

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM SAÚDE – PPGES

CATARINA FALLEIROS NOGUEIRA ROJAS

**GUIA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA  
INFÂNCIA EM MARÍLIA**

MARÍLIA

2023

Catarina Falleiros Nogueira Rojas

**GUIA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA  
INFÂNCIA EM MARÍLIA**

Relatório do produto técnico da dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde (PPGES) – Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Danielle Abdel Massih Pio

Marília

2023

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília.

R741g Rojas, Catarina Falleiros Nogueira.  
Guia para elaboração do Plano Municipal pela Primeira Infância em Marília / Catarina Falleiros Nogueira Rojas. – Marília, 2023.  
35 f.

Orientadora: Profa. Dra. Danielle Abdel Massih Pio.  
Produto Técnico (Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Atenção primária à saúde. 3. Assistência integral à saúde.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.</b>	<b>O Programa Criança Feliz .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2.</b>	<b>A vigilância do desenvolvimento infantil no contexto municipal .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3.</b>	<b>Fundamentação prática.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>FINALIDADE .....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
	<b>APÊNDICE A – PRODUTO TÉCNICO: DECRETO MUNICIPAL .....</b>	<b>27</b>
	<b>APÊNDICE B – GUIA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA EM MARÍLIA .....</b>	<b>31</b>
	<b>APÊNDICE C – SUGESTÕES DE BIBLIOGRAFIA PARA A ELABORAÇÃO DOMATERIAL E DA EXECUÇÃO.....</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Estimativas demonstram que 219 milhões (39%) crianças menores de 5 anos em países de média e baixa renda correm o risco de não atingir seu potencial de desenvolvimento<sup>1,2</sup>. Há inúmeros fatores biológicos, sociais e econômicos que justificam o investimento no desenvolvimento infantil<sup>3-5</sup>, desde o aumento do nível médio de educação e renda até a diminuição da violência<sup>2,6-8</sup>. Propiciar oportunidades de aprendizado especialmente na primeira infância pode contribuir para a formação de sujeitos com suas competências desenvolvidas, com maior possibilidade de tornarem-se cidadãos autônomos, aptos a enfrentar as adversidades, reduzindo-se assim as disparidades sociais e econômicas da nossa sociedade<sup>9</sup>.

Pesquisas, programas e políticas vêm avançando substancialmente nos últimos anos, com novas evidências científicas ligando adversidades precoces, cuidados com o cérebro em desenvolvimento e a capacidade funcional ao longo da vida<sup>1</sup>. Muitos estudos têm sido desenvolvidos acerca do tema, comprovando cientificamente que na primeira infância a criança possui maior potencial de desenvolvimento global, assim sendo, a fase é considerada uma janela de oportunidades<sup>10</sup>.

Nos últimos anos o desenvolvimento na primeira infância vem se destacando como um tema universalmente reconhecido. O documento adotado na Assembleia Geral da ONU em 2015 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030<sup>1</sup> – traz reflexões e planos de ação importantes na área, além de novas definições e estimativas sobre o número de crianças e os novos indicadores de risco<sup>7,8,10</sup>, trazendo pela primeira vez o tema na agenda de desenvolvimento global como oportunidade de galvanizar esforços em torno dele e destacando-o como uma prioridade internacional para o século XXI.

Além disso, nos últimos 10 anos, houve um rápido aumento de publicações e no número de países com políticas multissetoriais nacionais direcionadas ao desenvolvimento infantil<sup>1,7,9</sup>. Esta inclusão apresenta tanto oportunidades quanto desafios na definição de planejamento, orçamento, programação e monitoramento da vigilância à saúde da criança.

A ampliação e o aprofundamento do conhecimento científico sobre desenvolvimento infantil foram acompanhados de um incremento nas ações do poder público, sobretudo do Legislativo. Diversos documentos normativos surgiram recentemente com o objetivo de proteger e promover um olhar mais atento às crianças nessa faixa etária e o seu entorno, sob um paradigma da integralidade do cuidado.

Podemos destacar como principais normas:

- Lei 8.069, sancionada em 1990, instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>11</sup> configurando-se como um divisor de águas no entendimento jurídico sobre a infância. Foi através dele que passamos oficialmente a reconhecer crianças e adolescentes, do ponto de vista legal, como sujeitos de direito que possuem especificidades e distintos em desenvolvimento.
- O Marco Legal da Primeira Infância, instituído em 2016, estabelece a Política Integrada da Primeira Infância<sup>12</sup>, buscando a articulação das diversas políticas públicas de forma a contribuir para a promoção do desenvolvimento humano a partir da atenção às crianças de até seis anos de idade. Essa lei também posiciona o Brasil em lugar de destaque no que se refere à garantia dos direitos positivos, principalmente sobre a promoção do desenvolvimento humano integral<sup>13</sup>. É considerado um documento inovador, porque regulamenta novos aspectos relativos ao universo infantil, tais como a garantia do direito de brincar, a qualificação de profissionais de acordo com as especificidades da primeira infância e ampliação da licença-paternidade. Acompanhando as tendências e transformações sociais contemporânea, foi estabelecida ainda a divisão igualitária de direitos e responsabilidades entre pais, mães e responsáveis, além da atenção especial a mães que optam por entregar seus filhos à adoção e gestantes em detenção.

O Marco Legal reforça a importância do atendimento domiciliar, especialmente para crianças de famílias em condições de vulnerabilidade social, o que o transformou no referencial para a criação do Programa Criança Feliz, lançado em 2016 pelo Governo Federal que reforça o atendimento domiciliar como instrumento de operacionalização da política voltada para a primeira infância.

O Marco Legal também determina que as gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos. A ideia é a formação e a consolidação dos vínculos afetivos e o estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância.

## 1.1. O Programa Criança Feliz

O Programa Criança Feliz (PCF) é um desdobramento do Marco Legal. Pela lei, recomenda-se que se criem comitês para trabalhar a temática nos três níveis de governo. Além de ser voltado às famílias mais vulneráveis socialmente, com ações de visita domiciliar, o PCF unifica as ações de primeira infância no Brasil<sup>14</sup>.

Considerado o maior programa de visita domiciliar do mundo, vem apresentando resultados efetivos e avaliado como uma das iniciativas mais inovadoras do mundo no enfrentamento aos desafios globais relacionados à infância<sup>15</sup>. O programa tem o reconhecimento de entidades como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)<sup>16</sup>. É composto por ações nas áreas da saúde, assistência social, educação, direitos humanos e cultura. Ou seja, é uma iniciativa que tem como principal característica a intersetorialidade, ou seja, para funcionar deve envolver políticas públicas de diversos setores.

Pela lei, as políticas públicas voltadas para atender os direitos da criança na primeira infância devem levar em conta o interesse da criança; incluir a participação da criança na definição das ações que lhe digam respeito; respeitar a individualidade e os ritmos de desenvolvimento das crianças; valorizar a diversidade entre as crianças e reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços.

Devem ser consideradas como áreas prioritárias para as políticas públicas voltadas à infância: saúde, alimentação educação infantil, convivência familiar e comunitária, assistência social à família, cultura e lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra a violência e a prevenção de acidentes.

As visitas domiciliares e a intersetorialidade deverão ser os pontos de apoio do programa<sup>16</sup>. Outro fator que colabora para o sucesso do programa é a articulação da rede socioassistencial nos municípios. Todo o esforço realizado para fazer o PCF obter resultados positivos converge para o momento da visita domiciliar. É nessa hora que um técnico, devidamente treinado e capacitado orientará o cuidador sobre atividades para promover o desenvolvimento integral infantil e fortalecer o vínculo com a criança.

O atendimento prioriza as famílias em situação de vulnerabilidade social, pois são elas que mais precisam do auxílio prestado nas visitas. A primeira condição para uma família participar é estar no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Isso garante que os indivíduos atendidos estejam na faixa de renda que o programa busca contemplar.

Dentro dessas famílias, o PCF atenderá: gestantes inseridas no Cadastro Único, Crianças de 0 a 36 meses cadastradas no Cadastro Único, Crianças de 0 a 72 meses contempladas pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), Crianças de 0 a 72 meses que estejam afastadas do convívio familiar em função de medidas protetivas.

Figura 1 – Perfil do Público Prioritário do PCF.

<b>Perfil do Público Prioritário do PCF</b>	
Crianças de 0-36 meses	Inseridas no CadÚnico
Gestantes	Inseridas no CadÚnico
Crianças de 0-72 meses	Beneficiárias do BPC

Fonte: Programa Criança Feliz<sup>14</sup>

A ação desses profissionais impacta as famílias que recebem a visita. É importante ressaltar que a inclusão da família é voluntária, ou seja, a participação no programa não é obrigatória.

Além de contar com o envolvimento de diversos setores para se concretizar, o PCF também precisa da participação dos demais entes federados. Estados e municípios não são obrigados a entrar no PCF; a adesão é voluntária. Para ser elegível, o ente federado precisa cumprir alguns requisitos previstos, como:

1. Ter Centro de Referência de Assistência Social – CRAS;
2. Ter 140 (cento e quarenta) indivíduos do público prioritário do Programa.

O Manual de Gestão Municipal do PCF disponibilizado em 2019 pelo Ministério da Cidadania, oferece os subsídios necessários para implantação, as regras sobre financiamento e como será realizado o monitoramento do programa.

Quanto à implantação, o documento orienta os passos obrigatórios para a operacionalização em nível municipal, que de forma geral são os seguintes: Adesão ao Programa, Elaboração do Plano de Ação, Formação do Comitê Gestor do PCF, Formação da Equipe do Programa, Capacitação da Equipe de Supervisores e Visitadores, Registro da Equipe no CadSUAS e Prontuário Eletrônico e Execução das Visitas Domiciliares

No Manual do Gestor Municipal estão dispostos de forma mais específica o quantitativo, composição das equipes do PCF, assim como aspectos referentes à carga horária, proporcionalidade na composição de profissionais e possibilidades de alcance das metas de



atendimento. No documento também se encontram os requisitos profissionais para o exercício das funções de acordo com as atribuições no âmbito de sua atuação.

Os cargos que estão diretamente ligados à execução do Programa em âmbito estadual são o de coordenador, que deverá ter experiência em gestão de programas e projetos, além do profissional multiplicador, que tem a missão de transmitir os referenciais teórico-práticos e apoio técnico à equipe de referência dos municípios, devendo ter experiência na área de Desenvolvimento Infantil, Saúde, Educação ou Assistência Social, devidamente certificado pela Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano, responsável pelas atividades de capacitação e educação permanente dos Supervisores, podendo atuar no apoio à implementação e supervisão do Programa no Estado. No contexto municipal as funções serão de coordenador, que tem a missão de aprimorar as ações de articulação nos territórios e apoiar as equipes, além do supervisor, que tem o papel de organização e orientação do trabalho técnico junto aos visitantes, além de articular com o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e demais serviços das políticas setoriais, as necessidades e demandas das famílias que surgem nas visitas. O visitante é o profissional que orienta o cuidador na interação com as famílias e crianças durante as atividades aplicadas para a promoção do fortalecimento do vínculo e do desenvolvimento infantil.

As equipes devem estar devidamente capacitadas no Guia para Visita Domiciliar e no método Cuidados para o Desenvolvimento da Criança – CDC, sendo que a certificação na formação do Guia para a Visita Domiciliar é fator condicionante para o início das visitas<sup>17-19</sup>.

## **1.2. A vigilância do desenvolvimento infantil no contexto municipal**

Quanto aos dispositivos oficiais de vigilância do desenvolvimento infantil disponíveis atualmente, verifica-se que o município não conta com espaços de intervenção precoce para recém-nascidos ou lactentes de risco, cujos critérios de elegibilidade constam nas diretrizes do PNAISC<sup>20</sup>. Além disso, não há programas ou projetos em tramitação ou já implementados que promovam práticas de educação em saúde direcionadas ao tema, para profissionais ou comunidade.

Observa-se pela descrição e atribuições dos serviços de saúde oferecidos às crianças em fase de desenvolvimento, que não há propriamente uma proposta direcionada à promoção do desenvolvimento infantil com condutas antecipatórias à detecção de desvios no processo de aquisição de marcos neurológicos.

Verifica-se também que os atendimentos de puericultura seguem normativas do Ministério da Saúde com consultas periódicas apenas até os 2 anos, embora a PNAISC recomende o acompanhamento das crianças até os nove anos, em uma perspectiva intersetorial, o que levanta para a reflexão sobre como as ações têm contemplado as demais faixas etárias<sup>20</sup>.

No município de Marília, em 2022, a APS não atingiu a meta de nenhum dos indicadores mínimos do Previner Brasil (MS), já que apenas 40% das gestantes passaram por 6 consultas de pré-natal (meta de 45%), 39% das gestantes foram testadas para HIV e sífilis, quando o mínimo esperado era 60%<sup>21</sup>. Em relação aos exames para detecção do câncer de colo de útero, 16% do público-alvo foi submetido, quando a meta era de 40%. Em relação à vacinação infantil, a meta era de 95% imunizadas, mas apenas 85% receberam as aplicações. Metade desses pacientes com diabetes e hipertensão deveriam ter passado pela mediação de glicemia e pressão alta, mas apenas 14% e 13% foram, respectivamente<sup>21-23</sup>.

No âmbito municipal, reafirmando a situação nacional dos sistemas de saúde, verifica-se um acúmulo de encaminhamentos e contrarreferências entre a atenção básica e o especialista, em uma lógica hierárquica de transferência de atribuições e pouca comunicação entre os profissionais que acolhem as crianças, resultando em um sistema saturado de esperas por consultas ambulatoriais em neurologia infantil e pouca resolutividade na APS.

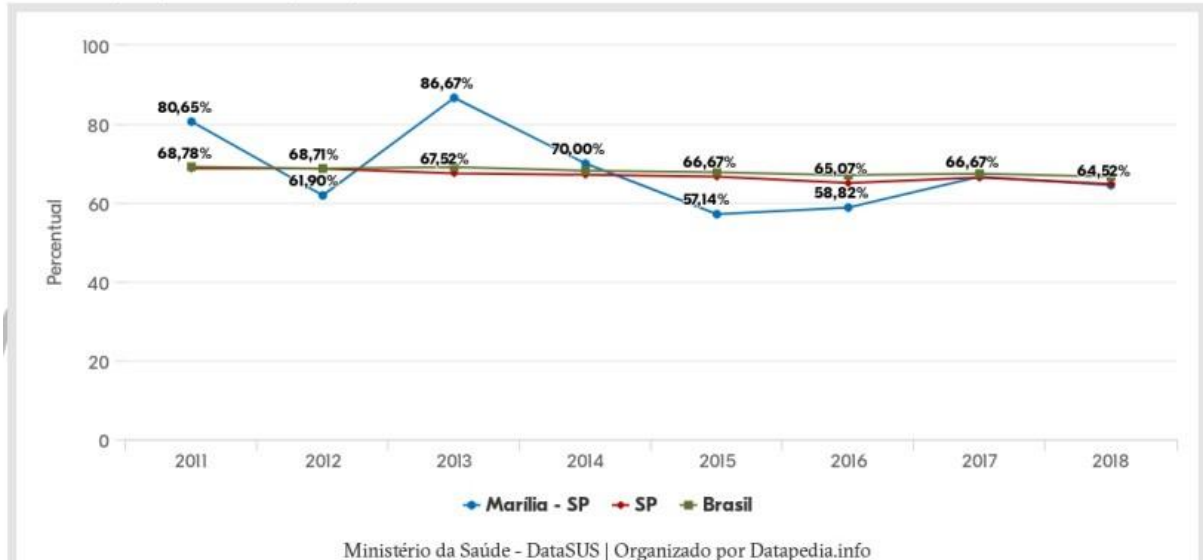
No que se refere às políticas governamentais direcionadas ao tema, ressalta-se o potente trabalho do PCF, que atualmente já se estende a 2.689 dos 5.570 municípios brasileiros, embora o município de Marília ainda não tenha aderido<sup>23</sup>.

Os indicadores de saúde municipais também evidenciam dificuldades no controle da mortalidade infantil e saúde materno-infantil, com entraves nos acompanhamentos de pré-natal e atendimento à puérpera, explicitados no gráfico a seguir<sup>23</sup>:

Figura 2 – Percentual de mortalidade infantil (até 1 ano) por Causas Evitáveis (2011-2018)

### Percentual de mortalidade infantil (até 1 ano) por Causas Evitáveis (2011 - 2018)

Com base em dados do Sistema Único de Saúde (SUS), este indicador aponta a proporção de mortes que poderiam ser evitadas com ações mais eficientes de imunização, assistência a gestantes e ao recém-nascido, melhores condições de parto, diagnósticos e tratamentos mais precisos ou ações de promoção da saúde. Esta taxa deveria ser zero. Qualquer número diferente disso significa que falhas provocaram a morte de crianças. Atuar nas causas evitáveis é, por definição, a única maneira de reduzir a mortalidade infantil. É importante, por isso, fixar metas para que esta curva aponte para baixo.

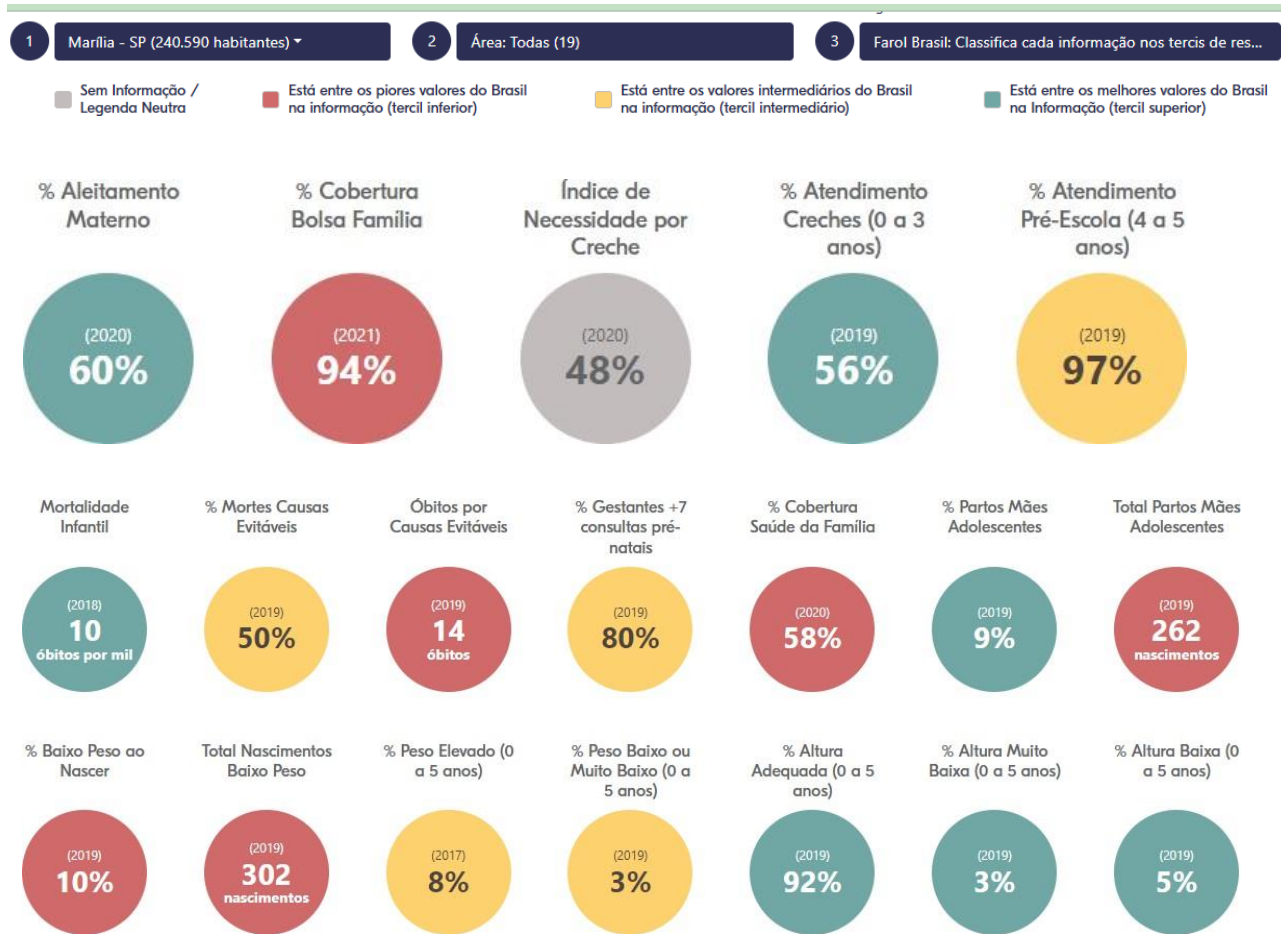


Fonte: adaptado de Primeira Infância Primeiro<sup>23</sup>

Ressalta-se a atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, segundo diretrizes e eixos estratégicos propostos pelo PNAISC, com atenção ao puerpério e estímulo ao aleitamento materno compõem um dos aspectos centrais do que se entende como atenção integral à saúde da criança e atuam como determinantes do desenvolvimento infantil<sup>20</sup>.

Os dados oferecidos a seguir são fornecidos pelo Programa Farol, iniciativa da Confederação Nacional de Saúde e da Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde. O Programa é responsável pelo monitoramento de indicadores de saúde, fornecendo ferramentas de auxílio para melhorar a gestão das organizações de saúde no Brasil, por meio da oferta isolada e comparativa destes dados.

Figura 3 – Indicadores de saúde da cidade de Marília – Programa Farol.



Fonte: adaptado de Primeira Infância Primeiro <sup>23</sup>

O Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora (SFA), oferecido pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), possibilita o cuidado temporário, em casas de famílias acolhedoras, para crianças e adolescentes em situação de abandono ou afastados do contexto familiar por ameaça ou violação de direitos, não se mantendo laços jurídicos com tal família durante o acolhimento. É uma iniciativa do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), possui critérios de elegibilidade e formação para a adesão das famílias elegíveis com subsídio financeiro relacionado ao acolhimento. Esta política pública é preferencial e prioritária, além de indicada por pesquisas científicas como forma de promoção do desenvolvimento integral. Apenas 5% das crianças acolhidas estão em famílias acolhedoras e 95% dos 30 mil casos de medida protetiva estão em instituições. Apesar dos benefícios e vantagens para a gestão municipal e de possuir um trabalho direcionado a crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional por meio da instituição Centro de

Apoio à Criança e Adolescente de Marília (CACAM) , o município de Marília não aderiu ao programa.

Figura 4 – Unidades Executoras do serviço Família Acolhedora (2018).

### Unidades Executoras do serviço Família Acolhedora (2018)

O reconhecimento das vantagens do acolhimento familiar é antigo, apesar disso, no Brasil, crianças e adolescentes vulneráveis ainda são majoritariamente acolhidos em abrigos. Esse indicador, portanto, mostra se o município está no caminho para se adequar a este modelo de proteção, que deveria ser prioridade, mas ainda é exceção. No Brasil, em 2018, havia 332 unidades executoras distribuídas nos 315 municípios.



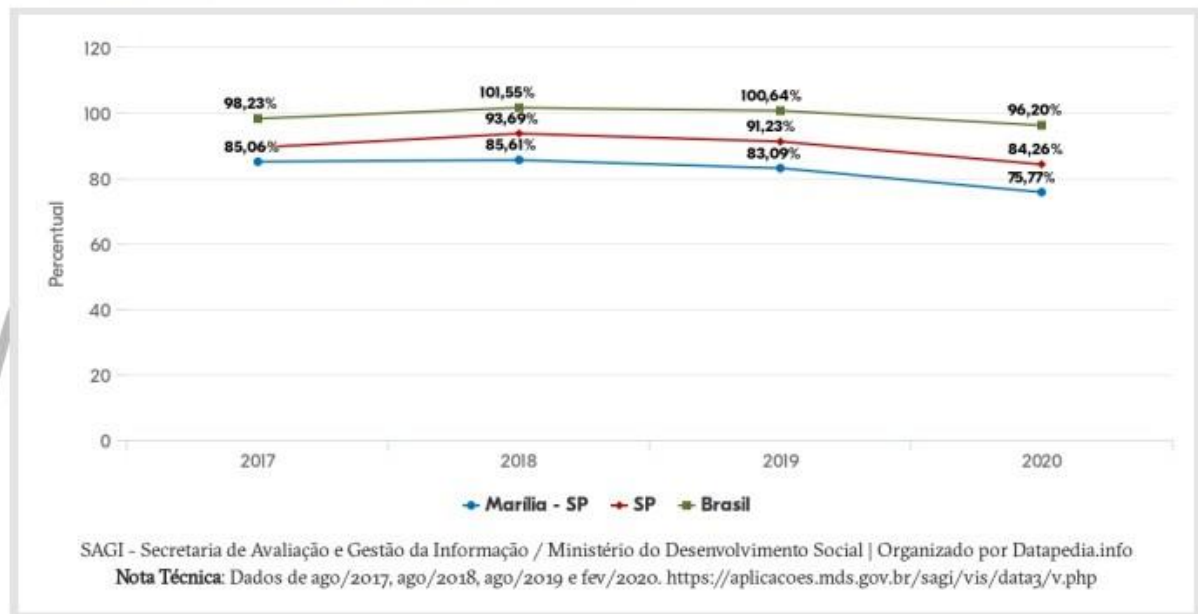
Fonte: adaptado de Primeira Infância Primeiro <sup>23</sup>

O percentual de famílias municipais contempladas pelos programas de transferência de renda do governo federal, com base na estimativa de famílias pobres (IBGE 2010) mostra que a quantidade de crianças em situação de vulnerabilidade social no município ainda está aquém dos resultados nacionais e estaduais.

Figura 5 – Percentual de Cobertura das famílias do Bolsa Família com base na estimativa de famílias pobres do censo IBGE 2010 (2017-2020).

### Percentual de Cobertura das famílias do Bolsa Família com base na estimativa de famílias pobres do censo IBGE 2010 (2017 - 2020)

Elaborado com base na estimativa de famílias pobres do Censo IBGE 2010, este é um indicador da evolução da quantidade de famílias em situação de pobreza no município. Deve ser combinado com o índice de inscritos no Cadastro Único que não estão no Bolsa Família, para dar uma noção melhor da quantidade de crianças em situação vulnerável.



Fonte: adaptado de Primeira Infância Primeiro <sup>23</sup>

Além da Equipe Técnica de Saúde da Criança, as ações direcionadas à infância são coordenadas pelas Secretarias de Direitos Humanos e Assistência e Desenvolvimento Social, além da Secretaria de Educação. Em maio de 2023 foi instituído um Comitê de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes, em parceria com as Secretarias de Assistência e Desenvolvimento Social, Direitos Humanos, Educação, Saúde e Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA) com o objetivo de enfrentamento à violência contra as crianças e adolescentes, de até 15 anos de idade, nas comunidades periféricas do município. Este projeto de lei tem caráter intersetorial pactuado entre representantes de diversas instâncias de gestão, com participação do judiciário e da sociedade civil.

Considera-se relevante acrescentar os resultados trazidos pelo trabalho apresentado em junho de 2023 ao Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde (PPGES) – Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina de Marília, intitulado Vigilância do desenvolvimento infantil: compreensão e práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. O estudo teve como objetivo analisar a compreensão e a experiência teórico-práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde acerca da vigilância do desenvolvimento infantil e

propor estratégias de fortalecimento e de enfrentamento às dificuldades. Por meio de um questionário constituído de perguntas fechadas e dissertativas verificou-se que 6% dos participantes não interrogam sobre desenvolvimento infantil aos pais, 25% dos profissionais não realizam aferição de perímetro cefálico em todas as consultas pediátricas, 48% não preenchem a Caderneta da Criança do Ministério da Saúde. Dos 52 respondentes, apenas 3 conheciam e aplicavam a escala de triagem do desenvolvimento denominada Denver II e menos de 10% referiram conhecer e aplicar a escala M-CHAT para rastreio de autismo. Mais de 80% dos participantes responderam que em raras ocasiões as queixas de atrasos são resolvidas com recursos da APS e as principais dificuldades apontadas são falta de estrutura, materiais e equipes completas. O estudo pôde concluir que, a despeito de ter sido regulamentada na década de 90, a vigilância do desenvolvimento infantil ainda não é uma prática consolidada no contexto municipal. Os dados apontam para a necessidade de implementação de projetos de educação em saúde e em serviço na atenção primária, além do fortalecimento de um olhar integral à saúde da criança sob o modelo biopsicossocial do processo saúde-doença.

### **1.3. Fundamentação prática**

Este produto técnico é derivado de uma dissertação de mestrado<sup>24</sup> cujo delineamento foi estudo descritivo-analítico, de abordagem qualitativa, desenvolvido no cenário de atenção primária municipal com médicos e enfermeiros.

A amostra, obtida por esgotamento, foi constituída por 52 participantes. Utilizou-se um questionário constituído de perguntas fechadas, com três a cinco alternativas, e perguntas abertas, visando compreender a experiência teórico-prática dos profissionais quanto à vigilância do desenvolvimento infantil. Foi realizada análise estatístico-descritiva dos dados quantitativos. As respostas abertas, de natureza discursivo-dissertativa foram transcritas e utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática.

A caracterização sociodemográfica mostrou que 54% dos participantes eram enfermeiros, o tempo médio de trabalho na função era de 6 anos, com carga horária de trabalho semanal em torno de 21 horas, a média de tempo de trabalho com a faixa pediátrica foi de 10 anos. 80% referiram nunca ter realizado curso de formação em desenvolvimento infantil. Quanto às respostas ao questionário, verificou-se que 6% dos participantes não interrogam sobre desenvolvimento infantil aos pais, 25% dos profissionais não realizam aferição de perímetro cefálico em todas as consultas pediátricas e 92% perguntam sobre a

linguagem da criança. Quanto aos instrumentos validados de avaliação do desenvolvimento infantil, 48% não preenchem a CC do Ministério da Saúde. Dos 52 respondentes, apenas 3 conheciam e aplicavam a escala de Denver II e menos de 10% referem conhecer e aplicar a escala M-CHAT para rastreio de autismo. Mais de 80% dos participantes responderam que em raras ocasiões as queixas de atrasos são resolvidas com recursos da APS e as principais dificuldades apontadas são faltas de estrutura, materiais e equipes completas.

A Análise de Conteúdo, na modalidade temática, deu origem a quatro temas, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Temas e Núcleos de Sentido. Marília, SP. 2022

(continua)

Temas	Núcleos de Sentido
Diferentes compreensões sobre o desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A compreensão do desenvolvimento infantil como um processo de aquisição progressiva de habilidades</li> <li>- A compreensão do desenvolvimento infantil como interface do crescimento</li> </ul>
Avaliação do desenvolvimento infantil: uso de instrumentos e orientações aos cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A avaliação clínica do desenvolvimento infantil durante a consulta de puericultura é realizada de forma não-sistematizada.</li> <li>- A avaliação clínica do desenvolvimento infantil durante a consulta de puericultura é realizada por instrumentos sistematizados disponíveis no SUS</li> <li>- As orientações aos cuidadores sobre estímulo ao desenvolvimento são realizadas abordando-se os aspectos fisiológicos e biológicos durante a avaliação clínica</li> <li>- As orientações aos cuidadores sobre estímulo ao desenvolvimento são direcionadas a uma abordagem dos aspectos neuropsicomotores e socioemocionais da criança</li> </ul>



Quadro 1 – Temas e Núcleos de Sentido. Marília, SP. 2022

(conclusão)

Temas	Núcleos de Sentido
Desafios quanto à Atenção ao Desenvolvimento Infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O conhecimento teórico-prático sobre as principais escalas de avaliação do desenvolvimento infantil por profissionais de saúde é limitado para aplicá-las de forma eficiente em vigilância à saúde da criança.</li> <li>- As dificuldades na Atenção Integral à Criança geram sentimentos negativos nas equipes e famílias</li> <li>- As características intrínsecas do contexto familiar geram entraves à vigilância do desenvolvimento infantil</li> </ul>
Os espaços de formação para a vigilância do desenvolvimento infantil: potencialidades e desafios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os espaços de capacitação profissional atuam como incentivadores da vigilância do desenvolvimento infantil</li> <li>- Há desafios para a implementação de espaços de formação em vigilância do desenvolvimento na atenção primária</li> </ul>

Fonte: elaborado pela autora

A partir destes dados, verificou-se a necessidade de desenvolvimento de um guia para elaboração do Plano Municipal pela Primeira Infância em Marília.

## 2 FINALIDADE

Considerando os indicadores supracitados, constata-se que apenas as legislações que atualmente vigoram não estão sendo suficientes para mudar concreta e integralmente a saúde das crianças no contexto municipal. Esse é um pressuposto indispensável para a criação de políticas públicas para a primeira infância que possam provocar transformações e para que tenham em sua base de formulação o delineamento de ações e programas permanentes, que garantam às crianças qualidade de vida, ou seja, que se configurem como políticas que possam se manter independentemente de qualquer governo.

Diante disso propõe-se a operacionalização de uma política direcionada a ações de promoção do desenvolvimento integral das crianças, já vigente em âmbito federal, ao qual o município ainda não aderiu, a despeito de possuir critérios de elegibilidade.

Em virtude da necessidade de articular diferentes instâncias envolvidas no processo de implementação, propõe-se a criação de um Comitê Intersetorial pela Primeira Infância, com a finalidade de futuramente viabilizar e operacionalizar a implantação do Programa Criança Feliz no município. Por meio do referido Comitê será possível integrar os setores entre si e aos aspectos contextuais e territoriais específicos do nosso município.

Tendo como pressuposto a complexidade que o tema traz e a necessidade de um pacto social com articulação horizontal e vertical no planejamento de políticas que possibilitem a integração intersetorial dos serviços públicos, a proposta deste produto técnico é fornecer orientações para a criação de um Plano Municipal pela Primeira Infância ( PMPI), instituído por meio de um decreto municipal ( APÊNDICE A ) e da formação de um Comitê Intersetorial pela Primeira Infância , com a missão de desenvolver a cooperação entre agendas, estratégias e atores envolvidos nesse processo.

### 3 MÉTODOS

O presente material foi elaborado a partir dos referenciais teóricos e legais disponíveis em documentos do Ministério da Saúde, relacionados a programas e políticas vigentes no país, direcionadas à primeira infância. Entre eles destacam-se: PNAISC<sup>20</sup>, Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI)<sup>25</sup>, Programa Criança Feliz<sup>14</sup>, Cartilha Plano Municipal pela Primeira Infância: um passo a passo para elaboração (formulado pelo UNICEF em parceria com a Rede Nacional pela Primeira Infância)<sup>23,26</sup>, relatórios do Observatório do Marco Legal da Primeira Infância<sup>27</sup>, além de dados e indicadores oferecidos pelo Instituto Maria Cecília Souto Vidigal<sup>23</sup>.

A estrutura organizacional de saúde que contempla ações na área do desenvolvimento infantil é constituída por setores e serviços que não possuem propostas em promoção e prevenção primária em vigilância do desenvolvimento, já que têm como objetivo a assistência a pacientes com diagnósticos já confirmados, encaminhados para intervenção terapêutica e reabilitação, conforme explicitado a seguir.

Atualmente os equipamentos de saúde que integram a rede municipal de vigilância do desenvolvimento infantil são: na APS, as unidades de saúde que contam com profissionais que realizam a puericultura nos moldes estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como os demais profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais) que são referência para atendimentos e orientações, sempre que necessário. Há demanda reprimida para todos os profissionais apresentados, além de equipes incompletas e insuficiência de espaço físico específico e materiais para avaliação e intervenção.

Havia até 2020, o Programa de Monitoramento Auditivo de bebês com indicadores de risco para Deficiência Auditiva, um serviço municipal que funcionava no espaço físico da Maternidade Gota de Leite, porém o serviço atualmente pertence à própria maternidade e atende apenas bebês nascidos naquele local.

A rede conta com serviços de referência geridos pelo Departamento Regional de Saúde (DRS IX) e gestão compartilhada entre DRS e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cujos encaminhamentos são realizados via Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP), próprios da rede municipal (gestão municipal) e parceiros (associações que recebem subvenção da prefeitura).

Os serviços de referência cuja gestão é compartilhada (DRS/SMS) são os seguintes:

**AMBULATÓRIO AMOR DE CRIANÇA – UNIMAR:** atende pacientes de 0 a 14 anos com paralisia cerebral e com suspeita de síndromes genéticas. Os pacientes elegíveis

devem ser inseridos via CROSS pela própria Unidade de Saúde sendo a vaga disponibilizada direto para a unidade de saúde solicitante de acordo com a disponibilidade.

**AMBULATÓRIO DE PREMATURIDADE – UNIMAR:** atende prematuros de 0 até 2 anos. Para o agendamento de consulta o paciente deverá ser inserido na Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) pela própria Unidade de Saúde, sendo ressaltado que o paciente deve prosseguir com a rotina de puericultura na unidade de saúde de referência. A vaga é disponibilizada direto para a unidade de saúde solicitante de acordo com a disponibilidade.

**CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO II (CER II):** o projeto faz parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), realizado em uma parceria entre a Unesp de Marília, Departamento Regional de Saúde (DRS IX) e Secretaria Municipal da Saúde. Realiza atendimentos à pessoas com deficiência auditiva e física, atuando em três grandes áreas da reabilitação: fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. O acesso ao serviço acontece pela rede básica de saúde e dos municípios da região.

**REDE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO:** Criada pelo Governo do Estado de São Paulo sob a gestão do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – IMREA HC FMUSP. Os programas oferecidos são reabilitação ambulatorial, oficinas terapêuticas e programa de órteses e próteses e tem como objetivo servir às pessoas com deficiência física, transitória ou definitiva, promovendo assim a inclusão social. Apenas médicos podem gerar o encaminhamento, de acordo com os critérios de elegibilidade divulgados pelo sistema do instituto.

Os serviços cuja gestão é apenas municipal são os seguintes:

**CAPS INFANTIL – CATAVENTO:** Os atendidos correspondem a faixa etária de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias. Já em atendimento, a idade pode se estender até os 24 anos, 11 meses e 29 dias (adolescência tardia). Os atendidos abrangem psicoses, neuroses e condição psíquica cuja problemática incide diretamente em prejuízos psicossociais severos, seja na socialização, inclusão escolar, familiar ou comunitária, entre outros.

O encaminhamento deverá ser encaminhado com história clínica do paciente e suspeita diagnóstica com CID- 10, sendo a família orientada a procurar o CAPS infantil, sendo que casos urgentes poderão ser discutidos diretamente com o setor de Saúde Mental ou com o CAPS. A inserção no CAPS I se dá através do acolhimento, serviço porta aberta, que acontece

de segunda a quinta-feira, às 7 da manhã ou às 13 horas. É indispensável o comparecimento do responsável legal acompanhando a criança/adolescente.

Os serviços parceiros ou associações que recebem subvenção da Prefeitura Municipal são os seguintes:

**ESPAÇO POTENCIAL – TEA:** contrato de colaboração firmado através da Secretaria de Assistência, responsável pelo atendimento de pacientes de 18 meses até 17 anos e 11 meses que tenham diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista) ou em processo de diagnóstico. O encaminhamento, juntamente com o respectivo relatório médico, deverá ser encaminhado diretamente ao Espaço Potencial.

**AMBULATÓRIO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE** – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE): início do atendimento até 2 anos e 11 meses e mantém atendimento até 6 anos de idade. Os pacientes elegíveis são aqueles que possuem atraso neuropsicomotor ou prematuros que precisam de acompanhamento. O encaminhamento deverá ser realizado com história clínica completa e detalhada bem como motivo do encaminhamento com CID -10 e enviado diretamente para o Ambulatório de Estimulação Precoce da APAE. A criança receberá atendimentos em: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, podendo ser oferecidos até duas vezes na semana, de acordo com indicação para cada caso. A criança também poderá contar com os atendimentos em neurologia, psiquiatria, odontologia e nutrição de acordo com a necessidade.

Quanto ao fluxo de encaminhamentos para casos de crianças com problemas neurológicos (atraso no desenvolvimento, atraso de fala, suspeita de TEA, etc), as consultas especializadas em neurologia pediátrica ocorrem via inserção de encaminhamento no SIRESP e disponibilização de vagas, sendo que casos urgentes deverão ser discutidos com a Equipe Técnica da Saúde da Criança via contato telefônico com posterior envio de e-mail a Central de Vagas (DACA) e Saúde da Criança com documento que comprove a priorização do caso.

A Central de Vagas realiza o acompanhamento de demandas das unidades de saúde e dos demais municípios da DIR IX, sendo responsável pelo recebimento das quantidades de vagas eletivas pelo prestador e a divisão e controle das mesmas, através do sistema CROSS.

Os serviços públicos que hoje possuem atendimento em neurologia pediátrica no município são o Centro Especializado de Reabilitação (UNESP) e a APAE, contando no total com dois profissionais especializados para a demanda de 570 atendimentos em espera. A especialidade de neurologia pediátrica deve ser agendada via SIRESP.

Como forma de adequar as diretrizes estratégicas do Plano Nacional pela Primeira Infância à realidade municipal foram também utilizados referenciais de implementação de

Planos Municipais em outros municípios em que ele já está em vigor, em especial municípios do estado de São Paulo e de mesmo porte de Marília. Sendo assim, foram estudados os Planos Municipais pela Primeira Infância da cidade de São Paulo, Sorocaba e Jundiaí.

O Decreto (APÊNDICE A) terá como referencial teórico o Marco Legal da Primeira Infância, o Programa Criança Feliz e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, e será apresentado aos agentes públicos do poder executivo responsáveis pela implementação da política pública municipal defendida. Por meio da articulação com os atores políticos e demonstração da viabilidade legal, juridicidade e legalidade do decreto apresentado, será possível a elaboração do Plano de Ação “Marília pela Primeira Infância”, em sintonia com a Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016 e Decreto 9.579, de 22 de novembro de 2018. Os artigos e parágrafos da proposta de decreto que regem a Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância e cria o Comitê Gestor Intersetorial para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância constam no Apêndice E do presente trabalho.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a premência em construir uma rede de apoio com a participação ativa dos diversos atores envolvidos no processo de integralidade do cuidado à primeira infância, destacando-se a atuação conjunta de educadores, Universidades e a comunidade, não se limitando à dimensão biológica, de forma a incorporar os aspectos psicológicos, sociais e humanos e ampliando a atuação para a abordagem multifacetada que o tema exige. A criança e sua família deverão ser os elementos estruturantes do processo de produção de cuidado, por meio de um trabalho múltiplo, ampliado e integrado.

De acordo com os resultados trazido pelo Programa Criança Feliz, já avaliado positivamente, considera-se imprescindível a operacionalização de programas de parentalidade. Nesse sentido, implementar programas intersetoriais que promovam ações educativas para os pais e comunidade, tendo como pressupostos evidências já estabelecidas de efetividade, poderá ser um dos caminhos para reduzir danos e promover resultados mais satisfatórios a longo prazo.

Embora a visita domiciliar seja uma atividade antiga no âmbito da saúde, o poder público passou a olhar mais de perto o tema apenas recentemente, até então subvalorizado pelos governos. Com o surgimento de evidências científicas sobre o impacto dessas ações, passou a ser dada atenção à construção de vínculos com a família. Ressalta-se que vem havendo mundialmente um movimento de mudança de perspectiva sobre o tema, de um paradigma assistencialista e passivo para abordagens que consideram que a criança é um fator importante na relação e que a família tem habilidades que devem ser ativadas.

Nota-se que a importância da vigilância do desenvolvimento infantil é um tema caro, porém ainda não fortalecido no contexto municipal, considerando-se a compreensão desarticulada dos seus aspectos conceituais e práticos, a fragmentação do cuidado em rede gerando sobrecarga de serviços específicos já saturados, a pouca participação intersetorial.

Tendo em vista as fragilidades no atendimento à criança na atenção primária à saúde, em especial na primeira infância, o impacto positivo de ações efetivas a longo prazo, por meio de programas e políticas intersetoriais direcionados aos cuidados parentais, podem resultar em efeitos positivos a longo prazo.

## REFERÊNCIAS

1. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, McCoy DC, Fink G, Shawar YR, Shiffman J, Devercelli AE, Wodon QT, Vargas-Barón E, Grantham-McGregor S. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* [Internet]. janeiro de 2017;389(10064):77–90. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616313897>
2. Olusanya BO, Davis AC, Wertlieb D, Boo N-Y, Nair MKC, Halpern R, Kuper H, Breinbauer C, de Vries PJ, Gladstone M, Halfon N, Kancherla V, Mulaudzi MC, Kakooza-Mwesige A, Ogbo FA, Olusanya JO, Williams AN, Wright SM, Manguerra H, et al. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Heal* [Internet]. outubro de 2018;6(10):e1100–21. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X18303097>
3. Walker SP, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Carter JA. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* [Internet]. janeiro de 2007;369(9556):145–57. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607600762>
4. Perkins JM, Kim R, Krishna A, McGovern M, Aguayo VM, Subramanian SV. Understanding the association between stunting and child development in low- and middle-income countries: Next steps for research and intervention. *Soc Sci Med* [Internet]. novembro de 2017;193:101–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027795361730583X>
5. Quezada S, Castillo-Melendez M, Walker DW, Tolcos M. Development of the cerebral cortex and the effect of the intrauterine environment. *J Physiol* [Internet]. dezembro de 2018;596(23):5665–74. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1113/JP277151>
6. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* [Internet]. janeiro de 2007;369(9555):60–70. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607600324>
7. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, Lu C, Lucas JE, Perez-Escamilla R, Dua T, Bhutta ZA, Stenberg K, Gertler P, Darmstadt GL. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* [Internet]. janeiro de 2017;389(10064):103–18. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616316981>
8. Daelmans B, Darmstadt GL, Lombardi J, Black MM, Britto PR, Lye S, Dua T, Bhutta ZA, Richter LM. Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet* [Internet]. janeiro de 2017;389(10064):9–11. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616316592>
9. Engle PL, Fernald LC, Alderman H, Behrman J, O’Gara C, Yousafzai A, de Mello MC, Hidrobo M, Ulkuer N, Ertem I, Iltus S. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-



- income countries. *Lancet* [Internet]. outubro de 2011;378(9799):1339–53. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611608891>
10. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, Perez-Escamilla R, Rao N, Ip P, Fernald LCH, MacMillan H, Hanson M, Wachs TD, Yao H, Yoshikawa H, Cerezo A, Leckman JF, Bhutta ZA. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* [Internet]. janeiro de 2017;389(10064):91–102. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616313903>
  11. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. Brasília (DF); 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
  12. Brasil. Lei n. 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 P [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm)
  13. Brasil, Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Avanços do Marco Legal da Primeira Infância [Internet]. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2016. p. 532. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudos/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>
  14. Brasil. Programa Criança Feliz: a intersetorialidade na visita domiciliar [Internet]. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; 2017. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca\\_feliz/A\\_intersetorialidade\\_na\\_visita\\_domiciliar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/A_intersetorialidade_na_visita_domiciliar.pdf)
  15. UNICEF. Building Better Brains: New Frontiers in Early Childhood Development. Washington: UNICEF; 2015.
  16. UNICEF. A systematic review of parenting programmes for young children in low and middle income countries [Internet]. Washington: UNICEF; 2014. Disponível em: [https://www.unicef.org/sites/default/files/press-releases/media-P\\_Shanker\\_final\\_Systematic\\_Review\\_of\\_Parenting\\_ECD\\_Dec\\_15\\_copy.pdf](https://www.unicef.org/sites/default/files/press-releases/media-P_Shanker_final_Systematic_Review_of_Parenting_ECD_Dec_15_copy.pdf)
  17. UNICEF Programme Division. UNICEF’s programme guidance for early childhood development [Internet]. New York: UNICEF; 2017. p. 36. Disponível em: <https://www.unicef.org/documents/unicef-programme-guidance-early-childhood-development>
  18. OPAS, UNICEF. Care for Child Development. Adapted for the Latin America and the Caribbean Region Contents: Participant manual – Facilitator notes – Guide for clinical practice – Framework for monitoring and evaluation. Washington: World Health Organization; 2017.
  19. Engle P, Lucas JE. Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC) - Manual de Orientação às Famílias [Internet]. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; 2012. p. 56. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca\\_feliz/Cuidados\\_para\\_desenv](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Cuidados_para_desenv)

olvimento\_crianca.pdf

20. Brasil. 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). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)
21. Marília (município). Plano Municipal de Saúde 2022-2025 [Internet]. Marília: Prefeitura Municipal de Marília; 2021. p. 65. Disponível em: [https://www.marilia.sp.gov.br/arquivos/plano\\_municipal\\_de\\_saUde\\_2022\\_2025\\_29121920.pdf](https://www.marilia.sp.gov.br/arquivos/plano_municipal_de_saUde_2022_2025_29121920.pdf)
22. Brasil. Painéis de indicadores - Atenção Primária à Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2023. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/isf>
23. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Homepage [Internet]. Primeira Infância Primeiro. Disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/>
24. Rojas CFN. Vigilância do desenvolvimento infantil: compreensão e práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Faculdade de Medicina de Marília; 2023.
25. Rede Nacional Primeira Infância. Plano Nacional pela Primeira Infância: 2010-2022 2020-2030 [Internet]. Brasília (DF); 2020. p. 262. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>
26. United Nations Children's Fund. Cartilha Plano Municipal para a Primeira Infância: um passo a passo para a elaboração [Internet]. Brasília (DF): UNICEF; 2021. p. 52. Disponível em: [https://www.selounicef.org.br/sites/default/files/2022-02/Guia\\_Plano\\_Municipal\\_Para\\_a\\_Primeira\\_Infancia.pdf](https://www.selounicef.org.br/sites/default/files/2022-02/Guia_Plano_Municipal_Para_a_Primeira_Infancia.pdf)
27. Rede Nacional Primeira Infância. Monitoramento de políticas públicas para a primeira infância [Internet]. Observatório do Marco Legal da Primeira Infância. 2023. Disponível em: <https://rnpiobserva.org.br/>

**APÊNDICE A – PRODUTO TÉCNICO: DECRETO MUNICIPAL**

DECRETO Nº xxxxx DE xx DE xxxxxx DE 2023

INSTITUI A POLÍTICA MUNICIPAL PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, CRIA O COMITÊ GESTOR INTERSETORIAL PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

, Prefeito Municipal, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei,  
e

CONSIDERANDO o art. 227 da Constituição Federal de 1988, que define como 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;

CONSIDERANDO o princípio da proteção integral à criança disposto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº 13.257, de 08 de março de 2016, que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância, em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano;

**DECRETA:**

Art. 1º Fica instituída a Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, com o objetivo de promover o

desenvolvimento físico, motor, cognitivo, psicológico e social das crianças com idade entre 0 (zero) e 6 (seis) anos.

Art. 2º As ações desenvolvidas no município deverão seguir as seguintes diretrizes:

I – atuação articulada com outras políticas do Governo Federal e Estadual e o Plano Nacional da Primeira Infância;

II – estabelecimento de parcerias com os Governos Federal e Estadual, bem como com organizações não governamentais, visando ampliar o alcance das ações planejadas;

III – atuação articulada e coordenada com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA);

IV – priorização dos territórios e populações em situação de maior vulnerabilidade social, fortalecendo a rede de proteção social no respectivo território e promovendo a redução das desigualdades socioespaciais, no que tange ao desenvolvimento integral da primeira infância;

V – promoção, de maneira integrada e articulada, da saúde da criança, da educação infantil, da assistência social, do direito de brincar, do direito à diversidade e do combate à violência;

VI – sensibilização e conscientização da sociedade em geral sobre o impacto do consumismo e dos meios de comunicação no desenvolvimento infantil;

VII – definição, coleta, acompanhamento e monitoramento de indicadores relacionados ao desenvolvimento integral da primeira infância;

VIII – utilização de sistemas de informações e cadastros que permitam o acompanhamento individualizado e integrado das informações relativas à primeira infância;

IX – apoio a projetos e ações inovadoras de promoção do desenvolvimento integral da primeira infância.

Art. 3º Fica criado, no âmbito da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, o Comitê Gestor Intersetorial para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, com o objetivo de articular, coordenar e supervisionar as ações das políticas públicas municipais voltadas para o desenvolvimento da primeira infância.

Art. 4º O Comitê será integrado por membros representantes dos seguintes órgãos e entidades:

- I – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, cujo representante o presidirá;
- II – Secretaria Municipal de Educação;
- III – Secretaria Municipal de Saúde;
- IV – Secretaria Municipal de Direitos Humanos;
- V – Secretaria Municipal de Cultura;
- VI – Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Juventude;
- VII – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente – CMDCA;
- VIII – Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS
- IX – Conselho Municipal de Saúde – CMS;
- X – Conselho Municipal de Educação – CME;
- XI – Defensoria Pública do Estado de São Paulo;
- X – Ministério Público do Estado de São Paulo.
- XI – Núcleo de Direitos Humanos de Marília (Nudhuc)

§ 1º Cada entidade/órgão poderá indicar 02 (dois) representantes.

§ 2º O Comitê Gestor Intersetorial poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicos e privados, e especialistas em assuntos em discussão no Comitê para participar de suas reuniões e grupos de trabalho que eventualmente venham a ser constituídos.

§ 3º Os membros do Comitê serão nomeados pelo Prefeito Municipal, por meio de portaria específica.

§ 4º As funções de membro do Comitê não serão remuneradas, sendo consideradas de relevante interesse público.

Art. 5º Compete ao Comitê Gestor Intersetorial, observadas as diretrizes previstas no artigo 2º deste decreto:

- I – coordenar e avaliar a Política Municipal para o Desenvolvimento da Primeira Infância no município;
- II – elaborar o Plano de Ação “Marília pela Primeira Infância”, em sintonia com a Lei Federal nº 13.257, de 8 de Março de 2016 e Decreto 9.579, de 22 de Novembro de 2018.

III – implementar e monitorar o Plano de Ação, com foco na adequada articulação e coordenação de programas e ações que incidam sobre a primeira infância, com atenção especial a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria/Ministério da Saúde nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015;

IV – avaliar periodicamente a implementação do Plano da Primeira Infância.

Art. 6º O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê serão providos pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, observadas as disponibilidades orçamentárias.

Parágrafo único. Eventuais despesas a título de diárias e passagens com os membros do Comitê correrão à conta dos órgãos que representam, observada a legislação em vigor.

Art. 7º O Comitê elaborará o seu regimento interno no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da publicação deste decreto.

Art. 8º As despesas com a execução deste decreto correrão pelas dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

## **APÊNDICE B – GUIA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA EM MARÍLIA**

A construção de um Plano Municipal para Primeira Infância (PMPI) deve se basear em diagnósticos sobre a realidade do município e, em cumprimento às iniciativas no âmbito do Selo UNICEF, deve identificar as ações, os objetivos e as metas que deverão orientar a gestão em todas as áreas que dizem respeito à primeira infância.

O PMPI deve estar previsto no Plano Plurianual do município. O próximo ciclo de gestão é obrigado a garantir sua continuidade. Portanto ele deve tramitar como Projeto de Lei na Câmara de Vereadores e for aprovado, fica garantido o orçamento para todo o seu período de vigência (dez anos) – e a consequente aplicação dos recursos, de forma a fortalecer o controle social, também previsto no Marco Legal da Primeira Infância .

### **Etapas da construção do Plano Municipal pela Primeira Infância**

#### **1. Criação da Comissão Municipal de elaboração do PMPI**

A decisão política deve previamente ser tomada pelo prefeito possibilitando que a equipe de governo se una em torno do projeto. Ele é responsável por instituir uma Comissão Municipal, por portaria ou decreto (modelo no APÊNDICE A) com a finalidade de elaborar o Plano Municipal pela Primeira Infância. Esse documento define a composição, indica o órgão que fará a coordenação, estabelece o prazo para a conclusão dos trabalhos e determina que a elaboração seja feita com a participação dos diferentes setores e organizações governamentais e da sociedade civil, tendo, necessariamente, representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

A Comissão de Elaboração do PMPI deve ser constituída de representantes dos seguintes segmentos municipais:

- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente ( CMDCA), Secretarias Municipais de Planejamento, Finanças, Saúde, Educação, Assistência ou Desenvolvimento Social, Cultura, Meio Ambiente. Destaca-se em âmbito municipal o Comitê de Enfrentamento à Violência Sexual à Crianças e Adolescentes;
- Conselhos Tutelares, Conselhos Municipais de Educação, de Saúde, de Assistência Social, de Alimentação Escolar;
- Organizações que atuam em assuntos que se referem à infância, tais como ONGs, OSCIPs,

instituições de ensino superior, associações, movimentos, fóruns e outras.

- As organizações da sociedade civil como a Associação de Pais e Mestres, associações comunitárias, religiosas, institutos, fundações, fóruns, movimentos, grupos de estudo e pesquisas;

A organização e funcionamento da Comissão Intersetorial para a elaboração do PMPI deverá se pautar por um trabalho em equipe, e quando necessário, a composição de grupos de trabalho (GTs) por área que deverão se reunir periodicamente, orientando-se pelas seguintes estratégias e iniciativas:

- Promoção de seminários, reuniões e assembleias para que sejam apresentadas, debatidas e aprovadas propostas e sugestões para o Plano com participação multiprofissional;
- Realização de fóruns regionais, em diálogo com outros municípios, se for viável;
- Participação nas audiências públicas que a Câmara de Vereadores promoverem durante os debates sobre o projeto de lei;

## **2. Elaboração do diagnóstico**

É importante definir, com a maior precisão possível, quais são os dados mais relevantes para que o Plano seja bem feito e atenda às verdadeiras necessidades, com o objetivo de ampliação do campo de ação partir do contexto preexistente. No conteúdo deste material constam alguns indicadores municipais importantes que deverão ser priorizados. O planejamento das ações deve considerar a implementação de estratégias a médio e longo prazo.

No material apresentado também estão dispostos os serviços e espaços municipais que contemplam a primeira infância, com enfoque na área da saúde. A compreensão das políticas já vigentes no município, e sua efetividade precisam dialogar e atuar como ponto de partida para as novas propostas. Vários municípios têm planos municipais intersetoriais de cultura, meio ambiente, entre outros, que também podem ser analisados na perspectiva de incorporar ações nessas áreas no PMPI, acrescentando-se estratégias para que atendam aos objetivos e as metas.

## **3. Redação do PMPI**

### **a) Fundamentação Teórica: Princípios e Diretrizes**

Os princípios são as concepções, o referencial teórico que embasa a política pela primeira infância. As diretrizes são as definições operacionais, isto é, como o município, por meio de suas diferentes secretarias e instituições, trabalhará no atendimento dos direitos das crianças.



Recomenda-se refletir e conversar durante os encontros e GTs sobre cada um dos princípios e diretrizes para a formulação e a implementação das políticas pela primeira infância estabelecidas no art. 4º do Marco Legal da Primeira Infância, trazendo-os para a realidade do município. Indica-se a leitura integral e discussão do Plano Nacional pela Primeira Infância, além do Guia para Elaboração da Política Municipal pela Primeira Infância.

### **b) Objetivos Específicos**

A partir do diagnóstico situacional sobre as crianças de até 6 anos no município e dos serviços e projetos vigentes, a Comissão deverá elaborar os objetivos finalísticos que constarão no conteúdo do Plano Municipal, com suas prioridades e estabelecimento de metas, prazos e propostas de um cronograma de atendimento deles ao longo dos dez anos, com medidas de avaliação das ações.

É importante que a Comissão comunique sua escolha ao(à) prefeito(a), para que a confirme, já que a depender da conjuntura, pode haver outros objetivos e medidas urgentes. Cada objetivo é importante e será sempre articulado com os demais para atender a todos os aspectos que envolvem a criança.

## **4. Aprovação do PMPI no âmbito do Poder Executivo e da sociedade civil**

Uma primeira aprovação se dá na Comissão Municipal, quando os grupos que atuaram em temas específicos se encontram para avaliar o conjunto. O ideal é que o texto seja aprovado por consenso. A partir da aprovação interna, o Plano é submetido à aprovação da sociedade. Uma assembleia ou um seminário, com convite em nome de todos os que participaram da sua elaboração, é dirigido a toda a sociedade, que é a instância ideal para que o Plano seja conhecido, aprovado e assumido por todos, sendo que as questões que ficaram pendentes passam a ser submetidas à decisão do(a) prefeito(a).

## **5. Aprovação do PMPI pelo Poder Legislativo**

A tramitação na instância legislativa é uma nova etapa, que pode agregar qualidade técnica e política ao PMPI. Em audiências públicas, os vereadores e seus assessores ouvem especialistas e dirigentes dos setores envolvidos, podem apresentar emendas para aperfeiçoar o Plano, fazer um debate sobre a importância do Plano para o município e, assim, aprovar recursos do orçamento para implementá-lo.

## **6. Publicação do PMPI**

Se aprovado oficialmente, O PMPI é sancionado e deve ser impresso e distribuído a todos os setores e organizações que participaram de sua elaboração. Isso facilita sua implementação e seu acompanhamento pelas instituições e pela sociedade civil. Recomenda-se enviar um exemplar para o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e um para a Secretaria Executiva da RNPI. A Secretaria Executiva irá colocar o Plano em seu *site*, com acervo para conhecimento, consulta de toda a RNPI e de representantes de outros municípios que o desejarem e, inclusive, para intercâmbio de experiências sobre a sua elaboração e implementação.

## APÊNDICE C – SUGESTÕES DE BIBLIOGRAFIA PARA A ELABORAÇÃO DO MATERIAL E DA EXECUÇÃO

- Observa (Observatório do Marco Legal da Primeira Infância)  
<https://rnpiobserva.org.br>
- IBGE – Série Crianças  
[http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista\\_tema.aspx?no=3&op=0](http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?no=3&op=0)
- Observatório Criança – Fundação Abrinq <http://observatoriocrianca.org.br/>
- Plataforma UNICEF – Dados sobre educação  
<http://www.foradaescolanaopode.org.br/home>
- Principais Dados do Ensino Básico <http://www.qedu.org.br/>
- Observatório do PNE – Educação Infantil  
<https://www.observatoriodopne.org.br/meta/educacao-infantil>
- Dados sobre Trabalho Infantil <http://dados.gov.br/dataset/erradicacao-do-trabalho-infantil> •
- Criança Segura – Dados sobre acidentes <https://criancasegura.org.br/dados-de-acidentes/>
- Cadastro Nacional de Adoção – CNJ <https://www.cnj.jus.br/category/acoes-e-programas/programasde-a-a-z/cadastro-nacional-de-adocao-cna/>
- Primeira Infância Primeiro – Fundação Maria Cecília Souto Vidigal  
<https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/>

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8365040>