesse escopo que o município de Santana do Ipanema-AL compreende que o destaque à equidade deve ser princípio de todas as políticas públicas brasileiras, e entende por diversidade as especificidades dos grupos étnicos e povos, como negros, indígenas e quilombo-

las. Assim, reconhece que o atendimento à diversidade de crianças negras, indígenas e quilombolas deve inseri-las em uma sociedade onde haja o reconhecimento pleno dos Direitos Humanos e o direito de vivenciarem e serem estimuladas à diversidade e à inclusão, e a conhecer as contribuições dos diferentes povos e raças para a sociedade. Para tanto, é necessário quebrar alguns estereótipos, salientando de maneira valorativa as diferentes etnias, povos e diferenças.

O município de Santana do Ipanema deve ter um olhar amplo para o atendimento a diversidade às crianças negras, indígenas e quilombolas, de forma que seus direitos sejam assegurados. Oprimidas, na maioria das vezes as crianças negras, não encontram suporte nem mesmo em suas famílias, que, também marcadas pela mesma discriminação, raramente sabem como oferecer formas de enfrentamento à opressão racial. Assim, o racismo persiste ao longo das gerações, podendo acarretar consequências na constituição da criança enquanto sujeito. Em seus primeiros anos de vida, a criança negra raramente encontra exemplos com os quais possa se identificar. Poucos são os brinquedos infantis que representem a cor negra da pele, os cabelos crespos ou mesmo a cultura negra; bonecos e bonecas são quase exclusivamente brancos, muitos de cabeleira loura. A história e a cultura dos ancestrais africanos também não são contadas. Muitas vezes a história fica restrita à fase da escravidão.

Em função das características da idade, a criança pequena não só tem direito como carece de especial atenção da sociedade, do Estado e da família que a proteja das diversas formas de discriminação possíveis de acometê-la. Entretanto, as leis não são suficientes para barrar o racismo arraigado na sociedade. Crianças brancas e negras crescem marcadas pelo racismo, contudo as crianças negras têm sua vida assinalada de forma desumana, tendo sua infância e, em muitos casos, toda a vida comprometida.

Considerando-se o processo histórico de configuração dos grupos quilombolas no Brasil e a realidade vivida, hoje, pelas comunidades quilombolas, e em especial as crianças desta comunidade, é possível afirmar que a história dessa parcela da população tem sido construída por meio de várias e distintas estratégias de luta, a saber: contra o racismo, pela terra e território, pela vida, pelo respeito à diversidade sociocultural, pela garantia do direito à cidadania, pelo desenvolvimento de políticas públicas que reconheçam, reparem e garantam o direito dessas comunidades à saúde, à moradia, ao trabalho e à educação.

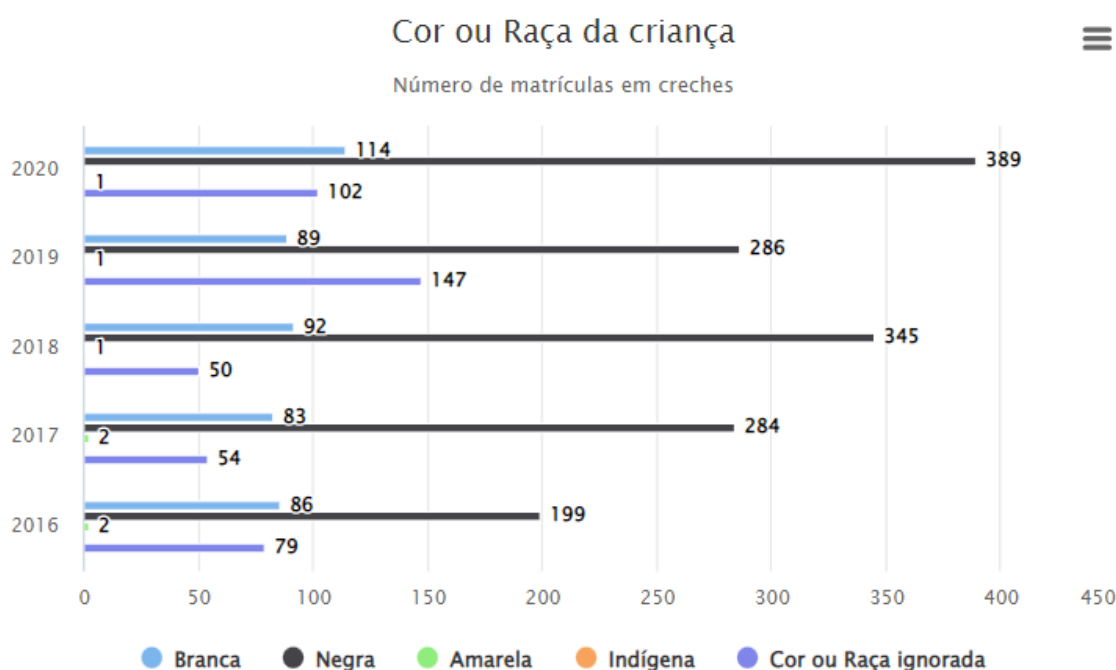
Por sua vez, os povos indígenas como um todo, em especial as crianças indígenas, permanecem como sujeitos invisibilizados nas políticas públicas, mesmo que a Constituição brasileira sublinhe a diversidade e a multiculturalidade que nos constitui como nação. O aten-

dimento a esse público deve considerar a realidade na qual está inserida a criança e os conhecimentos próprios de um povo que originalmente serve de marco para a cultura brasileira.

Nesse contexto, compreende-se que assegurar o direito à diferença implica o respeito às personalidades e aos projetos individuais da existência, bem como a consideração e valorização dos diferentes saberes e culturas. E o atendimento à diversidade de crianças, negras, indígenas e quilombolas deve respeitar as decisões das próprias comunidades em destaque.

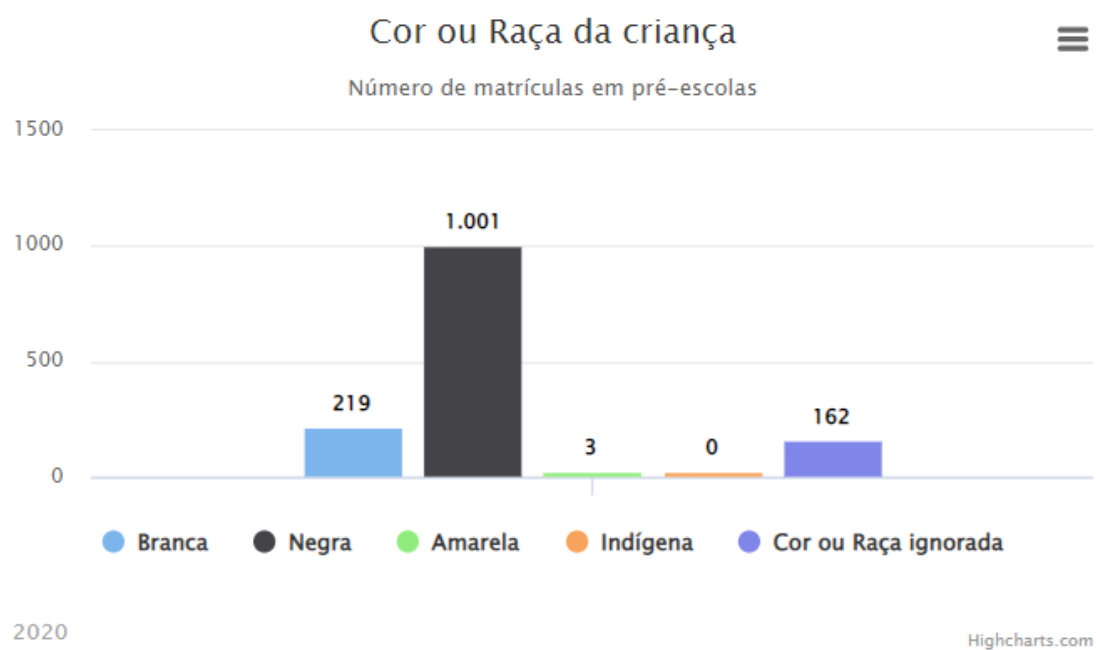
De acordo com as informações do observatório nacional demonstradas no gráfico a seguir, o município de Santana do Ipanema possui um número considerável de crianças declaradas negras, tanto em creches quanto na pré-escola. Por essa razão e de forma legal, todos os direitos devem ser garantidos com equidade a todas as crianças.

Figura 50 – Número de matrículas de crianças negras na creche em Santana do Ipanema no ano de 2020



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância

Figura 51 – Número de matrículas de crianças negras na pré-escola em Santana do Ipanema no ano de 2020



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância

Quadro 19

ATENDENDO À DIVERSIDADE: CRIANÇAS NEGRAS, QUILOMBOLAS E INDÍGENAS					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Implementar cursos e oficinas de aperfeiçoamento dos profissionais da Educação Infantil sobre a diversidade étnico-racial e o papel da Educação Infantil na promoção da igualdade.	Participação de 100% (cem por cento) dos profissionais das escolas e CMEI nos cursos de aperfeiçoamento.	2023 e em toda a vigência do Plano	Proporção de profissionais que participam dos cursos de formação	MDE/FUNDEB 30 e Salário-educação	Secretaria Municipal de Educação, escolas, creches e CMEIs
Realizar anualmente rodas de conversa com gestores e educadores durante a semana da consciência negra.	Participação de 100% (cem por cento) dos docentes e gestores.	2023 e em toda a vigência do Plano	Realização de rodas de conversa	MDE/FUNDEB 30 e Salário-educação	Secretaria Municipal de Educação, escolas e CMEI
Adquirir brinquedos e outros materiais pedagógicos para a Educação Infantil, incluindo bonecas de todas as etnias e personagens negros e jogos expressivos da diversidade étnico-racial.	Aquisição de brinquedos e materiais pedagógicos.	2025	Compra de material	MDE/FUNDEB30 e Salário-educação	Secretaria Municipal de Educação
Incluir em espaços públicos como escolas, creche, CMEIs, secretarias, posto de saúde CRAS, CREAS e outros, decoração que contemple a pluralidade étnica brasileira.	Decorar 100% (cem por cento) dos espaços públicos.	2024 e em toda a vigência do Plano	Decoração dos espaços públicos, incluindo os personagens negros	MDE/FUNDEB 30 e Salário-educação	Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Educação, Assistência e Saúde
Trabalhar pedagogicamente temáticas com as crianças que envolvam a cultura étnico-racial e incentivar a produção de material ilustrativo e literário para exposição e divulgação extra sala de aula.	Envolver 50% (cinquenta por cento) das crianças nas produções literárias.	2023 e em toda a vigência do Plano	Produção realizada	FUNDEB 30	Secretaria Municipal de Educação, escolas, creches e CEMEI

Fonte:

Os

Autores

6.7 ENFRENTANDO AS VIOLÊNCIAS CONTRA AS CRIANÇAS

Figura 52



Fonte: EMEB Maria José de Carvalho

Alguns documentos importantes como a Constituição Brasileira, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Normativa Internacional nessa área baseiam-se na teoria da universalidade dos direitos humanos e dos direitos peculiares à pessoa em desenvolvimento. O Art. 227 da Constituição e o artigo 4º do ECA (que o transcreve) deliberam sobre os direitos da população infanto-juvenil Brasileira, bem como os responsáveis por garanti-los.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e o Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990, p. 12)

A violação desses direitos constitui-se, pois, em violência delituosa, definida no Código Penal. Segundo o ECA, em seu artigo 5º: “Nenhuma criança ou adolescente será sujeito de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão,

punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

A violência praticada contra crianças e adolescentes tem raízes históricas, econômicas e culturais. Segundo Faleiros (2007, p. 10), “[...] violência, aqui, não é entendida como ato isolado, psicologizado pelo descontrole, pela doença, pela patologia, mas como um desencaixar de relações que envolvem a cultura, o imaginário, as normas, o processo civilizatório de um povo”.

Mesmo os adultos sendo considerados socialmente responsáveis e autorizados a exercer poder protetor sobre crianças e adolescentes, esse poder deve ser exercido de forma adequada. Porém, é ainda comum em instituições Brasileiras - família, escola, igrejas, serviços de assistência e de ressocialização - a defesa e o exercício de uma pedagogia perversa de submissão de crianças e adolescentes ao poder autoritário, arbitrário e violento dos adultos.

A violência, de qualquer tipo, contra crianças e adolescentes é uma relação de poder na qual estão presentes e se confrontam atores com força e poderes desiguais de conhecimento, autoridade, experiência, maturidade, estratégia e recursos. De acordo com Minayo (2001, p. 26):

[...] a violência contra crianças e adolescentes é todo ato ou omissão cometido pelos pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, uma transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. (MINAYO, 2001, p. 26)

Diante do exposto, fica clara a necessidade de o Poder Público proporcionar meios para que seja garantida a proteção às crianças. Dessa forma, o município precisa atuar em várias frentes através do levantamento de dados sobre o assunto, além de promover campanhas de esclarecimento em escolas, hospitais, PSF, igrejas e em outras instituições como forma de prevenir a violência contra as crianças.

Assim, a elaboração do plano municipal de enfrentamento da violência contra a criança deve conter vários atores da área de direitos da criança, a fim de promover a integração das iniciativas para combater o problema. Além dos órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos, a prefeitura deve buscar a colaboração dos meios de comunicação, parceiros importantes para a realização de campanhas preventivas, e da iniciativa privada. Outrossim, promover a capacitação dos profissionais responsáveis pelo atendimento tanto a crianças vi-

timizadas quanto àqueles que atuam em escolas e hospitais, para que possam lidar com o problema da violência.

Figura 53 – A Existência de Conselho Tutelar em Santa do Ipanema



Fonte: Observatório do Marco Legal da Primeira Infância

Quadro 20

ENFRENTANDO AS VIOLÊNCIAS CONTRA AS CRIANÇAS					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Identificar as crianças vítimas de violências e maus tratos.	Reduzir a subnotificação em 90% (noventa por cento) dos casos de violência e maus tratos.	A partir de 2023	Número de casos notificados e acompanhados pelo Conselho Tutelar	Ação sem recurso	Secretaria de Assistência Social e Conselho Tutelar
Adotar estratégias de proteção para escuta das crianças vítimas de violências, nas diversas instâncias.	Criação de protocolo único e fluxo interseccional de atendimento.	A partir de 2023	Protocolo e fluxo de atendimento elaborado e aprovado	Ação sem recurso	Secretaria de Educação e de Assistência Social
Criar e implementar o serviço de atendimento emergencial para situações que requeiram um acolhimento imediato e de curta duração.	Serviço de atendimento às crianças.	A partir de 2023	Percentual de crianças atendidas	FMAS	Secretaria de Assistência Social
Elaborar e veicular material informativo para pais e cuidadores, com foco em estratégias para educação não violenta.	Distribuição de material quadrimestralmente.	A partir de 2023	Número de boletins, panfletos, periódicos etc	FUNDEB 30	Secretaria de Educação e de Assistência Social
Promover formação continuada aos profissionais que lidam diretamente com a Primeira Infância para tomar os devidos cuidados nos casos de violências contra as crianças.	Realizar formação semestralmente.	A partir de 2023	A frequência de Formação para todos os profissionais	Ação sem recurso	Secretaria de Assistência Social, Educação e Saúde
Capacitar os profissionais que atuam junto às crianças de até seis anos visando a aprimorar o conhecimento e, consequentemente, o entendimento sobre as práticas de violência enfrentadas por crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos.	Garantir capacitação de 80% (oitenta por cento) dos profissionais que atuam com crianças de até seis anos de idade vítimas de violência.	A partir do ano de 2023	Aumentada qualificação dos profissionais que já lidam com crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos vítimas de violência	Recursos próprios	Secretarias Municipais de Assistência Social, Educação, Saúde e Conselho Tutelar
Implantar e fortalecer o uso do SIPIA - Sistema Nacional de Registro e Tratamento de Informações sobre a Garantia e Defesa dos Direitos Fundamentais Preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente, com objetivo de identificar o perfil das violações	Garantir que 100% (cem por cento) de todos os atendimentos de direitos violados na Primeira Infância sejam registrados no sistema SIPIA.	A partir do ano de 2023	Percentual de crianças registradas no SIPIA	FMCMDC-CA; CMDCA.	Secretaria Municipal de Assistência Social

de direitos e dar subsídios para formulação de políticas públicas voltadas a essa problemática.					
Trabalho intersetorial da assistência social, saúde e educação com a criação da Ficha de Notificação Compulsória, visando a identificar e encaminhar os casos de violência.	Melhorar 100% (cem por cento) da comunicação entre todas as secretarias municipais, evitando a revitimização das crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos.	A partir do ano de 2023	Percentual de casos notificados	Recursos próprios	Secretarias Municipais de Saúde, de Assistência Social, de Educação e Conselho Tutelar
Articulação permanente dos profissionais da educação, saúde e assistência para cumprimento das notificações compulsórias.	Assegurar em 100% (sem por cento) que direitos violados sejam notificados e encaminhados.	A partir do ano de 2023	Percentual de casos notificados	Recursos próprios	Secretaria Municipais de Assistência Social, Saúde e Educação e Conselho Tutelar
Promoção de campanhas educativas promovendo a informação, orientação e o debate sobre violência contra crianças na Primeira Infância.	Contemplar 50% (cinquenta por cento) do âmbito municipal com campanhas de enfrentamento à violência na Primeira Infância.	A partir do ano de 2023	Mensurar a participação da sociedade civil e profissionais nas ações de campanhas	Recursos próprios	CREAS, CRAS, Conselho Tutelar e CMD-CA

Fonte: Os Autores

6.8 ASSEGURANDO O DOCUMENTO DE CIDADANIA A TODAS AS CRIANÇAS

Figura 54 – A Reivindicação como Direito de Todos



Fon-
te:

EMEB Maria José de Carvalho

O registro de nascimento é um direito da criança e um dever do Estado, que incumbe seus pais ou responsáveis de promovê-lo até 15 dias após o nascimento, de preferência logo que a criança nasce, na própria maternidade. É pelo registro civil que se assegura à pessoa a garantia de identidade, mediante o estabelecimento do seu vínculo familiar, assim como o seu vínculo em relação ao Estado, possibilitando que possa exercer sua cidadania.

Por isso, o registro civil é essencial para a existência do indivíduo-cidadão, pois a criança não registrada civilmente e sem a certidão de nascimento ainda não existe juridicamente perante o Estado. Além disso, somente com essa certidão o cidadão e a cidadã podem matricular-se em instituições de ensino, fazer a carteira de identidade, o título de eleitor, o CPF, a carteira de trabalho, casar-se, conseguir outros registros (como o de uma profissão), ser inseridos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e ter acesso aos benefícios dos programas governamentais e da Previdência Social. O registro civil é necessário até ao morrer, para sua família receber a certidão de óbito e o indivíduo não ser enterrado como indigente.

No Brasil, temos uma legislação avançada no que se refere à infância, conquistada por meio da mobilização de diferentes setores da sociedade, expressa, principalmente, no ECA (1990). O direito da criança à proteção integral é reforçado no Art. 3:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa, sem prejuízo da proteção integral de que tratam esta Lei, assegurando-lhes por lei ou por outros meios todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (ECA, 1990, Art. 3)

O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257, de 2016), que veio em reforço às ações, visa a que toda criança tenha seu registro de nascimento, ao acrescentar os seguintes parágrafos no Art. 102 do ECA:

§ 5º Os registros e certidões necessários à inclusão do nome do pai a qualquer tempo são isentos de multas, custas e emolumentos, gozando de absoluta prioridade.

§ 6º São gratuitas, a qualquer tempo, a averbação requerida do reconhecimento de paternidade no assento de nascimento e a certidão correspondente.(ECA, 1990, Art. 102)

Até o início dos anos 1980, a declaração de nascimento era feita de forma verbal pelo pai ou responsável da criança, em companhia de duas testemunhas e mediante o pagamento do registro. A partir dos anos 1990, foi implementada a Declaração de Nascido Vivo (DNV), necessária para se fazer o registro no cartório. A DNV é um documento padrão distribuído pelo Ministério da Saúde para ser preenchido logo após o parto, sendo emitida para todos os nascidos vivos no território nacional e utilizada exclusivamente para a elaboração de políticas públicas e lavramento do assento do registro de nascimento no cartório.

Os dados obtidos nas Declarações de Nascidos Vivos serão materializados no sistema de informação do Ministério da Saúde. De acordo com o parágrafo 1º, do Art. 5, da Lei nº 12.662/2012, os dados poderão ser compartilhados com outros órgãos públicos, para elaboração de estatísticas voltadas ao desenvolvimento, avaliação e monitoramento de políticas públicas, respeitadas as normas do Ministério da Saúde sobre acesso à confidencialidade.

A DNV sobre o recém-nascido ainda deve conter número de identificação nacionalmente unificado, a ser gerado exclusivamente pelo Ministério da Saúde. Além disso, é preciso especificar nome e prenome do recém-nascido; dia, mês, ano, hora e município de nascimento; sexo da criança; informação sobre gestação múltipla, quando for o caso; nome e prenome, naturalidade, profissão, endereço de residência da mãe e sua idade na ocasião do parto. O nome do pai no documento não é obrigatório.

A falta de certidão de nascimento da criança se configura como violação de um direito fundamental, o direito de existir legalmente. Desse modo, vive com possibilidades restringidas de cidadania — possuem uma cidadania limitada, negando a ela o ingresso a premissas de igualdade e a possibilidade de ser introduzida numa família e em um país formalmente.

Quadro 21

ASSEGURANDO O DOCUMENTO DE CIDADANIA A TODAS AS CRIANÇAS					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fontede orçamento	Responsabilidade institucional
Promover, através de materiais informativos e rodas de conversa com famílias cadastradas no Programa Criança Feliz e no Programa Criança Alagoana – CRIA, conscientização sobre o direito ao Registro Civil de Nascimento e a forma de obtê-lo.	Atingir, com a divulgação, 100% (cem por cento) das famílias do Criança Feliz e 50% (cinquenta por cento) das famílias do CRIA, sobre o direito ao Registro de Nascimento.	A partir de 2023	Percentual de famílias que são atendidas pela ação de divulgação	Recurso próprio	Secretaria Municipal de Assistência Social
Orientar as famílias sobre a importância do registro civil nos materiais informativos das secretarias de saúde, nas campanhas de vacinação e nas visitas domiciliares.	Orientação a 100% (cem por cento) sobre a importância do registro civil.	Durante toda a vigência do PMPI	Número de nascidos vivos com registro civil	Recurso próprio	Secretaria Municipal de Saúde
Intensificar ações afirmativas com cartórios, com vistas à garantia da emissão de Segunda Via de Registro Civil a todas as crianças que se encontram em situação de vulnerabilidade social.	Afirmação de parcerias com o cartório para garantir que 100% (cem por cento) das crianças possuam seu registro civil.	Durante toda a vigência do PMPI	Percentual de crianças sem registro civil	Recurso próprio	Secretaria Municipal de Assistência Social
Produzir e distribuir nas escolas documentos (manuais/cartilhas/textos informativos) sobre o procedimento para obtenção do Registro de Nascimento.	Distribuição de material informativo em 100% (cem por cento) das escolas da rede municipal (públicas, estaduais, federal e privadas).	Durante toda a vigência do PMPI	Percentual de escolas parceiras pela distribuição do material informativo	Recurso próprio	Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Assistência Social

Fonte: Os Autores

6.9 PROTEGENDO AS CRIANÇAS DA PRESSÃO CONSUMISTA

Figura 55 – A Criança Frente ao Consumo Capitalista



Fonte: CMEI Tânia Maria Vieira

O excesso de informações midiáticas tem provocado nos sujeitos —Primeira Infância — a extrema necessidade de consumo, despertando o desejo inconsciente de posse, sendo este abordado pelos adultos na forma plural de uma vida automatizada, irrefletida. Consumir é palavra sagrada, pronunciada pela mídia o tempo todo e em alto tom, para todos ouvirem, sem se preocupar com a singularidade de cada ser, sem permitir que o outro seja capaz de pensar no que pode escolher para si, sem permitir ao outro a possibilidade de escolher.

As informações midiáticas tornam tudo universal, independente da cultura, país, região, espaço e tempo. Consumir passou a ser o verbo utilizado com ênfase nas últimas décadas, em sua maioria associado ou não ao consumo de informações ou ao consumo de matéria-prima, ou mesmo ao consumo consciente de ambos.

As ações propagadas pela sociedade de consumo têm provocado adoecimento cada vez maior às crianças. “Tenha! Compre! Possua!”, como forma de preencher o vazio, que, na maioria das vezes, é provocado pela ausência da família ou responsáveis. A publicidade midiática tenta a todo momento eternizar a infância, ela vende a promessa de eternidade como se fosse um objeto, uma mercadoria, algo que possa estar disponível no supermercado, ou mesmo na internet.

No contexto educativo, a escola tem contribuído para ampliar a reflexão sobre o consumo na Primeira Infância, partindo da dimensão do papel da família, escola e sociedade no ato de educar da criança.

Quadro 22

PROTEGENDO AS CRIANÇAS DA PRESSÃO CONSUMISTA					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Incluir, nas propostas pedagógicas das instituições de ensino, como tema transversal, o tema do Consumo Responsável e Consciente.	Inserir em 100% (cem por cento) das instituições de ensino o tema Consumo Responsável e Consciente.	A partir do primeiro ano de vigência do Plano	Regulamentação do tema transversal no currículo	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação
Realizar estudo sobre os hábitos de consumo e sustentabilidade no município.	Apresentar o estudo.	Durante toda a vigência do PMPI	Ter o estudo apresentado e publicá-lo	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação
Inserir nas atividades educativas, como as rodas de conversas com as famílias, tópicos sobre o poder de influência das mídias na vida das crianças.	Criar atividades de roda de conversa nas escolas a cada semestre.	Durante toda a vigência do PMPI	Quantidade de atividades educativas realizadas nas escolas	Ação sem recursos	Secretaria Municipal de Educação
Realizar eventos/oficinas com as famílias para que os educadores abordem as questões sobre o impacto da mídia nas escolas.	Realizar oficinas semestralmente com os educadores.	Durante toda a vigência do PMPI	Quantidade de oficinas nas escolas	FUNDEB 30	Secretaria Municipal de Educação
Promover atividades educativas com as crianças sobre o uso das mídias a partir dos últimos anos da Educação Infantil (pré-escola – 4 (quatro) e 5 (cinco) anos).	Envolver 100% (cem por cento) das crianças matriculadas nas Instituições de Educação Infantil.	Durante toda a vigência do PMPI	Participação das crianças da pré-escola	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação
Regulamentar a proibição de venda de alimentos industrializados (não saudáveis) em espaços educativos institucionais ou qualquer outra forma de comercialização.	Ter a Lei aprovada pelo Poder Legislativo.	Até o fim do segundo ano de vigência do Plano	Lei aprovada pelo Legislativo	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação

Fonte: Os Autores

6.10 CONTROLANDO A EXPOSIÇÃO PRECOCE DAS CRIANÇAS AOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Figura 56 – O Cuidado na Infância



Fonte: CMEI Tânia Maria Vieira

No decorrer da história da humanidade, houve um período no qual a mulher estava inserida em uma posição meramente de condutora do lar; todas as tarefas domésticas, assim como as que se voltavam aos cuidados com os filhos, eram de sua responsabilidade. Com o passar do tempo, sentiu-se a necessidade de se buscar novas perspectivas que possibilitassem um crescimento, sobretudo de cunho financeiro, e, com isso, surge a possibilidade de saída de uma conjuntura meramente do lar, para também uma prestação de serviço fora de casa.

Pensando nisso, sabemos que há marcos nos quais as mulheres passam a serem protagonistas. Na história da humanidade, o trabalho delas nem sempre foi algo reconhecido ou remunerado de acordo com o esforço, pelo contrário, sempre houve e ainda há um forte resquício de desigualdade que permeia tudo isso.

Com a necessidade de inserção da mulher no mercado de trabalho, ocorre também a necessidade de buscar meios que possibilitem que suas famílias sejam assistenciadas da melhor forma possível. Com isso, eis que surge a demanda de uma empregada doméstica, uma creche e outras tantas possibilidades no decorrer da história. Com o avanço da sociedade e

também a abertura as novas tecnologias, houve uma maior necessidade de adequação ao processo de inovação. Os equipamentos tecnológicos surgiram com a finalidade de facilitar ainda mais o que por ventura precisasse de uma maior funcionalidade.

Computadores, celulares e outros equipamentos tornaram-se os principais aliados de vários processos que antes demandavam tempo e esforço. Hoje, eles são resolvidos com um simples clique. Este estilo de vida “portátil” de *smartphones* foi incorporado a todas as classes sociais, a pessoas de todas as idades, incluindo crianças e adolescentes em idade escolar. Mas há também uma grande problemática no que diz respeito ao uso expressivo de telas. Segundo estudos, a nocividade de equipamentos tecnológicos perpassa o viés informativo ou interativo e age em áreas como visão, aprendizagem, interação dos sujeitos com o meio, entre outros fatores, que culminam em um retrocesso no processo de desenvolvimento.

Esse acesso a telas e os prejuízos causados por elas são bem mais significativos na Primeira Infância. Nesse período, a criança está prestes a desenvolver habilidades fundamentais para a vida em sociedade. Tal contexto pode ser evitado por meio de uma melhor atenção partindo dos adultos responsáveis pelas crianças, proporcionando uma outra dinâmica de desenvolvimento a elas, com questões lúdicas e materiais concretos.

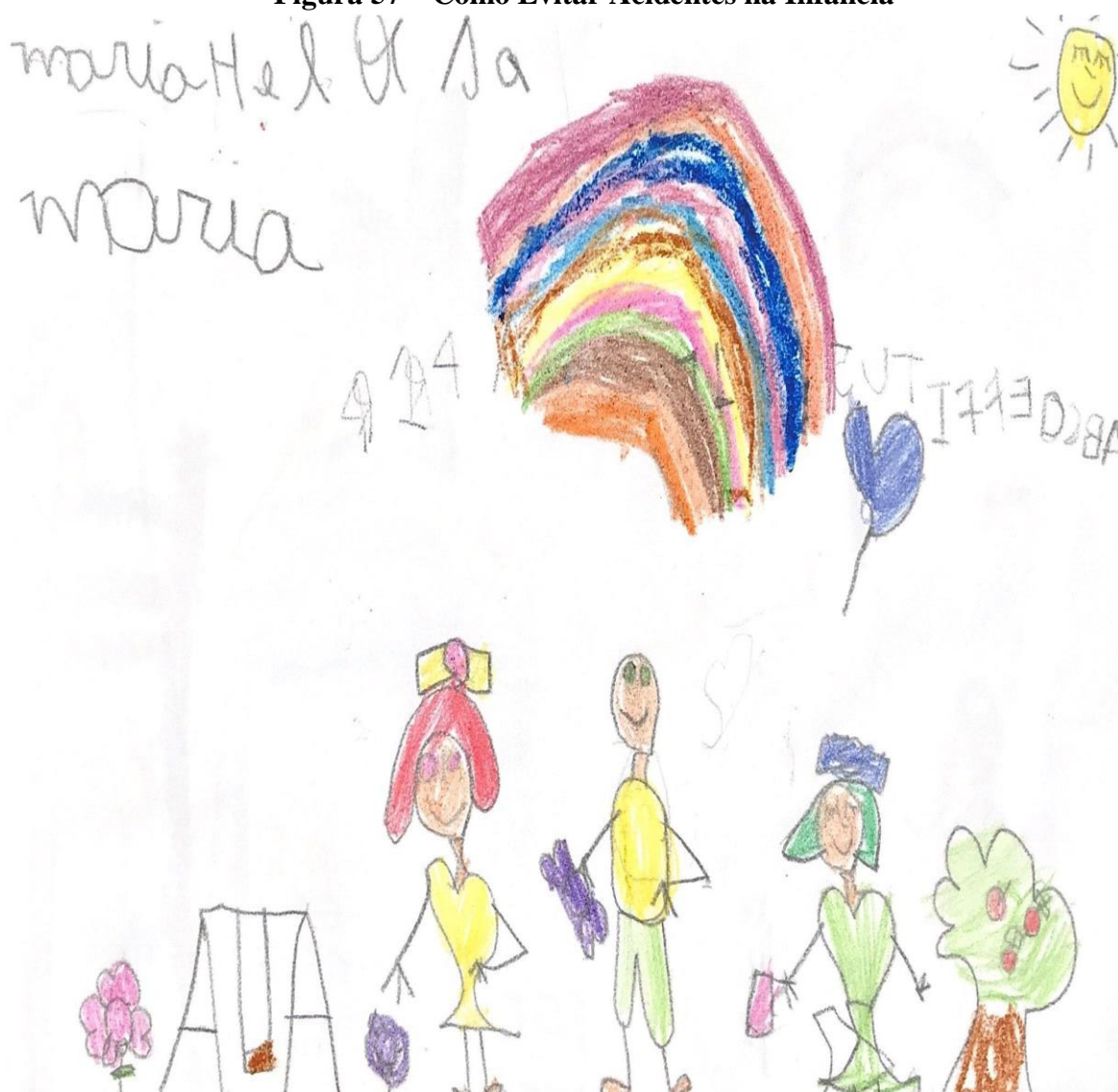
Quadro 23

CONTROLANDO A EXPOSIÇÃO PRECOCE DAS CRIANÇAS AOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Implantar projetos pedagógicos contemplando as tecnologias digitais com foco em conteúdos para a Primeira Infância.	Fortalecer o uso das mídias em 100% (cem por cento) das escolas.	A partir de 2024 e durante a vigência do Plano	Número de projetos implantados nas escolas	Ação sem recursos	Secretaria Municipal de Educação, CMEI e escolas
Promover a inclusão, na proposta pedagógica das instituições que ofertam educação para a Primeira Infância, de temas relacionados à exposição precoce de crianças às mídias.	Promover em 100% (cem por cento) das escolas e CMEI rodas de conversa para as crianças e suas famílias.	A partir de 2024 e durante a vigência do Plano	Rodas de conversa realizadas	Ação sem recursos	Secretaria municipal de Educação, CMEI e escolas
Promover debates sobre a qualidade das mídias dirigidas às crianças.	Envolver 100% (cem por cento) dos profissionais da docência nesse debate.	A partir de 2023	Realização de debates com os docentes nas instituições de ensino	Ação sem recursos	Secretaria Municipal de Educação, CMEI e escolas

Fonte: Os Autores

6.11 EVITANDO ACIDENTES NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Figura 57 – Como Evitar Acidentes na Infância



Fonte: CMEI Roberval Menezes Dias

Todas as crianças pequenas devem ser cuidadas e educadas em ambientes seguros a fim de que cresçam saudáveis e vivazes. A sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento precisam de uma boa qualidade dos programas de cuidado na Primeira Infância.

Acidentes na infância são considerados graves problemas na saúde pública mundial. Uma análise dos dados mais recentes do Datasus/ONG Criança Segura indica que, em 2019, 3.165 meninos e meninas morreram e, em 2020, outras 105 mil crianças foram hospitalizadas por causas acidentais. A boa notícia é que, em comparação aos anos anteriores, houve redução de 4,6% nos óbitos e 7% nas internações. Mais do que fatalidades ou tragédias do destino, os

acidentes são consequências de causas multifacetadas. Questões relacionadas à moradia, à falta de espaços e lazer, à precariedade dos nossos sistemas de saúde e de educação compõem fatores decisivos nos altos índices de acidentes. Esse somatório letal tem maior ocorrência na população de baixa renda, como constatou o relatório mundial sobre prevenção de acidentes na infância, lançado em dezembro de 2008 pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

As medidas mais efetivas para o controle de acidentes na infância incluem um conjunto de estratégias que consideram as crianças em seu contexto habitual e visam a prevenir novos eventos, reduzir a gravidade das lesões e diminuir as deficiências decorrentes dessas injúrias. De acordo com a OMS, os acidentes são lesões não intencionais identificadas como eventos de trânsito (atropelamento, passageiro de veículos e ciclista), afogamento, obstrução de vias aéreas (sufocação, estrangulamento e engasgamento), envenenamento e intoxicação, queimaduras e choques elétricos, acidentes com armas de fogo e outros.

Estudos da ONG *Safe Kids Worldwide* mostram que 90% (noventa por cento) dos acidentes podem ser evitados com medidas simples de mudança de comportamento, de adequação, criação e fiscalização de leis, de desenvolvimento e popularização de equipamentos de segurança e de políticas públicas eficazes para a promoção da prevenção. Na faixa etária pediátrica, os fatores de risco para ocorrência de acidentes estão relacionados às características individuais da criança e do adolescente (fatores intrapessoais), às condições sociais e culturais da família (fatores familiares), ao ambiente relacional (fatores interpessoais), ao papel da comunidade como condicionante (fatores institucionais) e ao impacto do macroambiente (fatores culturais).

Além dos aspectos relacionados à idade, estágio de desenvolvimento e sexo, destacam-se as condições de desigualdade e vulnerabilidade relativas à renda, moradia, trabalho, rede de apoio, nível educacional e número de filhos⁶. De acordo com o Plano Nacional pela Primeira Infância, as decisões e ações para prevenir acidentes na Primeira Infância devem pautar-se pelos princípios e diretrizes desse Plano no que diz respeito ao olhar que se propõe para a criança. As diferentes ações que visem a evitar acidentes na Primeira Infância precisam estar em consonância com os princípios e as ações de promoção da saúde, com o conceito de escola promotora da saúde, bem como a Convenção dos Direitos da Criança, que afirma:

Art. 6. Os Estados Partes reconhecem que toda criança tem o direito inerente à vida. Os Estados Partes assegurarão ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

⁶Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600068>).

Art. 24 Os Estados Partes garantirão a plena aplicação desse direito e, em especial, adotarão as medidas apropriadas com vistas a:

[...]

d) assegurar que todos os setores da sociedade e, em especial, os pais e as crianças conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene e do saneamento ambiental e das medidas de prevenção de acidentes, tenham acesso à educação pertinente e recebam apoio para a aplicação desses conhecimentos. (PNPI, 2010, p. 108)

O ECA reafirma a importância de iniciativas nesse sentido: “a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (ECA, 1990, Art. 7).

O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), no Art. 14, que trata das políticas e dos programas governamentais de apoio às famílias, determina que se deem orientação e formação às gestantes e famílias com crianças na Primeira Infância sobre prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos da Lei nº 3.010/2014 (Lei Menino Bernardo). Processos educativos e informativos são fatores que diminuem os acidentes domésticos e fora de casa, gestos violentos que machucam, ferem e causam fraturas em bebês e crianças pequenas. Os programas de visitas domiciliares também exercem um papel importante na detecção de situações de risco à segurança das crianças e na orientação aos pais e cuidadores, para organizar os espaços de tal forma que as crianças não se acidentes.

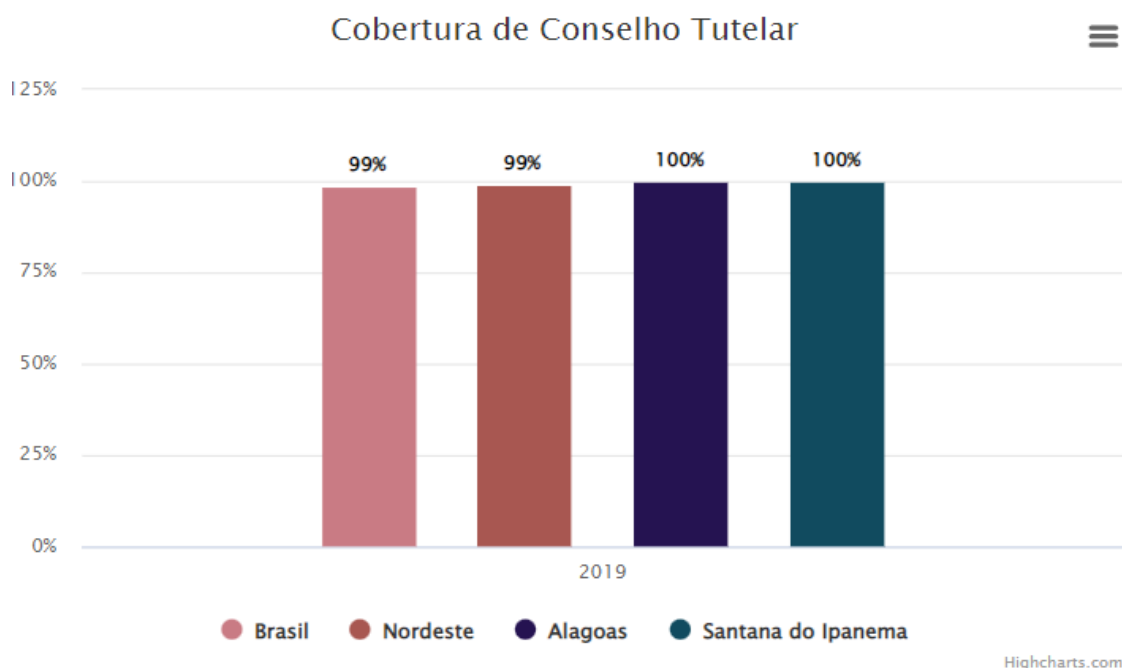


Figura 58

Fonte:Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos

Quadro 24

EVITANDO ACIDENTES NA PRIMEIRA INFÂNCIA					
Objetivos	Metas	Prazos	Indicadores para monitoramento	Fonte de orçamento	Responsabilidade institucional
Orientar e sensibilizar os pais e responsáveis por crianças sobre prevenção de acidentes desde o início da gestação.	Promover Rodas de conversa sobre prevenção de acidentes pelo menos a cada quatro meses.	A partir de 2023 e durante toda a vigência do Plano	Número de rodas de conversa com as famílias	Ação sem recurso.	Secretaria Municipal de Saúde
Reforçar a temática da prevenção de acidentes na qualificação e sensibilização das equipes de atenção básica para a realização de visitas domiciliares desde a primeira semana de vida.	Durante a visita domiciliar às puérperas, abordar a temática da prevenção de acidentes.	Durante toda a vigência do Plano	Número de visitas puerperais	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Saúde
Realizar campanhas educativas, informativas e de comunicação à população, abordando a importância da prevenção de acidentes para uma infância saudável.	Realizar semestralmente essas campanhas.	A partir de 2023	Número de campanhas realizadas	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Saúde
Garantir a correta notificação de internamento de crianças de zero a seis anos, identificando as principais causas desses acidentes e de seus agentes causadores, servindo de base para tomada de decisões em políticas públicas.	Reduzir a subnotificação em 95% dos casos de acidentes com crianças e com internação.	A partir de 2023 e durante a vigência do Plano	Percentual de notificações	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Saúde
Incluir a temática “prevenção de acidentes na infância”, com visão interdisciplinar, nas diretrizes municipais e nas propostas pedagógicas dos estabelecimentos de Educação Infantil.	Garantir que 100% (cem por cento) das escolas trabalhem essa temática.	A partir de 2023 e durante toda a vigência do Plano	Número de escolas que realizaram a formação continuada	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação
Incluir a temática da Educação no Trânsito, de acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, de forma constante, e não pontual, na Educação Infantil e nos cursos de formação continuada.	Ofertar Formação continuada para 100% (cem por cento) dos docentes envolvendo a temática de trânsito.	A partir de 2023 e durante toda a vigência do Plano	Número de escolas que realizam a ação	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação

Realizar monitoramento dos brinquedos trazidos pelas crianças para saber se obedecem aos padrões de segurança, de acordo com a idade da criança, nos centros de Educação Infantil, brinquedotecas e outros espaços correlacionados.	Reduzir o número de brinquedos inadequados nos espaços escolares.	A partir de 2023 e durante toda a vigência do Plano	Percentual de brinquedos nas escolas de Educação Infantil	Ação sem recurso	Secretaria Municipal de Educação
Acompanhar permanentemente a legislação e pôr em prática medidas que garantam o cumprimento das determinações legais relativas à segurança da criança no transporte de veículos automotores particulares e públicos, com especial vigilância sobre os transportes.	Monitorar 100% (cem por cento) dos transportes escolares e públicos para garantir a segurança das crianças.	Durante toda a vigência do Plano	Percentual de veículos monitorados	Recursos próprios	Secretaria Municipal de Educação
Estabelecer normas de segurança contra acidentes com crianças, a serem cumpridas na construção de Centros de Educação Infantil e outros espaços públicos frequentados por crianças.	Formar parcerias com a equipe de engenharia e arquitetura do município com previsão de 100% (cem por cento) de atendimento na região.	A partir de 2023	Percentual de espaços públicos adequados às normas	Ação sem recursos	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Educação

Fonte: Os Autores

7 FINANCIAMENTO

A prioridade da Primeira Infância garante que o PMPI possa fazer parte do Plano Plurianual (PPA), das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e das Leis Orçamentárias Anuais (LOA). Isso está explicitado no Art. 227 da Constituição Federal, nos artigos 4 e 260 do Estatuto da Criança e do Adolescente e no Art. 3 do Marco Legal da Primeira Infância.

É importante considerar também que, uma vez que o PMPI tramita como Projeto de Lei na Câmara de Vereadores e é aprovado, fica garantido o orçamento para todo o seu período de vigência (dez anos) — e a consequente aplicação dos recursos. Ademais, é importante ressaltar que o diagnóstico da situação da Primeira Infância no município apontou as necessidades de investimento de todas as políticas públicas, especialmente educação, assistência social, saúde e urbanismo.

Assim, as ações estão em consonância com os demais planos municipais, fazendo com que os recursos destinados às políticas públicas relacionadas sejam utilizados no cumprimento dessas ações e, por consequência, no cumprimento do PMPI.

8 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

As ações e estratégias propostas no Primeiro Plano Municipal pela Primeira Infância de Santana do Ipanema serão acompanhadas conforme previsto no Art. 15 da Lei nº 18.491/2018, que instituiu o Marco Legal da Primeira Infância do Recife. Assim, o gerenciamento das ações e medidas voltadas à execução da Política da Primeira Infância visa a garantir a implementação das propostas apresentadas no documento.

O processo de monitoramento e transparência dos resultados das ações estabelecidas do PMPI/Santana do Ipanema deve ser realizado de forma compartilhada entre os diversos atores sociais, sendo eles: Poder Público, setor privado, organizações não governamentais, sociedade e família.

O monitoramento das metas será realizado de forma pontual e periódica, com estrutura descentralizada, levando-se em consideração a experiência e o conhecimento de outras organizações dedicadas à Primeira Infância, bem como os indicadores previstos no PMPI. A coordenação do monitoramento será realizada por um Comitê de Monitoramento, com direção do CMDCA, e composto pelas secretarias, órgãos e instituições, além de representados por um membro titular e um suplente.

Os resultados serão disponibilizados periodicamente, permitindo a avaliação sistemática dos resultados a partir dos indicadores previstos no Plano.

REFERÊNCIAS

ABRINQ. Fundação Abrinq traça panorama da Infância e Adolescência no Brasil. **Fadc**, 17 de março de 2021. Disponível em: <https://fadc.org.br/noticias/fundacao-abrinq-traca-panorama-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de Atenção Materna e Neonatal**: segurança e qualidade. Brasília, 2014. 103 p. (Tecnologia em serviços de saúde).

ALMEIDA, P. V. B. Atenção primária à criança e ao adolescente do século XXI: análise de situações e perspectivas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Manual de Práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. t. 15. (Saúde em debate; 190).

ALMEIDA, P. V. B. Apresentação. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Orgs.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**: a contribuição da estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de Atenção Integral à Saúde da Criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. p. 1-4.

ALMEIDA, P. V. B.; MAGALHÃES, M. L. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. In: HADDAD, A. E. (Org.). **São Paulo Carinhosa**: o que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura, 2016. p. 136-149.

ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (EUA). Policy Statement: prevention of pediatric overweight and obesity. **Pediatrics**, Illinois, v. 112, n. 2, p. 424-430, 2003.

ASSIS, S. G. Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência. In: LIMA, C. A. (Coord.). **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**, 2008-2009. [S.l.], 2010.

ASSUNÇÃO, M. C. F. *et al.* Efeito da fortificação de farinhas com ferro sobre anemia em pré-escolares, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 539-548, ago. 2007.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde – novas perspectivas e desafios. In: CZERSNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BANDEIRA, Pedro. **Mais Respeito, Eu Sou Criança**. Disponível em: <http://caradecrianca.blogspot.com/2013/05/mais-respeito-eu-sou-crianca-pedro.html> . Acesso em 12 de jun. de 2022

BELELA-ANACLETO, A. S. C.; MANDETTA, M. A. Prevenção de acidentes na Infância. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 5, set.-out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 13 de março de 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001a. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jun. 2001b. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001c. 199 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 23 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 2007. Seção 1, p. 84. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 7 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2008. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009**. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out. 2009a. Seção 1, p. 115. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html. Acesso em: 7 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 6 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 8 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Brasília: SEB, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 50 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr. 2012a. Seção 1, p. 94. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 7 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012**. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 out. 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2387_18_10_2012.html. Acesso em: 25 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 32 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf. Acesso em: 16 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 maio 2013a. Seção 1, p. 72. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 7 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS/2015. **Portaria n  1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 1 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema  nico de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 set. 2013c. Seção 1, p. 64. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção   Saúde Ocular na Infância**: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília, 2013d. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf. Acesso em: 16 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional**: Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_ferro2013.pdf. Acesso em: 16 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  104, de 15 de janeiro de 2014**. Altera a Portaria n  342/GM/MS, de 4 março de 2013. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2014a. Seção 1, p. 46. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html. Acesso em: 25 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  483, de 1  de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção   Saúde das Pessoas com Doenças Cr nicas no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2014b. Seção 1, p. 50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 13 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2014c. Seção 1, p. 53. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 13 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 maio 2014d. Seção 1, p. 50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 13 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança**. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jan. 2015a. Seção 1, p. 30. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 9 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf. Acesso em: 17 de maio de 2022.

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

BRASIL. Ministério da Educação: **LDB**: Lei de diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: MEC, 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518-versaofinal_site.pdf. Acesso: 14 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação**. Brasília-DF, 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia para Orientar Ações Intersetoriais na Primeira Infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos – um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. Brasília, s.d. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília, s.d. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 11 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Acesso em: 21 de maio de 2022.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE (Canadá). **Carta de Ottawa**. Canadá, 1986.

DECLARAÇÃO dos Direitos da Criança. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/pagina-1069>. Acesso em: 12 de junho de 2022.

FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas**. Disponível em: <portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal>). Acesso em: 18 de maio de 2022.

FRIEDMAN, Adriana. **O Brincar na Educação Infantil: observação, adequação e inclusão**. São Paulo: Moderna, 2012.

GUIA para elaboração de Planos Municipais pela Primeira Infância, Salvador: UNICEF, 2011.

HARADA, M. J. C. S. Injúrias físicas não intencionais na infância e adolescência. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; VIANA, D. L. **Promoção da Saúde**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2012. p. 237–261.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Observa** – Observatório do Marco Legal da Primeira Infância. Rio de Janeiro, s.d. Disponível em: <https://rnpioobserva.org.br>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Série Crianças**. Rio de Janeiro: s.d. Disponível em: http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?no=3&op=.

KISHIMOTO, T. M. O jogo e a educação infantil. Jogo, brinquedo e brincadeira. **Revista Perspectiva**, n. 22, p. 105-128, 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/download/10745/102>. Acesso em: 14 de março de 2022.

KUHLMANN JR., M. **Infância e Educação Infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 2010.

MACHADO, M. L. (Org.). **Educação Infantil em tempos da LDB**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2002.

MANAYO: Enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: Projeto Escola que Protege. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdpsi/a/Vtzhb4Qws89hwqTkwhp9JGQ/?lang=pt>. Acesso em: 12 de agosto de 2022.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos** (217 [III] A). Paris, 1948.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

PERNAMBUCO. **Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife**. Recife: Prefeitura do Recife, 2020.

PLANO Nacional pela Primeira Infância. Brasília, 2010/2020.

SANTANA DO IPANEMA. **Serviço de Triagem Neonatal Biológica/TNB**. Santana do Ipanema, s.d.

SÃO PAULO. Plano Municipal pela Primeira Infância. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2016.

SANT'ANNA, A.; NASCIMENTO, P. R. A história do lúdico na educação. **Revemat**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 19-36, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revemat/article/view/19400>. Acesso em: 14 de março de 2022.

SARMENTO, M. J. As Culturas da Infância nas Encruzilhadas da Segunda Modernidade. In: SARMENTO, M. J.; CERISARA, A. B. **Crianças e Miúdos**: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação. Portugal: Asa Editores, 2004.

SILVEIRA, J. C. **Infância na Mídia**: sujeito, discurso, poderes. Dissertação (Mestrado em Letras e Linguística) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2000.

VYGOTSKY, L. S. **A formação Social da Mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Child Injury Prevention**. Suíça: WHO Press, 2008. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf. Acesso em: 28 de setembro de 2016.