



PRIMEIRO PLANO DECENAL PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA DO RECIFE

2020 - 2030



COMDICA



PREFEITURA DO
RECIFE



PRIMEIRO PLANO DECENAL PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA DO RECIFE 2020 – 2030



COMDICA



PREFEITURA DO
RECIFE

PLANO PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA DO RECIFE

PREFEITURA DO RECIFE

Geraldo Julio de Melo Filho
Prefeito

Luciano Roberto Rosas de Siqueira
Vice-Prefeito

Jorge Luís Miranda Vieira
Secretário de Planejamento
e Gestão

Rogério de Melo Moraes
Secretário Executivo para a Primeira Infância

Armindo Pessoa Nascimento
Presidente COMDICA

ORGANIZADORES

COMISSÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Ana Maria de Farias Lira
Andréa Maria Guerra Coimbra
Andréa Ricardo Castro
Aurely Macedo
Auxiliadora Maria Pires Siqueira da Cunha
Eduardo Paysan Gomes
Germana Bezerra Suassuna
Ligia Cabral Barbosa
Lucas Peixoto da Silva
Maria da Solidade de Menezes Cordeiro
Natuch Pinto Lira
Paulo Germano de Frias
Rafaela Ribeiro Saraiva da Costa
Rosângela Aires Fontes
Thiago Lima de Carvalho

EQUIPE TÉCNICA DA PREFEITURA

Karen Souza Fon
Natália Costa Selva
Mirza Neuman
Lélia Moreira Cavalcanti Moreira
Claudia Soares Magalhães Ribeiro Freitas

CONSULTORES E PARCEIROS

Ieda Maria Nobre de Castro
Luzia Torres Gerosa Laffite
Agência Recife para Inovação
e Estratégia - ARIES
Fundação Bernard Van Leer
Colab
Núcleo de Pesquisa em Neuropsicologia,
Afetividade, Aprendizagem e Primeira Infância
(NINAPI – UFRPE)
Coletivo Massapê

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Rafael Rodrigues Alves
Rauni Tarquínio Muniz

AGRADECIMENTO AOS ÓRGÃOS E ENTIDADES

Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Infraestrutura, Secretaria de Segurança Urbana, Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos, Secretaria de Cultura, Secretaria de Turismo, Esportes e Lazer, Secretaria de Habitação, Secretaria Executiva de Inovação Urbana, Secretaria de Meio Ambiente e Sustentabilidade, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação, Secretaria da Mulher, Procuradoria Geral do Município, EMLURB, CTTU, Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude do Estado de Pernambuco, Ministério Público de Pernambuco, Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social (CENDHEC), Conselho Regional de Serviço Social – 4ª Região, comissão da Rede da Primeira Infância em Pernambuco (REPI/PE), Comissão de Educação e Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Vereadores do Recife, Associação dos Auxiliares de Desenvolvimento Infantil do Recife (ASSADIR) e Conselheiros Tutelares.

REGISTRO DE GRATIDÃO

Alexandre Costa, Liliane Gonçalves, Bruno Oliveira, Aliria Thaísa, Amanda da Silva Viana, Célia Santos, Mônica Villar, Ana Cristina Avellar, Iara Lima, Anna Paula Novaes, Lina Fernades, Tatiana Mendes, Marcela Lemos, Paulo Andrade, Clarissa Esteves, Carla Chagas, Tullio Ponzi, José Itamar Teixeira Lima, Fernanda Vidigal, Daniella Ramos, Pompeia Villachan-Lyra, Simone Pereira, Vidal Didonet, Angélica Araújo, Vereadora Ana Lúcia, Gustavo Carvalho, Paulo Pandolfi, Maria Costa, Bruno Cabral, Carlos Muniz, Isabella de Roldão, Maurílio Muniz, Cláudia Soares, Lélia Moreira, Paulo Teixeira, Luciana Araújo (Tia Lu), Emmanuelle Chaves, Tetê Brandão, MacDouglas Oliveira e Embaixadores da Primeira Infância do Recife.



COMDICA



**PREFEITURA DO
RECIFE**

SUMÁRIO

1. Apresentação	10
2. Introdução	15
3. Diagnóstico	20
3.1 VISÃO TERRITORIAL DA VULNERABILIDADE	21
3.2 INDICADORES DA SAÚDE	28
3.3 INDICADORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL	48
3.4 INDICADORES DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	58
3.5 INDICADORES DE SANEAMENTO BÁSICO	67
4. Contribuições da Consulta Pública	75
5. Conceitos, princípios e diretrizes que balizam o Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife	80
6. Eixos Estratégicos	91
7. Acompanhamento, monitoramento e transparência de resultados do Plano	154
Anexos	159
Bibliografia	167

Desenhos produzidos durante consulta com alunos entre 4 e 8 anos da rede pública de educação infantil da Creche Municipal Zacarias do Rego Maciel e da Escola Municipal Engenheiro Edinaldo Miranda



CIDADE DOS SONHOS, CLARA

Cidade bonita e cheirosa, Emily

Cidade com muita beleza e paz, Isabella

Cidade sem ruído, Breno

CIDADE COM MAIS PRAÇAS, GABRIEL

Sonho com uma cidade simpática, Sophia

CIDADE SEM VIOLÊNCIA, PEDRO

Cidade SEM FOME, Thayslane

CIDADE FELIZ, ALISON

2ª



1. APRESENTAÇÃO¹

“Criança é alguém que estuda, brinca, mexe muito no celular e quando cansa dorme”.

(Yana, 5 anos – Escola Dois Rios – Ibura)

Com este conceito, inicio a apresentação do Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife. O conceito citado revela a iniciação das crianças no mundo virtual através dos aparelhos celulares, chamando a atenção para o fato de que esta é uma realidade contemporânea.

Registra-se, também, que a atual situação de pandemia do COVID-19 causou a suspensão das aulas presenciais; com isso, ocorreu um maior estímulo à utilização dessa importante ferramenta, tanto para o cumprimento das tarefas escolares e atividades de diversão, quanto para a busca de novos conhecimentos e culturas diferentes da nossa. Assim, nós educadores tivemos uma enorme tarefa a cumprir nesse processo: reconhecer a importância da tecnologia como oportunidade de inserção na atual sociedade, mas não DESCONHECER que o BRINCAR e a convivência humana é o maior ganho para a estruturação de personalidades comprometidas com uma cultura de paz e de SUSTENTABILIDADE do nosso PLANETA.

A Construção desse Plano teve início em 2018 com o lançamento do Marco Legal para a Primeira Infância, simbolizando o compromisso efetivo e afetivo da gestão do Prefeito Geraldo Júlio com a causa das crianças e adolescentes da cidade do Recife.

Para dar consequência e incidência política ao compromisso assumido, a gestão municipal, em 2019, criou em sua estrutura organizacional a Secretaria Executiva para a Primeira Infância, estrategicamente vinculada à Secretaria de Planejamento e Gestão – SEPLAG.

A partir daí, o Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente do Recife – COMDICA, no cumprimento de suas atribuições legais e constitucionais, conferidas pela Lei Municipal nº

¹LIRA, Ana Maria de Farias. Presidente do Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente do Recife – COMDICA.

17.884 de 12/07/2013, convocou em conjunto com a Secretaria Executiva para a Primeira Infância, um chamamento aos diversos atores do Sistema de Garantia de Direitos para a importante tarefa de iniciar um diálogo que resultasse na elaboração desse Plano Decenal para a Primeira Infância. O início da sua vigência está considerando os trâmites legais que ainda serão percorridos para a aprovação na Câmara de Vereadores e sanções do Chefe do Executivo. Considera-se também, que sendo (2020) um ano de eleições municipais, essa tramitação possa se estender até o final do ano vigente, o que significa a impossibilidade de operacionalização das ações intersetorializadas previstas no Plano.

No entanto é importante registrar que, mesmo sem a existência de um Plano Municipal para a Primeira Infância, a gestão municipal vem ao longo do seu mandato, executando ações, programas e atividades voltados essencialmente para a Primeira Infância, dentre eles, salientamos o Programa Mãe Coruja, a ampliação de creches e pré-escolas, caracterizando a universalização de acesso ao ambiente escolar. Ressalta-se, do mesmo modo, a realização de eventos, tais como a Semana do Bebê.

Para formalizar as intervenções e contribuições desses atores o COMDICA deliberou, através da resolução nº 009 de 07/02/2020, a criação de uma comissão composta de representações institucionais, tendo como principal tarefa a promoção de discussões e eventos para qualificação e norteammento das intervenções políticas, no que se refere à defesa da Primeira Infância na cidade do Recife.

Esta comissão foi composta por conselheiros(as) do COMDICA, na área governamental, através das secretarias municipais, a saber: Secretaria Executiva para a Primeira Infância; Secretaria de Planejamento e Gestão; Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Droga e Direitos Humanos; Secretaria de Saúde; Secretaria de Educação; Procuradoria Geral do Município; e das organizações representantes da sociedade civil, assim como: Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social – CENDHEC, Conselho Regional de Serviço Social - 4ª Região – CRESS, bem como representações dos Conselheiros Tutelares do Recife, designados pelo seu colegiado, e com a valiosa participação na comissão da Rede da Primeira Infância em Pernambuco - REPI/PE.

À medida que as discussões foram se aprofundando, outros atores foram se incorporando e, dessa forma, enriquecendo os debates e conteúdo, dentre os quais destacamos a representação da Câmara de Vereadores do Recife e o Núcleo de Pesquisa em Neuropsicologia, Afetividade, Aprendizagem e Primeira Infância (NINAPI), da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE).

Os meses de janeiro e fevereiro foram intensos e de muita produção, todas registradas em atas. Em março, com a chegada da PANDEMIA, o cenário modificou-se, no entanto, a comissão e os parceiros continuaram a se encontrar virtualmente dando continuidade aos trabalhos de construção deste importante e histórico documento.

A formatação desse Plano Decenal Municipal para a Primeira Infância, revela dados muito importantes sobre a realidade de nossas crianças, expostos a partir do diagnóstico elaborado com a base de dados dos sistemas de informações sobre mortalidade e sistema de informação sobre nascidos vivos, somadas aos dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico e de outras fontes oficiais pesquisadas.

A escuta às pessoas de variadas categorias profissionais, níveis de escolaridade e diversas camadas sociais que têm como matéria-prima de sua atuação crianças, ofereceu subsídios importantes para aferição das presenças e ausências de equipamentos públicos à disposição da população infantil e que contribuem totalmente na construção da personalidade dos futuros cidadãos desta cidade.

Importante destacar que, na composição deste Plano decenal, existe um capítulo específico sobre as consultas realizadas via plataforma Colab com contribuições coletadas da população recifense, para além das proposições dos representantes da comissão do Plano. Assim, a população foi oportunizada a se expressar e sugerir, através desta plataforma, o que entende como importante para ser disponibilizado na cidade, quanto às ações e/ou políticas públicas para a Primeira Infância do Recife.

O significado e importância da plataforma Colab, poderá ser constatado pela qualidade e quantidade de contribuições, sugestões de temas e atividades/ações voltadas, especificamente, para esta população. Assim

sendo, foram mais de mais de 2.000 (duas mil) contribuições, expressando conhecimentos e desejos para a atenção que o poder público deve dar ao segmento da Primeira Infância. Estes resultados apontam a importância e o valor do trabalho desenvolvido pela equipe organizadora.

E, finalmente, a fala das crianças, esta considerada a mais importante de todas. No total foram ouvidas mais de 40.000 (quarenta mil) crianças da rede pública municipal, que se expressaram das formas mais variadas, dependendo de sua faixa etária.

Os desenhos, as conversas e a dramatização foram recursos utilizados pelas professoras da rede, e Auxiliares de Desenvolvimento da Educação Infantil – ADI's dessas crianças, que descreveram o cotidiano de suas famílias e suas comunidades e, o mais importante, apontaram os desejos a partir de suas carências enquanto demandatários de necessidades.

O que os estudiosos, trabalhadores e militantes do Sistema de Garantia de Direitos, vão encontrar neste Plano Decenal para a Primeira Infância, traduz os sentimentos mais vivos da população de crianças, das suas respectivas famílias e dos muitos trabalhadores e militantes da causa.

Importante registrar que a representação da Câmara de Vereadores agregou um ganho muito importante para o fortalecimento da luta em prol da Primeira Infância no território do Recife. Este ganho materializou-se na criação da Frente Parlamentar da Primeira Infância, instituída através do projeto aprovado pela Resolução nº 05/2020, com lançamento desta, realizado em meados de junho do ano de 2020.

Para o cumprimento do processo de escuta aos vários segmentos participantes desta importante tarefa, a comissão Plano, envolvida em sua construção, encaminha este documento para a plenária do colegiado de conselheiros de direitos do COMDICARecife que, após as suas deliberações, encaminha ao Executivo Municipal que o enviará para a Câmara de Vereadores do Recife, onde serão promovidas audiências públicas com o objetivo de oferecer a oportunidade de complementações e, por fim, referendar o Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife.

Encerro este relato, afirmando que a tarefa da construção deste

primeiro Plano Decenal deve ser sentida por todas as criaturas que participaram dos debates e deram suas contribuições, como um momento ímpar em suas trajetórias de vida, tanto no terreno pessoal, quanto no profissional. Muito me orgulho de ter tido essa oportunidade.

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

(Cora, Coralina, Vintém de Cobre)

2. INTRODUÇÃO ¹

Patrícia é enfermeira. Daniel é professor da educação infantil. Célia é juíza. Paulo é recreador, trabalha com festas infantis. Jéssica é jornalista. Sérgio é jardineiro. Júlia é arquiteta urbanista. Thiago é empresário. Uma coisa em comum: todos são diretamente envolvidos com o tema da Primeira Infância.

O desafio de garantir direitos para todos na Primeira Infância, período que vai do 0 aos 6 anos de idade, é de toda sociedade e intersetorial. Primeiro, porque envolve o olhar de praticamente todos os serviços públicos: educação, saúde, assistência social, habitação e segurança social, por exemplo. Segundo, também pode ser compreendido como prioridade por organizações dos outros setores da economia, ou seja, por empresas privadas, igrejas, entidades de classe e fundações. Terceiro, não distingue classe social; o bem comum só é atingido e reforçado se ricos e pobres tiverem a mesma oportunidade.

Como diz um provérbio africano: “é preciso toda uma aldeia para educar uma criança”. Somente por meio de uma forte campanha de sensibilização ao tema, utilizando estratégias de comunicação como as usadas em campanhas da saúde (combate ao tabagismo, vacinação, prevenção contra o câncer de mama etc.), poderemos experimentar uma aceleração da percepção da necessidade de uma grande aliança para a Primeira Infância, seja no nível global ou local.

A Primeira Infância deve ser **a maior prioridade da cidade**. Uma criança acolhida com vínculos afetuosos e não exposta a situações de estresse prolongado (estresse tóxico) tende a ser um adulto mais feliz, com melhor nível de escolaridade e renda, mais saudável e menos propenso a cometer delitos ou a condutas antissociais. Como comprovado por um Nobel renomado de economia, o americano James Heckman, é **o melhor investimento que um governo pode fazer**.

Também destacamos o foco nas mulheres. **Não existe vida humana sem a gestação feminina**. Nos primeiros anos após o nascimento, com

¹MORAIS, Rogério. Secretário-Executivo para a Primeira Infância do Recife.

o cuidado das mães (sem diminuir a importância do mesmo cuidado do parceiro), os bebês se desenvolvem de maneira determinante para a trajetória da vida. O leite materno é o alimento mais rico que um recém-nascido pode ter, funciona quase como uma primeira vacina e promove o crescimento cerebral, segundo pesquisas recentes do Departamento de Pediatria do Children's National Hospital, em Washington DC.

Todavia a influência materna vai além de questões fisiológicas. Diversos estudos apontam forte correlação entre desempenho escolar dos filhos e escolaridade da mãe (Coleman 1960, Hanushek, 2003). Ou seja, a presença e as interações da mãe parecem criar laços tão fortes que também causam um impacto em todas as dimensões de desenvolvimento do seu filho.

Portanto, políticas para a Primeira Infância são também políticas de gênero, de suporte às mulheres. Fica evidente que precisamos prevenir a gravidez na adolescência, correlacionada ao nível de escolaridade, e que impacta diretamente os partos prematuros, o baixo peso ao nascer e mortes evitáveis nos primeiros dias de vida. Também é fundamental, a realização de pelo menos sete consultas durante o pré-natal, e do acompanhamento realizado pelo Programa Mãe Coruja, que acompanha a saúde do bebê e da mãe.

Além disso, é preciso ter a consciência de que a grande maioria dessas mulheres enfrenta o desafio da maternidade de maneira desigual, sem companheiros. O abandono paterno é um problema crônico no país, que tem 5,5 milhões de crianças registradas sem o nome do pai. Segundo uma pesquisa de 2019, da Universidade de São Paulo (USP), tudo isso torna ainda mais difícil o retorno das mães aos estudos e ao mercado de trabalho, impactando diretamente na média de renda e a distância salarial em relação aos homens. Precisamos combater construções históricas de uma cultura do patriarcado e uma masculinidade tóxica, percebendo que o homem também tem a competência do cuidar e precisa buscar paternidades mais equânimes, por ser, inclusive, responsável pelo desequilíbrio.

Assim, este é um quadro social que traz para os gestores públicos a noção da importância do Estado como ator fundamental na busca do bem-estar social. Políticas de igualdade de gênero e de apoio às mulheres são mais do que reconhecimento ou conquistas, e sim obrigação moral na busca

por uma sociedade com valores mais equânimes, que **cuida de quem cuida e dá à luz ao futuro.**

O certo é que, aqui em Recife, já demos a largada para empreender nesta caminhada. Em maio de 2018, aprovamos o nosso Marco Legal da Primeira Infância e, agora, entregamos o Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife, construído através de uma das maiores escutas sociais feita na história dessa cidade.

Construir um Plano Municipal em um momento histórico tão delicado exigiu uma percepção do cenário global, compreendendo o contexto e desdobrando até o nível local. **Uma política só se tornará consistente se gerar sentimento de pertencimento.** O pertencimento só será produzido se existir a participação desde a construção, mas também no monitoramento.

No entanto, hoje, até mesmo a forma da participação é um desafio. Os modelos outrora representativos podem não garantir uma decisão legítima aos olhos dos cidadãos. Por isso, experiências inovadoras surgem no Brasil e no mundo, criando estratégias que permitem uma participação direta e efetiva. Aqui em Recife, buscamos utilizar os modelos tradicionais em conjunto com os novos e fazer desse Plano um dos mais participativos da história da cidade. Assim, a experiência com a plataforma do Colab, permitiu a realização de uma consulta pública digital que bateu recorde de participação, ou “**recorde de democracia**” como denominamos, com o maior número de respondentes desde que a prefeitura firmou a parceria com a instituição, em 2016.

Destacamos também a atenção especial a escuta das crianças, grandes protagonistas do processo e para quem todos os esforços e construções deste Plano devem atingir. Sujeitos do conhecimento, vivem em comunidade, interagem com o meio e percebem com clareza o que permite fazer o seu ambiente mais feliz. Assim, por meio de uma didática planejada, baseada em atividades lúdicas, puderam participar ativamente da consulta pública. Aliás, com a sinceridade e a pureza pueril, colaboraram de forma bela e contribuíram com sugestões bastante coerentes.

A “voz” da criança pode ser oralizada ou não. Muitas vezes os desenhos representam arquétipos da vida social e urbana. É preciso alguma técnica

e competência pedagógica para ter a percepção através de posturas, identidades e traços, que por vezes denunciam a ausência de direitos ou o desejo pela oportunidade de uma vida melhor. A casa pode representar uma ancoragem, para as que a têm. As árvores podem representar memórias primitivas do período uterino ou uma consciência ecológica e ambiental. O que não nos deixa dúvidas é que toda a expressão servirá de base para políticas públicas de habitação, urbanismo, saúde, educação e tantas outras áreas. As mais de 40 mil crianças que participaram do processo deixarão um legado poderoso para a cidade. **É a voz e a vez das crianças do Recife.**

A participação é a riqueza que traz a consistência e permite a sustentabilidade ao Plano; favorecendo a sua legitimidade como política de estado e não de gestão e que entregará à cidade um legado para o futuro construído a muitas mãos.

Para elaborar o Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife, foi necessário um grande esforço de mineração de dados, em muitos casos organizados de maneiras distintas ao formato da análise. Ao final, produzimos um compêndio de indicadores comparativos que embasaram o processo de consultas à sociedade e permitiram a definição de objetivos a longo prazo. Foi um trabalho hercúleo, pois as informações eram dispersas e, agora, estão organizadas em outro padrão, tratadas como partes de um todo.

Através da análise do CadÚnico (Cadastro Único de Programas Sociais), um dos sistemas que subsidiaram as informações para os indicadores, identificamos que aproximadamente 40% da população do Recife sobrevive com menos de meio salário mínimo. Dos atuais 1.645.000 habitantes da cidade, 492 mil dependem de algum subsídio para complementar a renda. Destes, 52 mil são crianças de até 6 anos; portanto, considerando as faixas etárias, maioria. A constatação assusta: **a pobreza é infantil**. Quando uma criança nasce, a renda média em um lar diminui proporcionalmente.

Outro achado interessante para a compreensão da realidade é a distribuição desta pobreza nas seis Regiões Políticas-Administrativas (RPAs) da cidade. Muitos acham que temos um lado mais rico e um lado mais pobre, quando, na verdade, os números apontam que **somos igualmente desiguais**. Todas as RPAs têm a mesma proporção de pobreza. Portanto,

tal realidade não está restrita a algumas regiões, mas está presente no cotidiano de todos os seus habitantes. Se quisermos enxergar, os desafios sociais convivem lado a lado; riqueza e pobreza são vizinhas separadas quase sempre por linhas tênues: muros, ruas ou rios.

Porém, ao lidar com tantos números, precisamos estar alertas a uma reflexão que nos foi trazida, durante reunião da Comissão do Plano no COMDICA (Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente), por um dos maiores especialistas em Primeira Infância do Brasil, Vital Didonet: **“Por trás de cada número, há um rosto, uma história. E cada vida é um infinito”**. Toda informação e inferência, geradas a partir dos dados obtidos, devem estar fortemente galgadas nesta premissa que nos foi apresentada pelo educador.

Em minha experiência profissional como administrador, aprendi que verificar indicadores é inerente ao método de gestão; e que só há controle sobre o processo quando existe atenção e intervenção rumo aos patamares desejados. No entanto, na vivência como Secretário Executivo para a Primeira Infância da Prefeitura do Recife, aprendo o quão a sensibilidade e a capacidade de humanidade são condições impreteríveis para a compreensão de um diagnóstico integral da realidade das crianças na cidade.

Um nascimento prematuro, um bebê malnutrido, uma criança que sofre abuso... Mesmo nos baixos índices, as violências e os cerceamentos de direitos são singulares e devem ser vistos e percebidos em profundidade, garantindo intervenções que protejam minorias e promovam a equidade e a dignidade, considerando o valor incalculável de uma vida humana.

O sonho de um povo, que valorize a cultura do cuidado em prol de um futuro melhor, nasce como o princípio da competência em **colocar afeto na burocracia, de pensar políticas públicas com o coração** e de construir com todo o amor possível as melhores ações. É isso que todos os envolvidos neste Plano estão imbuídos de entregar ao Recife. E a entrega deste Plano é apenas o primeiro passo. Toda a sociedade recifense está convidada para também se engajar nessa construção. Vamos juntos?

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico exerceu um papel relevante na equalização do entendimento da Primeira Infância recifense. Permitiu, de um lado, estabelecer o mesmo nível de informação a todos que participaram da elaboração do Plano, e de outro, mensurar a dimensão dos desafios - já antevistos pelos elaboradores do documento - a serem abraçados pelos gestores públicos e pela sociedade civil.

Antes de apresentar os resultados das análises, vale destacar que este trabalho foi elaborado no primeiro trimestre de 2020. Assim, baseia-se em fatos e registros ocorridos nos anos de 2018 e 2019. Quando conveniente, uma visão comparativa entre Recife e seu ambiente federativo mostra-se importante, por destacar a consistência da informação. Além disso, convém esclarecer qual é o público da Primeira Infância. Em consonância com o Marco Legal da Primeira Infância do Recife – Lei Municipal Nº 18.491/2018, considera-se Primeira Infância o período que abrange os primeiros seis anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança. Há uma limitação nos indicadores de Saúde, visto que abrangem os cinco primeiros anos completos (0 a 4). Não há, no entanto, restrição quanto às informações do CadÚnico, pois foram efetuadas extrações para crianças de (0 a 3) e (4 a 5), cobrindo o período de 72 meses completos.

A metodologia adotada é centrada na informação quantitativa, diferentemente de outros eixos deste trabalho, em que os aspectos qualitativos ganharam destaque. Todavia, vale lembrar que essa abordagem numérica tem a função de permitir o acompanhamento da evolução, bem como a comparação com outras cidades e, primordialmente, dar uma intensidade aos desafios, não excluindo o tratamento customizado. Partindo de uma lista de indicadores construídos pelo IMAPI (Índice Município Amigo da Primeira Infância), o trabalho foi adquirindo essa estrutura por meio de um processo evolutivo. Nem todas as áreas têm indicadores consolidados: isso fez com que o diagnóstico buscasse tratamentos customizados para cada tema. Dito isto, o material passou por sucessivas revisões junto à Comissão de Elaboração do Plano Municipal da Primeira Infância até culminar com uma apresentação na forma de “slides”. O esforço agora é reconstituir todas essas informações que embasaram a apresentação, de forma a que se possa entender o panorama apresentado e, num futuro, ter uma base para o monitoramento

e a avaliação do Plano.

Primeiramente é preciso entender o aspecto territorial da cidade. Recife, consoante dados do IBGE (estimativa de 2019), conta com uma população de 1.645.724 habitantes. Divide-se em 94 bairros, aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) e em oito Distritos Sanitários (DS). Quatro Distritos Sanitários são coincidentes com as RPA's (1,2,4,5), sendo que as RPA's 3 e 6 desmembram-se, cada uma, em dois DS. Ocupa uma superfície de 218,4 km², tendo, portanto, uma densidade demográfica de 7.532 hab/km². Outrossim, a cidade não possui zona rural.

RPA	DS	POPULAÇÃO	ÁREA (km2)	DENSIDADE (hab/km2)
1	1	83.601	15,37	5.440
2	2	236.775	14,80	15.995
3		334.966	77,31	4.333
	3	138.625	18,32	7.568
	7	196.341	58,99	3.328
4	4	298.542	42,13	7.087
5	5	282.308	29,97	9.418
6		409.532	38,91	10.525
	6	261.112	22,89	11.410
	8	148.420	16,03	9.261
TOTALS		1.645.724	218,49	7.532

Figura 1

3.1 VISÃO TERRITORIAL DA VULNERABILIDADE

Para obter uma visão territorial da vulnerabilidade, o CadÚnico mostrou-se a ferramenta adequada, considerando o volume de informações, apesar de limitar-se aos aspectos socioeconômicos e apresentar alguns desafios de mineração e qualificação. A partir de uma extração efetuada em julho de 2019, foi possível observar, pelo bairro informado de cada pessoa cadastrada, que 38% dos bairros abrigam 80% da população com maior vulnerabilidade. E mais: a cidade é igualmente desigual, uma vez que esses bairros de maior concentração espalham-se de forma homogênea pelas seis RPA's.

RPA	POPULAÇÃO	CADÚNICO	%CAD /POP
1	83.601	33.154	40%
2	236.775	84.299	36%
3	334.966	92.569	28%
4	298.542	83.615	28%
5	282.308	82.281	29%
6	409.532	116.628	28%
TOTAL	1.645.724	492.546	30%

Figura 2

Os gráficos ao lado (figura 3) ilustram essa **igualdade na desigualdade recifense**. O primeiro, representa a distribuição da população pelas seis RPAs. O segundo, de aparência bastante similar, representa a distribuição da população cadastrada no CadÚnico em cada uma das RPAs. Na média, tem-se que 30% da população está no CadÚnico.

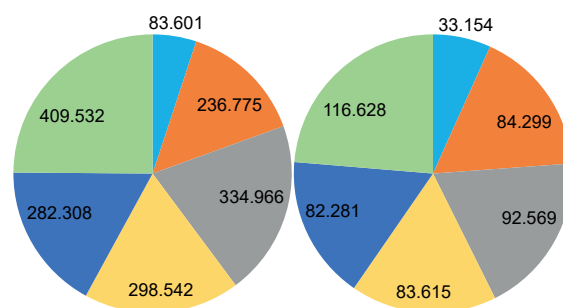


Figura 3

E AS CRIANÇAS?

Conforme consta na figura 4, das 492.546 pessoas no CadÚnico, 52.699 são crianças com menos de seis anos de idade. Ademais, segundo estimativas da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para o ano de 2019, Recife conta com aproximadamente 125.000 crianças de zero a cinco anos. Esses 52.699 representam 40% da população infantil. Ora, se 30% de toda a população está no CadÚnico e 40% da população infantil está no mesmo cadastro, pode-se inferir que a pobreza atinge mais as crianças. Conclui-se então: há um **maior nível de vulnerabilidade na população infantil**. Essa pobreza tem medida: 55% das crianças têm renda per capita inferior a R\$ 89,00; e apenas 1%, acima de meio salário mínimo.

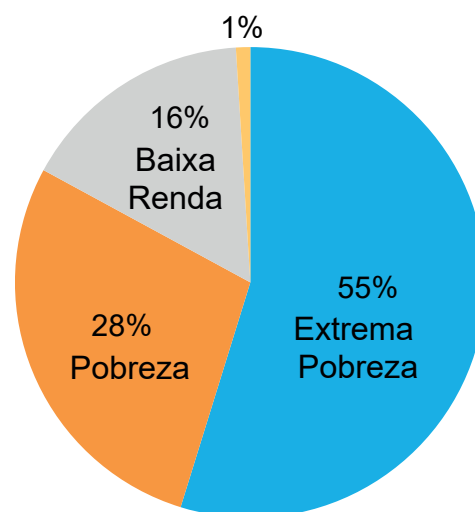


Figura 4

COMO ESSA VULNERABILIDADE SE DISTRIBUI PELOS BAIRROS?

Considerando números absolutos, ou seja, sem ponderar o que isso possa representar em termos de concentração, tem-se que 36 bairros acumulam 80% de todo o público cadastrado no CadÚnico. Ou seja: 38% dos bairros cobrem 80% do CadÚnico. Essa primeira análise facilita a aquisição de conhecimento a

respeito da vulnerabilidade territorial. O gráfico seguinte (figura 5) mostra esses bairros em ordem crescente. Informações sobre todos os bairros encontram-se no item Anexos, nas figuras 121 e 122, respectivamente.

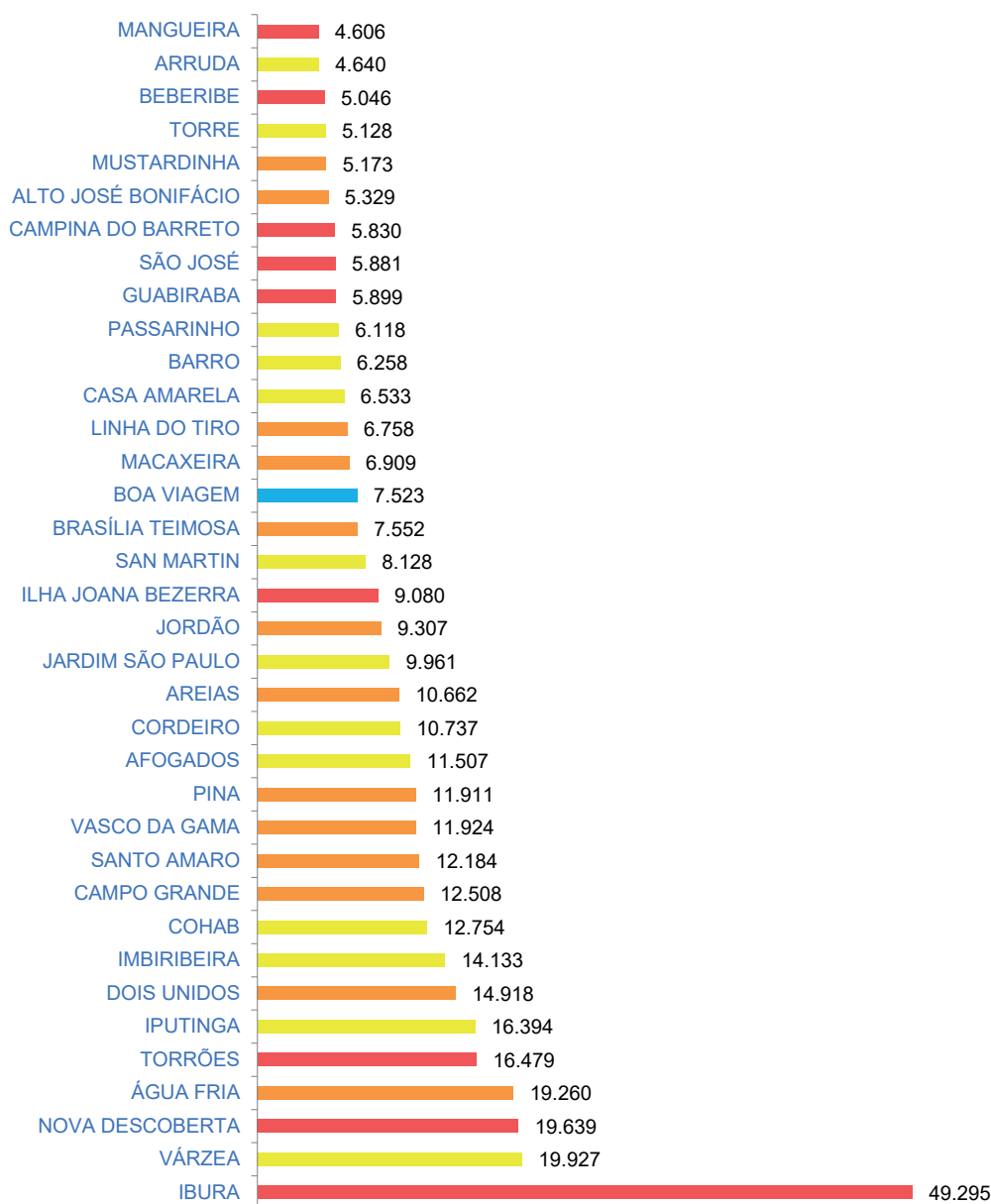


Figura 5

Essas cores utilizadas nas barras do gráfico representam um “score” de vulnerabilidade atribuído a cada bairro. Agora, serão apresentados os bairros na perspectiva de nível de vulnerabilidade. A cada bairro foi atribuído um fator de vulnerabilidade (calculado em função de: número de habitantes do bairro, residentes no bairro cadastrados no CadÚnico, população total de Recife e total cadastrado no CadÚnico). Como exemplo, tome-se o bairro Campo Grande, cujo Fator de Vulnerabilidade é 1,21, assim obtido: $[12.508 \text{ (cadastrados no$

CadÚnico) / 492.546 (total CadÚnico)] / [34.407 (sua população) / 1.645.724 (população de Recife)].

Esse fator permite atribuir um “score” aos bairros, agrupando-os em quatro categorias de vulnerabilidade. Grupo A (cor azul) agrupa bairros com fator menor que 0,5. Grupo B (cor amarela) reúne bairros cujo fator fica entre 0,5 e 1,0. Grupo C (cor laranja) reúne bairros cujo fator está entre 1,0 e 1,5. Grupo D (cor vermelha) reúne todos com fator acima de 1,5.

FATOR	SCORE
De 0 a 0,5	A
De 0,5 a 1,0	B
De 1,0 a 1,5	C
Acima de 1,5	D

Figura 6

GRUPO A			24 BAIROS	
RPA	BAIRRO	POPULAÇÃO	CADÚNICO	FATOR
3	AFLITOS	6.179	-	0,00
3	PAU-FERRO	77	-	0,00
3	GRAÇAS	21.981	90	0,01
3	JAQUEIRA	1.703	13	0,03
3	PARNAMIRIM	8.172	142	0,06
3	DERBY	2.216	48	0,07
1	SOLEDADE	2.670	62	0,08
3	SANTANA	3.269	84	0,09
3	MONTEIRO	6.333	232	0,12
2	ENCRUZILHADA	12.779	553	0,14
3	TAMARINEIRA	15.116	685	0,15
3	POÇO DA PANELA	4.939	245	0,17
3	ESPINHEIRO	11.171	607	0,18
6	BOA VIAGEM	131.557	7.523	0,19
1	PAISSANDU	543	37	0,23
2	ROSARINHO	4.363	422	0,32
1	ILHA DO LEITE	1.078	118	0,37
3	CASA FORTE	7.224	794	0,37
2	PEIXINHOS	5.349	592	0,37
5	CAÇOTE	11.206	1.281	0,38
1	BOA VISTA	15.816	1.936	0,41
4	MADALENA	24.703	3.272	0,44
2	HIPÓDROMO	2.845	388	0,46
5	SANCHO	11.986	1.745	0,49
TOTAL		313.275	20.869	

Figura 7

GRUPO B			32 BAIRROS	
RPA	BAIRRO	POPULAÇÃO	CADÚNICO	FATOR
6	IPSEP	26.787	4.153	0,52
5	CURADO	17.571	2.797	0,53
6	COHAB	72.010	12.754	0,59
5	BARRO	34.084	6.258	0,61
3	SÍTIO DOS PINTOS	7.787	1.433	0,61
2	FUNDÃO	8.703	1.777	0,68
3	CASA AMARELA	31.230	6.533	0,70
5	JIQUIÁ	10.965	2.339	0,71
4	PRADO	12.515	2.678	0,71
4	ZUMBI	6.457	1.396	0,72
3	ALTO JOSÉ DO PINHO	13.200	2.935	0,74
2	PONTO DE PARADA	1.663	383	0,77
2	PORTO DA MADEIRA	8.255	1.983	0,80
3	CÓRREGO DO JENIPAPO	9.896	2.401	0,81
4	CORDEIRO	44.056	10.737	0,81
3	BREJO DO BEBERIBE	8.875	2.319	0,87
4	VÁRZEA	75.402	19.927	0,88
2	TORREÃO	1.159	310	0,89
4	TORRE	19.161	5.128	0,89
3	APIPUCOS	3.577	958	0,89
4	ENGENHO DO MEIO	10.928	2.935	0,90
2	CAJUEIRO	7.047	1.907	0,90
6	IMBIRIBEIRA	51.920	14.133	0,91
5	COQUEIRAL	11.552	3.225	0,93
3	PASSARINHO	21.731	6.118	0,94
4	CAXANGÁ	10.311	2.954	0,96
4	ILHA DO RETIRO	4.003	1.165	0,97
4	IPUTINGA	55.867	16.394	0,98
5	JARDIM SÃO PAULO	33.871	9.961	0,98
5	AFOGADOS	38.813	11.507	0,99
2	ARRUDA	15.551	4.640	1,00
5	SAN MARTIN	27.199	8.128	1,00
TOTAL		702.146	172.266	

Figura 8

GRUPO C			23 BAIRROS	
RPA	BAIRRO	POPULAÇÃO	CADÚNICO	FATOR
1	SANTO ANTÔNIO	305	93	1,02
3	MACAXEIRA	21.740	6.909	1,06
1	CABANGA	1.660	528	1,06
1	COELHOS	8.169	2.624	1,07
3	MORRO DA CONCEIÇÃO	10.897	3.551	1,09
5	AREIAS	31.994	10.662	1,11
2	ALTO SANTA TEREZINHA	8.244	2.833	1,15
3	BREJO DA GUABIRABA	12.556	4.416	1,18
3	VASCO DA GAMA	33.204	11.924	1,20
2	CAMPO GRANDE	34.407	12.508	1,21
5	BONGI	8.666	3.153	1,22
5	TEJIPIÓ	9.544	3.596	1,26
6	PINA	31.226	11.911	1,27
6	BRASÍLIA TEIMOSA	19.622	7.552	1,29
5	MUSTARDINHA	13.302	5.173	1,30
3	ALTO JOSÉ BONIFÁCIO	13.337	5.329	1,34
5	ESTÂNCIA	9.889	3.971	1,34
1	SANTO AMARO	29.902	12.184	1,36
2	ÁGUA FRIA	46.587	19.260	1,38
6	JORDÃO	22.237	9.307	1,40
2	DOIS UNIDOS	35.217	14.918	1,42
2	LINHA DO TIRO	15.911	6.758	1,42
3	ALTO DO MANDU	4.982	2.131	1,43
TOTAL		423.598	161.291	

Figura 9

GRUPO D			15 BAIRROS	
RPA	BAIRRO	POPULAÇÃO	CADÚNICO	FATOR
2	BOMBA DO HEMETÉRIO	9.067	4.191	1,54
4	TORRÕES	34.264	16.479	1,61
3	MANGABEIRA	7.438	3.647	1,64
5	MANGUEIRA	9.076	4.606	1,70
2	BEBERIBE	9.478	5.046	1,78
3	NOVA DESCOBERTA	36.615	19.639	1,79
2	CAMPINA DO BARRETO	10.150	5.830	1,92
4	CIDADE UNIVERSITÁRIA	875	550	2,10
1	SÃO JOSÉ	9.298	5.881	2,11
1	ILHA JOANA BEZERRA	13.516	9.080	2,24
3	GUABIRABA	6.775	5.899	2,91
6	IBURA	54.173	49.295	3,04
1	BAIRRO DO RECIFE	644	611	3,17
3	DOIS IRMÃOS	2.746	3.487	4,24
5	TOTÓ	2.590	3.879	5,00
TOTAL		206.705	138.120	

Figura 10

As figuras 11 e 12 apresentam os totais de população residente e a respectiva no CadÚnico, para todos os bairros agregados por “score” (A, B, C, D). O primeiro (figura 11) mostra a população total e o segundo (figura 12), as crianças menores de seis anos. A cor azul apresenta a população (dos bairros listados) que não está no CadÚnico e a cor marrom, a que está no CadÚnico. Por óbvio, à medida que muda o “score” de A para B ou de B para C, e assim sucessivamente, aumenta a proporção da população que está cadastrada no CadÚnico. O que chama a atenção, contudo, é a proporção de crianças nos bairros mais vulneráveis. Outra vez, confirma a tese de que a pobreza é infantil.

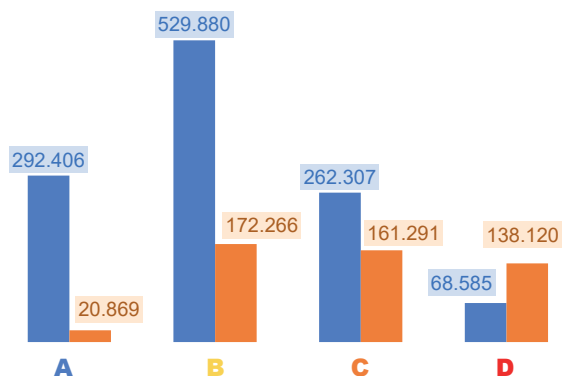


Figura 11

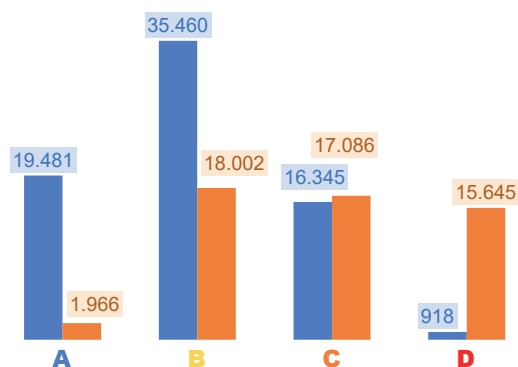


Figura 12

Uma visão espacial adequada encontra-se logo abaixo. O mapa da esquerda apresenta todos os bairros assinalados com a cor (azul, amarela, laranja ou vermelha) de acordo com seu “score” de vulnerabilidade. No entanto, não raro acontece da pessoa que se cadastra no CadÚnico informar o bairro próximo mais conhecido ou mais conveniente, por qualquer motivo. Muito embora o cadastro tenha sofrido qualificação, esse dado foi preservado com seu valor original. Isso acarretou algumas distorções extremas em dois bairros: Totó e Dois Irmãos. Isso pode ter ocorrido de maneira mais fragmentada em outros bairros. O mapa da direita, agregado em nível de Distrito Sanitário, corrige adequadamente tais distorções. Assim, tem-se o DS 3 em cor azul, indicando menor vulnerabilidade e o DS 8 em cor vermelha, destacando sua alta vulnerabilidade. No meio desses, tem-se os DS 4, 5 e 6 com vulnerabilidade média baixa e os DS 1, 2 e 7; média alta.

Bairros de Recife por vulnerabilidade

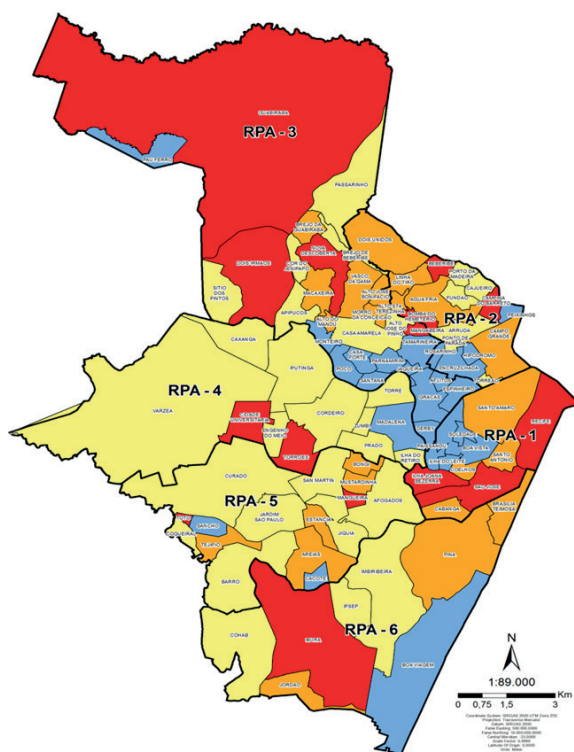


Figura 13

Distritos Sanitários de Recife por vulnerabilidade

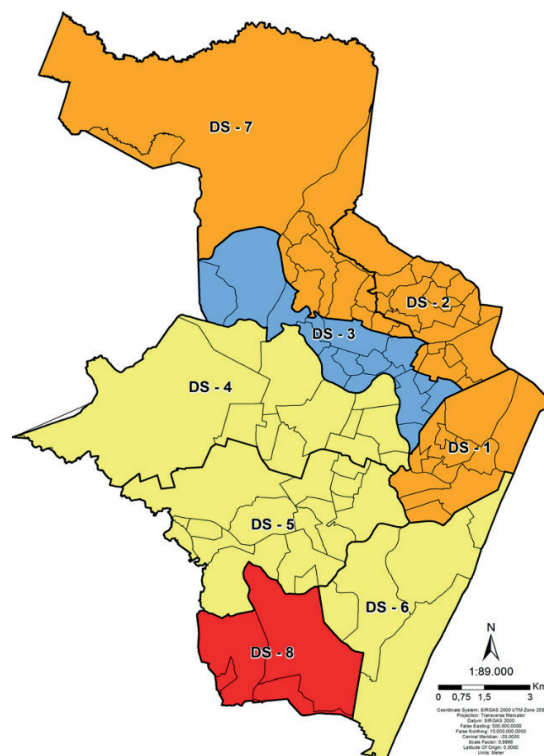


Figura 14

3.2 INDICADORES DA SAÚDE

A saúde em Recife foi examinada sob o prisma dos indicadores tradicionais (utilizados em todo território nacional), os quais foram analisados histórica e comparativamente. Outros indicadores importantes estão sendo apresentados na parte final deste tópico. Foi dado destaque à situação das crianças da Primeira Infância - limitado ao recorte de neonatal (até 27 dias), infantil (até um ano) e até 5 anos – e das mães (no universo de mães de filhos Nascidos Vivos em 2018). A quase totalidade dos dados utilizados como base para os cálculos proveio de bases de dados do Ministério da Saúde (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e Sistema de Informação sobre Mortalidade, tendo como referência a posição de novembro de 2019). A defasagem de atualização não permitiu que dados de 2019 fossem utilizados, pois sofreriam muitas atualizações após esse diagnóstico. Com isso, os indicadores referem-se ao ano de 2018. Embora, no geral, essa defasagem não prejudique a avaliação, importa salientar que algumas situações poderão estar em forte mutação, caso muito esforço tenha sido dedicado a problemas específicos.

Antes de analisar os indicadores da saúde recifense, é preciso entender que Recife ocupa lugar de destaque no desenho das redes regionais de saúde de Pernambuco. É sede da Macrorregional I do Estado, arranjo territorial que agrega as Regiões I, II, III e XII de Saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média e alta densidade tecnológica. Além disso, sedia a I Região de Saúde do Estado (agrega 20 municípios limítrofes com forte concentração econômica e demográfica no Estado). Outrossim, comporta parte significativa dos serviços assistenciais e de diagnóstico de alta densidade tecnológica, sendo referência na oferta de serviços em Pernambuco, dentre eles, o cuidado materno-infantil.

Recife está dividida em seis regiões Político-Administrativas (RPA) e oito Distritos Sanitários (DS). Até 2012, os DSs eram coincidentes com as RPAs. A partir de 2013, foi efetuado o desmembramento nas duas RPAs (3 e 6) mais populosas, com o objetivo de reforçar as ações de saúde desenvolvidas nos territórios. Apesar da gestão ter visão territorial da saúde, os indicadores que estão presentes neste relatório são agregados para o município de Recife e correspondem à população residente na cidade (não se trata de atendimentos aqui efetuados).

NASCIDOS VIVOS (NV)

Ao se examinar a população recifense entre os anos de 2015 e 2018, pode-se observar que a Taxa Bruta de Natalidade de Recife (mil NV pela população residente) mantém-se ligeiramente aquém daquelas do Brasil, do Nordeste e de Pernambuco. Desconsiderando-se o ano de 2016, quando houve uma redução generalizada, provavelmente relacionada à epidemia do Zika vírus, a taxa média de natalidade de Recife é 14,1, com aparente tendência de declínio. Para o ano de 2018, com base no Sinasc posição de novembro de 2019, o número de nascidos vivos (NV) foi 22.210 (o número 22.210 será utilizado na obtenção dos demais indicadores relacionados).

	Ano	Brasil	Nordeste	Pernambuco	Recife
População	2015	202.858.853	55.687.830	9.261.237	1.614.591
	2016	204.532.351	55.997.239	9.320.464	1.622.335
	2017	206.172.340	56.299.991	9.377.552	1.629.796
	2018	207.853.293	56.617.671	9.439.033	1.637.834
Nascidos Vivos	2015	3.017.668	846.374	145.024	23.664
	2016	2.857.800	796.119	130.733	21.413
	2017	2.923.535	817.311	135.932	22.817
	2018	2.943.130	835.522	138.233	22.210
Taxa de Natalidade	2015	14,9	15,2	15,7	14,7
	2016	14,0	14,2	14,0	13,2
	2017	14,2	14,5	14,5	14,0
	2018	14,2	14,8	14,6	13,6

Fonte: Sinasc Posição Novembro/2019

Figura 15

MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil, medida pelo número de óbitos de menores de um ano por 1.000 NV, no período de 2015 a 2018, conforme mostra as figuras 16 e 17, não permite inferir uma tendência. Observam-se dois fatos: em 2016 houve um aumento generalizado, notadamente em Recife (provável efeito do Zika vírus) e a taxa de Recife é inferior aos do Brasil, Nordeste e Pernambuco.

	2015	2016	2017	2018
Brasil	12,4	12,7	12,4	12,2
Nordeste	14,0	14,5	14,1	13,5
Pernambuco	13,0	13,9	12,1	12,4
Recife	10,5	11,9	10,8	10,5

Fonte: SIM Posição
Novembro/2019

Figura 16

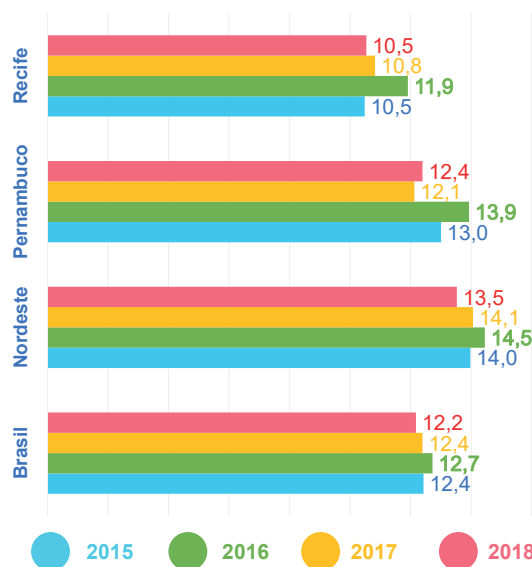


Figura 17

Na análise específica do ano de 2018, em Recife, quando houve 22.210 NV, e incluindo crianças até 5 anos de idade (4 anos e 12 meses), observa-se que houve 267 óbitos, determinando os três principais indicadores de mortalidade de crianças: Neonatal, Infantil e Menor de 5 anos. Além das metas estabelecidas pelos órgãos de saúde, existem aquelas definidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de Saúde para 2030: 5,0 (contra 7,8, em 2018) para o indicador de mortalidade Neonatal e 8,0 (contra 12,0, em 2018) para o indicador de mortalidade de Menores de 5 anos.

Total de óbitos 2018		Obtenção do Indicador	Óbitos acumulados	Óbitos / 1000 NV
Neonatal Até 27 Dias	174	Neonatal	174	7,8
Pós-Neonatal De 28 a 364 Dias	60	Infantil (até 1 ano)	234	10,5
De 1 a 4 Anos Completos	33	Menores de 5 anos	267	12,0

Fonte: SIM/Sinasc Posição Novembro/2019

Figura 18

ÓBITOS EVITÁVEIS

Ainda, uma análise minuciosa sobre os números de 2018 constata que a predominância dos óbitos ocorre antes de um ano de idade, notadamente nos seis primeiros dias (figura19). Pois desses 119 óbitos, **87 são evitáveis**. Do total de 234 infantis, 169 são evitáveis: **69,9%**. O interessante é que tais óbitos são reduzíveis por atenção à mulher na gestação. Se incluirmos o durante e após o parto, a proporção se eleva (ver figura 21).

Óbitos em 2018		Evitáveis
Neonatal Precoce	119	87
Neonatal Tardio	55	42
Até 1 ano	60	40
Óbitos Infantis	234	169

Fonte: Sinasc Posição Novembro/2019

Figura 19

Número de óbitos infantis segundo classificação de evitabilidade

Classificação de evitabilidade	Recife				
	2015	2016	2017	2018	Total
1. Causas evitáveis	172	170	176	169	687
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1	0	0	2	3
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	104	116	126	117	463
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	12	17	13	9	51
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	22	11	7	12	52
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	19	13	16	8	56
1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	14	13	14	21	62
2. Causas mal definidas	1	0	1	1	3
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	75	85	70	64	294
Total	248	255	247	234	984

Fonte: SIM/SISV/GEVEPI/DEVS/SESAU do Recife

Figura 20

Número de óbitos infantis segundo classificação de evitabilidade

Classificação de evitabilidade	Recife - 2018							
	Neonatal precoce		Neonatal tardio		Pós-neonatal		< 1 ano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Causas evitáveis	87	73,1	42	76,4	40	66,7	169	72,2
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	0	0	0	0	2	3,3	2	0,9
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	77	64,7	27	49,1	13	21,7	117	50
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	4	3,4	5	9,1	0	0	9	3,8
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	6	5	4	7,3	2	3,3	12	5,1
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	0	0	1	1,8	7	11,7	8	3,4
1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	0	0	5	9,1	16	26,7	21	9
2. Causas mal definidas	1	0,8	0	0	0	0	1	0,4
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	31	26,1	13	23,6	20	33,3	64	27,4
Total	119	100	55	100	60	100	234	100

Fonte: SIM/SISV/GEVEPI/DEVS/SESAU do Recife

Figura 21

CAUSA MORTIS

As causas de morte das crianças apresentadas abaixo estão separadas para as de até um ano e para de um a cinco anos incompletos. Uma análise sobre os dados de 2018 mostra que estas são bastante distintas, como pode ser visto na figura 22 a seguir.

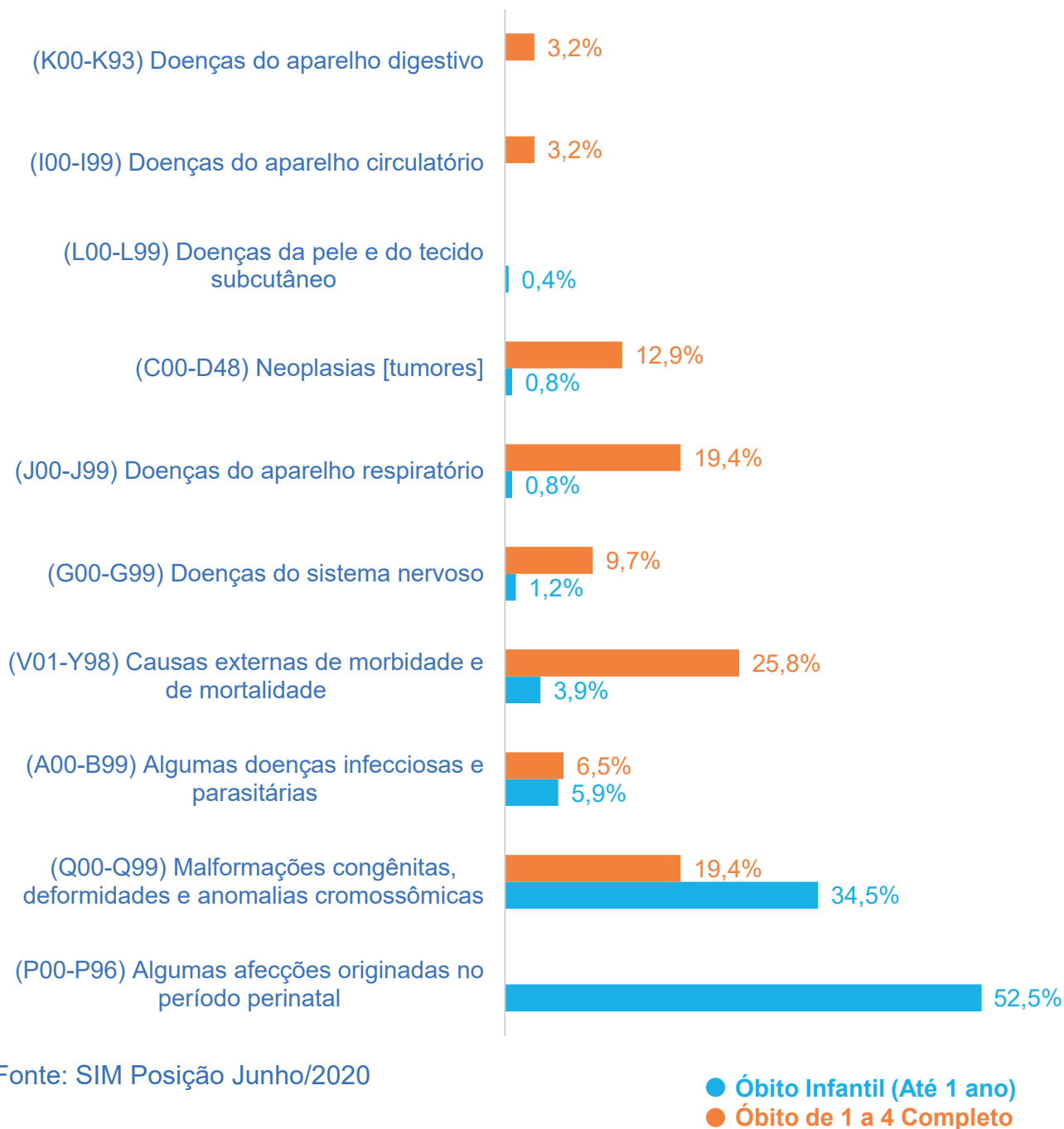


Figura 22

PREMATURIDADE E BAIXO PESO AO NASCER

Dos 22.210 NV, em 2018, nasceram 2.444 prematuros (com menos de 37 semanas de gestação): **11 %**. Desses mesmos 22.210 NV, 1.813 nasceram com menos de 2.500g: **8,2%**. Existe uma intersecção entre prematuridade e baixo peso, como se vê na tabela.

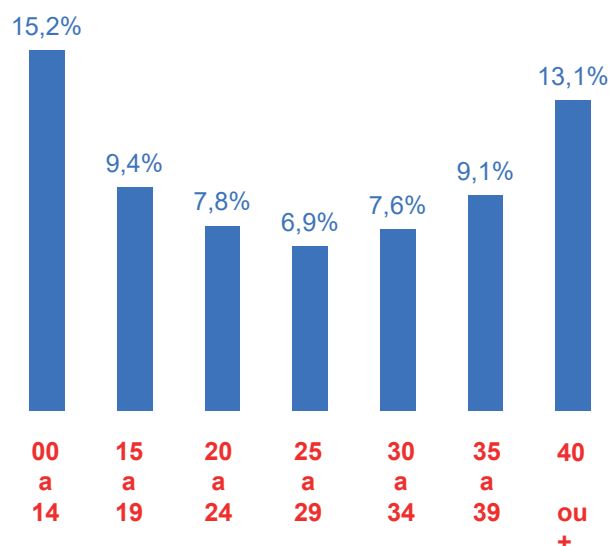
Prematuro e Peso Normal	1.251
Prematuro e Baixo Peso	1.193
Não Prematuro e Baixo Peso	620

Fonte: Sinasc Posição Novembro/2019

Figura 23

A distribuição dos casos, conforme a idade da mãe, mostra concentração entre as mães mais novas e as mais velhas.

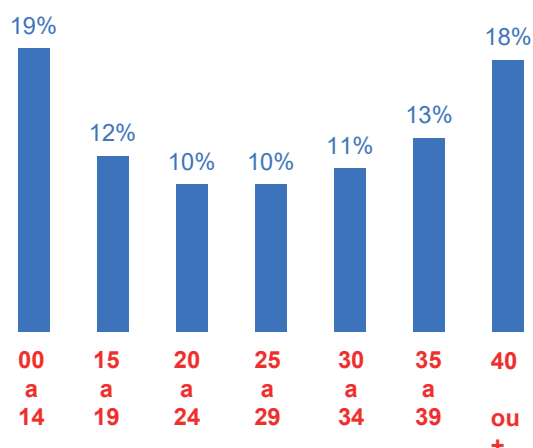
Baixo Peso



Fonte: Sinasc Posição Novembro/2020

Figura 24

Prematuridade



Fonte: Sinasc Posição Novembro/2020

Figura 25

MORTALIDADE MATERNA

É um indicador obtido em função dos óbitos atribuídos a causa materna, por 100.000 nascidos vivos. Revela as condições de prestação de serviços a mães, desde o planejamento familiar até a assistência na gestação, parto e puerpério. No município do Recife e estado de Pernambuco os óbitos de mulheres em idade fértil são analisados para identificar mortes maternas não declaradas. A atuação histórica dos comitês de prevenção do óbito materno tem sido decisiva para dar visibilidade ao problema e influenciar as

políticas públicas para o enfrentamento da mortalidade materna. Os dados apresentados incluem os óbitos maternos precoces e tardios (até um ano após o parto).

	Brasil	Nordeste	Pernambuco	Recife	
2015	1.917	623	107	22	Óbitos maternos
2016	1.829	577	75	17	
2017	1.885	576	102	16	
2018	1.867	595	99	17	
2015	63,5	73,6	73,8	93,0	Óbitos por 100 mil NV
2016	64,0	72,5	57,4	79,5	
2017	64,5	70,5	75,0	70,1	
2018	63,4	71,1	71,6	76,5	

Fonte 1 (Nascidos vivos BR, NE e PE): MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Fonte 2 (Óbitos BR, NE e PE): MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Fonte 4 (Nascidos vivos e óbitos Recife): Sinasc_Planilha de óbitos maternos/SISV/GEVEPI/DEVS/SESAU do Recife

Figura 26

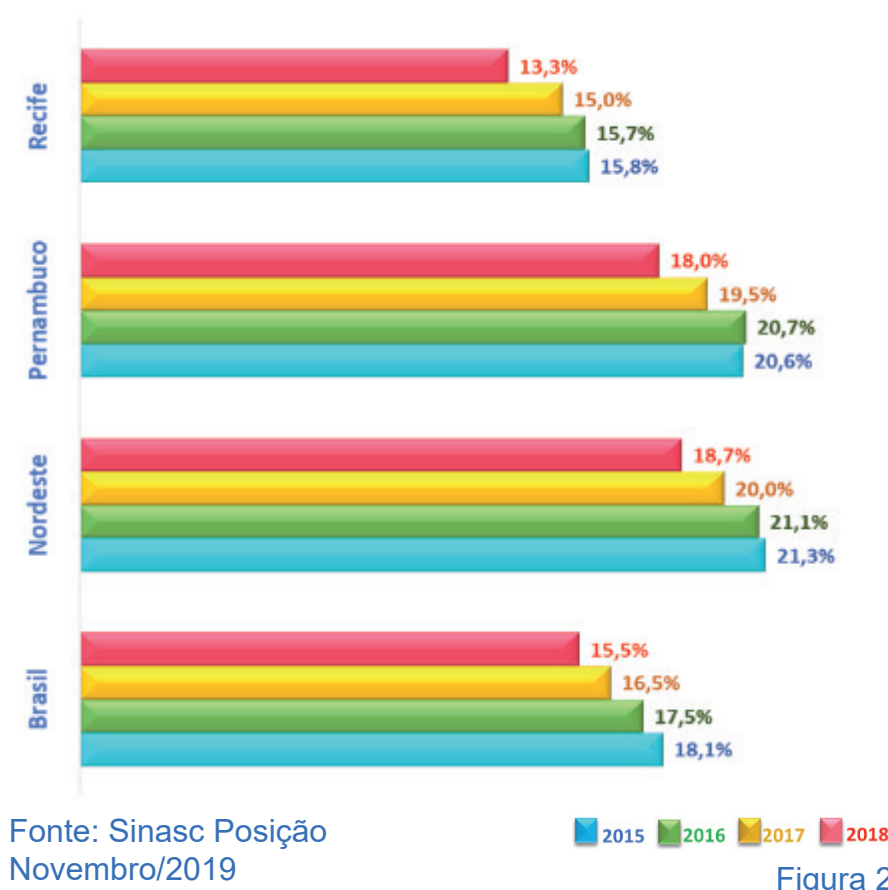
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Segundo a OMS, a adolescência é o período de vida que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade. A gravidez na adolescência deve ser acompanhada na atenção primária por profissionais sensíveis às necessidades da faixa etária e, ao ter outros riscos associados, deve-se ter um acompanhamento compartilhado com o nível especializado. O indicador de gravidez na adolescência é o percentual de mães de NV na faixa etária de 10 a 19 anos.

A observação dos dados durante o período de 2015 a 2018 (nos níveis Brasil, Nordeste, Pernambuco e Recife) está representada no gráfico abaixo. Nota-se um esforço generalizado na redução desse percentual, destacando ainda, que Recife apresenta os menores valores. Entretanto, a questão continua presente em patamares elevadas. Em 2018, das mães dos 22.210 NV, 2.959 eram adolescentes (13,3%), sendo 112 de 10 a 14 anos e 2.847 de 15 a 19 anos.

Essas mães estão em situação de maior vulnerabilidade: apenas 30% mantêm união estável ou são casadas (a média para todas as mães é de 56%). Essa vulnerabilidade se agrava, pois elas interrompem o ciclo escolar,

dificultando o próprio retorno ao mercado de trabalho.



CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E INÍCIO ADEQUADO DO PRÉ-NATAL

A recomendação do Ministério da Saúde é a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, já que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez.

Em 2018, entre as mães de nascidos vivos, 16.215 realizaram pelo menos uma consulta até o terceiro mês de gestação: **73%**. No entanto, 66,8% realizaram sete ou mais consultas. Pode-se supor que os partos prematuros (**11%**) interrompem as consultas de pré-natal.

Ao comparar os indicadores de 7 ou mais consultas de pré-natal (de

2015 a 2018) para Brasil, Nordeste, Pernambuco e Recife; percebe-se que cresce a tendência de se efetuar mais consultas de pré-natal (figura 28). Embora Recife não apresente proporção melhor do que Pernambuco e Brasil, deve-se notar que o esforço no período foi de 15% (contra 12 e 7, respectivamente).



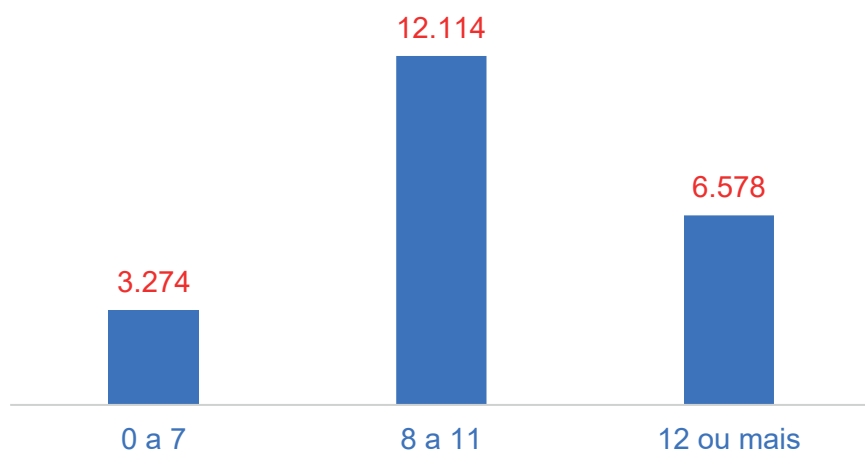
Figura 28

ESCOLARIDADE MATERNA

Os determinantes da saúde explicam a maior parte das iniquidades, ou seja, das diferenças injustas e evitáveis (em saúde). Estão ligados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Nesse contexto, a avaliação da escolaridade materna é instrumento para destacar grupos de indivíduos que merecem atenção de políticas educacionais para adultos.

Em 2018, das mães de nascidos vivos, 14,9% (3.274) não possuíam o ensino fundamental completo (figura 29). Ao analisar o perfil das mães no CadÚnico, constata-se que essas mães de baixa ou nenhuma instrução estão lá cadastradas (isso significa que elas podem ser localizadas).

Anos de Escolaridade



Fonte: Sinasc Posição Junho/2020

Figura 29

ESCOLARIDADE MATERNA E O NÚMERO DE CONSULTAS

Analisando o número de consultas efetuadas por todas as mães em 2018, chega-se à distribuição presente na figura 30, com a respectiva ilustração gráfica.

NÚMERO DE CONSULTAS		
Nenhuma	378	2%
1 a 3	1.602	7%
4 a 6	5.234	24%
7 ou Mais	14.752	67%
Total	21.966	

Fonte: Sinasc
Junho/2020

Figura 30

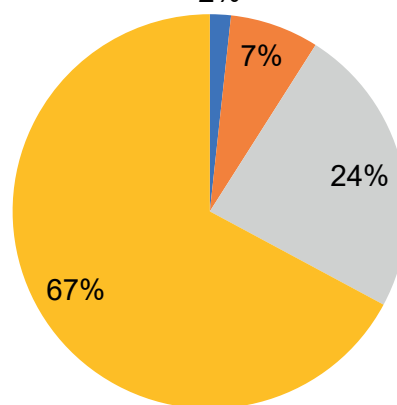


Figura 31

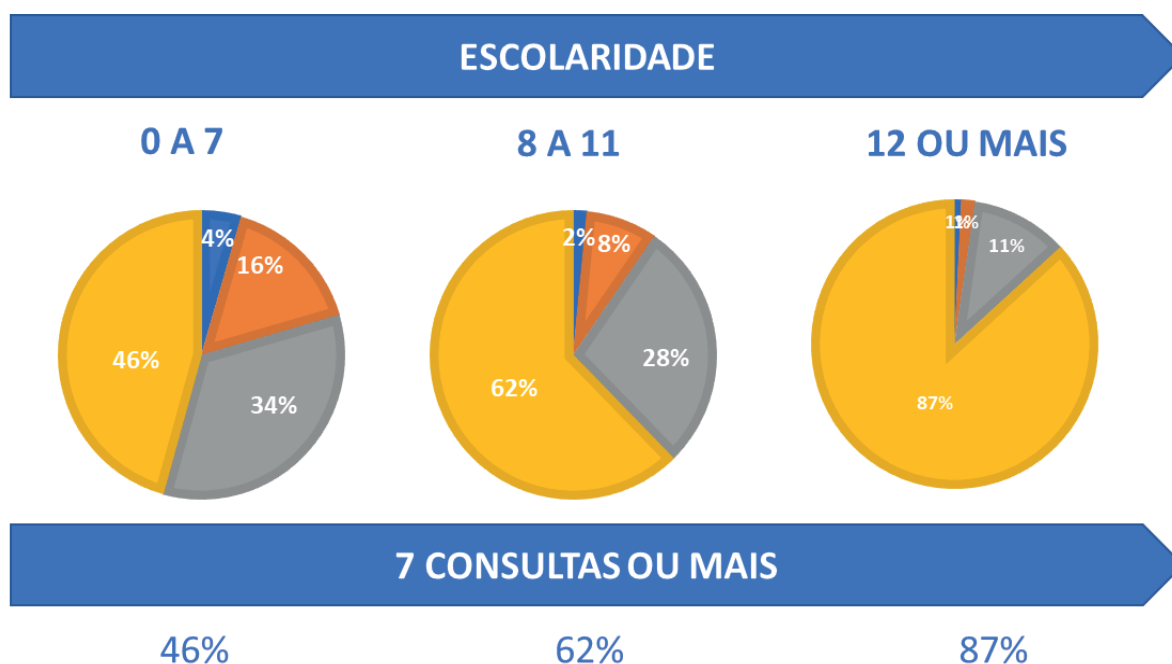
Agora, desagregando as consultas pelo nível de escolaridade, conforme mostrado na figura 32, defronta-se com a iniquidade em saúde. Quanto menos escolaridade, menos consultas de pré-natal são feitas. Revela-se que a falta de escolaridade exclui a gestante de uma atenção pré-natal de qualidade, capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil.

ESCOLARIDADE			
CONSULTAS	0 a 7	8 a 11	12 ou Mais
Nenhuma	146	183	49
1 a 3	525	976	101
4 a 6	1.107	3.407	720
7 ou Mais	1.496	7.548	5.708
Total	3.274	12.114	6.578

Fonte: Sinasc Junho/2020

Figura 32

Abaixo, na figura 33, três gráficos (um para cada escolaridade: 0 a 7; 8 a 11; e 12 ou mais) representam a quantidade (em percentual) de consultas efetuadas. Destacando apenas o setor amarelo escuro (que representa a participação de 7 ou mais consultas), nota-se, claramente, que à medida que aumenta a escolaridade, aumenta esse percentual (indo de 46% a 87%).



Fonte: Sinasc Posição Junho/2020

Figura 33

TIPO DE PARTO: CESÁREA E NORMAL

A OMS preconiza, como proporção aceitável de partos cesarianos, uma taxa de 10% a 15%. Essa proporção fundamenta-se no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação de cesariana para preservação da saúde materna e/ou fetal.

Nas maternidades públicas de Recife, a proporção de partos cesarianos está abaixo de 30%. No entanto, ao se observar os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, para as residentes em Recife, essa proporção ultrapassa 50%, como será mostrado a seguir. Primeiramente, é importante saber que os partos são categorizados em 10 grupos, de acordo com as circunstâncias relacionadas à situação da gestante e da criança (figura 34).

CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DE ROBSON PARA PARTOS	
1	nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
2	nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto.
3	múltipara (sem antecedente de cesárea), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
4	múltipara (sem antecedente de cesárea), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea realizada antes do início do trabalho de parto.
5	com antecedente de cesárea, gestação única, cefálica ≥ 37 semanas.
6	todos partos pélvicos em nulíparas.
7	todos partos pélvicos em múltiparas (incluindo antecedente de cesárea).
8	todas as gestações múltiplas (incluindo antecedente de cesárea).
9	todas as apresentações anormais (incluindo antecedente de cesárea).
10	todas as gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo antecedente de cesárea).

Figura 34

Com base na categorização dos partos em 2018, figuras 35 e 36, constata-se que 52% deles ocorreram por meio de cesárea. Pela relevância

dessa distorção com relação à meta da OMS, alguns aprofundamentos foram feitos para melhor caracterizar a gestante do parto cesariano.

Grupo de Robson	Vaginal	Cesárea	Não Informado	Total
Grupo 1	2.957	1.386	6	4.349
Grupo 2	648	2.328	-	2.976
Grupo 3	4.064	557	-	4.621
Grupo 4	701	948	1	1.650
Grupo 5	1.024	3.907	3	4.934
Grupo 6	15	315	-	330
Grupo 7	33	410	-	443
Grupo 8	71	435	-	506
Grupo 9	2	35	-	37
Grupo 10	978	978	1	1.957
Não Inform	170	208	29	407
Total	10.663	11.507	40	22.210

Fonte: Sinasc
Posição Novembro/2020

Figura 35

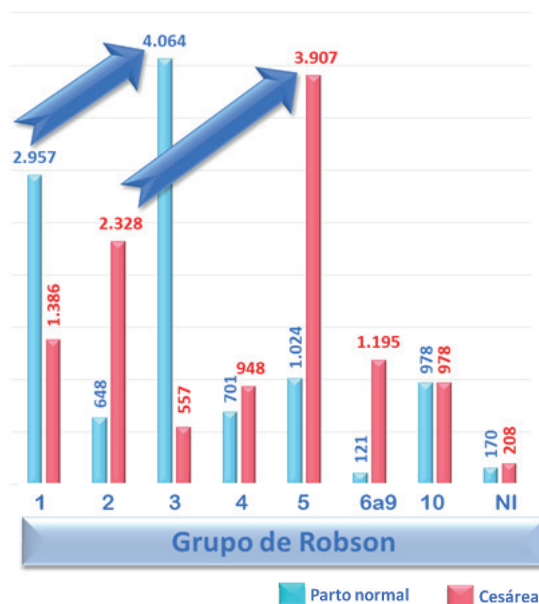


Figura 36

Sem discutir as razões de cada escolha, pode-se inferir a tendência de que o segundo parto e os seguintes repetem a experiência do primeiro. Isso significa que a gestante que tenha feito cesárea para o nascimento do primeiro filho tem maior probabilidade de não mais fazer parto normal.

Com relação ao perfil da mãe que faz cesárea, algumas outras análises foram feitas. Os resultados apontam para forte interferência do fator socioeconômico representado pelo número de consultas de pré-natal, pela escolaridade e até pela cor. Abaixo, um conjunto de gráficos ilustram esse fato.

Primeiramente, apresentam-se os gráficos de setores para o número de consultas de pré-natal (de nenhuma até 7 ou mais), para os casos de parto normal e cesárea, respectivamente. Mães de parto normal que fizeram **7 ou mais consultas** representam 57%, contra 76% das mães de cesárea.

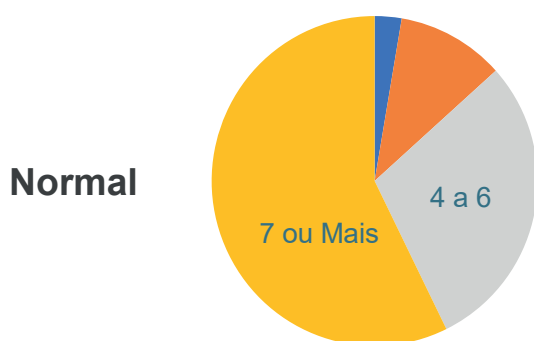


Figura 37

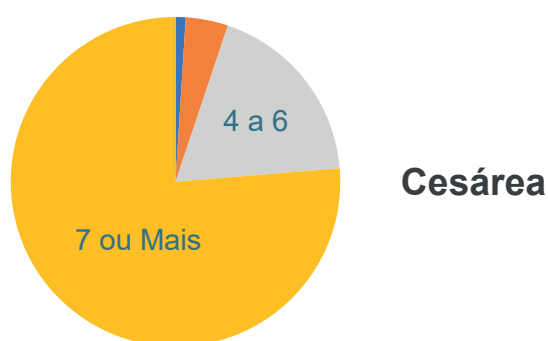


Figura 38

A escolaridade (definida em faixas de anos) é vista nas figuras 39 e 40, podendo observar que mães de parto normal com **12 ou mais anos de escolaridade** representam 14%, enquanto as de cesárea, 44%.

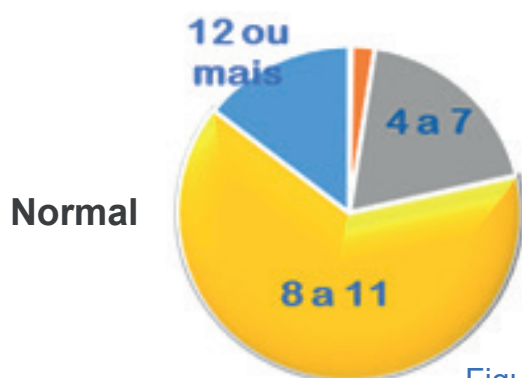


Figura 39

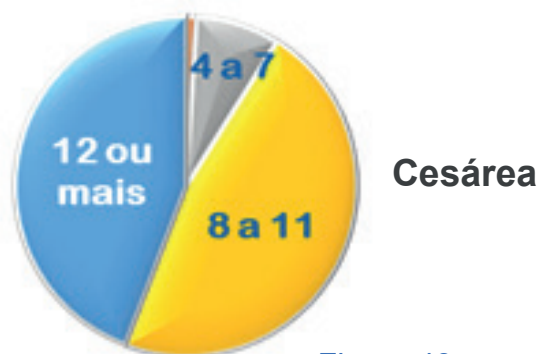


Figura 40

Por último, exibem-se os gráficos de setores para a cor de mãe de parto normal e de cesárea. Mães de parto normal na **cor branca** representam 18%, enquanto mães de cesárea, 35%.

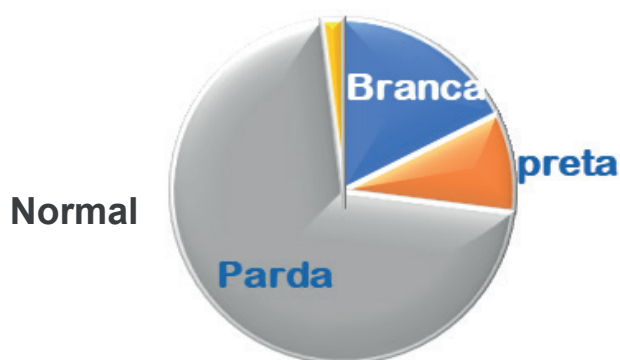


Figura 41

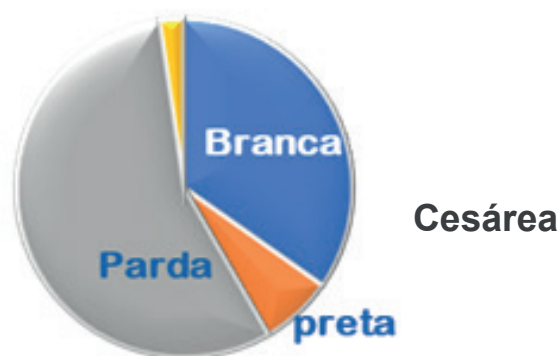
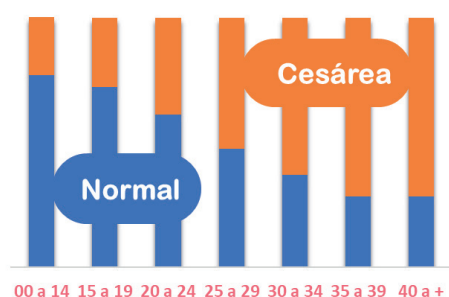


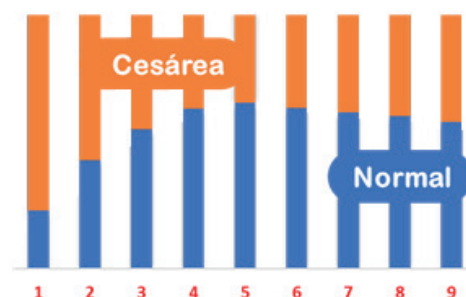
Figura 42

Para finalizar a análise do perfil da mãe de cesárea, mostram-se mais dois fatos importantes. À medida que a gestante adquire mais idade, as chances de cesárea aumentam. Ademais, as gestantes que farão parto cesárea começam as consultas de pré-natal mais cedo. As figuras 43 e 44 mostram isso: o primeiro apresenta a distribuição dos partos de acordo com a idade da mãe e o segundo, o mês de início do pré-natal.



Fonte: Sinasc Posição
Novembro/2019

Figura 43



Fonte: Sinasc Posição
Novembro/2019

Figura 44

OUTROS INDICADORES

Os indicadores apresentados até o momento foram construídos com base em registros do Ministério da Saúde para 2018. Outros que serão aqui apresentados baseiam-se em informações da Secretaria de Saúde do Recife: alguns para 2018 e outros para 2019.

OBESIDADE INFANTIL: 1,6%

- Método de cálculo: Crianças menores de 5 anos com peso elevado para a idade (relação peso x altura) / População residente na faixa etária X 100
- Valores utilizados: 1.570 / 97.939
- Fonte: Secretaria de Saúde do Recife (ano de referência: 2018)

DESNUTRIÇÃO INFANTIL: 0,69%

- Método de cálculo: Crianças menores de 5 anos desnutridas (peso/altura) / População residente na faixa etária X 100
- Valores utilizados: 673/ 97.939
- Fonte: Secretaria de Saúde do Recife (ano de referência: 2018)

CONSUMO ALIMENTAR: 0,28%

- Método de cálculo: Crianças menores de 5 anos com pelo menos 1 registro no SISVAN / População de menores de 5 anos residente X 100
- Valores utilizados: 274/ 97.939
- Fonte: Secretaria de Saúde do Recife (ano de referência: 2019)

ESTADO NUTRICIONAL: 9,79%

- Método de cálculo: Crianças menores de 5 anos com pelo menos 1 registro no SISVAN / População de menores de 5 anos residente X 100
- Valores utilizados: 9563/ 97.939
- Fonte: Secretaria de Saúde do Recife (ano de referência: 2019)

SÍFILIS CONGÊNITA: 29,2 por mil NV em 2018 e 25,3 por mil NV em 2019

- Método de cálculo: Número de casos confirmados de sífilis congênita em crianças menores de 1 ano/ Nascidos Vivos X 1000
- Valores utilizados para os casos: 649 e 535, para 2018 e 2019 respectivamente.
- Fonte: Secretaria de Saúde do Recife - SINAN/SINASC/GEVEPI/DEVS/ SESAU Recife (dados até 26/06/2020)

SÍFILIS EM GESTANTE: 35,4 por mil NV em 2018 e 35,6 por mil NV em 2019

- Método de cálculo: Número de casos confirmados de sífilis em gestante / Nascidos Vivos X 1000
- Valores utilizados para os casos: 786 e 751, para 2018 e 2019 respectivamente.
- Fonte: Secretaria de Saúde do Recife - SINAN/SINASC/GEVEPI/DEVS/ SESAU Recife (dados até 26/06/2020)

COBERTURA VACINAL DE MENOR DE UM ANO. RECIFE, 2012-2019

VACINA	2012 %	2013 %	2014 %	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %
BCG	105,1	107,4	107,3	180,8	169,4	178,1	201,9	163,1
PENTAVALENTE	93,8	95,9	94,9	92,9	94,6	84,8	93,5	66,0
PNEUMO 10	88,4	93,6	93,5	92,1	96,5	90,9	96,2	77,5
PÓLIO (VIP)	96,6	100,7	96,8	99,1	88,1	87,1	89,8	72,3
ROTAVÍRUS	86,4	93,3	93,4	92,3	88,3	83,0	84,4	72,7
MENINGO C	96,2	99,7	96,4	95,9	94,6	79,1	81,4	74,4

Fonte: 2012 a 2014 - (APIWEB) CGPNI (<http://pni.datasus.gov.br>)

Fonte: 2015 a 2019 - SIPNI WEB - maio de 2020

Figura 45

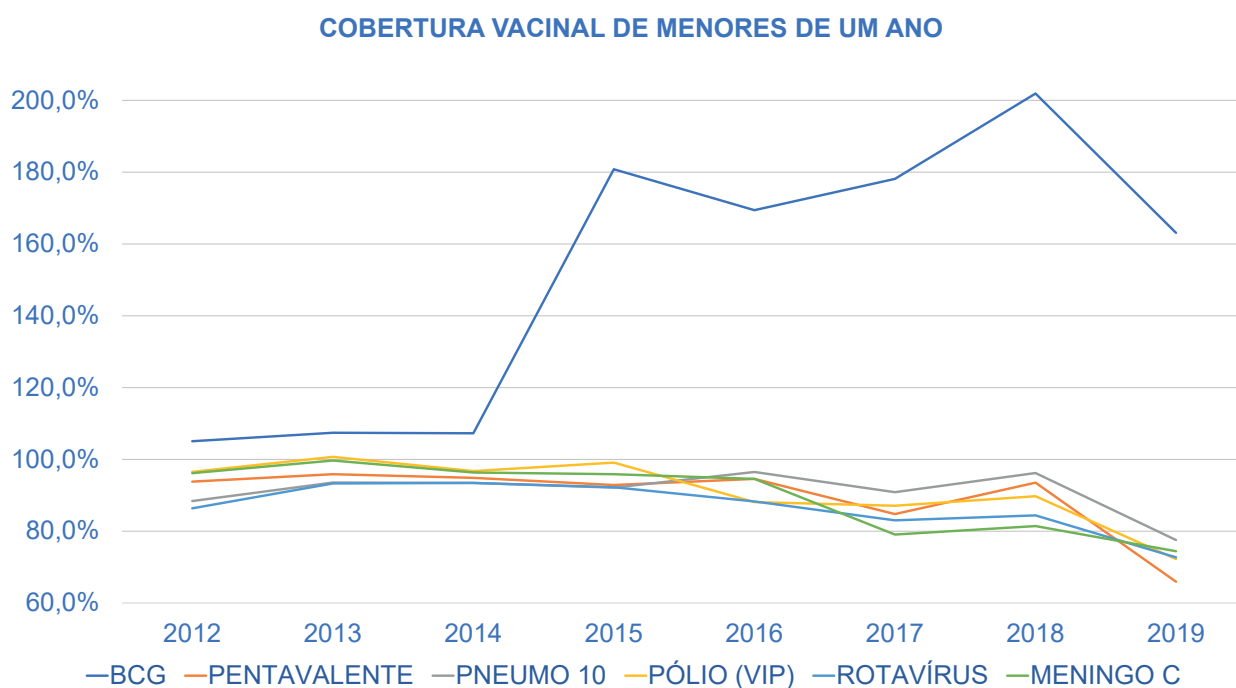


Figura 46

VIOLÊNCIA NOTIFICADA CONTRA CRIANÇA: Até 1 ano – 7,8 por mil NV e de 1 a 4 anos completos – 9,7 por mil NV

- Método de cálculo: Ocorrências no período/Total de Nascidos Vivos no período X 1000
- Valores utilizados: Até 1 ano: 699 casos | De 1 a 4: 875 casos / NV: 90.104
- Período: 2015 a 2018
- Fonte: SINAN/DANT/UEPI/DEVS/Sesau Recife (dados de 09/07/2019)

CASOS DE VIOLÊNCIA
de 2015 a 2018
Total: 4089

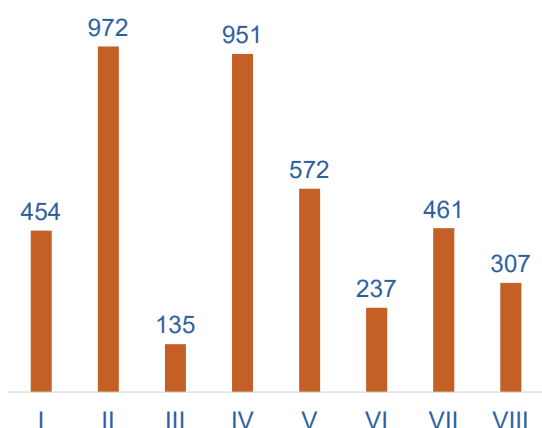


Figura 47

PERCENTUAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS

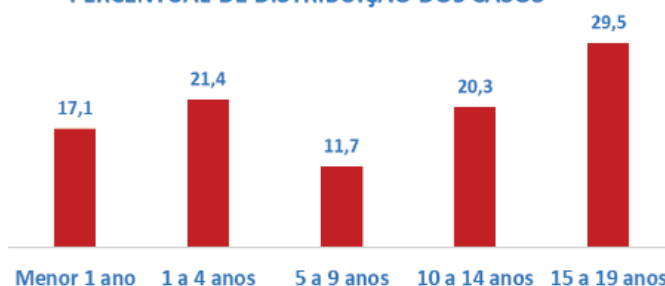


Figura 48

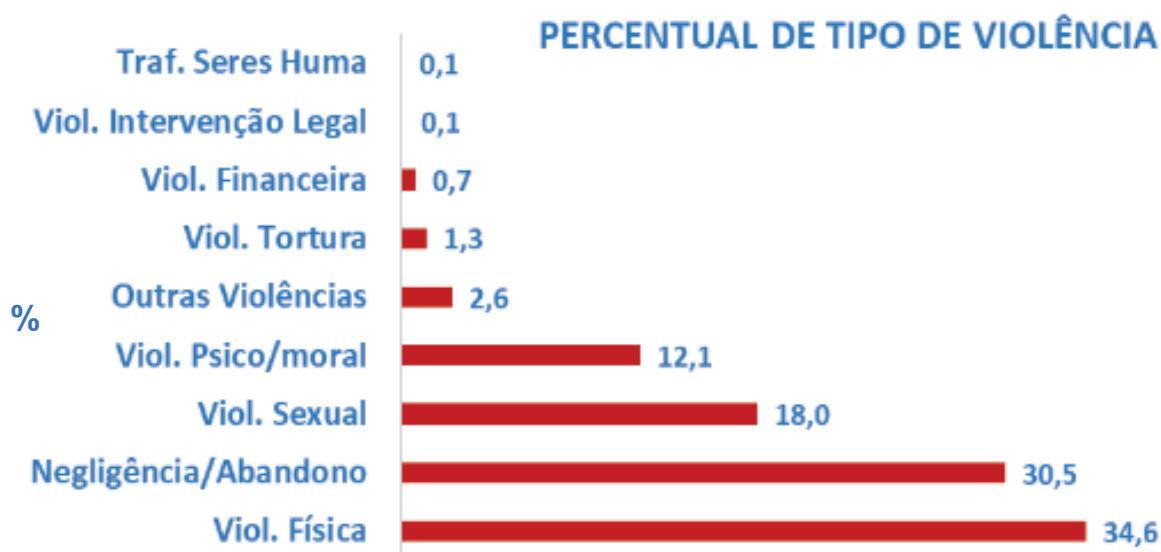


Figura 49

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – COBERTURA POPULACIONAL

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipes de saúde da família (ESF) (de composição multiprofissional), equipes de saúde bucal (ESB) e agentes comunitários de saúde (ACS). A seguir, a figura 50, mostra a cobertura populacional em Recife para os anos de 2014 a 2019. Para a obtenção dos percentuais foram utilizadas as seguintes convenções: cada ESF ou ESB atende 3.450 pessoas (para o ano de 2019 foi adotado 3.500 como parâmetro) e cada ACS atende 575 pessoas. Nota-se que a cobertura de ESF manteve-se estável, enquanto a de ESB cresceu e a de ACS diminuiu, em decorrência da migração para as novas ESF.

ANO	POPULAÇÃO	Equipes ESF	Equipes ESB	Agentes ACS	Cobertura Populacional		
					ESF	ESB	ACS
2014	1.599.914	269	154	453	60%	34%	16%
2015	1.608.448	272	161	453	58%	35%	16%
2016	1.625.583	275	166	453	58%	35%	16%
2017	1.633.697	276	172	409	58%	36%	14%
2018	1.637.834	277	174	409	58%	37%	14%
2019	1.645.724	277	175	392	59%	37%	14%

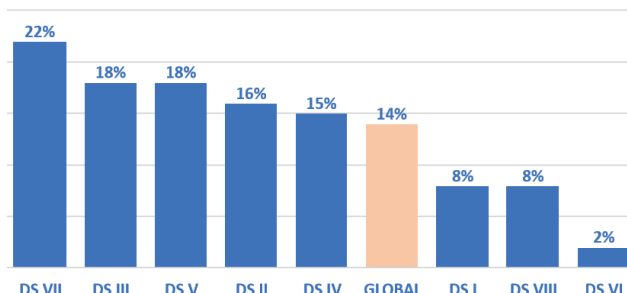
Fonte: Secretaria de Saúde do Município

Figura 50

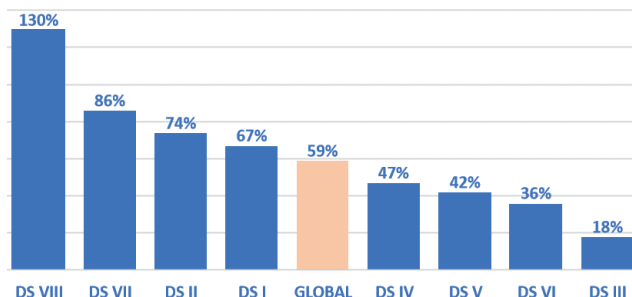
Ao analisar a distribuição dessas equipes pelos Distritos Sanitários, considerando os dados de 2019, para a população de cada um desses entes, chega-se a informações muito relevantes. O percentual de cobertura populacional de cada distrito é bem distinto daquele aplicável a todo o município, conforme se observa na figura 51 e nos gráficos correspondentes. Para as ESF tem-se uma variação desse percentual de 100% no DS VIII, para 18% no DS III. Já para as ESB essa amplitude diminui um pouco, indo de 66 para 15%. No entanto, ambas (ESF e ESB) seguem um padrão de cobertura crescente com a vulnerabilidade socioeconômica (figura 52). Os ACS não mostram o mesmo arranjo territorial: sem similaridades.

ANO	Cobertura Populacional %		
2019	ESF	ESB	ACS
DS I	67	38	8
DS II	74	50	16
DS III	18	15	18
DS IV	47	32	15
DS V	42	25	18
DS VI	36	24	2
DS VII	86	59	22
DS VIII	130	66	8
GLOBAL	59	37	14

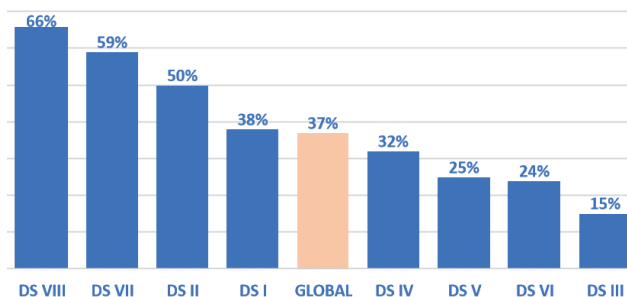
ACS em 2019



ESF em 2019



ESB em 2019



Fonte: Secretaria de Saúde do Município

Figura 51

DS DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO	POP INFANTIL	POP NO CADUNICO	% CADU/POP
I	83.601	6.330	33.154	40%
II	236.775	19.491	84.299	36%
III	138.625	8.259	17.482	13%
IV	298.542	22.675	83.615	28%
V	282.308	22.077	82.281	29%
VI	261.112	17.624	45.272	17%
VII	196.341	17.098	75.087	38%
VIII	148.420	12.363	71.356	48%
Total Geral	1.645.724	125.916	492.546	30%

Fonte: CadÚnico Julho/2019

Figura 52

3.2.1 SAÚDE – RESUMO

A análise apresentada não se propõe a avaliar as ações do Plano municipal vigente 2018-2021, mas apenas situar o público alvo da primeira infância: as crianças de até 72 meses de idade e seus cuidadores (aqui

representados pela mãe).

De vários pontos observados, vale resumir os principais destaques:

MORTALIDADE INFANTIL

- Taxa infantil (10,5) apesar de inferior a média BR/NE/PE permaneceu estagnada no curto período apresentado;
- Os desafios ODS arrojados para 2030 requerem foco na atenção à gestante, com oportunidade de redução de até 50% dos óbitos infantis.

MORTALIDADE MATERNA

- Meta ODS desafiadora: redução de 55% até 2030. A razão da Mortalidade Materna permanece em patamares inaceitáveis no BR/NE/PE e Recife sem sinais consistentes de redução.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

- Encontra-se em patamar inferior aos do BR/NE/PE, sendo que em 2018 apresentou os menores valores para a série histórica de todos os entes analisados;
- Oportunidade de atuação no planejamento familiar: apenas 30% com vida conjugal estabilizada.

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

- Alcançou 67% das mulheres com 7 ou mais consultas de pré-natal com meta de crescimento para 90% (+ 34%);
- Proporção similar ao do Nordeste e inferior ao do Brasil e de Pernambuco, com crescimento de 9% nos últimos 3 anos;
- O aumento da escolaridade provoca aumento do número de consultas.

INÍCIO ADEQUADO DE PRÉ-NATAL

- A proporção atual de 73% de mães de nascidos vivos com início do pré-natal até o terceiro mês sinaliza oportunidade para se manter avançando;
- Maior ocorrência de cesárea entre as gestantes que iniciam as consultas nos dois primeiros meses (indício de riscos previstos).

ESCOLARIDADE MATERNA

- As mães de nascidos vivos com escolaridade entre 8 e 11 anos representa 55% das mães;

- Mães com escolaridade “12 anos ou mais” são muito representativas no indicador de Consultas “acima de 7”.

CESÁREA

- A proporção de cesárea na cidade é de 51,8%;
- Grupos de Robson 5 e 2 apresentam oportunidade de redução;
- Em geral com o aumento da idade e da escolaridade o número de cesáreas aumenta.

PREMATURIDADE E BAIXO PESO

- Desde 2015 a proporção de prematuros se mantém estável (11%);
- Idades extremas (mínimas e máximas) requerem mais atenção.

3.3 INDICADORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL

A primeira observação a ser feita é sobre o público da Primeira Infância. Pelo Marco Legal, esta inclui toda a população menor de 72 meses: seis faixas etárias de um ano cada. Isso quer dizer que inclui toda a população até os cinco anos de idade. Pela Constituição Federal, esse é o público da Educação Infantil. De uma forma simplista, pode-se dizer que a Educação Infantil cobre toda a Primeira Infância. Daí a importância de se efetuar aqui uma abordagem mais detalhada desse público. Além disso, há crianças nascendo todos os dias do ano. Logo, há crianças aniversariando todos os dias. Assim, no segundo ano da pré-escola, existem crianças que vão completar 6 anos e crianças com mais de 6 anos. Por óbvio, o tratamento entre elas será o mesmo. Assim, na prática, a Primeira Infância, pelo menos do ponto de vista da Educação, não termina exatamente aos 72 meses. Por que isso é relevante? O verdadeiro público da Educação infantil é estimado em função da data de seu nascimento: todos que nasceram até 31 de março, de 6 anos antes da data de referência, são alvo da Educação Infantil.

Pelo exposto acima, é importante destacar que os números apresentados aqui não seguem esse rigor. A população infantil de cada bairro é estimada em função da base fornecida pela Secretaria de Saúde, referente a outubro de 2019. O público infantil do CadÚnico é obtido em função da data de nascimento confrontada com a data de extração (8 de julho de 2019). As matrículas da Secretaria de Educação referem-se ao ano de 2019, logo, crianças que completaram 6 anos, até 31 de março, não estão contempladas.

Isso é um alerta para que os julgamentos ocorram com cautela e considerem a ordem de grandeza das informações. Além disso, para se avaliar déficits, é necessário utilizar um nível de agregação superior ao de bairro (até por observar que as escolas não se localizam no centroide do bairro).

A Educação Infantil é o determinante de maior influência que o Estado e a sociedade podem oferecer à criança. O Marco Legal da Primeira Infância do Recife explicita no artigo sétimo, inciso IV: “promover práticas pedagógicas norteadas pelos princípios da igualdade, da liberdade e da solidariedade, tendo por finalidade o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, afetivo, cognitivo, social, contribuindo para o exercício da cidadania” como competência da Secretaria de Educação. Nesse contexto, vale ressaltar que o acesso à escola e à educação de qualidade é direito fundamental da criança para permitir o seu pleno desenvolvimento. Assim, pela abrangência da Educação Infantil no desenvolvimento da criança, propiciar vaga em creche e pré-escola deveria ser uma prioridade em políticas públicas.

MATRÍCULAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL

As figuras 53 e 54 mostram a evolução dos Nascidos Vivos e das matrículas em pré-escola e em creche no Brasil (Sinopse Estatística da Educação Básica 2019, do INEP, em 2020), desde 2015. Pela observação de ambos, constata-se que vem aumentando a oferta de vagas, tanto em creches quanto em pré-escolas, em ritmo que permite concluir que a taxa de escolarização no Brasil cresceu de fato.

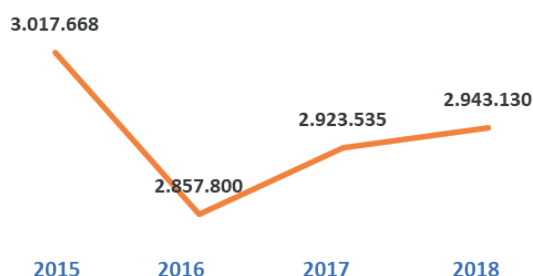


Figura 53

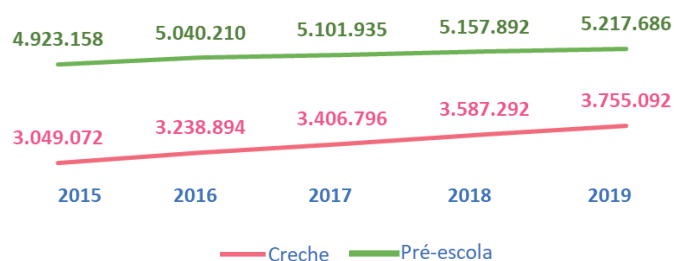


Figura 54

Fazendo um paralelo para a cidade de Recife, também pode-se concluir pelo crescimento efetivo da Taxa de Escolarização. Por óbvio, se a Taxa de Natalidade não cresce e as matrículas aumentam, como pode ser visto abaixo, a taxa de escolarização tem crescimento efetivo.

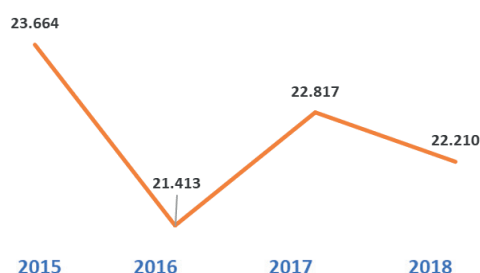


Figura 55

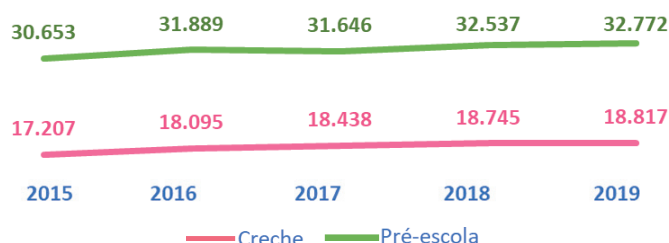


Figura 56

O Plano Nacional da Educação (PNE), para 2015-2024, estabelece metas para pré-escola e creche:

- Universalizar, até 2016, a Educação Infantil na pré-escola, para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade;
- Ampliar a oferta de Educação Infantil em creches, de forma a atender, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das crianças de até 3 (três) anos, até o final da vigência deste PNE.

O Plano Municipal da Educação (PME), para 2015-2024, estabelece a mesma meta para a pré-escola e altera para 70% a oferta de creches.

Em concordância com orientação do MEC, a taxa de escolarização é monitorada pelo IBGE (Pnad Contínua 2018 – Suplemento Educação). Assim, para o ano de 2018, as taxas em % para o Brasil, Nordeste, Pernambuco e Recife estão abaixo apresentadas, nas figuras 57 e 58.

Taxa de Escolarização %	total 0 a 5 anos	creche 0 a 3 anos	pré-escola 4 a 5 anos
Brasil	54,2	34,2	92,4
Nordeste	52,9	30,6	95,4
Pernambuco	52,0	30,7	92,2
Recife	55,3	34,9	89,9

Figura 57

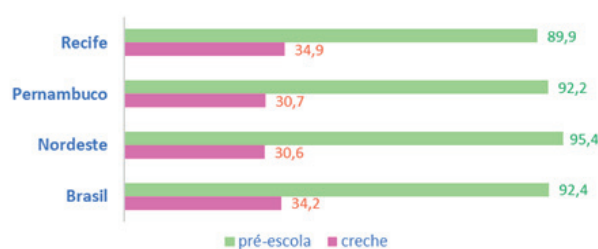


Figura 58

Por outro lado, com base em informações de matrículas fornecidas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) chega-se aos quantitativos de matrículas para o ano de 2019. Para um olhar mais detalhado do fenômeno “atendimento da demanda”, é adequado conhecer o tamanho da população Infantil (0 a 5 anos). De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, a população infantil para o ano de 2018 é 124.903 (7,6 % da população total). Embora a população estimada seja para o ano de 2018, não há inconveniente em usar essas informações para uma avaliação geral. Grosso modo, para atender à pré-escola de forma universal, faltam cerca de 10 mil vagas (comparando 32.772, com 43.082). Já para atender 50% das crianças de 0 a 3 anos em creches, faltam, pelo menos 20 mil vagas (comparando 18.817, com 50% de 81.821).

Dado que o CadÚnico contempla 21.319 crianças em idade de pré-escola, e que esta tem 10 mil vagas faltantes, é possível inferir que as crianças fora do ambiente escolar estejam no CadÚnico. O mesmo raciocínio vale para as creches.

Observação: Ao final do Diagnóstico, existe uma tabela contendo todas as informações por bairro, inclusive matrículas, em 2019, na rede pública e conveniada.

2019	PÚBLICA	PRIVADA	TOTAL
CRECHE	6.056	12.761	18.817
PRÉ-ESCOLA	12.468	20.304	32.772

Figura 59

POPULAÇÃO 2018		
Menor 1 Ano	20.389	81.821
1 ano	20.328	
2 anos	20.364	
3 anos	20.740	
4 anos	21.332	43.082
5 anos	21.750	
Total	124.903	

Figura 60

CADÚNICO - JULHO 2019		
Menor 1 Ano	3.971	31.380
1 ano	7.884	
2 anos	9.020	
3 anos	10.505	
4 anos	10.870	21.319
5 anos	10.449	
Total	52.699	

Figura 61

INCREMENTO DE VAGAS NOS ÚLTIMOS ANOS

Conforme mostrado no início deste tópico, de 2015 a 2019, as matrículas em pré-escola cresceram de 30.653 para 32.772 (7% em 4 anos). As 10 mil vagas faltantes representam um acréscimo de 30%, em 6 anos (até 2025). Logo, no mesmo período, as matrículas em creche cresceram de 17.207 para 18.817 (9% em 4 anos). Dessa forma, as 20.000 vagas faltantes representam um acréscimo de 106%, em 6 anos (até 2025).

É conveniente verificar como ocorreu a distribuição desse esforço entre o setor público municipal e o privado. A figura 62 mostra as matrículas em creche e pré-escola de 2015 a 2019 nas redes: privada e pública. Calculando-se a taxa de incremento ano a ano, observa-se, para a pré-escola, que enquanto a rede pública cresceu 23%, a privada diminuiu 1% em 4 anos. Algo similar ocorreu com a creche: a rede pública cresceu 19% e a privada, apenas 5%.

	CRECHE		PRÉ-ESCOLA	
REDE	PRIVADA	PÚBLICA	PRIVADA	PÚBLICA
2015	12.097	5.110	20.496	10.157
2016	12.709	5.386	20.760	11.129
2017	12.701	5.737	20.425	11.221
2018	12.893	5.852	21.089	11.448
2019	12.761	6.056	20.304	12.468
	TAXA DE CRESCIMENTO			
2016	5,1%	5,4%	1,3%	9,6%
2017	-0,1%	6,5%	-1,6%	0,8%
2018	1,5%	2,0%	3,3%	2,0%
2019	-1,0%	3,5%	-3,7%	8,9%

Figura 62

COMPARATIVO DA PARTICIPAÇÃO DE REDE PRIVADA

A partir da observação do mapa comparativo das matrículas em 2019 (figura 63), nota-se que a participação do setor privado na rede de creches e pré-escola em Recife é bem mais elevada do que nos demais entes agregados. Na pré-escola, por exemplo, esse percentual é mais que o dobro, se comparado com a média brasileira.

URBANA	CRECHE			PRÉ-ESCOLA		
	TOTAL	PRIVADA	%	TOTAL	PRIVADA	%
Brasil	3.502.583	1.284.080	37%	4.530.765	1.191.624	26%
Nordeste	692.199	215.159	31%	1.080.815	383.007	35%
Pernambuco	94.711	47.082	50%	185.537	84.725	46%
Recife	18.817	12.761	68%	32.772	20.304	62%

Figura 63

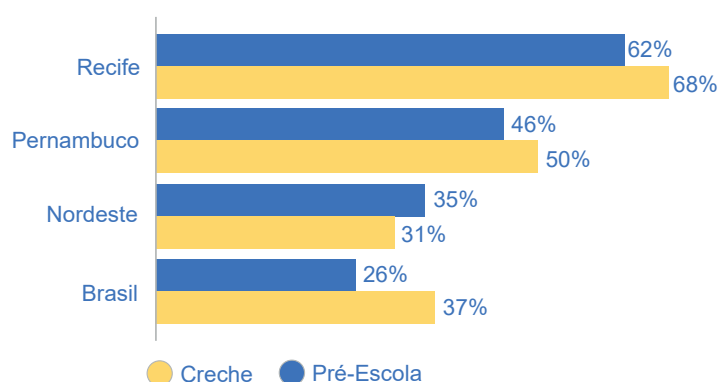


Figura 64

Em termos de creches em Recife, para o ano de 2019, 95% das vagas ofertadas pelo setor público são para período integral. No setor privado, essa relação é de apenas 7%.

CRECHE	INTEGRAL	PARCIAL	Total
PRIVADA	934	11.827	12.761
PÚBLICA	5.745	311	6.056
Total	6.679	12.138	18.817

Figura 65

QUANTITATIVO DE ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

O quantitativo de estabelecimentos mantém a predominância da participação da rede privada no número de matrículas. Destas, 64% são da rede privada, à qual pertencem 67% dos 708 estabelecimentos.

ESTABELECIMENTOS	CRECHE E PRÉ-ESCOLA	SÓ CRECHE	SÓ PRÉ-ESCOLA	TOTAL
PRIVADA	388	19	67	474
PÚBLICA	35	47	152	234
TOTAL	423	66	219	708

Figura 66

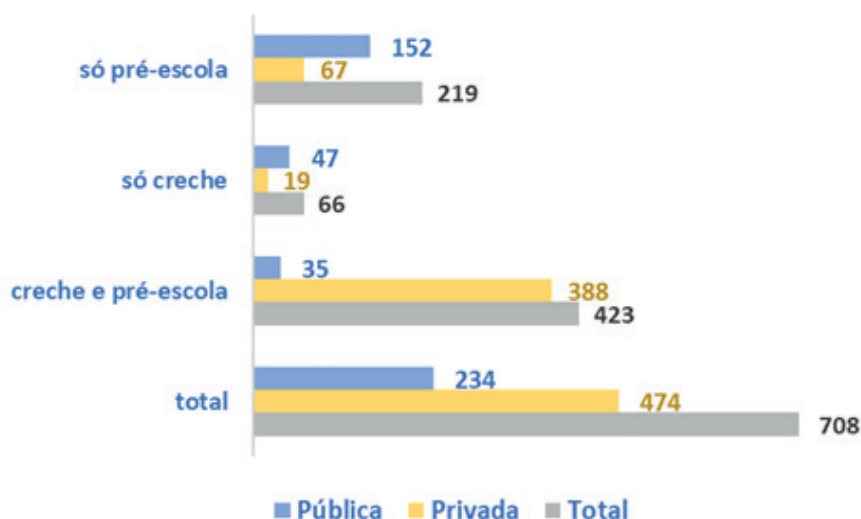


Figura 67

Por último, a análise da formação de turmas mostra uma significativa diferença no tamanho destas. Enquanto na rede pública o tamanho médio é 18, na privada esse valor vai para 11 em creche e 13 na pré-escola.

	CRECHE			PRÉ-ESCOLA		
	TURMAS	MATRÍCULAS	MAT/TURMA	TURMAS	MATRÍCULAS	MAT/TURMA
PRIVADA	1.155	12.761	11	1.544	20.304	13
PÚBLICA	344	6.056	18	694	12.468	18
TOTAL	1.499	18.817	13	2.238	32.772	15

Figura 68

DOCENTES

A tabela e os gráficos abaixo (figuras 69 e 70) apresentam, para o ano de 2019, o nível de formação do corpo docente. Recife, embora esteja em patamar inferior ao do Brasil, supera as taxas de Pernambuco e do Nordeste. No geral, nota-se que os docentes da pré-escola possuem qualificação ligeiramente mais elevada. Ainda, segundo a Secretaria da Educação, na rede pública em 2018, 356 dos 360 docentes em creches, bem como 637 dos 655 docentes em pré-escola possuem nível superior. Isso mostra um desequilíbrio de qualificação entre o setor público e o privado, pois a média geral é 67% e 68% (creche e pré-escola), contra 99% e 97% (respectivamente para creche e pré-escola) para o setor público.

Qualificação Dos Docentes	Creche			Pré-Escola		
	Total	Até Nível Médio	Nível Superior	Total	Até Nível Médio	Nível Superior
Brasil	312.615	78.659	233.956	327.699	70.429	257.270
Nordeste	59.848	21.409	38.439	90.147	30.938	59.209
Pernambuco	7.422	3.106	4.316	12.607	5.081	7.526
Recife	1.322	437	885	1.938	622	1.316

Figura 69

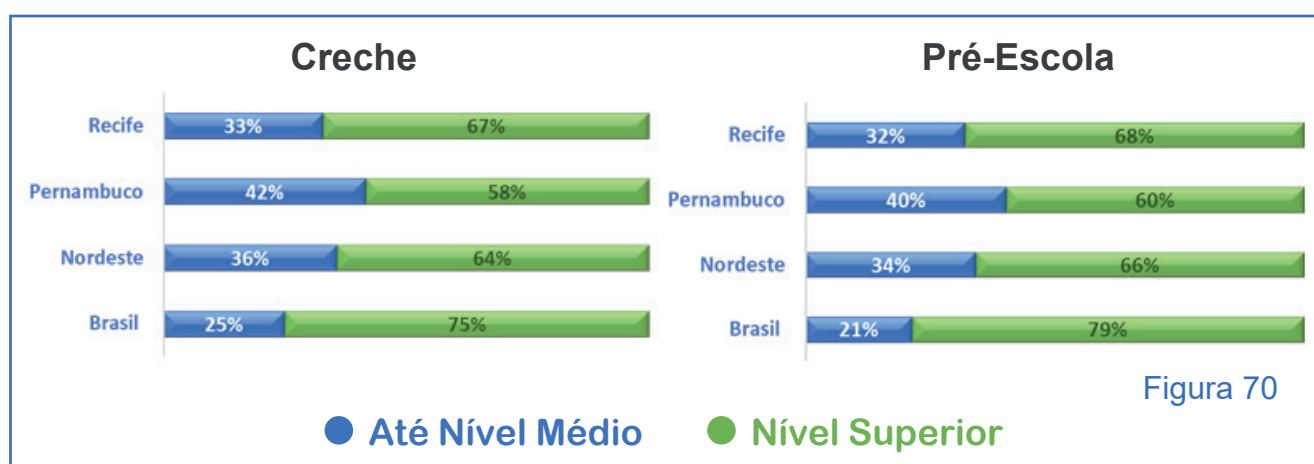


Figura 70

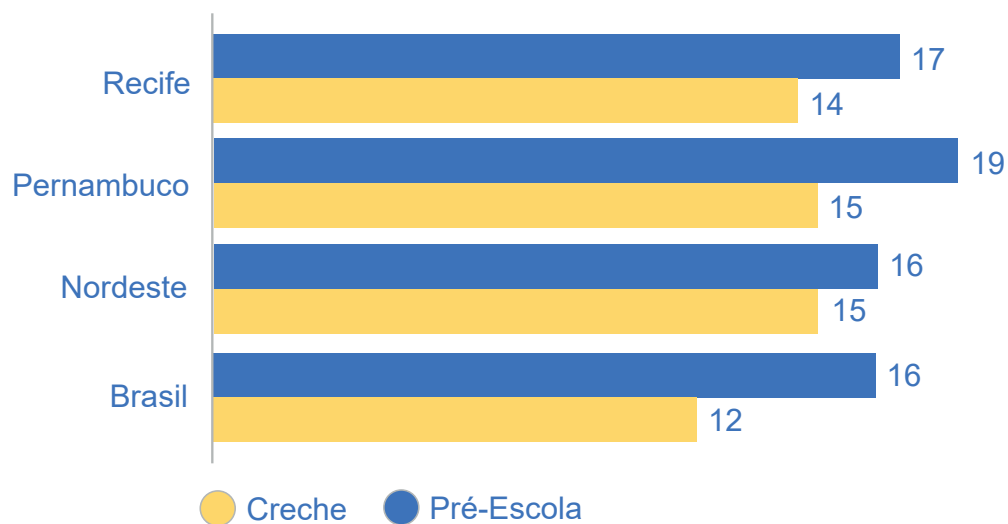


Figura 71

Por último, pode-se observar como é a formação de turmas em creches e em pré-escolas, para o ano de 2019. O gráfico mostra a relação de alunos por professor no Brasil, Nordeste, Pernambuco e Recife.

PERFIL DOS ESTUDANTES DA EDUCAÇÃO INFANTIL

No tocante ao quesito raça/cor, o perfil do público infantil reproduz o da população.

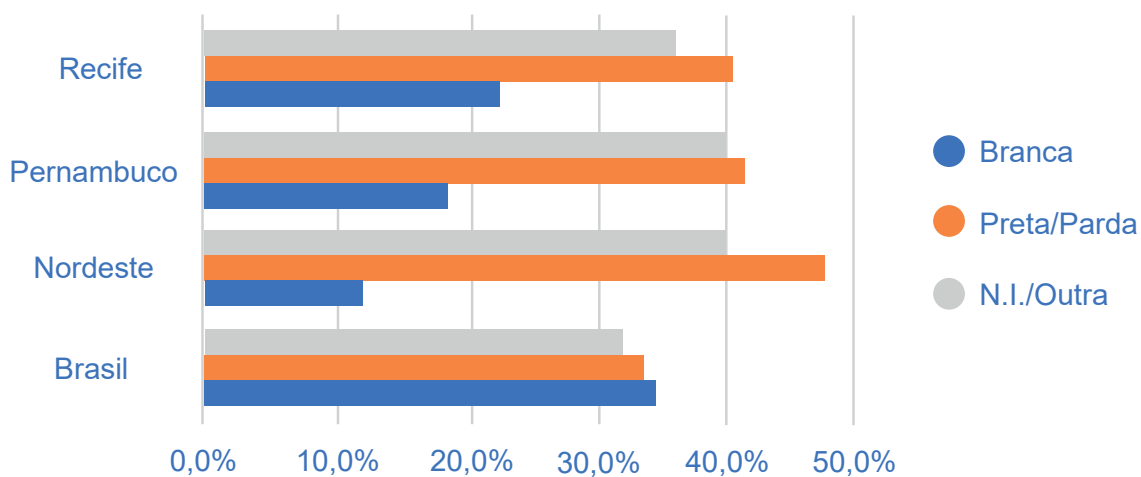


Figura 72

A observação do sexo, entretanto, conclui pela divergência entre a distribuição do público infantil e a da população. Isso se deve a fenômenos sociais em outras faixas etárias.

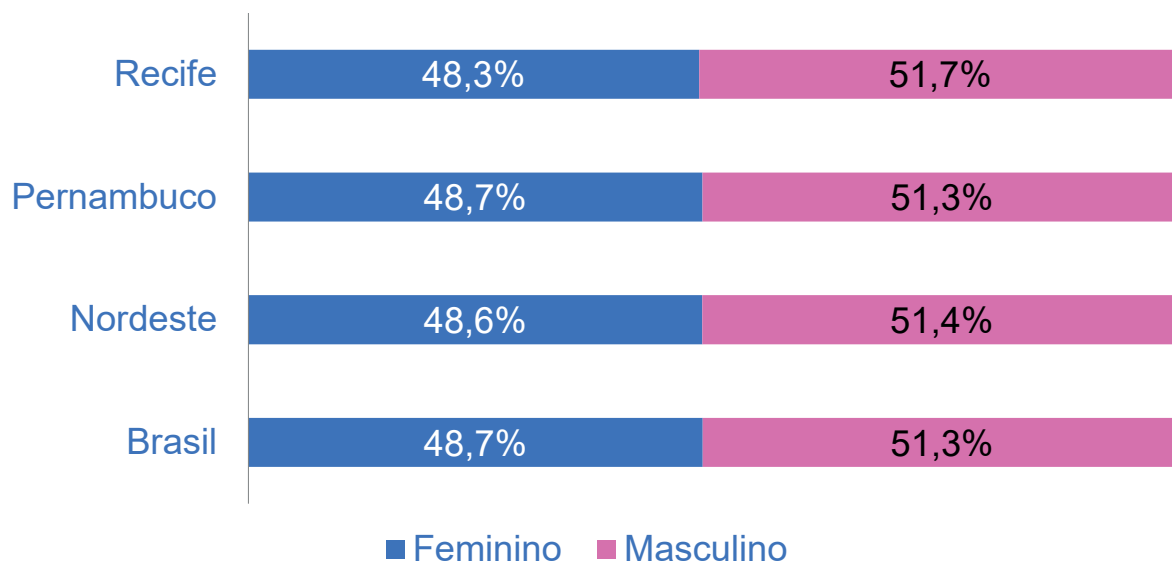


Figura 73

3.3.1 EDUCAÇÃO – RESUMO

VAGAS EM CRECHE E PRÉ-ESCOLA

- As metas do PME se atendidas até 2025, equacionam toda a deficiência de vagas na pré-escola e mudam substancialmente a demanda (em parte reprimida) de vagas em creche.
- Vale ressaltar que essa expansão seja focada no mapa da vulnerabilidade econômica infantil.

ESCOLARIDADE MATERNA

- Embora a Escolaridade Materna seja avaliada pelo Sistema de Saúde (SINASC), a temática relaciona-se à Educação de Adultos. Logo, faz-se necessário ficar aqui mencionada como um item a ser lembrado no planejamento das ações da Educação. Em caso de busca ativa, o público encontra-se no CadÚnico.

QUALIFICAÇÃO DOS DOCENTES

- O nível de qualificação dos docentes da rede privada é motivo de monitoramento. Já para a rede pública esse nível é muito bom, pois a taxa é de 97% e 99%, para creche e pré-escola, respectivamente.

3.4 INDICADORES DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Consoante com o Marco Legal da Primeira Infância do Recife, Lei nº 18.491/2018, compete à Secretaria responsável pela Política de Assistência Social, dentre outras, ações relacionadas ao fortalecimento de vínculo afetivo entre a criança, a família e a comunidade e a articulação de programas, projetos, serviços e benefícios à criança na Primeira Infância em situações de vulnerabilidade e risco. As políticas públicas para a Primeira Infância têm natureza intersetorial, cobrindo temáticas como: Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura, Infraestrutura, Esporte e outros. A Assistência Social é um pilar temático da Primeira Infância que atua de forma supletiva, intersetorial e articuladora.

SÃO OBJETIVOS DA ONU PARA 2030:

- Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares;
- Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável;
- Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles;
- Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

Estes são o foco de atuação da Assistência Social. Não podem, contudo, serem considerados suas metas. Tais objetivos atingem todas as temáticas e devem nortear todas as políticas relacionadas ao bem-estar social. Há de haver constante indignação diante da pobreza, da fome, da desigualdade e da violência.

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

Existem 12 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em Recife. Todas as RPAs contam com a presença de CRASs. O mapa abaixo mostra a localização deles e sua área de abrangência. Os bairros não

coloridos fazem parte da área de referência de algum CRAS, não sendo, entretanto, alcançados pelo serviço de acompanhamento familiar.

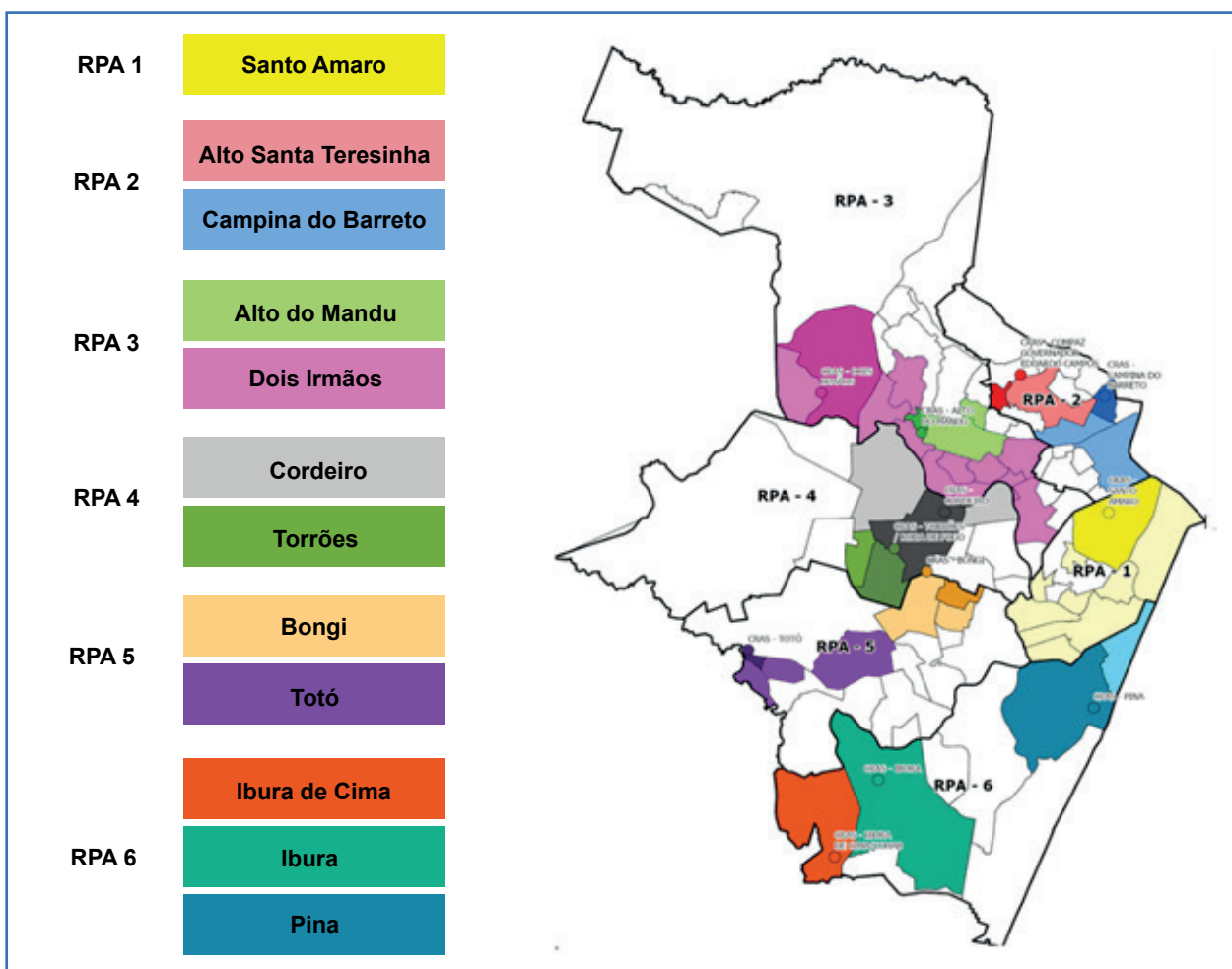


Figura 74

Lista dos CRAS de Recife

RPA	CRAS	ABRANGÊNCIA	REFERÊNCIA
1	SANTO AMARO	SANTO AMARO, SANTO ANTÔNIO, CABANGA, COELHOS, BAIRRO DO RECIFE, PAISSANDÚ, SÃO JOSÉ, SOLEDADE E ILHA JOANA BEZERRA	BOA VISTA E ILHA DO LEITE
2	CAMPINA DO BARRETO	CAMPINA DO BARRETO, ARRUDA E CAMPO GRANDE.	ENCRUZILHADA, HIPODROMO, PEIXINHOS, PONTO DE PARADA, ROSARINHO, TORREÃO, CAJUEIRO, FUNDÃO E PORTO DA MADEIRA.
	ALTO SANTA TEREZINHA	ALTO SANTA TEREZINHA E ÁGUA FRIA	BOMBA DO HEMETÉRIO, BEBERIBE, DOIS UNIDOS E LINHA DO TIRO
3	ALTO DO MANDU	ALTO DO MANDU MORRO DA CONCEIÇÃO CASA AMARELA	ALTO JOSÉ BONIFÁCIO, ALTO JOSÉ DO PINHO, MANGABEIRA, VASCO DA GAMA, DERBY E NOVA DESCOBERTA.
	DOIS IRMÃOS	DOIS IRMÃOS, SÍTIO DOS PINTOS APIPUCOS, CASA FORTE, GRAÇAS, JAQUEIRA, MONTEIRO, PARNAMIRIM, POÇO, SANTANA, TAMARINEIRA E MACAXEIRA	BREJO DA GUABIRABA, CÓRREGO DO JENIPAPO, GUABIRABA, PASSARINHO, PAU FERRO, ESPINHEIRO E AFLITOS
4	CORDEIRO	IPUTINGA, CORDEIRO E TORRE	CAXANGÁ, CIDADE UNIVERSITÁRIA, MADALENA E VÁRZEA
	TORRÕES	ENGENHO DO MEIO E TORRÕES	ILHA DO RETIRO, PRADO E ZUMBI
5	TOTÓ	TOTÓ, SANCHO, JARDIM SÃO PAULO E COQUEIRAL	AREIAS, BARRO, CURADO, ESTÂNCIA E TEJIPIÓ.
	BONGI	BONGI, MUSTARDINHA E SAN MARTIN	AFOGADOS, MANGUEIRA, CAÇOTE E JIQUIÁ
6	IBURA	IBURA DE BAIXO	JORDÃO ALTO, JORDÃO BAIXO E VILA DOS MILAGRES
	PINA	PINA E BRASÍLIA TEIMOSA	IPSEP, IMBIRIBEIRA E BOA VIAGEM
	IBURA DE CIMA/COHAB	UR's 04, 05 E 12 E LAGOA ENCANTADA	UR's 01, 02 E 03, 27 DE NOVEMBRO, TRÊS CARNEIROS E MONTE VERDE

Figura 75

O “Acompanhamento Familiar” significa “Acompanhamento sistemático pelas equipes do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)”. A análise da cobertura, em termos de Acompanhamento Familiar, com base na população cadastrada no CadÚnico em cada bairro, permite concluir que 45% das pessoas desse cadastro não são alcançadas por esse serviço. Na figura 76, em destaque, os bairros de “score” C ou D que fazem parte da lista dos excluídos da abrangência (representam 52% dos não abrangidos).

RPA	CadÚnico	Abrangência	Não Abrange	Vulnerabilidade C ou D Não Abrangido
1	33.154	31.100	6%	
2	84.299	45.071	47%	Beberibe, Linha do Tiro, Bomba do Hemetério e Dois Unidos
3	92.569	27.287	71%	Guabiraba, Nova Descoberta, Mangabeira, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama e Brejo da Guabiraba
4	83.615	51.673	38%	Cidade Universitária
5	82.281	35.264	57%	Mangueira, Estância, Tejió e Areias
6	116.628	81.512	30%	Jordão
Total	492.546	271.907	45%	

Figura 76

Durante o ano de 2019, não considerando os casos de Acompanhamento, foram tratados 181.582 casos, assim distribuídos:

Atendimento Eventual	10.135	5,6%
Encaminhamento	12.028	6,6%
VEM Livre Acesso	12.758	7,0%
Programa Bolsa Família (PBF)	146.661	80,8%

Figura 77

Pelo que se observa, essa predominância de demanda pelo Programa Bolsa Família (PBF) é presente em todos os CRASs.

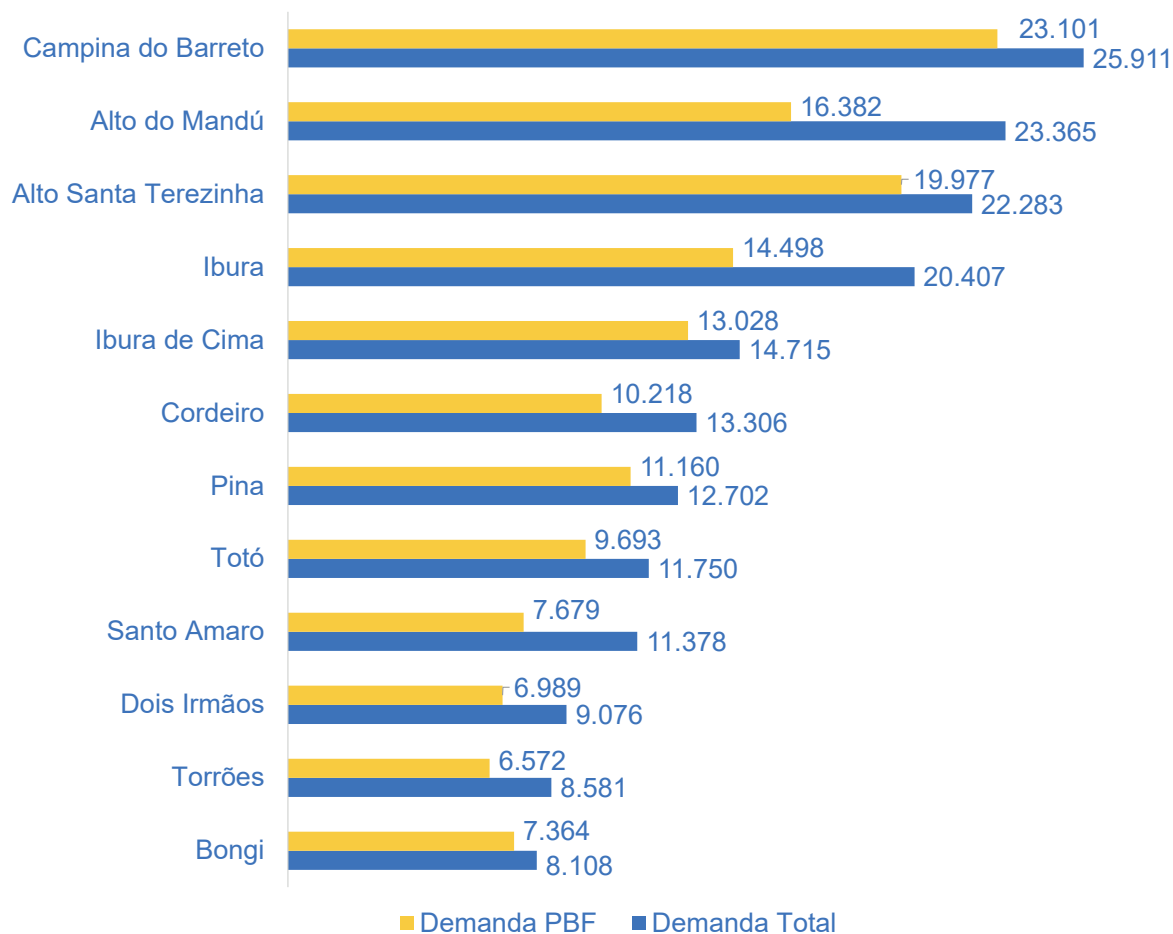


Figura 78

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Do total cadastrado no CadÚnico, 52% são beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF). Quando se analisa a Primeira Infância (0 a 5 anos), entretanto, constata-se que esse percentual sobe para 77%.

RESUMO	TOTAL	NO PBF	%
PESSOAS	492.546	255.209	52
FAMÍLIAS	207.724	91.954	44
CRIANÇAS 0 A 5	52.699	40.374	77
FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS	44.207	33.041	75

Figura 79

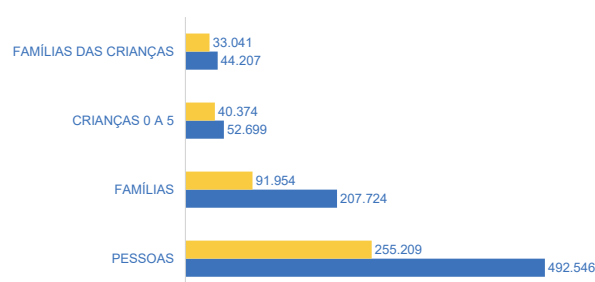


Figura 80

Como já mencionado, a figura 81 mostra novamente, no nível de RPA (ao final, tem-se a tabela completa por bairro), a participação do CadÚnico, destacando a questão de que a pobreza está mais acentuada em famílias de crianças da Primeira Infância.

RPA	População	CadÚnico	População Infantil	Crianças 0 a 3	Crianças 4 a 5	Crianças 0 a 3 PBF	Crianças 4 a 5 PBF	CadÚnico / População	CadÚnico 0-5 / População Infantil	PBF / População Infantil
1	83.601	33.154	6.331	2.180	1.502	1.805	1.218	40%	58%	48%
2	236.775	84.299	19.490	5.396	3.553	4.018	2.582	36%	46%	34%
3	334.966	92.569	24.345	5.746	3.932	4.465	2.922	28%	40%	30%
4	298.542	83.615	22.673	5.449	3.798	4.300	2.860	28%	41%	32%
5	282.308	82.281	22.075	4.960	3.366	3.696	2.458	29%	38%	28%
6	409.532	116.628	29.989	7.649	5.168	6.051	3.999	28%	43%	34%
TOTAL	1.645.724	492.546	124.903	31.380	21.319	24.335	16.039			

Figura 81

ANÁLISE DAS FAMÍLIAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A partir do exame mais detalhado do CadÚnico a respeito das 44.207 famílias dessas crianças, constata-se vários fatos. Primeiramente, o tamanho médio de famílias com crianças é maior. Outrossim, a composição dessas famílias é muito heterogênea: foi possível identificar 35.487 mães e 6.745 pais, sem considerar irmãos e outros agregados. Assim, pela representatividade numérica, somente foi analisado o perfil da mãe. Foram identificadas 988 mães adolescentes que, se confrontado com as 2.959, do ano de 2018, é possível presumir então que 33% encontram-se no CadÚnico. Por último, pode-se inferir que as mães estudadas na Saúde, sem ensino fundamental completo, estejam no CadÚnico.

TAMANHO MÉDIO DAS FAMÍLIAS	
CadÚnico	2,97
Famílias no PBF	3,15
Famílias das Crianças	3,40
Famílias das Crianças no PBF	3,44

Figura 82

IDADE DA MÃE	
MENOS DE 19 ANOS	988
ATÉ 30 ANOS	19.065
ATÉ 60 ANOS	15.427
MAIS DE 60 ANOS	7
Total	35.487

Figura 83

ESCOLARIDADE DA MÃE	
sem instr	962
fund inc	10.692
fund comp	4.115
médio inc	5.610
médio com	13.680
sup inc ou +	422
Total	35.481

Figura 84

PERFIL DAS CRIANÇAS NO CADÚNICO

Quanto ao sexo, as crianças do CadÚnico seguem o mesmo padrão populacional recifense. Já, no tocante a raça e cor, há uma sensível diferença: enquanto a população apresenta (segundo o gráfico de raça/cor) 43,1% na cor branca, o CadÚnico contempla praticamente a metade desse número (22,5%). Isso confirma que os aspectos socioeconômicos são afetados pela cor.



Figura 85

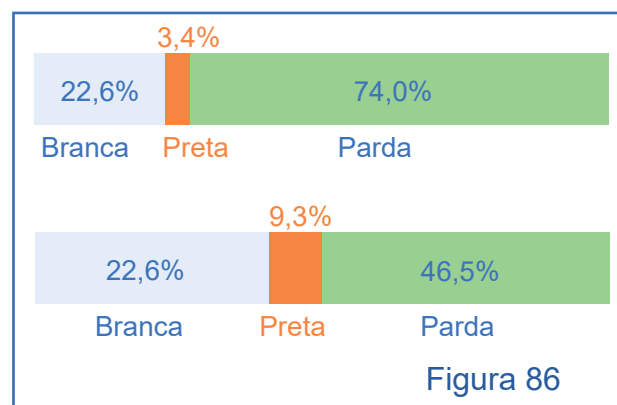


Figura 86

Das 52.699 crianças no CadÚnico, 23 são **indígenas** e moram em 17 diferentes bairros, não havendo, portanto, concentração territorial. Ademais, se considerarmos os quantitativos de crianças nascidas vivas indígenas, de 2014 a 2019, conclui-se que a participação indígena no CadÚnico é de 15%, ou seja, muito inferior à participação infantil da população no mesmo cadastro.

RPA	DS	BAIRRO	VULNERABILIDADE	CRIANÇAS INDÍGENAS
1	1	SÃO JOSÉ	D	1
2	2	ÁGUA FRIA	C	1
2	2	CAMPO GRANDE	C	2
2	2	DOIS UNIDOS	C	2
3	3	DOIS IRMÃOS	D	1
3	7	NOVA DESCOBERTA	D	1
3	7	PASSARINHO	B	1
3	7	VASCO DA GAMA	C	1
4	4	CORDEIRO	B	2
4	4	IPUTINGA	B	2
5	5	ESTÂNCIA	C	1
5	5	SAN MARTIN	B	1
6	6	BRASÍLIA TEIMOSA	C	1
6	8	COHAB	B	2
6	8	IBURA	D	2
6	6	IPSEP	B	1
6	6	PINA	C	1
TOTAL				23

Figura 87

NASCIDOS VIVOS	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
	19	26	28	32	40	145

Figura 88

CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

Pela análise do CadÚnico, de julho de 2019, deduz-se que 1,6% das crianças ali cadastradas apresentam pelo menos uma deficiência. A deficiência mental e a deficiência física genérica representam a maioria (46% cada). Desse total com deficiência (839), 335 participam do Programa Bolsa Família. Isso provavelmente não os torna candidatos ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA	Total Crianças	Cegueira	Baixa Visão	Surdez	Surdez leve	Def Física	Def Mental	Síndrome Down	Transtorno Mental	Total Ocorrências	% Crianças com Deficiência	Participam do PBF
0 a 3 anos	426	12	18	7	9	202	194	71	23	536	1,4%	182
4 a 5 anos	413	2	11	9	3	180	195	27	50	477	1,9%	153
Total	839	14	29	16	12	382	389	98	73	1013	1,6%	335

Figura 89

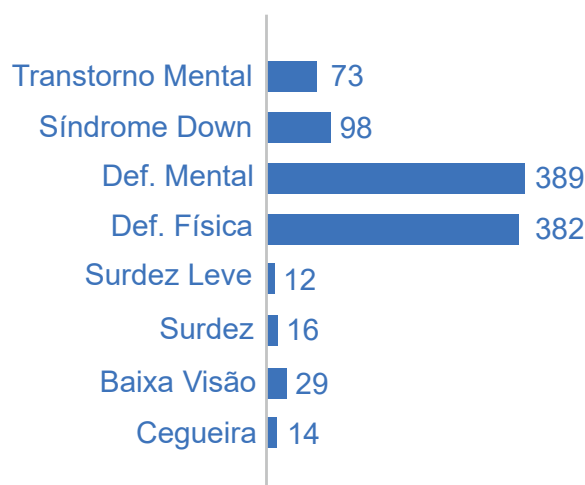


Figura 90

Quanto ao recebimento de BPC, a partir de informações de outra base, para o ano de 2019, tem-se que 582 crianças recebem tal benefício. No entanto, não existe uma discriminação a respeito do tipo de deficiência. Chama a atenção o fato de a quantidade de beneficiários estar decrescendo, ano a ano, desde 2016.

Ano Nasc	Total	
2014	186	373
2015	187	
2016	117	209
2017	56	
2018	33	
2019	3	
Total	582	

Figura 91

PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA NO SUAS

O Programa Primeira Infância no SUAS é desenhado para famílias com gestantes e crianças na Primeira Infância, em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, inseridos no CadÚnico ou no BPC, priorizando-se:

I - Gestantes, crianças de até 36 (trinta e seis) meses e suas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF;

II - Crianças de até 72 (setenta e dois) meses e suas famílias beneficiárias do BPC;

III - Crianças de até 72 (setenta e dois) meses afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no art. 101, caput, incisos VII e VIII, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e suas famílias.

Implantado em julho de 2018, desenvolvido por meio de visitas domiciliares, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na Primeira Infância. Conta com uma equipe formada por um(a) coordenador(a), três supervisoras e trinta e três visitantes(as) sociais. Até novembro de 2019, foram realizadas 18.872 visitas e feito acompanhamento de 1.357 famílias.

3.4.1 ASSISTÊNCIA SOCIAL – RESUMO

- Crianças com deficiência: Diante da recente integração de informações no CadÚnico, o acompanhamento de benefícios para crianças com deficiência fica facilitado.
- Intersetorialidade: Pela sua atuação cotidiana, seja recebendo demandas, seja encaminhando-as, a Assistência Social apresenta-se como natural e experiente colaboradora do Programa Primeira Infância no SUAS.
- Territorialidade: Nota-se uma possível deficiência no alcance da população domiciliada em bairros que ficam fora da área de abrangência dos CRAS. Existe um processo de BUSCA ATIVA que mitiga os efeitos dessa não abrangência.

- Visitas Domiciliares: Considerando que as equipes de Saúde já fazem visitas domiciliares e contam com maior capilaridade, pode-se sugerir uma revisão na forma de atuação, formando equipes mais completas, com visão integrada da família.

3.5 INDICADORES DE SANEAMENTO BÁSICO

Olhar a criança de forma integral implica avaliar a situação individual, familiar e comunitária. Nesse contexto, o saneamento básico, que é um direito de todas as pessoas, está diretamente ligado à melhoria da qualidade de vida, já que garante melhoras na saúde – principalmente infantil –, na educação, na valorização da região, na preservação de recursos, na renda e no trabalho. Porém, o que para uns pode parecer normal, e até passar “despercebido”, para outros está longe de ser realidade e interfere diretamente em suas vidas. O que será apresentado nas tabelas e gráficos, logo a seguir, mostra a realidade.

Além de contribuir com a saúde de crianças em idade formativa, sabe-se, por exemplo, que a expansão da rede de esgoto aumenta a produtividade dos trabalhadores, eleva salários, melhora o rendimento escolar das crianças, promove a valorização imobiliária e reduz as internações hospitalares e as taxas de mortalidade em geral. Investir em saneamento não só diminui problemas, como cria oportunidades e melhora a vida das pessoas: principalmente a das crianças. O minidocumentário “O básico que salva vidas”, produzido pelo Instituto Trata Brasil, reuniu histórias de quatro comunidades paulistas que mostram esse impacto. No trabalho, moradores, professores e agentes comunitários explicam os benefícios diretos e indiretos da chegada da água tratada e da rede de esgotos.

OBJETIVOS ODS

ODS 6: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos.

Existem três metas relacionadas a esse objetivo e que foram adaptadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ao Brasil:

- Até 2030 - Alcançar o acesso universal e equitativo à água para consumo humano, segura e acessível para todas e todos;

- Até 2030 - Melhorar a qualidade da água nos corpos hídricos, reduzindo a poluição, eliminando despejos e minimizando o lançamento de materiais e substâncias perigosas, reduzindo pela metade a proporção do lançamento de efluentes não tratados e aumentando substancialmente o reciclo e reuso seguro localmente;
- Até 2030 - Aumentar substancialmente a eficiência do uso da água em todos os setores, assegurando retiradas sustentáveis e o abastecimento de água doce para reduzir substancialmente o número de pessoas que sofrem com a escassez.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

De acordo com dados registrados por fornecedores de serviços de água, obtidos por meio do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), o serviço de abastecimento de água no Recife, de 2013 a 2018, evoluíram de 82,98 para 88,12%, em termos de cobertura populacional.

Ano	Taxa
2013	82,98
2014	83,27
2015	84,71
2016	83,81
2017	85,85
2018	88,12

Figura 92

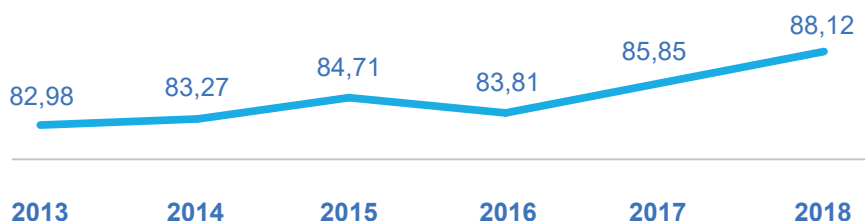


Figura 93

Com base em informações estatísticas do IBGE, que embora não coincidam com as de registro no SNIS, não destoam o suficiente para impedir uma comparação. Assim, abaixo pode-se observar a taxa de atendimento

de água em outros níveis de agregação para o ano de 2018. A partir daí, percebe-se que a situação do Brasil é ainda inferior à de Recife.

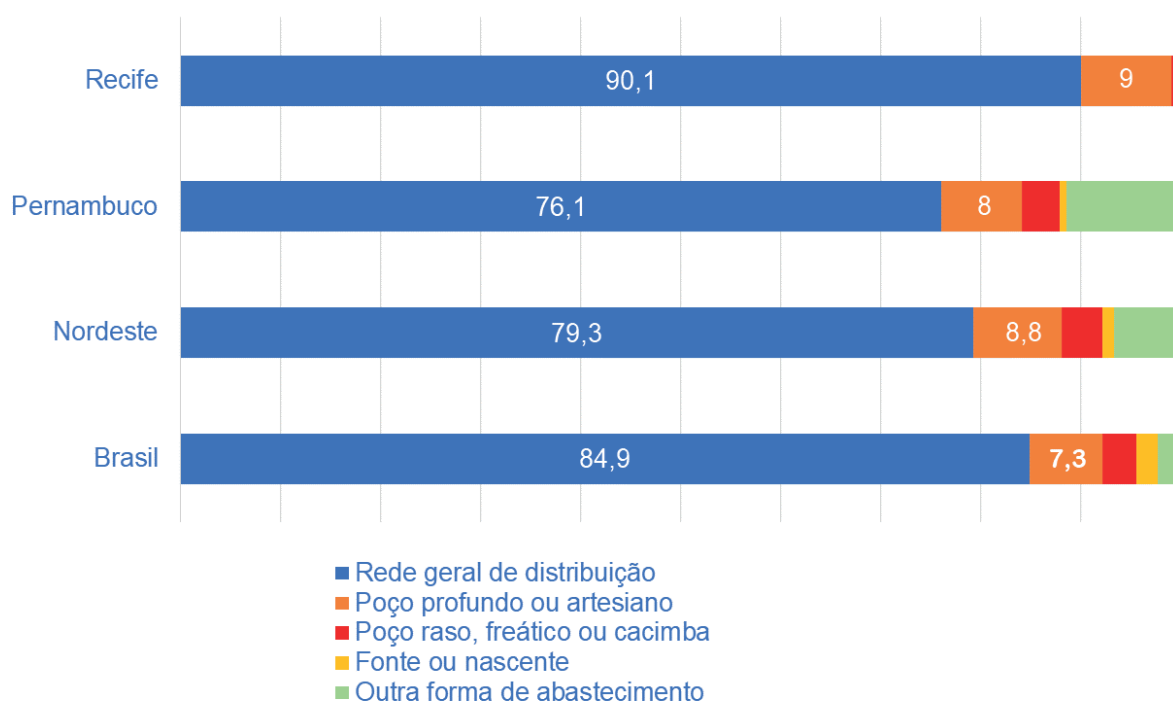


Figura 94

No entanto, essa taxa de prestação de serviço de água não fala tudo. Há muitas regiões em que o abastecimento não é contínuo, ou seja, a disponibilidade é reduzida, com constantes interrupções.

A figura 95 mostra o gráfico, também para 2018, que revela o percentual da população atendida pelo abastecimento de água com fornecimento ininterrupto. Assim, a situação do Recife com relação ao Brasil se inverte, pois 25,6% da população atendida não tem o serviço diariamente, enquanto que, para o Brasil, essa taxa é de 12,4%.

Resumindo: Em Recife, 66,9% da população têm água diariamente nas torneiras.

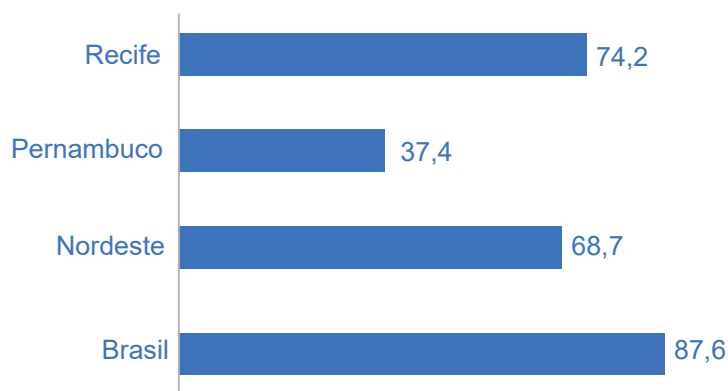


Figura 95

ESGOTAMENTO SANITÁRIO

De acordo com dados registrados por fornecedores de serviços de esgotamento sanitário, obtidos por meio do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), tal serviço no Recife, de 2013 a 2018, “evoluíram” de 36,36% para 43,54%, em termos de cobertura populacional.

Ano	Taxa
2013	36,36
2014	38,69
2015	39,95
2016	41,67
2017	42,6
2018	43,54

Figura 96

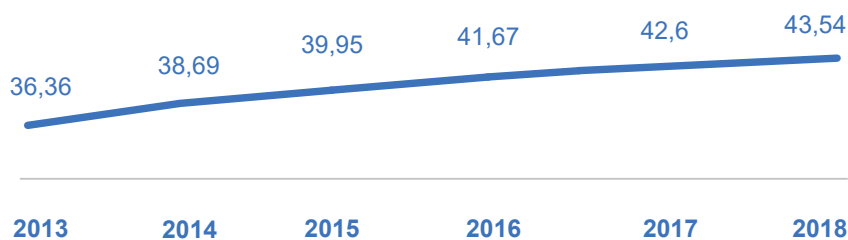


Figura 97

Com base em informações estatísticas do IBGE, que, neste caso, destoam bastante com aquelas de registro no SNIS, pode-se comparar Recife com seus entes agregadores. Assim, abaixo observa-se a taxa de atendimento de esgotamento sanitário em outros níveis de agregação para o ano de 2018. A partir daí, percebe-se que a situação do Brasil é ainda inferior à de Recife.

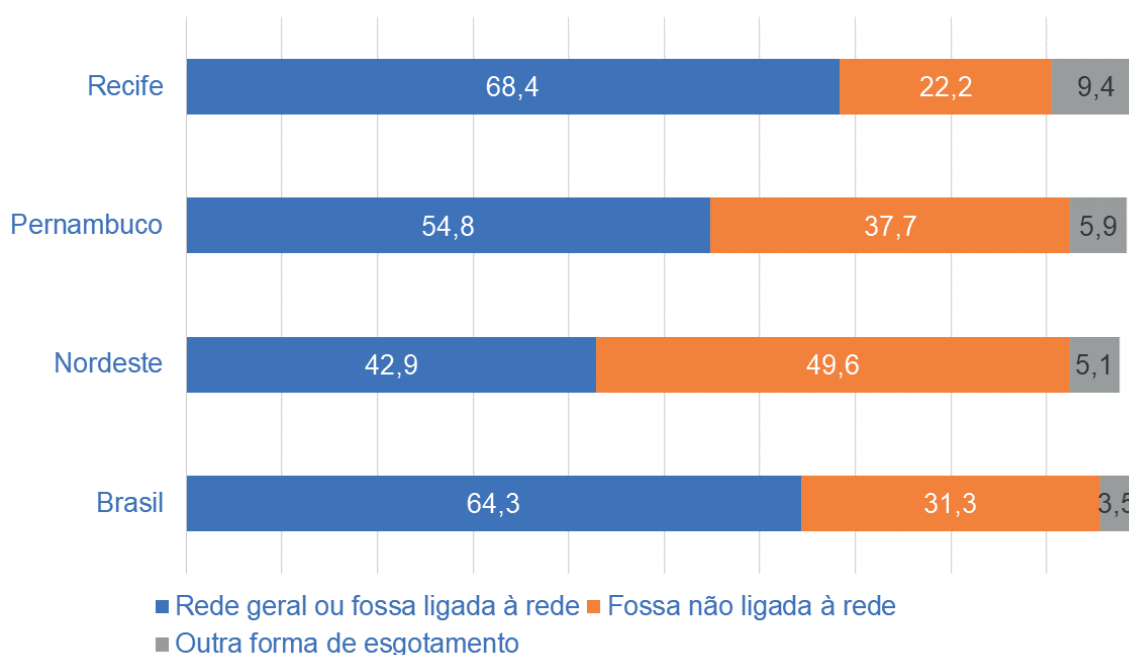


Figura 98

Ao comparar com outras capitais brasileiras, a partir de informações do SNIS, referentes à taxa de atendimento populacional de esgotamento sanitário em 2017, constata-se que Recife encontra-se em patamar bastante desafiador.

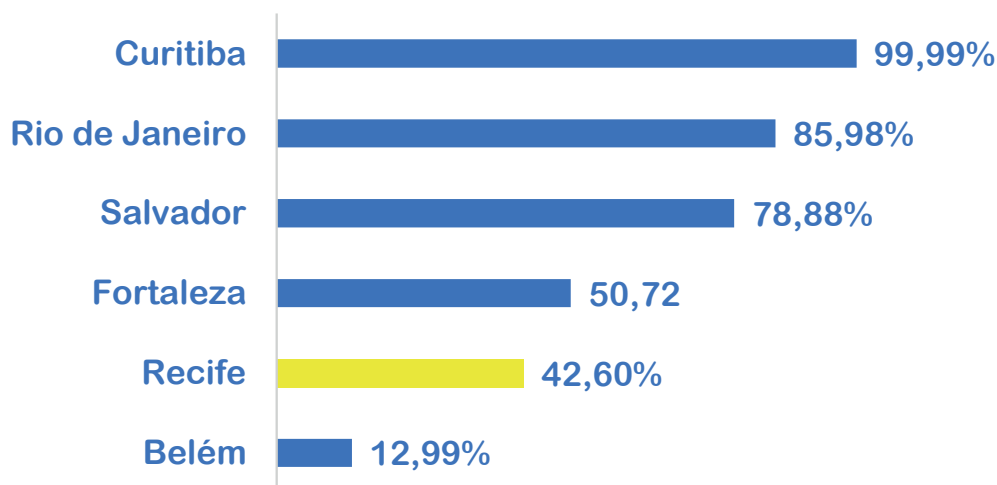


Figura 99

CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO PARA A POPULAÇÃO VULNERÁVEL

Comparando a média estimada pelo IBGE para 2018, em Recife, tanto para serviço de água, quanto para serviço de esgotamento sanitário, confirma-se que a população do CadÚnico é ainda mais desabastecida do que a média. Na figura abaixo, a barra de cima mostra a média e a de baixo, a população do CadÚnico.

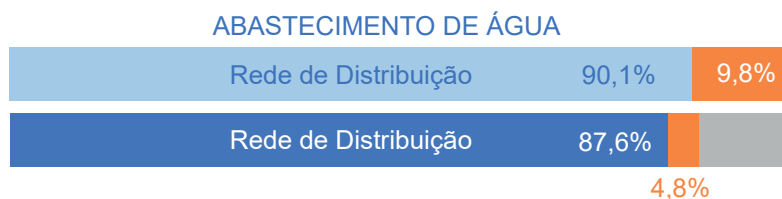


Figura 100

Nesta imagem, a barra de cima mostra a média e a de baixo, a população do CadÚnico.

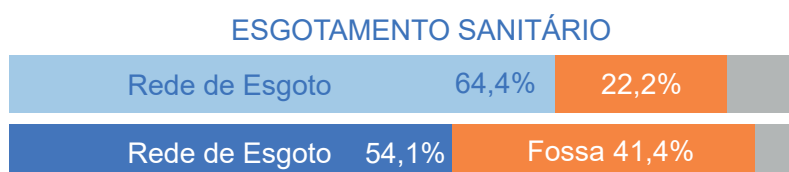


Figura 101

3.5.1 SANEAMENTO BÁSICO - RESUMO

Embora o atendimento pleno de esgotamento sanitário e de distribuição de água seja desafiador, não deve ser desanimador, pois é de extrema relevância, visto que afeta a Saúde da Primeira Infância e as condições habitacionais de sua família. Água e esgoto deficientes são fatores que dificultam a saída do estado de vulnerabilidade.

INVENTÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE LAZER

De acordo com o relatório elaborado pela Empresa Municipal de Limpeza Urbana (EMLURB), em que apresenta o inventário dos equipamentos públicos do município, em 2016, quase metade do território recifense, 218 km², é ocupado com espaços livres, entre Unidades de Conservação, recursos hídricos (rios, córregos e lagoas) e espaços mais urbanos (parques, praças, canteiros, áreas verdes e refúgios). Estes últimos, somam 1.040 unidades com 2,88 km². Foi nesse universo que se pôde identificar 160 espaços, dentre áreas verdes, canteiros, praças e parques, contendo equipamentos de lazer infantil.

A seguir, apresenta-se a situação resumida em RPA, adotando-se o critério de cor conforme a faixa de densidade de cobertura de equipamentos na região. Verde é a cor para aquelas com densidade superior a 0,7%. Laranja para regiões com densidade entre 0,3 e 0,7%. Por último, amarela é a cor das que apresentam menos de 0,3% de densidade.

RPA	QTD	ÁREA m ²	ÁREA RPA (km ²)	DENSIDADE %	COR
1	12	150.446	15,37	0,98%	Verde
2	11	46.512	14,8	0,31%	Laranja
3	29	228.293	77,31	0,30%	Laranja
4	24	95.221	42,13	0,23%	Amarelo
5	32	77.937	29,97	0,26%	Amarelo
6	52	280.939	38,91	0,72%	Verde
Total	160	879.348	218,49		

Figura 102

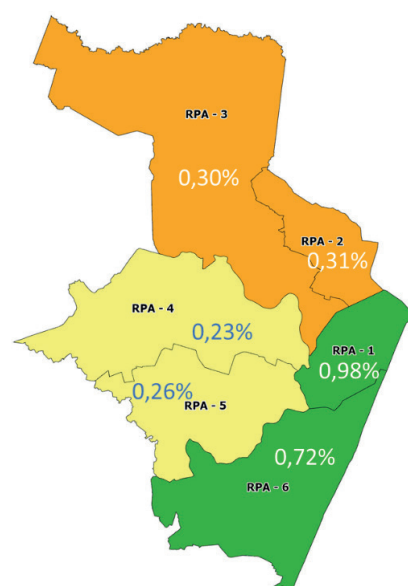


Figura 103

Abaixo, encontram-se os bairros agrupados por RPA.

RPA 1

Item	Bairro	Espaço	Qtd	Área (m2)	Área tot (m2)	%
1	ILHA DO LEITE	Praça	1	6.530	263.565	2,48%
2	ILHA JOANA BEZERRA	Praça	2	13.517	871.885	1,55%
3	SANTO AMARO	Área verde	1	40.643		
		Canteiro	1	871	123.565	
		Parque	1	70.434		
		Praça	3	11.616	3.800.000	3,25%
4	SANTO ANTÔNIO	Praça	1	1.338	807.398	0,17%
5	SÃO JOSÉ	Praça	2	5.496	3.263.758	0,17%
	Total			150.446		

Figura 104

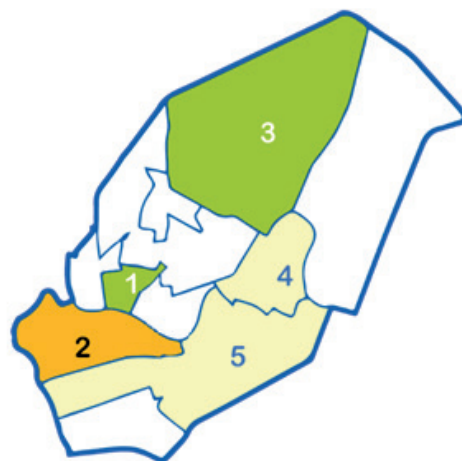


Figura 105

RPA 2

Item	Bairro	Espaço	Qtd	Área (m2)	Área tot (m2)	%
1	CAMPINA DO BARRETO	Praça	3	22.433	519.189	4,32%
2	FUNDÃO	Praça	1	2.192	624.542	0,35%
3	HIPÓDROMO	Praça	1	12.538	301.590	4,16%
4	LINHA DO TIRO	Praça	1	1.380	820.492	0,17%
5	PONTO DE PARADA	Praça	1	1.515	195.397	0,78%
6	PORTO DA MADEIRA	Praça	1	1.506	478.024	0,32%
7	ROSARINHO	Praça	2	2.688	253.438	1,06%
8	TORREÃO	Praça	1	2.259	163.377	1,38%
	Total			46.512		

Figura 106

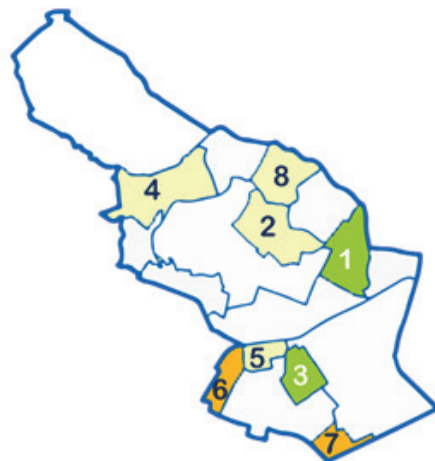


Figura 107

RPA 3

Item	Bairro	Espaço	Qtd	Área (m2)	Área tot (m2)	%
1	AFLITOS	Praça	1	1.203	307.678	0,39%
2	ALTO JOSÉ BONIFÁCIO	Praça	1	1.799	568.372	0,32%
3	ALTO JOSÉ DO PINHO	Praça	1	598	413.336	0,14%
4	CASA AMARELA	Parque	1	61.043		
		Praça	3	5.367	1.881.531	3,53%
5	DERBY	Praça	2	13.672	472.270	2,89%
6	DOIS IRMÃOS	Praça	1	8.575	5.849.003	0,15%
7	GRAÇAS	Praça	1	5.842	1.435.382	0,41%
8	GUABIRABA	Praça	2	4.529	46.170.327	0,01%
9	JAQUEIRA	Parque	1	71.793		
		Praça	1	3.921	239.917	31,56%
10	MACAXEIRA	Praça	2	3.710	1.251.981	0,30%
11	MONTEIRO	Parque	1	11.755	530.133	2,22%
12	MORRO DA CONCEIÇÃO	Praça	1	6.368	383.874	1,66%
13	NOVA DESCOBERTA	Praça	2	2.799	1.801.525	0,16%
14	POÇO DA PANELA	Praça	2	3.250	813.310	0,40%
15	SANTANA	Praça	2	14.885	472.392	3,15%
16	TAMARINEIRA	Praça	1	343	1.022.150	0,03%
17	VASCO DA GAMA	Praça	3	6.842	1.604.365	0,43%
	Total			228.293		

Figura 108



Figura 109

RPA 4

Item	Bairro	Espaço	Qtd	Área (m2)	Área tot (m2)	%
1	CORDEIRO	Parque	1	25.119		
		Praça	2	1.624	3.401.458	0,79%
2	IPUTINGA	Praça	6	19.736	4.341.934	0,45%
3	MADALENA	Praça	5	8.572	1.825.014	0,47%
4	TORRE	Praça	2	23.006	1.172.614	1,96%
5	TORRÕES	Praça	1	2.252	1.680.356	0,13%
6	VÁRZEA	Praça	6	14.372	22.553.252	0,06%
7	ZUMBI	Praça	1	539	407.039	0,13%
	Total			95.221		

Figura 110

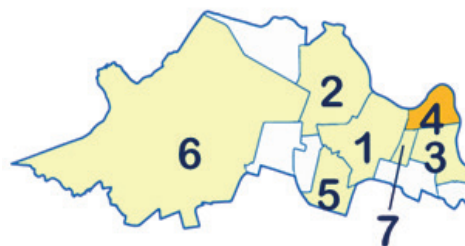


Figura 111

RPA 5

Item	Bairro	Espaço	Qtd	Área (m2)	Área tot (m2)	%
1	AFOGADOS	Praça	4	12.055	3.691.457	0,33%
2	AREIAS	Praça	11	37.265	2.401.009	1,55%
3	BARRO	Praça	3	4.706	4.543.976	0,10%
4	BONGI	Praça	1	1.245	600.230	0,21%
5	COQUEIRAL	Praça	1	285	506.764	0,06%
6	CURADO	Parque	1	630		
		Praça	1	1.077	7.984.682	0,02%
7	JARDIM SÃO PAULO	Praça	2	6.741	2.594.869	0,26%
8	MUSTARDINHA	Praça	2	5.828	632.323	0,92%
9	SAN MARTIN	Praça	5	7.869	2.026.010	0,39%
10	TEJIPIÓ	Praça	1	236	942.409	0,03%
	Total			77.937		

Figura 112

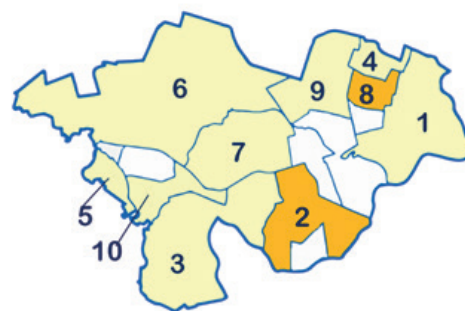


Figura 113

RPA 6

Item	Bairro	Espaço	Qtd	Área (m2)	Área tot (m2)	%
1	BOA VIAGEM	Praça	2	1.690		
		Parque	1	35.965	7.533.435	0,50%
2	BRASÍLIA TEIMOSA	Praça	2	1.450	605.463	0,24%
3	COHAB	Praça	27	26.511	4.259.238	0,62%
4	IMBIRIBEIRA	Parque	1	148.288		
		Praça	5	4.573	6.658.809	2,30%
5	IPSEP	Parque	1	19.090		
		Praça	6	27.527	1.797.154	2,59%
6	JORDÃO	Praça	3	7.085	1.580.108	0,45%
7	PINA	Praça	4	8.760	6.290.294	0,14%
	Total			280.939		

Figura 114

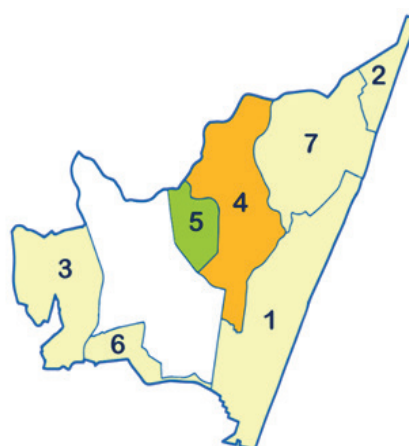


Figura 115

4. CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA PÚBLICA

Democracia digital e transparência foram os princípios norteadores para a realização da consulta pública em ambiente digital, cuja premissa foi possibilitar a disseminação do questionário, bem como a ampliação da participação popular no processo de construção do Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife. Em vigência no período de 17 de fevereiro a 06 de abril de 2020, e disponível para todos os municípios da Região Metropolitana do Recife – RMR¹, a consulta pública foi realizada por meio do aplicativo Colab, cujo engajamento da população foi recorde em consultas públicas² já realizadas pela Prefeitura do Recife neste aplicativo. Ao todo, a consulta obteve a participação de 2.007 pessoas.

Como metodologia uma equipe de trabalho foi constituída, sendo esta formada por integrantes da Secretaria de Planejamento e Gestão do Recife, Secretaria-Executiva para a Primeira Infância do Recife e o Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente – COMDICA. Dessa maneira, a consulta pública em ambiente digital foi concebida de forma democrática e multidisciplinar por profissionais das áreas da Saúde, Educação, Assistência Social e Direitos Humanos.

Quanto ao questionário, este foi sistematizado de forma a possibilitar, não apenas o perfil dos respondentes, como também a compreensão da percepção da população sobre o atual desenho da cidade do Recife e o modelo de cidade que se deseja alcançar numa perspectiva de 10 anos. Isto posto, tem-se o desenho do questionário composto por 23 perguntas, das quais 21 eram fechadas - esse grupo também contendo questões de

¹A RMR é composta por 15 municípios, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Goiana, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

²A Prefeitura do Recife realizou um total de oito consultas públicas pelo aplicativo Colab.

1. Rede de Bibliotecas Pela Paz (327); 2. Recife 500 Anos (236); 3. Mobilidade e Ordenamento da Cidade (502); 4. Requalificação Urbana (337); 5. Centros Comunitários da Paz (1.596); 6. Bairro do Recife (1.947); 7. Mais Vida Teimosa (302).

múltipla escolha - bem como duas sentenças abertas. Tais espaços, foram destinados para que o munícipe sugerisse alguma proposição que não estivesse contemplada. O questionário completo encontra-se disponível nos Anexos.

Os quesitos referentes ao perfil do munícipe foram baseados no modelo utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. O questionário também contempla perguntas sobre a motivação para participar da construção do PMPI/Recife, responsabilidade e convívio com crianças entre 0 e 6 anos, percepção sobre equipamentos e serviços públicos e, por fim, indicação de priorização quanto ao investimento e construção de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, direitos humanos, urbanismo, gênero, segurança, entre outras, voltadas para a Primeira Infância.

PERFIL DOS PARTICIPANTES

Segundo a análise, no documento intitulado *Insumos para relatório da consulta do Plano da Primeira Infância de Recife*, quando questionados sobre a motivação em participar da consulta, 55,4% dos participantes desejam se envolver nas discussões políticas de Recife. Enquanto que 27,6% são responsáveis por crianças menores de 6 anos.

De acordo com a análise, o principal perfil da consulta digital, das 2.007 participações, foi o de mulher branca de nível superior, classe média com renda familiar maior que cinco salários mínimos (+ de R\$ 5.225,00) dividido em um grupo familiar composto por três pessoas, com idade entre 30-49 anos e residente em Recife. Não obstante, a análise aponta que a “maioria dos respondentes (homens e mulheres), apesar dos homens corresponderem a 20,5% das participações, dividem a renda entre três e cinco pessoas, ou seja, pode-se afirmar que o principal perfil pertence à classe média baixa³.”

Apesar do principal perfil identificado ser do recorte mulher branca, pode-se notar que a participação de pessoas de outros grupos raciais foi relevante. Levando-se em consideração a composição étnica-racial da população brasileira e da população da cidade do Recife, a distribuição

³ Faixa de renda familiar - FGV Social.

da amostra (respondentes da consulta) demonstrou comportamento aproximado a composição étnica-racial como um todo.

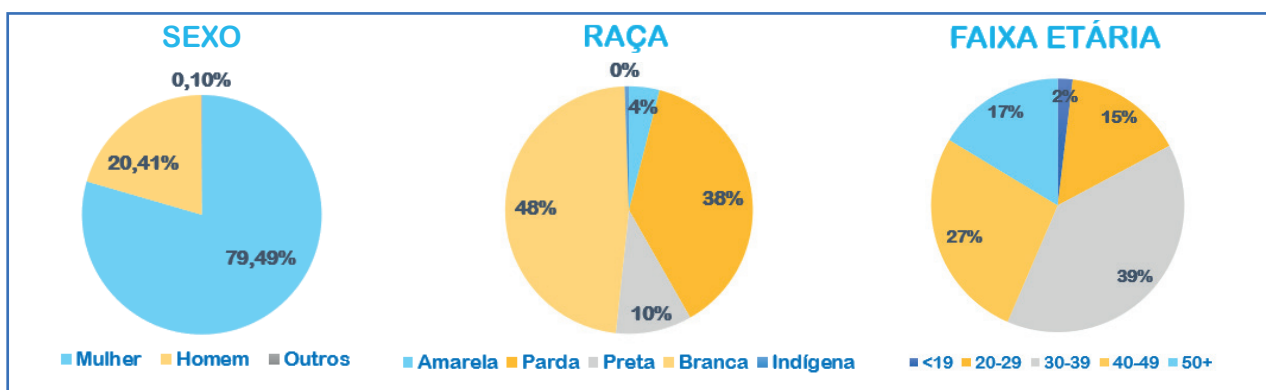


Figura 116

Quanto ao grupo, indígena participaram da consulta pessoas do nível superior, totalizando dois homens de nível superior e sete mulheres de nível superior e médio completo. Considerando que a maioria dos indígenas vivem em sociedades com culturas próprias em relação à primeira infância, pode-se supor que a consulta do Plano da Primeira Infância de Recife conseguiu alcançar grupos de indígenas urbanos⁴ - organizados em aldeias no espaço urbano ou integrantes de comunidades com pessoas não-indígenas. Ou seja, a consulta obteve uma grande amplitude uma vez que alcançou diferentes grupos e bairros.

CIDADES QUE MAIS RESPONDERAM

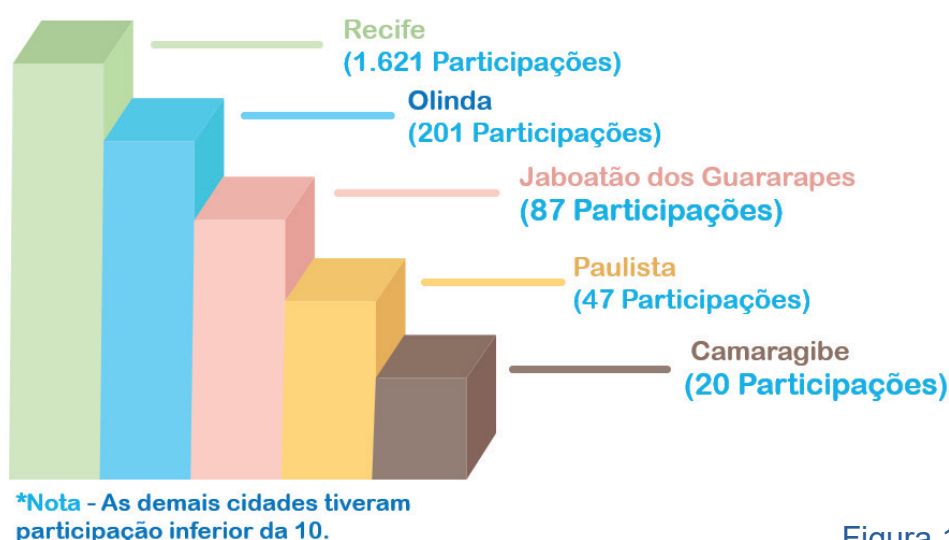


Figura 117

⁴Saiba mais: [Índios urbanos](#) | Referência: [Instituto Socioambiental \(ISA\)](#).

BAIRROS COM MAIOR NÚMERO DE PARTICIPAÇÃO:

Recife	Olinda	Jaboatão dos Guararapes	Paulista	Camaragibe
Boa Viagem (269)	Jardim Atlântico (45)	Candeias (26)	Janga (11)	Aldeia (5)
Casa Amarela (82)	Casa Caiada (34)	Piedade (18)	Maranguape I (8)	Bairro Novo (4)
Madalena (68)	Rio Doce (28)	Prazeres (4)	Pau Amarelo (6)	Alberto Maia (3)
Iputinga (58)	Ouro Preto (20)			
Torre (57)	Bairro Novo (16)			
Várzea (54)	Jardim Brasil (11)			
Cordeiro (53)				
Graças (53)				

Figura 118

Por fim, apesar do sucesso da consulta pública em ambiente digital, deve-se levar em consideração o momento de pandemia pelo Covid-19, bem como o aumento dos casos na cidade do Recife e Região Metropolitana, durante o período de vigência da consulta. O cenário da pandemia desencadeou uma série de ações de contingenciamento, conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde – OMS, acarretando na desmobilização de algumas ações de divulgação previstas e que visavam a ampliação da participação da população mais vulnerável. Apesar disso o número de respondentes foi expressivo.

PRINCIPAIS RESULTADOS DA CONSULTA POR EIXO

POLÍTICAS PÚBLICAS:

- 99,5% são a favor de estimular políticas que promovam o atendimento à população com mais necessidades sociais e econômicas;

INVESTIMENTOS EM EQUIPAMENTOS PÚBLICOS:

A maioria dos respondentes considera que o governo deve priorizar os investimentos nos seguintes equipamentos públicos:

- 23,3% - Creche
- 18,1% - Pré-escola
- 17,4% - Posto de saúde
- 12,3% - Hospital

INVESTIMENTOS EM SERVIÇOS:

- 22,6% - Acompanhamento da saúde da família
- 19,3% - Vacinação

- 13,7% - Primeira Infância no SUAS (Sistema Único da Assistência Social)
- 13,4% - Acompanhamento psicológico

EDUCAÇÃO

- 12,9% - Criar novas vagas em creches e pré-escolas
- 4,13% - Investir em livros e brinquedos para as creches e pré-escolas
- 2,82% - Formar adultos que atuam com crianças para brincar e estimular a criatividade

SAÚDE

- 11,5% - Acompanhar mulheres durante a gravidez para realizar consultas de pré-natal
- 8,93% - Acompanhar o desenvolvimento dos bebês e crianças
- 7,96% - Acompanhar mulheres após o parto (100 primeiros dias)
- 7,68% - Visitar as casas de famílias com gestantes e crianças para orientar sobre os cuidados necessários
- 7,44% - Incentivar o aleitamento materno
- 4,03% - Incentivar o parto natural e humanizado

ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA

- 4,05% - Fazer campanhas de conscientização sobre a importância da infância no desenvolvimento das pessoas
- 3,51% - Promover diálogos com cuidadores de crianças sobre os danos da violência infantil
- 1,49% - Fazer palestras sobre a importância do cuidado e vínculo entre adultos e crianças

INFRAESTRUTURA

- 6,94% - Ampliar a rede de abastecimento de água e de esgoto
- 5,00% - Adequar ruas, calçadas e praças para o lazer das crianças com e sem deficiência
- 3,82% - Criar espaços de convivência para crianças que não estão nas creches

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

- 7,88% - Preparar os profissionais de saúde e educação para lidarem com o desenvolvimento das crianças

5. CONCEITOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE BALIZAM O PRIMEIRO PLANO DECENAL PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA DO RECIFE¹

Assegurar que a infância seja vivida em sua plenitude tem sido um dos maiores desafios da contemporaneidade, frente às contradições das diferentes formas de desigualdades, a partir das quais se estabelecem relações sociais que dificultam o pleno desenvolvimento do ser humano já nos primeiros anos de vida, fragilizando, por vezes deteriorando, a condição humana na infância. Não é à toa que o tema da primeira infância, vem ganhando visibilidade em todo o mundo, incluindo-se na agenda política global como uma questão ética central a ser enfrentada em todas as sociedades, embora o lugar que tenha ocupado no interior das políticas sociais, ainda seja fragmentado e incipiente para oferecer condições objetivas favoráveis à satisfação das necessidades humanas de todas as crianças pequenas, igualmente.

Nos primeiros anos de vida, para além dos aspectos biológicos, a criança, em sua ontologia como um ser social se constrói nas interações e relações com outras crianças, com adultos e com o meio onde vive, produzindo/reproduzindo culturas, revelando complexos e variados modos de viver e sentir na infância, atravessados pelo recorte de classe, gênero e etnia que acabam por desvelar variadas infâncias, na análise de Sarmento (2002). São infâncias, que condicionadas por uma existência desprovida de condições materiais de reproduzir-se autonomamente, ficam muitas vezes sob o controle de adultos, por vezes de crianças maiores, inseridas em contextos sociais que limitam ou ampliam as possibilidades de suas interações e de suas potencialidades máximas.

Os riscos ao pleno desenvolvimento infantil não estão associados somente às vulnerabilidades singulares desse ciclo de vida, são determinadas também pelas múltiplas dimensões da pobreza, expressas na ausência de

¹CASTRO, Ieda Maria Nobre. Doutora em Política Social /UNB, Mestra em Educação Brasileira / UFC, Especialista em Planejamento e Gestão de Políticas Públicas, com concentração na área da saúde, Assistente Social.

renda, na baixa escolaridade da mãe/cuidador adulto, na falta de acesso aos serviços básicos e no ambiente precário onde vive, constituindo-se barreiras que dificultam ou retardam o desenvolvimento de todo o potencial das crianças pequenas.

Há evidências científicas indicando que a primeira infância não é apenas um período de especial sensibilidade aos fatores de risco, mas também um período crítico em que os benefícios das intervenções precoces são amplificados e os efeitos negativos dos riscos podem ser reduzidos. As experiências mais formativas das crianças pequenas resultam da promoção de cuidados ao desenvolvimento que recebem dos seus pais, outros membros da família, cuidadores e serviços de base comunitária.
(RICHTER, 2016:2)

A infância é um espaço de tempo da vida humana que, se garantidas boas condições, afirma Grantham-McGregor (2007), poderá reduzir as desigualdades no desenvolvimento humano, desde os primeiros três anos de vida, considerados vitais do ponto de vista emocional, social e cognitivo. Essa é a maior motivação que impulsiona a busca de consensos universais sobre a necessidade de investimentos na Primeira Infância como estratégia de busca da igualdade e da sustentabilidade, pois como sugere o Relatório do Desenvolvimento Humano - 2019 do PNUD, a desigualdade que começa ao nascer, define a liberdade e as oportunidades de todos os ciclos de vida, estendendo-se por gerações. Daí a recomendação para que as políticas de prevenção das desigualdades acompanhem todos os ciclos de vida, em particular, os processos de desenvolvimento na infância.

É preciso reconhecer que o acesso à condições dignas para a vivência na infância é um direito humano fundamental, devendo ser assegurado igualmente à todas as crianças, tornando necessária a criação de portas de entradas de acesso aos serviços e programas integrados, portanto multissetoriais, de modo a permitir que, desde os primeiros anos de vida, a criança possa alcançar seu potencial em sua plenitude, base para comunidades sustentáveis em todo o mundo. Não se pode negligenciar para o fato de que a extrema pobreza tem produzido entraves ao desenvolvimento pleno de crianças menores de 05 anos, alerta Machel (2016), tornando imperativo identificar quantas são, quem são, onde vivem, para que, perseguindo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sejam

adotadas políticas estratégicas para que ninguém fique para trás.

Nessa perspectiva, o enfoque em intervenções precoces na Primeira Infância, associado às iniciativas de erradicação da extrema pobreza, às ações mais abrangentes de redução da pobreza e ao fortalecimento das políticas de desenvolvimento em geral, ganha envergadura como um movimento sinérgico de promoção da equidade, capaz de alterar as trajetórias de vida de crianças em contextos adversos, podendo efetivamente ampliar as chances de pleno desenvolvimento infantil igualmente a todos. Para Young (2010) é preciso mensurar adequadamente a discrepância das oportunidades iniciais para direcionar de modo eficaz as ações destinadas a promover a justiça social desde os primeiros anos de vida, minimizando os riscos sociais entre crianças estruturalmente mais vulneráveis.

Sob esses pontos de vista, é importante enfatizar que a priorização das etapas iniciais da vida na agenda das políticas sociais, não deve ser confundida com focalização na perspectiva da seletividade, em detrimento da universalização de direitos, mas entendida como uma preocupação que deve estar presente na pauta dos municípios signatários da Agenda 2030, no sentido de viabilizar a satisfação de necessidades básicas de meninos e meninas durante toda a infância, sem, contudo, ignorar as formas desiguais de acesso das crianças pequenas a realizações básicas, bem como as desigualdades de gênero, etnia e raça, que repercutem ao longo da vida das pessoas, inclusive no desenvolvimento de novas habilidades, criando inúmeros desafios ao desenvolvimento humano. Nessa direção, investir na Primeira Infância pode ser uma janela de oportunidade importante na correção das desigualdades, aponta o Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD (2019).

Nesse contexto, este plano encontra âncora na abordagem sócio histórica e cultural da Primeira Infância, período que abrange os primeiros seis anos completos ou 72 meses de vida da criança, conforme estabelece a Lei Municipal 18.491/2018, compreendendo-a como um ciclo de vida fundamental na trajetória do desenvolvimento humano, considerando os cuidados singulares exigidos pelas próprias condições de sua existência e os contextos sociais onde são estabelecidas suas redes de relações sociais, fatores determinantes para que meninas e meninos tenham oportunidades iguais para o alcance de seu potencial máximo.

No âmbito conceitual, a Primeira Infância, desde a concepção e ao longo de sua trajetória de completude da vida infantil, deve ser compreendida em sua perspectiva histórica, reconhecendo que, assim como todas as gerações são construídas socialmente, as infâncias em seus diferentes ciclos, também se constroem em realidades que se confrontam, a partir dos processos de socialização que ocorrem nas práticas da vida cotidiana, por meio dos quais são produzidas as significações e representações sociais da infância. Por isso, os contextos sociais, assim como as necessidades biológicas, intelectuais e psicológicas, ganham notoriedade, lançando luzes sobre a relevância de abordagens territoriais, focadas nas singularidades de cada lugar, nos vínculos de pertença, nos modos como os espaços são usados, nos agentes sociais presentes e nas múltiplas formas do exercício de poderes, que acabam por demarcar como os espaços são ocupados.

O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (SANTOS, 2007, p.22)

Compreendido, ainda, como o chão onde também se exercita a cidadania, analisa Koga (2003) que os *territórios* também podem ser considerados como lugares nos quais a presença/ausência do Estado ganha materialidade, o acesso aos serviços públicos essenciais ganha/perde efetividade, onde os laços de solidariedade se estabelecem/rompem, lugares contraditórios nos quais todas as formas de desigualdades ganham evidências nas condições concretas de vida das pessoas que ali moram ou estabelecem outras referências de identidade e pertencimento.

É na pluralidade desses territórios que podem ser identificadas as condições favoráveis/desfavoráveis ao aproveitamento máximo das potencialidades de uma criança que começam desde a concepção, envolvendo cuidados com a saúde reprodutiva, os cuidados com a gestação, com o nascimento, com o ambiente físico onde são tecidas as relações sociais onde a criança está inserida – espaços públicos e privados - , com o apoio familiar e fortalecimento das parentalidades, o acesso à escola e o apoio aos cuidadores, no sentido de criar ambientes estáveis que possam contribuir para minimizar as ameaças e oportunizar aprendizagens desde

cedo, por meio de interações e relações de afetos positivos.

Os benefícios desses cuidados se estendem ao longo da vida e incluem uma melhor saúde, bem-estar e capacidade de aprender e ganhar a vida. As famílias precisam de apoio para cuidar de crianças pequenas, incluindo recursos materiais e financeiros, políticas nacionais, como licença parental remunerada, e prestação de serviços focados na população em diversos setores, incluindo saúde, nutrição, educação e proteção infantil e social. (RICHTER, 2016:2)

É no reconhecimento da importância dos contextos sociais onde as crianças se inserem que as famílias, em seus diversos arranjos, configurações e dinâmicas, ganham visibilidade no conjunto de políticas sociais destinadas ao atendimento nas infâncias, admitindo-se que o início dos processos de socialização ocorrem em ambientes familiares, identificados como espaços de proteção/desproteção que refletem as contradições da ordem social vigente. São nesses ambientes que pais, familiares em diferentes graus e mesmo outros cuidadores, de modo individual ou compartilhado, são chamados à responsabilidade pública de assumir funções de cuidados/não cuidados e provisões materiais para suprir necessidades de todos os membros, inclusive de crianças pequenas, assumindo papel ativo na busca de condições de vida favoráveis à vivência de uma infância plena e digna.

Contraditoriamente, o que se vê, no cenário de agudização das desigualdades sociais frente o profundo ajuste fiscal em curso, é a luta diária pela sobrevivência de uma parcela significativa das famílias que, em seu cotidiano, defronta-se com inúmeros desafios e privações, envolvidas em conflitos relacionais, por vezes imbricadas em diferentes formas de violência social, impondo-se às famílias uma existência extremamente vulnerável.

Nesse contexto, é inconcebível que as intervenções na Primeira Infância incluídas nos escopos das políticas sociais estejam dissociadas de ações continuadas e universais, estendidas à atenção das famílias, em especial aquelas que vivenciam processos permanentes de vulnerabilidades em ambientes físicos deteriorados.

Auferir para as famílias a divisão de responsabilidades sem dar a elas as mínimas condições de suportar o fardo de ser corresponsável por sua

subsistência é mais uma transferência de responsabilidades do que uma divisão, pois quando há algo para se dividir, ambos ficam com certa parte. (OLIVEIRA, 2009:92)

E, conforme inscrito na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Artigo 226, cabe ao Estado compartilhar essa responsabilidade, assumindo para si o dever ético com a promoção do desenvolvimento humano, desde a Primeira Infância, apropriando-se do seu lugar de protetor das famílias, em particular aquelas onde estão inseridas crianças pequenas, contribuindo, não somente para a promoção do bem estar, mas principalmente para a criação de contextos favoráveis à relações sociais humanas mediadas pelo respeito e cuidados mútuos, cujo horizonte é a liberdade e a efetiva cidadania.

Como se vê, o sentido atribuído à centralidade das famílias no interior das políticas sociais está relacionado ao reconhecimento público de que as vulnerabilidades sociais estruturais dos contextos familiares, sociais e ambientais onde as crianças estão inseridas, são expressões das diferentes formas de desigualdades, em especial as desigualdades de renda, de gênero e de acesso aos serviços públicos essenciais, que aprofundam as fragilidades dos anos iniciais da condição infantil, aumentando a exposição a riscos imensuráveis, tornando-se imprescindível o apoio do Estado às famílias, principalmente as mais vulneráveis.

As vulnerabilidades sociais não se referem unicamente às situações de pobreza, mas a conjugação de fatores que tornam insuportável as condições de reprodução daqueles que vivem do trabalho: a superexploração da força do trabalho, a deterioração da sociabilidade primária, a ausência de trabalho protegido, o desenraizamento identitário, o machismo, a discriminação e o preconceito e todas os tipos de opressão, traduzindo-se na interpretação de Kowarick (2009) - em “processos de descidadanização” - expressos na negação cotidiana de acesso a direitos civis, políticos, sociais, culturais e humanos.

Por ocasião da Conferência Mundial de Saúde em Genebra, na Suíça (2018), a Rede de Cuidados da ONU elencou quatro pilares básicos para o apoio e fortalecimento familiar nas funções tradicionais de prover e cuidar dos seus membros: I) acesso a serviços públicos de qualidade; II) desenvolvimento de habilidades parentais; III) proteção social e IV)

atenção ao cuidador, que conjugados se constituem importantes motores na erradicação da pobreza e redução das desigualdades, contribuindo para melhorar a vida de meninos e meninas pequenas.

Trata-se de uma abordagem *multissetorial* fundada na compreensão de que as prestações do Estado alocadas nas diferentes políticas setoriais, quando acionadas para o atendimento ao desenvolvimento infantil, devem materializar intervenções articuladas e integradas como base em estudos e diagnósticos - balizados na ciência e na pesquisa - que evidenciam as necessidades das crianças em cada território. “Como cada política é um conjunto de decisões e ações, resultante de relações conflituosas entre interesses contrários, que extrapolam seus pseudo perímetros setoriais, fica claro que a *intersectorialidade* é a representação objetivada da unidade dessas decisões e ações”, afirma Pereira-Pereira (2015:37).

E produzir processos intersetoriais, é uma tarefa complexa, que requer o esforço criativo para construção de objetivos e objetos comuns de intervenção diante da diversidade de procedimentos e burocracias inerentes a cada política setorial e o entrecruzamento de planos, mediados por muito diálogo.

No tocante à elaboração e implementação de políticas para Primeira Infância, a Rede de Cuidados da ONU (OMS – Unicef – Banco Mundial) faz o convite aos países signatários da Agenda 2030, para o exercício da intersectorialidade, tendo em vista o caráter indispensável de setores como a saúde, segurança alimentar, educação, direitos humanos, assistência social, infraestrutura básica (água, luz e saneamento) na atenção às crianças, propondo que haja esforços para a criação de mecanismos inovadores, capazes de combinar diferentes prestações para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, em direção a uma nova sociabilidade.

A perspectiva multissetorial, referente à política de atendimento à criança e adolescente à luz do ECA, aponta para a necessidade de busca de elos entre as diferentes políticas sociais, um desafio que pode ser superado por meio de estruturas metodológicas de redes, tanto no trabalho social com as crianças em seus contextos sociais (familiares e comunitários), como em relação às diferentes organizações envolvidas, sugere Sanicola (2015).

A abordagem de rede nas organizações, de fato, apresenta fatores de conveniência que motivam o desenvolvimento, como a possibilidade de: a) incrementar os recursos de cada ator social dispõe, colocando-os em rede para alcançar objetivos comuns; b) diferenciar as contribuições de cada um, seja na quantidade seja na qualidade; c) tornar mais flexíveis as intervenções; d) ampliar a cobertura geográfica dos beneficiários; e) aumentar a capacitação, f) desenvolver uma economia de escala.

(SANICOLA, 2015:9)

A expectativa é de que essas intervenções, pautadas na unidade dialética – singular/universal-, sejam acessíveis igualmente a cada criança pequena, tornando-se imprescindível a universalidade, sem, contudo, desvencilhar-se do enfoque das singularidades, de modo a promover a equidade necessária à eliminação de barreiras, como as associadas à desigualdade de gênero, impedindo que alguma criança fique de fora de acesso a oportunidades de desenvolvimento de todo seu potencial.

Existem evidências de que a desigualdade de gênero se inicia já na infância, quando se produzem e reproduzem estereótipos do papel feminino nas tarefas domésticas e nos cuidados. Em recente pesquisa, realizada em todas as regiões do Brasil com meninas, intitulada Por Ser Menina no Brasil: crescendo entre Direitos e Violências registrou-se uma gritante desigualdade entre meninos e meninas, tanto na divisão sexual do trabalho em relação às tarefas domésticas, quanto em relação à exploração do trabalho infantil e situação de violência.

(...) enquanto 76,8% lavam louça e 65,6% limpam a casa, apenas 12,5% dos seus irmãos homens lavam a louça e 11,4% dos seus irmãos homens limpam a casa. Queremos trabalhar para não ouvirmos mais, como ouvimos nesta pesquisa, que 1 menina de cada 5 conhece uma outra menina que já sofreu violência e que 13,7% das meninas de 6 a 14 anos trabalham ou já trabalharam.

(BONILHA, 2014:5)

A pesquisa aponta para a necessidade de desnaturalizar esse lugar de cuidadora atribuída à mulher, a quem cabe as tarefas domésticas à mulher, cuja responsabilização lhe impõe múltiplas jornadas de trabalho, limitando

seu desenvolvimento pessoal e profissional. Na visão de Mariana Luz, CEO da Fundação Maria Cecília Vidigal (Estadão, 2015), as “Políticas públicas para a Primeira Infância podem exercer papel fundamental no combate à desigualdade de gênero. Está comprovado que a falta de apoio à mãe acaba expondo também a criança, e é exatamente esse ciclo de vulnerabilidade que precisamos romper”.

No âmbito normativo, as atenções à Primeira Infância previstas neste Plano são balizadas pelo reconhecimento público da Criança como sujeito social, portanto sujeito de direitos, conforme se inscreve na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), Declaração dos Direitos da Criança (1959), reiterada na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), reiterado na Constituição Federal de 1988, Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, o Marco Legal da Primeira Infância no Brasil, Constituição Estadual de Pernambuco e a Lei Orgânica do Município de Recife que, embora não dedique um espaço específico aos direitos de crianças e adolescentes, estabelece o dever do poder público municipal de proteger as famílias, no sentido de assisti-las de todas as formas, inclusive de coibir violências no interior de suas relações.

A questão da Infância no Recife, apesar de um arcabouço normativo ainda escasso, encontra ampla legitimidade na sociedade civil expressa nas inúmeras conferências municipais, registrando-se algumas legislações infraconstitucionais dedicadas aos direitos infantis, a exemplo da Lei Municipal no 15.604/1992, alterada pela Lei Municipal 17.884/2013, que dispõe sobre a Política Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, oportunidade em que foi criado o Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e Adolescente, o COMDICA, a quem compete a formulação, fiscalização e monitoramento da implementação da política municipal dos direitos da criança e do adolescente, integrada às demais políticas setoriais.

Apesar dos avanços normativos, percebe-se a inexistência de um desenho de Política Municipal de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes que articule e integre o conjunto de políticas setoriais básicas capazes de dar organicidade de ações e prestações específicas destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes, de modo a materializar os direitos sociais e humanos desse segmento vulnerável da população, nos termos do Art.86

da Constituição Federal de 1988.

No entanto, é importante destacar no conjunto de normas existentes sobre garantias do desenvolvimento humano infantil a recente conquista no campo da atenção à Primeira Infância, com a instituição do Marco Legal da Primeira Infância do Recife – Lei Municipal Nº 18.491/2018, que normatiza e orienta a formulação e implementação de políticas públicas para a Primeira Infância, trazendo para a cena pública a relevância das intervenções nos primeiros anos de vida para a promoção do desenvolvimento humano. Essa é uma conquista histórica, resultado da luta social e da vontade política do poder público que poderá se tornar um elemento indutor na elaboração de uma política de atenção integrada mais alargada, que contemple todas as etapas da infância, alcançando a adolescência até a maioridade, constituindo-se uma importante ferramenta estratégica no enfrentamento das desigualdades sociais e erradicação da pobreza em todas as suas dimensões, inclusive a pobreza extrema.

Ademais, registre-se os compromissos de valorização das pessoas assumidos pelo Poder Público Municipal, ao aderir a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, cujos desdobramentos caminham para a territorialização dos seus conceitos e princípios concretizados em ações locais direcionadas para a transformação do espaço urbano em Cidade Sustentável, enquanto comunidade acessível igualmente a todos, voltada para a igualdade de gênero, saúde e bem-estar, água potável e saneamento, educação de qualidade social e redução das desigualdades.

Na linha desses compromissos internacionais, ressalte-se a inclusão da agenda infantil na vida comunitária expressa na adesão ao Programa Cidade Amiga da Criança, impulsionadora de ações locais que atendam às necessidades singulares de crianças e adolescentes – desde a concepção - no sentido de fortalecer a participação ativa desse segmento nas decisões da Comunidade e no uso coletivo dos espaços públicos.

Este arcabouço teórico e normativo oferece a base conceitual e orientadora das escolhas estratégicas das intervenções na Primeira Infância e organiza o processo de planejamento, gestão e implementação das ações, delineando princípios e diretrizes sustentados em valores éticos essenciais ao desenvolvimento integral na infância, alguns já destacados no Art. 2º da

Lei Municipal Marco Legal da Primeira Infância do Recife:

- I) Dignidade da pessoa humana;
- II) A vida como valor ético fundamental;
- III) A prioridade absoluta dos primeiros anos da vida humana;
- IV) Sustentabilidade social e ambiental;
- V) Igualdade material e equidade de gênero;
- VI) Protagonismo familiar e valorização das parentalidades;
- VII) Reconhecimento da vida comunitária;
- VIII) Respeito à diversidade;
- IX) Não aceitação da discriminação e do preconceito;
- X) Afirmação da cultura de paz;
- XI) Democratização do acesso aos serviços e espaços públicos;

Do mesmo modo, os elementos analíticos já explicitados indicam alguns direcionamentos para o desenho organizacional das atenções na Primeira Infância, sinalizando para o “*modus operandi*” das ações destinadas ao desenvolvimento humano nos 06 primeiros anos da infância, em consonância com o Art. 3º. da Lei nº. 18.491/2018, que destaca algumas diretrizes legais para a intervenção pública nos anos iniciais da infância: suporte à gestante e às famílias, ações organizadas com base territorial, apoio ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, fomento à participação política desde a infância, incentivo à produção do conhecimento, investimento em formação, atualização e qualificação profissional para a intervenção na Primeira Infância, valorização do espaço-tempo do lazer e do brincar, valorização do ambiente físico onde habitam as crianças pequenas e suas famílias, dentre outras.

eixos temáticos

EIXOS TEMÁTICOS

O Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife é composto por cinco eixos estratégicos: **Eixo Direito à Educação e Cultura**; **Eixo Direito à Saúde**; **Eixo Direito à Assistência Social e Direitos Humanos**; **Eixo Direito ao Espaço Urbano** e **Eixo Governança e Intersectorialidade**. Para uma maior compreensão de como os eixos e as respectivas temáticas convergem, segue abaixo uma imagem ilustrativa.

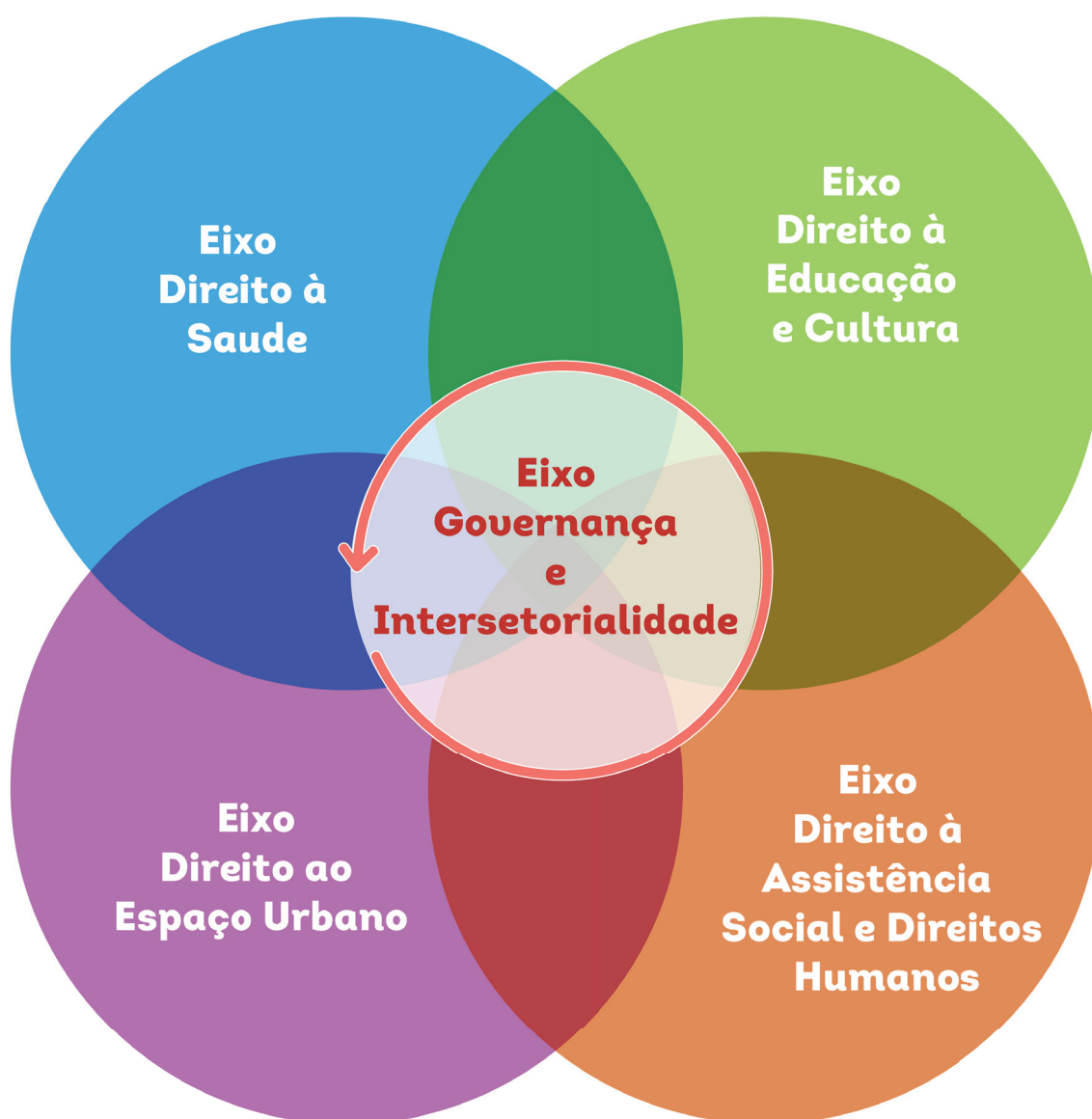


Figura 119

EDUCAÇÃO INFANTIL NO CONTEXTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA¹

A educação infantil no contexto das políticas públicas para a primeira infância é conquista, direito, dever, aprendizagem, desenvolvimento, interação, brincadeira, experimentação e, sobretudo, o reconhecimento da criança como um sujeito crítico e criativo que constrói sua identidade pessoal e coletiva, sua autonomia e atribui sentidos sobre o mundo, produzindo cultura.

Com a aprovação da Constituição Federativa Brasileira (1988), resultado de um processo de luta da sociedade organizada pela defesa dos direitos sociais, a criança conquista o direito à educação infantil e o Estado (poder público) assume o dever de ofertar essa etapa de ensino para todas as crianças até 5 (cinco) anos de idade². A Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDBEN/1996), que trata da organização da educação nos sistemas de ensino, definiu a educação infantil como a primeira etapa da educação básica: creches (crianças de 0 a 3 anos) e pré-escolas (crianças de 4 a 5 anos) com funcionamento em instituições de ensino de redes públicas ou privadas, em período diurno, com jornada integral ou parcial.

A educação infantil tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e assumindo a função social de promover a igualdade de oportunidades educacionais entre as crianças de diferentes classes sociais ao acesso à bens culturais e vivência das infâncias; de construir novas formas de sociabilidade e subjetividade comprometidas com a ludicidade, democracia, sustentabilidade do planeta, rompimento de relações de dominação: etária, socioeconômica, étnico racial, de gênero, regional, linguística e religiosa.

A finalidade e função social da educação infantil norteia a concepção da proposta pedagógica e conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (2009), *as brincadeiras e interações* são eixos estruturantes do currículo e elege a criança como centro do planejamento pedagógico. Em

¹ SANTOS, Célia Maria Vieira dos. Professora da Rede Municipal de ensino do Recife.

² Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006.

consonância com a Base Nacional Comum Curricular para Educação Infantil (2017) e a Política de Ensino do Recife³, os direitos de aprendizagem e desenvolvimento: **conviver, conhecer-se, explorar, expressar, participar, brincar** se entrelaçam as experiências que possibilitam a vivência da infância pelas crianças em espaços e tempos adequados a singularidade dessa fase.

Enfim, a concepção, a finalidade, a função social e os direitos previstos na educação infantil demonstram, também, que essa é uma política primordial para a primeira infância, por isso ela deve se articular a outras políticas de caráter social, voltadas para a garantia do atendimento as condições dignas de ser criança e viver a infância.

³ Política de Ensino do Recife/Educação Infantil- atualização em 2019.

EIXO ESTRATÉGICO

DIREITO À EDUCAÇÃO E A CULTURA

ODS Correspondente



1. AMPLIAÇÃO DE VAGAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL, GARANTIA DO DIREITO À PERMANÊNCIA E QUALIFICAÇÃO DO PARQUE DE UNIDADES ESCOLARES;	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.1 Ampliar a oferta de vagas na educação infantil do Recife de acordo com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, ampliando na rede municipal as unidades existentes, construindo novas sedes ampliadas de unidades existentes e novas unidades, zerando a demanda reprimida.	2025	Secretaria de Educação
1.2 Realizar, em parceria com instituições do terceiro setor, campanhas de incentivo para ações de expansão de vagas na rede privada e em empresas, de acordo com o artigo 389, § 1º do Decreto – Lei nº 5.452/1943 - Consolidação das Leis do Trabalho.	2021	Prefeitura/ Terceiro Setor
1.3 Realizar parceria entre Prefeitura e o Sebrae para apoiar empreendedores através de consultoria e treinamentos, para apoiar a expansão de creches e escolas privadas, a partir do credenciamento no Conselho Municipal de Educação – CME.	2023	Prefeitura/ Terceiro Setor
1.4 Priorizar no Plano de Expansão da rede pública de ensino regiões da cidade com maior demanda e com maior população infantil em situação de vulnerabilidade, priorizando as ZEIS – ZONAS ESPECIAIS DE INTERESSE SOCIAL (Lei 16.113/1995).	2021	Secretaria de Educação
1.5 Implantar um sistema de controle de filas por vagas na rede municipal de Recife.	2021	Secretaria de Educação
1.6 Garantir a prioridade da matrícula na rede municipal para as crianças em situação de vulnerabilidade e risco social e demais situações previstas em normativas legais.	2021	Secretaria de Educação

1. AMPLIAÇÃO DE VAGAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL, GARANTIA DO DIREITO À PERMANÊNCIA E QUALIFICAÇÃO DO PARQUE DE UNIDADES ESCOLARES;	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.7 Acompanhar a matrícula e a frequência das crianças na educação infantil, implementando protocolo de registro, advertências e denúncias aos órgãos competentes, quando se fizer necessário, para garantir o direito à educação e à integridade da criança.	2021	Secretaria de Educação/ Rede Privada/ Conveniadas
1.8 Implementar através de portaria normativa específica, procedimento para elaboração de diagnóstico de identificação de crianças não matriculadas em idade pré-escolar, a ser feito anualmente, relacionando os dados obtidos com o número de vagas ofertadas pelo poder público, garantindo a matrícula das crianças não matriculadas identificadas no diagnóstico.	2022-2030	Secretaria de Educação
1.9 Tornar todas as unidades de educação infantil das redes pública, conveniada e privada acessíveis para pessoas com deficiência.	2025	Secretaria de Educação/ Rede Privada/ Conveniadas
1.10 Intensificar a fiscalização das escolas privadas de educação infantil no atendimento às normas e leis da educação inclusiva, através da instituição de instrumento jurídico específico, que preveja a possibilidade de sanções pecuniárias gradativas para os que não cumprirem as exigências.	2021	Secretaria de Educação
1.11 Construir e qualificar os parques infantis das unidades de educação infantil da rede municipal, tornando-os espaços adequados à Política de Ensino da rede e seguros e acessíveis do ponto de vista físico.	2025	Secretaria de Educação

1. AMPLIAÇÃO DE VAGAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL, GARANTIA DO DIREITO À PERMANÊNCIA E QUALIFICAÇÃO DO PARQUE DE UNIDADES ESCOLARES;	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.12 Qualificar a estrutura das unidades da rede municipal, de acordo com padrões de qualidade, garantindo a oferta de espaços pedagógicos adequados e acessíveis para a leitura, para o desenvolvimento da psicomotricidade dos estudantes, espaços tecnológicos e contato com a natureza.	2030	Secretaria de Educação
1.13 Publicizar padrões de infraestrutura e diretrizes arquitetônicas que fundamentem a elaboração de projetos novos de educação infantil, considerando as especificidades da infância, o direito de brincar, a acessibilidade e a necessidade de conviver com a natureza.	2022	Secretaria de Educação
1.14 Equipar as unidades educacionais da educação infantil municipais com artefatos tecnológicos adequados à Primeira Infância.	2022	Secretaria de Educação

2. AMPLIAÇÃO DA RELAÇÃO COM A COMUNIDADE ESCOLAR	PRAZO	RESPONSÁVEL
2.1 Estabelecer programa, através de lei municipal, nas redes públicas, conveniadas e privadas, que oriente as unidades escolares a envolverem as famílias em um ciclo formativo continuado de Relações Parentais Positivas, incluindo: - O papel da escola junto com a família; - Escuta qualificada; - Estímulo ao fortalecimento das redes de apoio; - A importância dos cuidados na primeira infância; - Cuidados com a higiene; - O combate ao machismo e a masculinidade tóxica; - O combate à violência e ao abuso infantil; - Incentivo à leitura em família, contação de histórias; - A importância da participação da família na vida escolar; - Engajamento e voluntariado; - Trabalhabilidade; - Paternidade responsável; - Divisão justa do trabalho doméstico.	2021	Secretaria de Educação/ Rede Privada/ Conveniadas
2.2 Realizar estas atividades em horários alternativos ao expediente comercial para incentivar frequência.	2021	Secretaria de Educação/Rede Privada/ Conveniadas
2.3 Fortalecer o papel dos conselhos escolares das unidades de educação infantil da rede municipal, ofertando um processo de formação continuada para os conselheiros.	2021	Secretaria de Educação

3. VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL
3.1 Inserir nas políticas de formação continuada, priorizando a formação acadêmica e a garantia do desenvolvimento dos conhecimentos relacionados à primeira infância para os docentes, auxiliares de desenvolvimento infantil e demais profissionais da educação das unidades escolares de educação infantil das redes municipais, conveniadas e privadas, incluindo os profissionais terceirizados. A formação deve incluir os temas: - A importância do brincar, do faz de conta; - Desenvolvimento de funções executivas; - Pesquisas científicas recentes sobre neurodesenvolvimento; - Educação inclusiva; - Prevenção contra violências e abusos sexuais contra as crianças.	2021	Secretaria de Educação/ Rede privada/ Conveniadas
3.2 Manter os planos de carreiras dos servidores públicos profissionais da educação atualizados e investir no reconhecimento e valorização dos profissionais que trabalham na etapa da educação infantil, seguindo as metas inseridas no Plano Municipal de Educação.	2021	Secretaria de Educação
3.3 Reconhecer através de lei e valorizar a importância pedagógica do trabalho dos Auxiliares de Desenvolvimento Infantil da rede municipal, mantendo uma formação e uma carreira compatível com as funções desempenhadas e incentivando a elevação do nível de formação dos mesmos.	2021	Secretaria de Educação
3.4 Oferecer formações online ou presenciais abertas para professores e profissionais de educação de redes conveniadas, privadas e estudantes de Pedagogia. Oferecer formações também para servidores de secretarias correlatas, parceiras, como a saúde, assistência social, habitação, cultura, urbanismo.	2022	Secretaria de Educação

4. PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO POLÍTICAS EDUCACIONAIS	PRAZO	RESPONSÁVEL
4.1 Investir, anualmente, em materiais didáticos como brinquedos, jogos, livros, tintas, massas de modelar, papel A6, adequados à etapa de educação infantil, para apoiar o trabalho do professor durante o processo de ensino aprendizagem.	2021	Secretaria de Educação/Rede Privada/Conveniadas
4.2 Manter e fortalecer nas unidades educacionais da educação infantil municipal os programas pedagógicos com foco em tecnologias adequadas à Primeira Infância, com foco em competências digitais, com acompanhamento sistêmico.	2021	Secretaria de Educação
4.3 Fortalecer e manter atualizada a Política de Ensino da Rede Municipal, no tocante ao desenvolvimento integral da criança: motricidade, artes, música, o brincar, a afetividade e demais aspectos.	2021	Secretaria de Educação
4.4 Implementar Política de Avaliação Educacional na etapa de educação infantil municipal que observe e traga informações sobre o contexto das práticas pedagógicas e sobre o aprendizado dos estudantes, adotando um modelo que seja baseado nas dimensões dos indicadores da educação infantil (MEC/2009), alinhado ao conhecimento produzido pela área educacional da academia de âmbito nacional e internacional.	2022	Secretaria de Educação
4.5 Fortalecer o PSE (Programa Saúde na Escola) na etapa da educação infantil da rede municipal, focando no acompanhamento de marcadores de crescimento e desenvolvimento.	2022	Secretaria de Educação
4.6 Criar protocolo de priorização de atendimento junto à Secretaria de Saúde, principalmente em demandas de atendimento psicológico e ampliar a oferta de serviço público de diagnóstico precoce de crianças com deficiência podendo realizar parcerias com instituições do terceiro setor.	2022	Secretaria de Educação

4. PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO POLÍTICAS EDUCACIONAIS	PRAZO	RESPONSÁVEL
4.7 Realizar um acompanhamento de gestão e pedagógico específico para as unidades de educação infantil da rede municipal, através de relatórios produzidos em conjunto entre a equipe técnica da secretaria e a gestão escolar, gestor e coordenador.	2021	Secretaria de Educação
4.8 Realizar anualmente pesquisas com as famílias dos estudantes matriculados para diagnosticar condições de contexto sociais e econômicas.	2022	Secretaria de Educação/ Rede privada/ Conveniadas
4.9 Implementar o PASE (Programa Assistência Social na Escola) na etapa da educação infantil da rede municipal, articulado com o PSE e com a rede de proteção às crianças e adolescentes (CRAs, CREAs, Conselhos Tutelares, DPCA, Juizados da Criança e do Adolescente e Ministério Público de Pernambuco).	2023	Secretaria de Educação
4.10 Garantir que todas as creches tenham atendimento integral, aperfeiçoando o modelo de atendimento diurno, garantindo a qualidade do trabalho pedagógico durante todos os horários.	2021	Secretaria de Educação
4.11 Garantir alimentação escolar para estudantes de educação infantil de acordo com o Plano Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e com padrões nacionais de nutrição e alimentação escolar especial para os estudantes com necessidades específicas, bem como oferecer assessoria de nutricionistas para a gestão escolar na orientação às famílias.	2021	Secretaria de Educação/ Rede privada/ Conveniadas
4.12 Implantar normativa, através de instrumento específico da Secretaria de Educação Municipal, que garanta que pelo menos um profissional da equipe gestora ou da equipe docente possua especialização em psicopedagogia, educação infantil; neuropsicopedagogia; educação, ludicidade e desenvolvimento infantil; psicomotricidade ou Neuropedagogia, para orientação escolar nas unidades de educação infantil.	2025	Secretaria de Educação

5. ATENÇÃO E FORTALECIMENTO À CULTURA	PRAZO	RESPONSÁVEL
5.1. Promover e apoiar a realização de eventos culturais descentralizados voltados para o público da primeira infância nos equipamentos da cidade.	2021	Secretaria de Educação
5.2. Promover e apoiar eventos, bem como artistas locais cujos trabalhos resgatem as memórias das diferentes etnias e culturas, ampliando o repertório cultural desde a primeira infância.	2021	Secretaria de Educação
5.3. Criar e incentivar programas intergeracionais nos equipamentos culturais, a fim de promover a relação entre crianças na primeira infância, adultos e idosos, contribuindo para a relação de vínculos, respeito e cuidado.	2022	Secretaria de Educação
5.4. Apoiar iniciativas que priorizem o acesso de crianças da primeira infância vítimas de violência, assim como as que encontram-se em situação de acolhimento institucional, nas atividades e eventos culturais.	2022	Secretaria de Educação
5.5. Promover e incentivar a produção artística, bem como uma agenda cultural gratuita em todo o território da cidade, para o público da primeira infância, favorecendo o contato com as mais variadas formas de arte e cultura local como teatro, cinema, música e exposições artísticas.	2021	Secretaria de Educação
5.6. Estimular a cultura local e produções artísticas por meio de parcerias com entidades, empresas, organizações com foco na primeira infância.	2022	Secretaria de Educação
5.7. Ampliar a oferta e a divulgação de eventos culturais voltados para a primeira infância nas áreas de maior vulnerabilidade social.	2022	Secretaria de Educação
5.8 Promover atividades educativas sobre trabalho infantil, exploração sexual da criança e do adolescente e temas que abranjam a violação dos Direitos Humanos na Primeira Infância, usando os diferentes tipos de linguagens das artes (música, teatro, dança e artes visuais), priorizando os grupos de cultura popular.	2021	Secretaria de Educação

A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA ¹

A criança, com suas características próprias, representa o grupo mais vulnerável da humanidade, justificando todo o cuidado a ela dispensado nos âmbitos familiar, comunitário e institucional. Sua inteira dependência de adultos cuidadores, a necessidade de garantir o desenvolvimento pleno, viabilizando a constituição de sujeitos saudáveis e socialmente adaptados, são os fundamentos para que as políticas priorizem consensualmente a atenção integral à criança.

Apesar da base normativa e legal existente no país, expressa em particular por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente quanto à prioridade absoluta a este grupo, o financiamento direcionado a sua proteção não traduz o nível de consenso alcançado na sociedade quanto à necessidade de seu privilegiamento.

Para investir mais e melhor em crianças nordestinas e pernambucanas, em particular, é essencial entender a diversidade de contextos nos quais o desenvolvimento infantil ocorre. No Recife, há necessidade de esforços e recursos adicionais para melhorar a sobrevivência e promover o desenvolvimento da Primeira Infância, levando em consideração as diferentes experiências históricas, sociais, étnicas, religiosas e culturais da cidade.

A compreensão sobre a infância na nossa cidade, se moldou a partir de padrões socialmente aceitos em cada tempo se caracterizando pela diversidade dos contextos em que se manifestam. Durante séculos, muitas “crianças-sujeitos” foram subtraídas de sua identidade, permanecendo às margens da história e da própria sociedade, em consonância com discursos estatais, médicos, educacionais vinculados às perspectivas disciplinadoras hegemônicas, homogeneizadoras e etnocêntricas.

As diferentes histórias das infâncias atravessaram o tempo e para os grupos minoritários se caracterizaram pela resistência cultural, ainda que

¹ FRIAS, Paulo Germano de. Pediatra, especialista em saúde pública e em epidemiologia. Mestre em Pediatria, Doutor em Saúde da Criança e Adolescente e integrante da Comissão de Elaboração do Plano da Primeira Infância/COMDICA.

para isto tenham ficado à margem de políticas públicas inclusivas, que lhes dessem visibilidade e as reconhecessem como integrantes do tecido social da cidade. Basta lembrar as infâncias invisíveis de grupos tradicionais como as crianças negras, indígenas, em situação de rua, as dos morros, encostas e alagados da cidade, entre tantas outras.

Em Recife e no Brasil, o diagnóstico mostra que as crianças enfrentam enormes desafios para alcançar um pleno desenvolvimento. Muitas crianças vivem em condições precárias, por vezes associadas às múltiplas situações de desvantagem e vulnerabilidade social, como a exposição à violência, abuso ou negligência e abandono. Essas barreiras se refletem na maior porcentagem de crianças que vivem em extrema pobreza em comparação com grupos etários mais velhos. Os mais velhos são os que sobreviveram e experimentaram alguma proteção social.

As políticas sociais, igualmente as concepções de infância, foram construídas a partir de discursos estatais afiançados pela sociedade ainda que tensionadas por demandas sociais. Com as Políticas de Saúde não foi diferente. Em décadas que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo assistencial vigente no País e a forma de organização dos serviços, adotavam um padrão de intervenção do estado caracterizado pela dicotomia entre a saúde pública e a assistência médica individual (previdenciária, filantrópica ou liberal). As políticas de saúde se desenvolveram neste cenário de exclusão da maioria das crianças. Na primeira metade do século XX, os programas nacionais além de alcance limitado eram verticalizados. As iniciativas, mais sistematizadas, surgiram no fim dos anos de 1960, por meio do Programa de Saúde Materno-Infantil (PMSI).

No Brasil, na década de 1980, emergiu o movimento pela reforma sanitária, a partir das críticas ao modelo vigente, culminando com a institucionalização do SUS. Paralelo a este movimento, se fortaleceram as reivindicações por políticas específicas, a exemplo das lideradas pelo movimento de mulheres em prol da atenção integral nos ciclos de vida, que foram decisivas para a superação de propostas focadas na atenção materno-infantil. Os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) são expressões deste momento e alavancaram avanços subsequentes relacionados a saúde das mulheres e crianças.

Com a constituição do SUS, a concepção do sistema de saúde mudou ao preconizar a universalidade, a integralidade e equidade entre seus princípios norteadores. O poder decisório da utilização dos recursos e as competências relativas às ações e serviços de saúde passaram a ser descentralizadas e partilhadas solidariamente de forma interfederativa entre as instâncias municipal, estadual e federal. A dimensão organizativa previu uma rede de serviços dispostos em área geográfica, atendendo uma população definida e com diferentes níveis de complexidade tecnológica, que atendesse às necessidades da população. Neste ambiente favorável, ainda que persistentemente subfinanciado, ocorreu uma ampliação expressiva da atenção primária à saúde com desdobramentos importantes sobre o perfil de adoecimento e mortes das mulheres e crianças.

No processo de consolidação do SUS, as tradições vinculadas aos programas materno-infantil, entre outros, foram transmutados para atender as novas necessidades sociais decorrentes da complexificação do perfil epidemiológico da saúde da mulher e da criança, sem negar o momento uno, da mãe-bebê/cuidador-bebê. As políticas de atenção à saúde da mulher avançaram ainda que permanecessem sem responder as suas necessidades atuais, em particular, em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e ao enfrentamento da violência de gênero. As relacionadas à saúde da criança, igualmente, ampliaram seu escopo de atuação.

Decorridos quase 25 anos de implementação do SUS, as três instâncias interfederativas se uniram para elaborar uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que aliasse as tradições à inovação na atenção às crianças. A iniciativa durou 4 anos em um diálogo profícuo, participativo de entidades governamentais e não governamentais, sociedades científicas e de classe, e a sociedade. A iniciativa culminou, em 2015, com a sua aprovação em instâncias nacionais deliberativas da saúde e de direitos da criança e do adolescente. A PNAISC foi gestada para promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante à atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à Primeira Infância, e às populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

APNAISC inovou ao incorporar, na sua gênese, uma dimensão intersetorial e as ações relacionadas à gestação e ao parto e, se tornaram fortemente imbricadas com a saúde da mulher. A estreita relação da sobrevivência e desenvolvimento da criança com a atenção à mulher durante a gestação, ao parto e ao nascimento está no cerne de tal decisão. Em consequência a medicalização do parto e do nascimento, a baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, ao repercutir sobre os resultados perinatais interessam a política de saúde da criança.

A PNAISC foi estruturada a partir de 7 eixos com abordagem transversal: (1) Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; (2) Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; (3) Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; (4) Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e doenças crônicas; (5) Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; (6) Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e (7) Vigilância do óbito fetal e infantil. Para sua implementação, usa a metodologia desenvolvida no âmbito da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), pautada na grupalidade, na cartografia e na ética do cuidado. O método foi testado em municípios do Programa Mãe Coruja Pernambucana e outros do país. Em decorrência, as ações relacionadas à saúde da criança para o Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife, incorporaram estes aprendizados nacionais e locais, do qual o município foi partícipe.

A PNAISC reconheceu que isoladamente a saúde tem limites para melhorar as oportunidades da infância. O alcance de um desenvolvimento integral na Primeira Infância relaciona-se à inclusão de políticas públicas, que considerem as crianças como sujeitos de direitos, viabilizando a plenitude do desenvolvimento infantil, segundo as potencialidades de cada criança em seus domínios: motor, cognitivo, emocional e social.

Estes acúmulos na construção da política, contribuíram para os inegáveis avanços nas condições de vida e de saúde das mulheres e crianças brasileiras nas últimas décadas, em especial após a criação do SUS. Para continuar avançando, impõe-se o fortalecimento das políticas intersetoriais, que não só reduzam a morbimortalidade de crianças, mas que favoreçam a redução das

desigualdades regionais, do espaço intraurbano e entre grupos, privilegiando àquelas em situação de desvantagem e mais vulneráveis, em especial, as que permanecem invisíveis, em situação de rua, indígenas, negras entre tantas outras.

Mais que garantir a sobrevivência das crianças, as políticas públicas precisam viabilizar o desenvolvimento de cada uma considerando as suas potencialidades e a diversidade das infâncias, o que torna o desafio grandioso diante de fragilidades persistentes. A falta de mecanismos de financiamento sustentáveis para fornecer atendimento de saúde integrado e de boa qualidade a todas as crianças, igualdade de oportunidades de educação e serviços sociais para apoiar as famílias desfavorecidas nos instiga a querer fazer mais e melhor. Para tanto, não nos resta outro caminho senão cobrar incisivamente os patrocinadores e promotores dos cortes orçamentários, em particular, os causados pela emenda constitucional do teto dos gastos, que comprometeram substancialmente a sustentabilidade da atenção básica e de todo o Sistema de Saúde e das Políticas Sociais.

EIXO ESTRATÉGICO

DIREITO À SAÚDE

ODS Correspondente



1. ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO, NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.1 Ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.	2022	Secretaria de Saúde
1.2 Requalificar as Unidades de Saúde da Família existentes.	2023	Secretaria de Saúde
1.3 Ampliar o quantitativo dos Agentes Comunitários de Saúde- ACS de acordo com a necessidade do território.	2022	Secretaria de Saúde
1.4 Ampliar o acesso da população às Unidades básicas de Saúde com a implantação do horário alternativo.	2021	Secretaria de Saúde
1.5 Reduzir o tempo nas entregas dos exames laboratoriais, mantendo o acesso informatizado aos resultados.	2021	Secretaria de Saúde
1.6 Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos às mulheres e homens com a oferta de planejamento reprodutivo.	2021	Secretaria de Saúde
1.7 Implantar atividades educativas nas unidades de Atenção Básica, voltadas para prevenção da gravidez na adolescência.	2022	Secretaria de Saúde
1.8 Implementar o Protocolo de Saúde da Mulher.	2021	Secretaria de Saúde
1.9 Assegurar a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher.	2021	Secretaria de Saúde
1.10 Ampliar a oferta de laqueadura tubária, ofertando o procedimento nas três Maternidades Municipais e Hospital da Mulher do Recife.	2021	Secretaria de Saúde

1. ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO, NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.11 Implementar a inserção do DIU pós parto/aborto nas três Maternidades e no Hospital da Mulher do Recife.	2021	Secretaria de Saúde
1.12 Ampliar a realização da aspiração manual intrauterina (AMIU) nas Maternidades Municipais e no Hospital da Mulher do Recife.	2022	Secretaria de Saúde
1.13 Ampliar e qualificar o acesso ao pré-natal de risco habitual e de alto risco.	2022	Secretaria de Saúde
1.14 Implantar a linha de cuidado das mulheres com hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação.	2022	Secretaria de Saúde
1.15 Implementar e ampliar o pré-natal do parceiro, tendo como base a importância da participação ativa do pai, conforme a Política Municipal de Saúde do homem.	2021	Secretaria de Saúde
1.16 Assegurar às gestantes, o atendimento de pré-natal, com orientação sobre nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, conforme Lei 18.491/18.	2021	Secretaria de Saúde
1.17 Garantir as consultas odontológicas durante a gestação.	2021	Secretaria de Saúde
1.18 Incentivar o início precoce das consultas de pré-natal, evidenciando a importância do acompanhamento das gestantes e da participação da família.	2021	Secretaria de Saúde
1.19 Fortalecer os grupos de gestantes nas unidades de Atenção Básicas de Saúde.	2022	Secretaria de Saúde
1.20 Incentivar o parto natural humanizado, nas consultas de pré-natal, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas apenas por motivos médicos, reduzindo as taxas de cesáreas desnecessárias.	2021	Secretaria de Saúde

1. ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO, NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.21 Fortalecer as consultas compartilhadas às gestantes com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).	2022	Secretaria de Saúde
1.22 Promover a captação e tratamento, se necessário, dos parceiros das gestantes com teste rápido de sífilis positivo.	2021	Secretaria de Saúde
1.23 Ampliar a cobertura do Programa Mãe Coruja Recife, para acompanhar as mães e seus filhos até os 5 anos, 11 meses e 29 dias de idade, nos bairros identificados a partir de critérios epidemiológicos e com alto coeficiente de mortalidade infantil.	2021	Secretaria de Saúde
1.24 Promover a estimulação do vínculo mãe- bebê, nas consultas de pré-natal e atividades do Programa Mãe Coruja Recife.	2022	Secretaria de Saúde
1.25 Incentivar e efetivar políticas públicas, que priorizem o cuidado na gestação e ao longo do desenvolvimento infantil, por meio de uma equipe multidisciplinar, com ações protetivas de saúde.	2021	Secretaria de Saúde
1.26 Ampliar assistência ao pré-natal de alto risco, aumentando os serviços e ofertas de consultas, por Distrito Sanitário.	2022	Secretaria de Saúde
1.27 Garantir a vinculação das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde ao local de parto, desde o pré-natal, para todas as municípios.	2023	Prefeitura e Governo do Estado
1.28 Ampliar o acesso à atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento.	2021	Secretaria de Saúde
1.29 Requalificar as maternidades municipais.	2021	Secretaria de Saúde
1.30 Equipar as maternidades municipais para atender partos e bebês prematuros.	2025	Secretaria de Saúde

1. ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO, NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.31 Potencializar o acolhimento, com classificação de risco, nas triagens obstétricas das maternidades e Hospital da Mulher do Recife.	2021	Secretaria de Saúde
1.32 Diagnosticar e tratar as mulheres e os recém-nascidos com sífilis, nas maternidades municipais e acompanhamento domiciliar dos recém-nascidos, em condições favoráveis, e que as mães se encontram em alta hospitalar.	2021	Secretaria de Saúde
1.33 Ampliar o acesso ao parto humanizado, como direito para toda mulher, nas Maternidades Municipais e no Hospital da Mulher do Recife, combatendo a violência obstétrica que vitimiza, majoritariamente, mulheres negras.	2023	Secretaria de Saúde
1.34 Ampliar e implementar o acolhimento de mães e a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, por meio do "Método Canguru".	2021	Secretaria de Saúde
1.35 Qualificar a atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, com cuidado progressivo.	2021	Secretaria de Saúde
1.36 Assegurar a alta qualificada e responsável do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado.	2021	Secretaria de Saúde

1. ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO, NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.37 Fortalecer as visitas e consultas puerperais realizadas pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde.	2021	Secretaria de Saúde
1.38 Assegurar o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Básica, incluindo o NASF, e a Atenção Especializada.	2022	Secretaria de Saúde
1.39 Expandir, na rede de saúde mental, o acompanhamento psicológico para gestantes, puérperas ou familiares cuidadores de crianças, que apresentem sofrimentos psíquicos, incluindo psicose puerperal.	2021	Secretaria de Saúde
1.40 Criar e implementar Protocolo de Saúde da Mulher Negra, para realização de exames que identifiquem anemia falciforme nas gestantes autodeclaradas negras.	2021	Secretaria de Saúde

2. ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL	PRAZO	RESPONSÁVEL
2.1 Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até pelo menos dois anos de idade, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde.	2021	Secretaria de Saúde
2.2 Promover o Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável na Atenção Básica do SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e nas atividades realizadas pelo Programa Mãe Coruja Recife.	2021	Secretaria de Saúde
2.3 Realizar, nas Unidades Básicas de Saúde, grupos e rodas de conversa sobre a importância da alimentação saudável na Primeira Infância.	2021	Secretaria de Saúde
2.4 Acompanhar nutricionalmente as gestantes, lactantes e crianças na Primeira Infância.	2021	Secretaria de Saúde
2.5 Implementar as ações, conforme Manual Ministerial, sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promovendo educação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.	2021	Secretaria de Saúde
2.6 Implementar os Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano existentes e estimular a criação de novos em maternidades privadas.	2021	Secretaria de Saúde
2.7 Implementar a iniciativa Hospital Amigo da Criança, nas maternidades públicas, e estimular a adesão de maternidades privadas à estratégia dos 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno.	2021	Secretaria de Saúde
2.8 Favorecer a mobilização social e a comunicação adequada em aleitamento materno e alimentação complementar saudável, combatendo o marketing nocivo a essas práticas.	2021	Prefeitura, Estado e sociedade Civil
2.9 Incentivar o aleitamento materno por meio de campanhas publicitárias.	2021	Secretaria de Saúde

2. ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL	PRAZO	RESPONSÁVEL
2.10 Promover campanhas de divulgação e orientação sobre alimentação saudável.	2021	Secretaria de Saúde
2.11 Promover anualmente as datas alusivas à Doação do Leite Humano, Semana Mundial de Aleitamento Materno e Agosto Dourado.	2021	Prefeitura, Estado e sociedade Civil
2.12 Proteger o aleitamento materno, por meio de estratégias que favoreçam a amamentação da Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA), como a sala de apoio à amamentação, creche, licenças, entre outras previstas na legislação.	2021	Prefeitura, Estado, Poder Legislativo e Sociedade Civil
2.13 Implementar e monitorar o cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).	2021	Prefeitura, Estado e Sociedade Civil

3. PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA	PRAZO	RESPONSÁVEL
3.1 Implantar o Protocolo Municipal de Saúde da Criança.	2021	Secretaria de Saúde
3.2 Fortalecer as consultas de puericultura na Atenção Básica.	2021	Secretaria de Saúde
3.3 Ampliar o quantitativo de profissionais dos NASF, que promovem apoio multidisciplinar às Unidades de Saúde da Família.	2022	Secretaria de Saúde
3.4 Disponibilizar a caderneta da criança (passaporte da cidadania) nas maternidades públicas e privadas para todos os nascidos vivos da cidade.	2021	Secretaria de Saúde
3.5 Qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da Primeira Infância pela Atenção Básica à Saúde.	2021	Secretaria de Saúde
3.6 Qualificar o preenchimento da Caderneta da Criança (passaporte da cidadania) nas Maternidades e nas Unidades Básicas de Saúde.	2021	Secretaria de Saúde
3.7 Orientar as famílias, na atenção básica de saúde, sobre as fases do desenvolvimento infantil utilizando como instrumento a caderneta da criança.	2021	Secretaria de Saúde
3.8 Ampliar e qualificar as visitas e consultas domiciliares, realizadas pela atenção básica, a gestantes e crianças para orientação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Primeira Infância.	2021	Secretaria de Saúde
3.9 Promover rodas de conversas e cursos para gestantes e famílias sobre a importância da estimulação do desenvolvimento das crianças na Primeira Infância.	2021	Secretaria de Saúde
3.10 Realizar anualmente, no mês de Maio, a Semana do Bebê do Recife.	2021	Secretaria de Saúde

3. PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA	PRAZO	RESPONSÁVEL
3.11 Implementar as ações intersetoriais do Programa Mãe Coruja Recife, promovendo atividades às famílias sobre desenvolvimento e cuidados na Primeira Infância.	2021	Secretaria de Saúde
3.12 Promover atendimento terapêutico em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), por meio das Unidades Integradas em Saúde (UCIS), ofertando os atendimentos de auriculoterapia, homeopatia, psicomotricidade relacional, arteterapia e shantala.	2021	Secretaria de Saúde
3.13 Realizar atividades de promoção à saúde, na Primeira Infância, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) nas creches e escolas municipais.	2021	Secretaria de Saúde
3.14 Qualificar as equipes de Saúde da Família, Maternidades, UTIs Neonatal, ambulatórios de pediatria, unidades hospitalares e organizações da sociedade civil para atuação em uma linha de cuidado à Primeira Infância coerente com as Políticas Públicas vigentes.	2023	Secretaria de Saúde
3.15 Garantir atividades lúdicas para as crianças internadas nos Hospitais Municipais.	2022	Secretaria de Saúde
3.16 Favorecer a mobilização social e comunicação sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância.	2021	Secretaria de Saúde
3.17 Apoio à formulação e implementação de legislação e planos institucionais, que favoreçam o desenvolvimento da Primeira Infância.	2023	Secretaria de Saúde
3.18 Desenvolver metodologias e estratégias, que possibilitem o monitoramento de indicadores do desenvolvimento infantil de base populacional, nos domínios motor, cognitivo, linguagem e socioemocional, a exemplo do Projeto Primeira Infância para Adultos Saudáveis (PIPAS).	2021	Secretaria de Saúde

4. ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS COM AGRAVOS PREVALENTES NA INFÂNCIA E COM DOENÇAS CRÔNICAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
4.1 Ampliar a cobertura e fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE) e as suas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos prevalentes.	2023	Secretaria de Saúde
4.2 Garantir vacinas, nas Unidades de Saúde, conforme previsto no calendário vacinal do Ministério da Saúde.	2021	Secretaria de Saúde
4.3 Prevenir a transmissão vertical do HIV e sífilis.	2021	Secretaria de Saúde
4.4 Garantir atendimentos odontológicos de rotina para as crianças.	2021	Secretaria de Saúde
4.5 Ampliar as atividades coletivas e intervenções de saúde bucal com as crianças nas Unidades básicas de saúde, creches e escolas.	2022	Secretaria de Saúde
4.6 Realizar campanhas publicitárias, voltadas às famílias, sobre a importância da atualização das vacinas.	2021	Secretaria de Saúde
4.7 Ampliar a rede de saúde mental infantil e melhorar o acesso para acompanhamento psicológico de crianças e suas famílias.	2023	Secretaria de Saúde

4. ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS COM AGRAVOS PREVALENTES NA INFÂNCIA E COM DOENÇAS CRÔNICAS	PRAZO	RESPONSÁVEL
4.8 Qualificar a atenção primária e especializada, nas doenças prevalentes na infância, assegurando a continuidade do cuidado.	2021	Secretaria de Saúde
4.9 Requalificar o Hospital Infantil Helena Moura.	2023	Secretaria de Saúde
4.10 Fomentar o Serviço de Atendimento Domiciliar infantil (SAD).	2024	Secretaria de Saúde
4.11 Fortalecer o fluxo do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) Recife para os casos de tratamento domiciliar da Sífilis Congênita.	2021	Secretaria de Saúde
4.12 Construir diretrizes de atenção e linhas de cuidado para doenças crônicas e doenças infantis raras.	2023	Secretaria de Saúde

5. ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS, PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ	PRAZO	RESPONSÁVEL
5.1 Realizar campanhas e orientações nas Unidades de Saúde sobre prevenção de acidentes domésticos com crianças.	2021	Secretaria de Saúde
5.2 Articular atividades de promoção à saúde e a cultura de paz, prevenção de acidentes na Primeira Infância, por meio do Programa Saúde na Escola em creches e escolas municipais.	2022	Secretaria de Saúde
5.3 Ampliar as ações educativas realizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em estabelecimentos públicos.	2022	Secretaria de Saúde
5.4 Fomentar a organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual.	2021	Secretaria de Saúde
5.5 Ampliar a oferta de atendimentos de atenção integral à saúde para crianças e suas famílias, em situação de violências, no Centro de Referência para o Cuidado de Crianças e Adolescentes (CERCCA).	2021	Secretaria de Saúde
5.6 Inaugurar outros Centros de Referência para o Cuidado de Crianças e Adolescentes (CERCCA), a partir da avaliação epidemiológica dos agravos.	2023	Secretaria de Saúde
5.7 Acolher, atender, notificar e acompanhar na atenção básica as crianças e famílias em situação de violência.	2021	Secretaria de Saúde
5.8 Implementar a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.	2023	Secretaria de Saúde
5.9 Assegurar ações intrasetoriais da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde e NASF) à atenção especializada (ambulatórios, urgências e emergência, serviços de saúde mental) para prevenção de acidentes e violências.	2022	Prefeitura e Instituições Envolvidas no Sistema de Garantia de Direitos

5. ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS, PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ	PRAZO	RESPONSÁVEL
5.10 Articular ações intersetoriais de cuidado e proteção social para prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz.	2022	Secretaria de Saúde
5.11 Apoiar a implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança, pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.	2022	Secretaria de Saúde
5.12 Fortalecer o sistema de informação para Vigilância das Violências (Sinan- VIVA), ampliando a notificação intersetorial oportuna e a qualidade dos dados, para obtenção de diagnósticos mais fidedignos e definição de políticas adequadas.	2021	Secretaria de Saúde

6. ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADES	PRAZO	RESPONSÁVEL
6.1 Ampliar cobertura do Consultório na Rua e qualificar as equipes para atenção às crianças.	2023	Secretaria de Saúde
6.2 Garantir e ampliar as ações das equipes existentes do Consultório na Rua.	2022	Secretaria de Saúde
6.3 Fortalecer as ações intersetoriais do Programa Mãe Coruja Recife.	2021	Secretaria de Saúde
6.4 Monitorar as crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV).	2021	Secretaria de Saúde
6.5 Ampliar serviço de atenção especializada, voltado para a estimulação/intervenção precoce, e reabilitação de crianças com deficiência no Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI).	2023	Secretaria de Saúde
6.6 Investir em acessibilidade em todas as Unidades de Saúde.	2023	Secretaria de Saúde
6.7 Elaborar linha de cuidado intersetorial para crianças em situação de risco e vulnerabilidade social.	2023	Secretaria de Saúde
6.8 Ampliar o acesso às terapias multidisciplinares para crianças com necessidades específicas.	2023	Secretaria de Saúde
6.9 Realizar monitoramento sistemático das crianças com deficiência pelas equipes de Atenção Básica.	2022	Secretaria de Saúde
6.10 Garantir o acesso de todas as crianças às triagens neonatal universal (biológica, ocular, auditiva, coraçãozinho, preconizados pelo Ministério da Saúde, e a continuidade do cuidado na atenção especializada diante de alterações.	2022	Secretaria de Saúde

6. ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADES	PRAZO	RESPONSÁVEL
6.11 Realizar os testes de triagem neonatal, nas três maternidades municipais e no Hospital da Mulher do Recife, e potencializar a realização dos testes para os recém-nascidos de municípios que não nasceram nas maternidades municipais.	2022	Secretaria de Saúde
6.12 Implantar unidades de referência, regionalizadas por Distrito Sanitário, garantindo todos os testes de triagem neonatal para os municípios de Recife.	2023	Secretaria de Saúde
6.13 Fortalecer as ações de saúde, as de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, elencados na Política Municipal da População Negra, em particular as desenvolvidas em parceria com os terreiros de religião de matriz africana.	2021	Prefeitura e sociedade civil
6.14 Ampliar e fortalecer os CAPS infantis e toda rede de atenção psicossocial (RAPS) voltadas para a infância e adolescência.	2023	Secretaria de Saúde
6.15 Elaborar cartilha para profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social com informações sobre sinais do Autismo, cuidados e devidos encaminhamentos.	2023	Secretaria de Saúde
6.16 Criar um sistema de informação específico para monitoramento e acompanhamento das crianças de risco e vulneráveis.	2021	Secretaria de Saúde
6.17 Realizar Monitoramento da Criança de Risco, através de ação conjunta entre a assistência e a vigilância em saúde.	2021	Secretaria de Saúde

6. ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADES	PRAZO	RESPONSÁVEL
6.18 Articular e intensificar ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, ciganas, quilombolas, imigrantes, do campo e em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas de assistência à saúde.	2022	Secretaria de Saúde
6.19 Apoiar a implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças, em situação de trabalho infantil, a partir das ações de vigilância e assistência à saúde com apoio do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) da SESAU.	2021	Secretaria de Saúde
6.20 Estruturar versão municipal do protocolo nacional para a proteção integral de crianças em situação de risco e desastres, considerando a realidade local.	2021	Secretaria de Saúde

7. VIGILÂNCIA DO ÓBITO FETAL E INFANTIL	PRAZO	RESPONSÁVEL
7.1 Implementar estratégias que reduzam as taxas de mortalidade neonatal e infantil e as principais morbidades.	2021	Secretaria de Saúde
7.2 Fortalecer a notificação e investigação dos óbitos fetais e infantis, em tempo oportuno, identificando as dificuldades no acesso à rede de atenção à saúde.	2021	Secretaria de Saúde
7.3 Implementar a discussão de todos os óbitos fetais e infantis, com profissionais da atenção básica e hospitais envolvidos com o caso, possibilitando a reflexão sobre as barreiras na assistência à saúde das mulheres e sua criança e a corresponsabilização com o cuidado.	2021	Secretaria de Saúde
7.4 Divulgar e discutir em diversos fóruns a situação da morbimortalidade infantil na cidade como instrumento de reflexão sobre as Políticas Públicas voltadas à Primeira Infância.	2021	Secretaria de Saúde

8. FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE	PRAZO	RESPONSÁVEL
8.1 Realizar treinamento para as equipes de Atenção Básica e Maternidades, para utilização do protocolo de saúde da mulher, e publicar portaria municipal, regulamentando o uso do mesmo.	2024	Secretaria de Saúde
8.2 Realizar Plano de Educação Permanente, em parto natural humanizado, para profissionais da Atenção Básica e Maternidades.	2023	Secretaria de Saúde
8.3 Realizar plano de educação permanente para profissionais das maternidades sobre fluxo de rede.	2024	Secretaria de Saúde
8.4 Realizar treinamento para as equipes de Atenção Básica, em técnicas de metodologias de trabalho em grupos, implementando esses espaços no território.	2022	Secretaria de Saúde
8.5 Realizar capacitação para os profissionais da Atenção Básica sobre o Método Canguru.	2022	Secretaria de Saúde
8.6 Realizar validação e implantação do Protocolo de Saúde da Criança com capacitação dos profissionais.	2022	Secretaria de Saúde
8.7 Realizar treinamento para as equipes de Atenção Básica e maternidades ,para utilização do protocolo de saúde da criança, e publicar portaria municipal, regulamentando o uso do mesmo.	2022	Secretaria de Saúde
8.8 Realizar curso de Manejo da Amamentação.	2022	Secretaria de Saúde
8.9 Implementar o Plano de Educação Permanente voltado para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, que contemple os profissionais de banco de leite e postos de coleta de leite humano, para fortalecimento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, da atenção básica para a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).	2023	Secretaria de Saúde

8. FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE	PRAZO	RESPONSÁVEL
8.10 Promover formação continuada para os profissionais de saúde sobre a importância da Primeira Infância no desenvolvimento da criança.	2023	Secretaria de Saúde
8.11 Promover capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre desenvolvimento na Primeira Infância.	2024	Secretaria de Saúde
8.12 Capacitar pediatras, da rede de saúde, sobre desenvolvimento e acompanhamento na Primeira Infância.	2023	Secretaria de Saúde
8.13 Promover formação para profissionais de saúde sobre a prevenção e enfrentamento às violências sexuais contra crianças e promoção da autoproteção.	2024	Secretaria de Saúde
8.14 Capacitar os profissionais das Unidades de Saúde da Família e dos Espaços do Programa Mãe Coruja Recife para identificar violências e fazer os devidos encaminhamentos.	2023	Secretaria de Saúde
8.15 Promover formação para os profissionais de saúde sobre detecção precoce e manejo de atendimento para crianças com autismo.	2025	Secretaria de Saúde
8.16 Capacitar os profissionais da Atenção Básica para manejo clínico da Sífilis.	2021	Secretaria de Saúde
8.17 Capacitar os profissionais da Atenção Básica na realização dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis.	2021	Secretaria de Saúde
8.18 Realizar formação em Shantala, para profissionais de saúde, através do Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI).	2021	Secretaria de Saúde
8.19 Realizar capacitação para os profissionais da Atenção Básica sobre Planejamento Reprodutivo, com ênfase na prevenção da gravidez na adolescência.	2023	Secretaria de Saúde
8.20 Realizar formação com gestoras(es) e profissionais de saúde sobre violência obstétrica e Racismo Institucional na saúde.	2021	Secretaria de Saúde

EIXO DO DIREITO À ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS¹

A referência da **Política de Assistência Social** como direito do cidadão e dever do Estado surge no marco da **Constituição Federal de 1988**, vinculado ao tripé da **Seguridade Social**, ao lado da Política de Saúde e da Previdência Social. Nesse sentido, esse novo Marco Legal veio superar uma visão da Assistência Social como favor, benesse, sob um viés assistencialista.

Em um país com tamanha desigualdade social, como também é o caso do município de Recife, esta realidade apresenta-se de forma marcante no cotidiano da cidade, cujo desafio de garantir a Assistência Social, a quem dela necessite, tornar-se enorme. Porém, este desafio precisa ser enfrentado, a fim de ganhar centralidade no âmbito das políticas públicas, no contexto de um Estado Democrático de Direito, no qual é norteado pela importância da Democracia Participativa, de forma que, considerando a descentralização das políticas públicas, é no município onde cada cidadã/o pode e deve participar, de maneira direta, da construção e do controle social das políticas públicas.

Nesse mesmo contexto também se situa a Política de Direitos Humanos, cuja temática aqui importa-nos, sobretudo, em relação aos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Conforme expressa a chamada “Constituição Cidadã”, no artigo 227, devem ser tratadas pela **família, sociedade e Estado** como **prioridade absoluta**, garantindo às crianças e adolescentes a **proteção integral**, mediante a promoção de todos os seus direitos: “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.” Igualmente, devem ser colocados/as à salvo de qualquer forma de: “negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

A partir de ampla mobilização nacional, incluindo a participação de crianças e adolescentes nesse processo, foi aprovado o **Estatuto da Criança e do Adolescente** (ECA - Lei 8.069/1990), que está completando, neste ano

¹ GOMES, Eduardo Paysan. Advogado, Especialista em Direitos Humanos, Mestre em Serviço Social, Gerente da Criança e do Adolescente, Conselheiro Suplente da Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Política Sobre Drogas e Direitos Humanos (SDSJPDH) no COMDICA Recife e membro da Comissão de Elaboração do Plano da Primeira Infância/COMDICA.

de 2020, 30 anos de sua promulgação. Essa lei regulamenta a Constituição Federal de 1988, detalhando sobre os direitos de crianças e adolescentes, considerando todos/as em condição de igualdade, superando a legislação anterior, do antigo Código de Menores que se destinava aos “menores” e suas famílias, numa Doutrina da Situação Irregular.

Posteriormente, a Assistência Social também foi regulamentada através da **Lei Orgânica da Assistência Social** (LOAS – Lei 8.742/1993), tendo aprovada a Política de Assistência Social (PNAS), em 2004, e o **Sistema Único da Assistência Social (SUAS)** por uma Norma Operacional Básica (NOB), expedida pelo Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS), em 2005, formalizado legalmente a partir da Lei 12.435/2011.

Em 2016, também partindo de uma ampla mobilização da chamada Rede Nacional Pela Primeira Infância (RNPI), aprovou-se o **Marco Legal da Primeira Infância** (Lei 13.257/2016), trazendo alterações significativas para o Estatuto da Criança e do Adolescente e outras Leis, dando especial atenção aos primeiros seis anos de vida da criança.

Em relação a tal Marco Legal, trazemos especial destaque para o disposto no Art. 4º, inc. IV, quando se destina a: “**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”.

O fato de termos uma relação estreita entre as Políticas de Assistência Social e de Direitos Humanos tem um sentido próprio, uma vez que ambas possuem um papel de **articulação** junto às demais políticas públicas, nesse caso, no sentido de garantir a **proteção integral** à crianças e adolescentes, garantindo-se a **intersetorialidade com as demais políticas sociais básicas**, como: educação, lazer, esporte, cultura, saúde, moradia, meio ambiente, segurança, etc. No que se refere aos Direitos Humanos, todos eles são: indivisíveis, interdependentes e universais, conforme a **Declaração Universal dos Direitos Humanos** (1948) e especificados na **Convenção Sobre os Direitos da Criança** (1989).

A Política da Assistência Social tem estabelecida, através dos marcos normativos citados, a organização da sua gestão, bem como a oferta de

programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais. Destina-se às pessoas e/ou famílias em situação de vulnerabilidade social ou risco, dividindo-se entre **Proteção Social Básica** e **Proteção Social Especial**, em que a primeira é focada em evitar e prevenir a violação dos direitos, visando fortalecer os vínculos familiares e sociais dos indivíduos. Por sua vez, a segunda, dá conta de situações onde já se instalou uma violação de direitos, no qual os vínculos familiares e sociais já foram abalados ou rompidos.

A **Proteção Social Básica** tem como equipamento correspondente o **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**, servindo como porta de entrada para todos os usuários desta política para acessar os serviços socioassistenciais. Nesse âmbito é desenvolvido o **Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)**. Também são vinculados à Proteção Básica, os **Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)** destinados às crianças e adolescentes, onde há a promoção de atividades socioeducativas relacionadas ao esporte, ao lazer e à cultura.

A **Proteção Social Especial** é dividida entre **Média** e **Alta Complexidade**. Indivíduos ou famílias que tiveram seus direitos violados, porém os vínculos familiares encontram-se apenas fragilizados, devem recorrer ao equipamento do **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)**, sendo este vinculado à **Proteção Social Especial da Média Complexidade**. Nos **CREAS** é ofertado o **Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)** que realiza atendimentos em situações de violência sexual, física, psicológica, trabalho infantil, entre outras.

Ainda no âmbito da Média Complexidade existem os equipamentos denominados de **Centros Pop (Centros Especializados no Atendimento à População em Situação de Rua)**, aos quais se vinculam o **Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS)**, que realiza a busca ativa nos diversos territórios, visando identificar situações de violações de direitos vinculadas à situação de rua, como trabalho infantil, violência sexual, uso ou abuso de substâncias entorpecentes, etc.

Quando os vínculos se encontram rompidos, os indivíduos ou famílias deverão recorrer à **Proteção Social Especial da Alta Complexidade**, demandando os serviços de **Acolhimento Institucional** ou de **Acolhimento Familiar**. Nesse âmbito, a proteção é oferecida de forma integral, tendo em

vista que os indivíduos ou famílias que recorrem a esse tipo de atendimento necessitam de segurança de acolhida, bem como afastamento temporário do grupo familiar ou comunidade de origem.

As equipes de todos esses equipamentos e serviços devem atuar em estreita relação com outros órgãos do **Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)**, garantindo a proteção integral, podendo-se destacar os órgãos do Eixo de Defesa, tais como: **Conselhos Tutelares; Defensoria Pública, Centro de Defesa (CENDHEC – Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social); Delegacia Especializada (Departamento de Polícia da Criança e do Adolescente – DPCA); Polícia Militar; Ministério Público; Varas da Infância e Juventude (Tribunal de Justiça)** e do Eixo da Promoção e Controle, como: **COMDICA Recife (Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente)** e demais **Conselhos Setoriais**.

Por fim, destacamos que o Município, com referência ao **Marco Legal da Primeira Infância do Recife** (Lei Municipal n.º 18.491/2018), desenvolve, no âmbito da **Secretaria Executiva de Assistência Social**, o **Programa Primeira Infância no SUAS**, coordenado pela **Gerência da Proteção Social Básica** e, no âmbito da **Secretaria Executiva de Direitos Humanos**, o **Projeto Geração Afeto**, executado pela **Gerência da Criança e do Adolescente**, ambos vinculados à **Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Política Sobre Drogas e Direitos Humanos**, no qual são realizados de forma intersetorial, junto a outras políticas sociais do município, com foco na Primeira Infância e suas famílias.

EIXO ESTRATÉGICO

DIREITO À ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

ODS Correspondente



1. DIREITO À ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.1 Realizar formação continuada para os profissionais da Assistência Social que lidam com a primeira infância, com periodicidade mínima anual.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos/IES
1.2 Ampliar a cobertura da Assistência Social, com aumento dos Equipamentos do CRAS e CREAS, bem como Programas e Serviços correspondentes, com garantia de Equipes Técnicas adequadas ao atendimento, considerando a proporção populacional e priorizando as áreas de maior vulnerabilidade identificadas pelo diagnóstico que embasou a construção deste Plano.	2020-2024	Assistência Social
1.3 Fornecer enxoval para famílias de baixa renda com acompanhamento da assistência social para planejamento familiar.	2020-2030	Assistência Social
1.4 Criar agentes de desenvolvimento infantil, para orientação das famílias.	2020-2021	Assistência Social
1.5 Ampliar e fortalecer o Programa Primeira Infância no SUAS, garantindo o acompanhamento próximo das crianças e suas famílias em suas casas, por meio de um mapeamento das famílias onde as crianças de 00 a 06 anos de idade estão inseridas, para, assim, conhecer as condições em que vivem, contemplando os aspectos sociais e emocionais, bem como garantir que a equipe dos educadores sociais possa, periodicamente, visitar as famílias e, através de registros, criar um histórico de cada criança na primeira infância.	2020-2030	Assistência Social
1.6 Acompanhar as crianças que estão em serviços de acolhimento e Acolhimento Familiar (Família Acolhedora qualificada)	2020-2021	Assistência Social

1. DIREITO À ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.7 Fortalecer as entidades não governamentais que trabalham com crianças e adolescentes, através da destinação de recursos via Fundos Municipais da Assistência Social e da Criança do Adolescente, a fim de garantir a execução de Programas, Projetos e Serviços voltados para a Primeira Infância, bem como através do lançamento de Editais para a realização de Termos de Parceria, firmados diretamente com as mesmas.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos/COMDICA /CMAS
1.8 Acompanhar, regularmente, as famílias que possuem crianças na idade da primeira infância, priorizando situações de vulnerabilidade social, garantindo atendimento humanizado às mesmas.	2020-2030	Assistência Social
1.9 Realizar busca ativa, por meio da comunicação de registros de nascimento dos cartórios e/ou sistema de informações da saúde, a fim de que as famílias possam ser cadastradas nas políticas públicas para a primeira infância.	2020-2030	Assistência Social, Saúde e TJPE
1.10 Formação continuada de profissionais de Saúde, Educação, Assistência Social, Controle Social para ações integradas em prol da primeira infância, com periodicidade mínima anual.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação/IES
1.11 Oferecer a proteção integral a crianças na primeira infância, articulando-se com os órgãos responsáveis, como: conselho tutelar, agentes comunitários de saúde e espaços educacionais, dentre outros.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação/Conselho Tutelar
1.12 Realizar acompanhamento nas casas de alunos de pré-escolas, a fim de identificar as dificuldades no convívio familiar de cada criança.	2020-2030	Assistência Social e Educação
1.13 Ampliar a cobertura das ações e serviços da política de segurança alimentar.	2020-2022	Assistência Social

1. DIREITO À ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.14 Aprimorar estratégias de intervenção para crianças em situação de rua e suas famílias e outras situações de risco, em articulação com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, utilizando do espaço dos Grupos de Trabalho de Risco, em cada RPA, com reuniões mensais, onde são pautados os casos mais complexos, envolvendo equipes: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Educação, Saúde, Ministério Público, DPCA, COMDICA e outros.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde, Educação/ Conselho Tutelar/DPCA/MPPE/ COMDICA
1.15 Fornecer benefícios extras, como o Programa Bolsa Escola Municipal, para famílias que têm todas as crianças nas escolas.	2020-2030	Assistência Social e Educação
1.16 Ofertar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para a primeira infância, de forma a promover oficinas, como de artes cênicas e artes plásticas, no mínimo, três vezes por semana, a fim de desenvolver o convívio lúdico-social.	2020-2030	Assistência Social
1.17 Promover, através das Equipes dos CRAS, encontros e formar grupos de convivência de pais ou responsáveis pelas crianças, nos moldes do Programa Primeira Infância no SUAS, para juntos debaterem, exporem suas experiências e buscarem/apresentarem/socializarem sugestões de ações em benefício e valorização do convívio social em geral.	2020-2030	Assistência Social
1.18 Investir em formação para todos aqueles atores que trabalham com crianças sejam da área da Assistência Social, Saúde ou Educação. Formar pessoas para que elas dentro de suas áreas saibam como lidar com as crianças na primeira infância e suas especificidades.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação/IES
1.19 Acompanhar processos de adoção dos bebês e crianças..	2020-2030	TJPE
1.20 Desenvolver campanhas educativas voltadas para os usuários da Assistência Social em favor da primeira infância.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos e Imprensa
1.21 Organizar mutirões para o registro civil, através de articulação com a Equipe do Expresso Cidadão Municipal, em locais de maior incidência de sub-registro ou de difícil acesso, em articulação com associações de bairros, de classe, sindicatos, igrejas e clubes de serviços, promovendo o deslocamento dos serviços cartoriais e construir alternativas que previnam o sub-registro de nascimento.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos e Saúde/Associação Pernambucana de Cartórios /TJPE

2. DIVERSIDADE E INCLUSÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL
2.1 Orientar e conscientizar a todas as pessoas que trabalham com ou cuidam de crianças sobre a importância do respeito à diversidade, desde a primeira infância, considerando questões de: identidade de gênero, orientação sexual, raça-etnia, deficiência, religiosidade, a fim de garantir a livre escolha de cores, brinquedos e não reproduzir nas crianças as culturas: machista, racista, LGBTfóbica, capacitista e da intolerância religiosa.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos
2.2 Disponibilizar informação para as famílias alcançarem meios de promover incentivo da criatividade nesse fase, seja a criança com deficiência ou não.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos
2.3 Preparar todos/as os/as profissionais que lidam com crianças a lidar com todas elas, inclusive, as crianças com diversos tipos de deficiência.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos
2.4 Implantar uma equipe multisetorial de intervenção precoce e atuação em loco aliando (Educação, Saúde e Assistência Social), a fim de atender a diversidade da necessidade das crianças do Recife no que diz respeito: microcefalia proveniente da Síndrome Congênita do Zika Vírus; vulnerabilidade (fome, higiene, assédio, trabalho infantil); e Crianças com deficiência.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação
2.5 Fomentar o uso de materiais pedagógicos para a Educação Infantil e outros espaços onde se promova o brincar, como: COMPAZ, Bibliotecas Pela Paz e outros, que favoreçam a compreensão e vivência das crianças, desde a primeira infância, sobre a diversidade étnico-racial, dentre outros/as, incluindo nas brincadeiras, brinquedos, histórias, livros e outros jogos expressivos: bonecas e personagens negras/os, indígenas, ciganos/as, com deficiência, etc.	2020-2021	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde, Educação e Segurança Urbana
2.6 Estabelecer programas de atendimento voltados para crianças indígenas, contemplando as particularidades da cultura do seu povo.	2020-2021	Assistência Social e Direitos Humanos

3. PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES	PRAZO	RESPONSÁVEL
3.1 Ampliar e fortalecer o Projeto Geração Afeto e iniciativas semelhantes, a fim de orientar e sensibilizar os pais e responsáveis por crianças sobre prevenção de acidentes desde o início da gestação, empregando para isso diversos meios, como campanhas pela televisão, folhetos e cartazes e reuniões, em centros de saúde, nos estabelecimentos de educação infantil e escolas.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação
3.2 Reforçar a temática da prevenção de acidentes na qualificação e sensibilização das equipes de atenção básica na Saúde e na proteção social básica na Assistência Social para a realização de visitas domiciliares, desde a gravidez, como também a primeira semana de vida, priorizando os casos de gravidez na adolescência.	2020-2030	Assistência Social e Saúde
3.3 Realizar campanhas educativas, informativas e de comunicação à população, abordando a importância da prevenção de acidentes (em especial acidentes domésticos) para uma infância saudável, focando nas particularidades do desenvolvimento físico e psicológico infantil, em que a criança é mais suscetível de sofrer lesão não intencional.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos e Imprensa
3.4 Efetivar a Educação de Trânsito de acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, envolvendo agentes de trânsito do município, de forma constante e não pontual, com foco na Educação Infantil e na Formação Continuada de Professores, a fim de que possa ser transmitida a importância de se evitarem acidentes no trânsito a crianças e suas famílias.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Educação e Segurança Urbana
3.5 Inserir o tema prevenção de acidentes e primeiros socorros nos cursos de formação e de educação continuada dos dirigentes, coordenadores, equipe técnica, educadores e auxiliares de Casas de Acolhida e também para profissionais de desenvolvimento do Programa de Famílias Acolhedoras.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos

4. CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA	PRAZO	RESPONSÁVEL
4.1 Orientar e acompanhar as crianças que sofrem maus tratos e abusos de seus responsáveis, garantindo a responsabilização dos/as autores/as da violência, mediante o encaminhamentos aos órgãos competentes.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde, Educação, Mulher e Segurança Urbana/Conselho Tutelar/DPCA/Defensoria Pública/MPPE/TJPE/Sociedade Civil/COMDICA
4.2 Ampliar a atuação e o investimento no enfrentamento à qualquer tipo violência doméstica contra crianças e adolescentes, através da ampliação da Equipe do Centro de Referência de Direitos Humanos (CRDH) Margarida Alves; da Equipe do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS); da Gerência da Criança e do Adolescente (GCA); bem como sua qualificação e dos/as Conselheiros/as Tutelares.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos
4.3 Atender e acolher a crianças em situação de rua, através das Equipes do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), criando o "Centro Popinho" e acompanhando os casos através do PAEFI/CREAS e encaminhando para o Acolhimento Institucional, quando necessário, além de garantir acompanhamento psicológico e preventivo contra violência sexual e outras violências.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos e Saúde
4.4 Promover diálogos com os pais sobre o perigo da violência sexual e seu dano psicológico (abordando o crime de estupro de vulnerável, tendo por base o Art. 217 A, do Código Penal), através da Equipe do Núcleo de Educação Social (NES) dos CREAS, promovendo também a articulação com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), a fim de garantir a abordagem da questão, de forma preventiva, junto às famílias atendidas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos

4. CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA	PRAZO	RESPONSÁVEL
4.5 Realizar a formação permanente de Profissionais da Educação, Saúde e Assistência Social, sobre a prevenção e enfrentamento das violências sexuais contra crianças e promoção da autoproteção.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação/IES
4.6 Realizar palestras preventivas no tocante ao dano psicológico após uma criança, adolescente ou jovem ser estuprado (com arrimo no artigo 217 e 217 A, do Código Penal), em parceria com Equipes da Gerência da Criança e do Adolescente (GCA); do Centro de Referência Especializado no Cuidado Com Crianças, Adolescentes e Suas Famílias Vítimas de Violência (CERCCA); do Programa Escola Que Protege (EQP) e Núcleo do Enfrentamento à Violência Escolar (NEVE); bem como os Conselhos Tutelares; e o Departamento de Polícia da Criança e do Adolescente (DPCA), para que as escolas tenham um apoio maior no combate à violência infantil, seja ela qual for.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação/Conselho Tutelar/DPCA
4.7 Trabalhar com famílias para a promoção dos bons tratos na primeira infância, e a prevenção das violências, utilizando material educativo. Treinar quem trabalha com famílias para fazer esse trabalho de sensibilização, já que o lar é o principal espaço onde o direito das crianças a uma vida livre de violência não é respeitado.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Educação/Conselho Tutelar
4.8 Fortalecer os Conselhos Tutelares, sua estrutura de funcionamento, bem como suas ações e métodos de trabalho, através da garantia de formação continuada, inclusive, sobre a operação do Sistema de Informação Para a Infância e Adolescência (SIPIA), a fim de possibilitar a alimentação desse Banco de Dados, que é um instrumento de informação importante para a construção e o monitoramento das políticas públicas voltadas para o segmento.	2020-2030	Assistência Social e Direitos Humanos/Conselho Tutelar/IES

4. CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA	PRAZO	RESPONSÁVEL
4.9 Atentar para as crianças em áreas de risco e em situação de violência e vulnerabilidades, promovendo melhor acompanhamento quanto a: alimentação, cuidados da saúde, lazer e educação.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde, Lazer, Educação e Defesa Civil/Conselho Tutelar
4.10 Realizar campanha para coibir o abuso infantil na primeira infância, destinada a toda a sociedade, a fim de evitar a subnotificação dos casos, estimulando as denúncias para a proteção às crianças, através: do Disque 100, da Ouvidoria Geral do Município, Centro de Referência de Direitos Humanos - Margarida Alves (CRDH-MA) e dos Conselhos Tutelares.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Ouvidoria Geral do Município e Imprensa /Conselho Tutelar
4.11 Realizar formação continuada, anual, aos profissionais que atuam com crianças no sentido de que possam ter maiores conhecimentos sobre esse tema da violência e abuso na infância, realizando parceria com o Escola de Formação e Aperfeiçoamento de Educadores do Recife - Paulo Freire (EFAER), em relação aos Professores e outros profissionais da Educação e Escola de Governo, em relação a outros servidores municipais, em especial, Agentes Comunitários de Saúde (ACS).	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde, Educação e Administração e Gestão de Pessoa
4.12 Realizar enfrentamento com efetividade/severidade contra trabalho infantil, abuso e exploração sexual infantil e outras formas de violência contra crianças e adolescentes, através do estabelecimento de fluxos de atendimento da Rede Intersetorial Municipal, no âmbito do Comitê de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência (instituído com base no Art. 9º, Inc. I, do Decreto n.º 9.603/2018 e Lei n.º 13.431/2017, que instituiu a Escuta Especializada e o Depoimento Especial), vinculado ao COMDICA.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde, Educação, Mulher e Segurança Urbana/Conselho Tutelar/DPCA/Defensoria Pública/MPPE/TJPE/ Sociedade Civil/COMDICA
4.13 Promover ações voltadas para a primeira infância, através da Política sobre drogas, com foco específico em gestantes (em especial as adolescentes) em situação de uso abusivo de drogas.	2020-2030	Assistência Social, Direitos Humanos e Drogas
4.14 Ampliar o Projeto Geração Afeto e estabelecer enquanto um Programa, aprovado através de um marco legal, a fim de garantir seu estabelecimento enquanto política pública.	2020-2021	Direitos Humanos, Procuradoria Geral do Município, Gabinete do Prefeito e Câmara Municipal

5. PROTEÇÃO CONTRA A PRESSÃO CONSUMISTA	PRAZO	RESPONSÁVEL
5.1 Sensibilizar as escolas públicas e particulares do município quanto à importância de desenvolverem ações pedagógicas voltadas para discussões sobre os valores e hábitos da sociedade de consumo, estimulando o consumo responsável e consciente, contra o consumismo na infância e visando a sustentabilidade do planeta.	2020-2030	Direitos Humanos, Educação e Meio Ambiente
5.2 Discutir criticamente com as crianças e suas famílias sobre a influência das mídias sobre as crianças, frente à propaganda de produtos de consumo.	2020-2030	Direitos Humanos e Educação
5.3 Promover debates sobre a exposição precoce de crianças à mídia, em todos os setores da sociedade, mas especialmente, junto a associações médicas, de psicólogos e de professores.	2020-2030	Direitos Humanos e Educação
5.4 Auxiliar os educadores a conscientizar os pais acerca dos males que o excesso do uso de telas pode causar, bem como informar sobre propostas alternativas à TV, ao computador e ao vídeo game, que podem e devem ser estimuladas nas crianças (brincadeiras que estimulem o movimento e a imaginação, como "faz-de-conta", excursões, teatros de bonecos, de fantoches, ao ar livre, etc.	2020-2030	Direitos Humanos e Educação
5.5 Propor legislação municipal que regule o excesso do uso de telas por crianças, na primeira infância, tendo em vista os males que pode causar, sugerindo programas para informar à população sobre propostas alternativas à TV, ao computador e ao vídeo game.	2020-2021	Procuradoria Geral do Município, Gabinete do Prefeito e Câmara Municipal
5.6 Fomentar a realização de Feiras de Troca de Brinquedos, em diversos espaços coletivos, públicos e privados e com diversos parceiros, durante a Semana do Bebê e a Semana do Brincar, a fim de fomentar novas práticas e refletir sobre o consumismo na infância.	2020-2030	Direitos Humanos

A CRIANÇA E O DIREITO À CIDADE ¹

Atualmente, a cidade se constitui como um espaço de disputas e conflitos, em níveis socioeconômicos, políticos e culturais, com interesses distintos de usos e das diferentes idades, restringindo, cada vez mais, a participação infantil na produção dos espaços públicos. É na contramão dessa abordagem que restringe a participação infantil, que se julga necessário a construção de lugares, a partir do diálogo com as crianças. Mas pensar os lugares da cidade com as crianças exige entender suas particularidades, conhecendo, desconstruindo o preconceito para com a infância e reconstruindo o que é ser criança.

Entretanto, cabe explicitar um conceito de cidade que, embora não negue a cidade como um espaço de disputas e conflitos, caminha para uma cidade mais humana, alcançando o desenvolvimento integral do cidadão e entendendo que o processo de transformação da cidade é também um processo de transformação das sociedades.

“A cidade é [...] A tentativa mais coerente e, em termos gerais, mas bem-sucedida de refazer o mundo em que vive, e de fazê-lo de acordo com seus mais profundos desejos. Porém, se a cidade é o mundo criado pelo homem, segue-se que também é o mundo em que ele está condenado a viver. Assim, indiretamente e sem nenhuma consciência bem definida da natureza de sua tarefa, ao criar a cidade o homem recriou a si mesmo.”

(Robert Park, On Social Control and Collective Behavior, Chicago, 1967)

“Se Park está certo, a questão do tipo de cidade que queremos não pode ser separada da questão do tipo de pessoas que queremos ser, que tipos de relações sociais buscamos, que relações com a natureza nos satisfazem mais, que estilo de vida desejamos levar, quais são nossos valores estéticos. O direito à cidade, portanto, [...] é um direito de mudar e reinventar a cidade mais de acordo com nossos mais profundos desejos.”

(David Harvey, Cidades Rebeldes)

¹Texto produto de colaboração ao Coletivo Massapê e ARIES para o Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife.

A partir do entendimento do direito à cidade, surge o reconhecimento que todos, inclusive as crianças, têm direito à liberdade de se expressar, se reconhecer e de refazer o mundo em que vive. Desta maneira, a cidade precisa ser pensada com a criança, não só por ser um direito dela, mas também pela importância dos espaços urbanos serem locais coletivos de expressão da cultura urbana infantil. Quando se passa a participar mais dos espaços de uso coletivo da cidade aumenta o sentimento de identidade, pertencimento e apropriação, os quais criam lugares mais vivos, seguros e felizes enquanto auxilia no desenvolvimento de uma cidadania ativa. Assim, o senso de pertencimento, de comunidade e o entendimento da cidade como espaço de múltiplas possibilidades, devem ser construídos desde a Primeira Infância. Tonnucci (2005) aponta que a presença das crianças nos espaços públicos também sinaliza a existência de vivacidade no ambiente urbano e, portanto, um indicador de uma cidade inclusiva à todos.

A CRIANÇA E A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO PÚBLICO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

“A Cidade se faz educativa pela necessidade de educar, de aprender, de ensinar, de conhecer, de criar, de sonhar, de imaginar de que todos nós, mulheres e homens, impregnamos seus campos, suas montanhas, seus vales, seus rios, impregnamos suas ruas, suas praças, suas fontes, suas casas, seus edifícios, deixando em tudo o selo de certo tempo, o estilo, o gosto de certa época. A Cidade é cultura, criação, não só pelo que fazemos nela e dela, pelo que criamos nela e com ela, mas também é cultura pela própria mirada estética ou de espanto, gratuita, que lhe damos. A Cidade somos nós e nós somos a Cidade.”

(Paulo Freire, Política e Educação)

Estudos da neurociência mostram que as experiências vivenciadas durante a Primeira Infância - fase que vai do nascimento aos 6 anos de vida - têm efeitos por toda a vida. As cidades que dão às suas crianças pequenas um bom começo na vida, estão ajudando a criar crianças mais felizes e capazes de atingir seu pleno potencial.

Nas palavras de Paulo Freire, as cidades podem se fazer educativas. Para desenvolver-se a criança precisa de ambientes acolhedores nos

quais possa brincar e explorar. Aos poucos ela vai descobrindo e aprendo sobre ela, o outro e o mundo que a cerca. A cidade pode promover este desenvolvimento de forma segura, confortável e estimulante a todo tempo. Neste sentido, ao se planejar uma cidade é fundamental olhá-la pela perspectiva da criança. Entender como elas vivenciam e experimentam a cidade, garantindo espaços seguros e saudáveis para os desfrutarem, juntamente com seus cuidadores.

Ao se planejar uma cidade para a Primeira Infância é preciso também dar especial atenção ao cuidador - mãe, avó (ô), pai, tia (o) - que em última instância decidirá se a criança pode ou não utilizar o espaço público, irá ou não até um serviço local. Para tanto, o percurso até o local de destino não pode ser difícil. Ao contrário, precisaria ser seguro, saudável e acolhedor, oferecendo oportunidades de interação com a criança, com a natureza e comunidade; com espaços de sombra e descanso.

O desenvolvimento de uma cidade acolhedora para a Primeira Infância requer a escuta desta criança e de seu cuidador, olhar atento e cuidadoso para as necessidades e especificidades deste período primordial da vida. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015 a maior parte da população brasileira, 84,72%, vive em áreas urbanas. Mesmo assim, as cidades costumam ser pouco convidativas para as crianças na Primeira Infância: há muita poluição – ar e sonora -, trânsito de carros constante, falta de espaço para conviver, brincar e pouco acesso à natureza. Para além disso, a locomoção da criança pequena – em carrinhos de bebê ou de mão dada com um adulto-cuidador – costuma ser desafiadora. Dentro deste contexto, as crianças estão cada vez mais expostas à televisão e ao computador² e brincam menos ao ar livre³.

Desde a década de 70, organismos internacionais têm trazido para a pauta este olhar mais cuidadoso em torno do território onde as crianças

² Dados da pesquisa *The Infant and Kids Study (IKS)*, de 2016, realizada pela Nestlé em parceria com o Ibope, indicam que 54% crianças brasileiras de 0 a 12 anos passam mais de 4 horas em frente à televisão e ao computador. Nos Estados Unidos, crianças passaram, em 2017, em média, 2 horas e 19 minutos usando computadores, televisões, celulares e vídeo games, de acordo com pesquisa da instituição *Common Sense*.

³ Pesquisa da marca OMO com 12 mil pais de crianças entre 5 a 12 anos em dez países, incluindo o Brasil, indica que 58% das crianças brinca ao ar livre por uma hora ou menos por dia.

crecem, se relacionam, aprendem e se desenvolvem. Ainda na década de 70, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO implementou sua estratégia Growing up in Cities, criando uma metodologia para incorporar a escuta e participação das crianças e dos adolescentes nos planejamentos de bairro. Em 1989, a Convenção dos Direitos das Crianças das Nações Unidas trouxe à luz a importância de se considerar o ambiente onde a criança vive como um direito. Entre os direitos da criança ela coloca: uma moradia digna⁴, um ambiente seguro e limpo⁵, e acesso a serviços de saúde e educação. Em 1996, durante a II Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos – Habitat II, foi aprovada uma resolução para que as cidades fossem acolhedoras para todos. Ela declarava que o bem-estar das crianças é o principal indicador de ambiente saudável, de uma sociedade democrática e com boa governança. A partir deste encontro, foi lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF a iniciativa Child-Friendly Cities, que busca apoiar cidades para que possam incorporar as vozes, necessidades, prioridades e direitos das crianças como parte integrante de políticas, programas e decisões públicas. A Agenda 2030 – principal plataforma das Nações Unidas na atualidade – traz em seu objetivo 11º de Desenvolvimento Sustentável menções específicas às crianças e ao território: “proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência e ao ambiente em que vivem, para que este seja inclusivo e que possibilite seu desenvolvimento integral”.

Recife tem somado esforços para ser uma cidade promotora do desenvolvimento infantil, qualificando serviços, aprimorando estratégias de mobilidade urbana e aprimorando espaços públicos voltados para Primeira Infância, seus cuidadores e familiares. O Programa Mais Vida nos Morros é um dos programas desenvolvidos com sucesso pelo município dentro dessa estratégia. A melhoria dos espaços públicos – calçadas, ruas, praças, espaços verdes – próximos às residências das pessoas e ao longo da rota para os serviços têm melhorado a qualidade de vida de seus moradores. Outros exemplos são as estratégias-piloto sendo desenvolvidas ao redor do Centro

⁴ No artigo 27. Para mais informações, veja:

[https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.](https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca)

⁵ No artigo 24.

Comunitário da Paz - Compaz Eduardo Campos tornando-o equipamento referência para Primeira Infância no território onde estão localizados com iniciativas que podem ser replicadas para as outras unidades existentes (Compaz Ariano Suassuna e Compaz Miguel Arraes), assim como ações no bairro da Iputinga, desenvolvendo caminhos seguros e saudáveis para Primeira Infância dentro do bairro.

Para isto, o poder público precisa estruturar estratégias de longo prazo, definir metas, indicadores de monitoramento e avaliação, e planos de ação que sustentem a implementação de uma política urbana voltada à Primeira Infância, abordando todas as temáticas transversais que interferem no desenvolvimento de bebês e crianças, priorizando o espaço público como lugar de encontro e palco para o desenvolvimento das relações sociais.

EIXO ESTRATÉGICO

DIREITO AO ESPAÇO URBANO

ODS Correspondente



1. AMBIENTE DA CIDADE MAIS ACOLHEDOR E SEGURO PARA CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.1 Criar Zona de Proteção da Primeira Infância - definindo o que seriam estas zonas e aprovando quais as normas urbanísticas em instrumento legal específico - no entorno de instituições e iniciativas âncoras, considerando equipamentos públicos e privados, promovendo parcerias para sua preservação tais como: Equipamentos de saúde ligados ao programa Mãe Coruja; Equipamentos de educação, creches e escolas, que atendem crianças de zero a seis anos; Compaz; Bibliotecas públicas e centros culturais; Mais Vida nos Morros; Jardim Botânico e Econúcleos; Equipamentos de lazer, praças, parques que atendem crianças de zero a seis anos; ZEIS - ZONAS ESPECIAIS DE INTERESSE SOCIAL.	2030	Prefeitura/Urbanismo
1.2 Desenvolver e implementar plano de adequação de calçadas e travessias para garantir mobilidade segura, acessível, confortável e estimulante para as crianças na primeira infância e seus cuidadores, priorizando as Zonas de Proteção da Primeira Infância e as ZEIS - ZONAS ESPECIAIS DE INTERESSE SOCIAL (Lei 16113/1995)	2030	Prefeitura/Urbanismo
1.3 Ampliar a rede conectada de ciclovias, ciclofaixas e ciclorrotas, em alinhamento ao Plano Diretor Cicloviário (PDC), para estimular a mobilidade por bicicleta de cuidadores e crianças e garantir acesso aos principais serviços de Primeira Infância.	2030	CTTU
1.4 Aprimorar a qualidade, o conforto e o acesso ao sistema de transporte público para garantir sua utilização segura e estimulante para cuidadores e crianças da primeira infância.	2022	Estado
1.5 Promover a revitalização das rotas de acesso aos serviços e Zonas de Proteção da Primeira Infância com arborização, espaços para descanso e exploração.	2030	Prefeitura/Urbanismo

1. AMBIENTE DA CIDADE MAIS ACOLHEDOR E SEGURO PARA CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.6 Criar sinalizações e placas lúdicas e educativas, para que as crianças reconheçam o caminho e os equipamentos.	2030	Prefeitura/Urbanismo
1.7 Implementar estratégias de segurança viária nas rotas de acesso aos serviços e Zonas de Proteção da Primeira Infância, através de um Plano de Segurança Viária.	2030	CTTU
1.8 Requalificar e revitalizar espaços urbanos ociosos próximos às residências e equipamentos de serviços voltados à primeira infância, e em ZEIS - ZONAS ESPECIAIS DE INTERESSE SOCIAL (Lei 16113/1995) consolidando-os como praças arborizadas e sombreadas, fomentando o plantio de árvores frutíferas e hortas comunitárias, com espaços de brincar acessíveis e adequados ao uso de bebês e crianças na Primeira Infância, prevendo mecanismos que garantam sua preservação, a fim de promover a integração família/criança/natureza.	2030	Prefeitura/Urbanismo
1.9 Ampliar a oferta de espaços lúdicos e acessíveis em áreas externas dos equipamentos públicos – postos de saúde, creches escolas, centros de cultura, biblioteca, CRAS, Centros Mãe Coruja, Jardim Botânico, Econúcleos, entre outros –, considerando as especificidades da Primeira Infância, o princípio do livre brincar, espaços de leitura e a convivência intergeracional, além de estimular a oferta em espaços privados.	2026	Prefeitura/Urbanismo
1.10 Garantir a construção de áreas de lazer e convivência adequadas para crianças de zero a seis anos no interior de novos conjuntos habitacionais, considerando as especificidades da Primeira Infância.	2030	Secretaria de Habitação
1.11 Promover o programa Lazer na Rua para crianças na Primeira Infância, restringindo o acesso de veículos motorizados aos finais de semana, em todo o território da cidade para usufruto da comunidade.	2022	Prefeitura

1. AMBIENTE DA CIDADE MAIS ACOLHEDOR E SEGURO PARA CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.12 Implementar calendário de atividades culturais em todo o território da cidade para estimular o uso do espaço público e promover interações positivas entre crianças e cuidadores. Atentar para contemplar atividades em ZEIS - ZONAS ESPECIAIS DE INTERESSE SOCIAL (Lei 16113/1995)	2021	Prefeitura
1.13 Fortalecer a participação de mães, pais, cuidadores e crianças em decisões sobre atividades e espaços públicos desenvolvidos para crianças de 0 até 6 anos.	2021	Prefeitura/Urbanismo
1.14 Valorizar, adequar e equipar espaços públicos com sanitários infantis, trocadores, bebedouros e bancos para amamentação, considerando as normas de acessibilidade para fomentar sua utilização por famílias com crianças na Primeira Infância.	2023	Prefeitura
1.15 Estabelecer em normativa específica a orientação para equipar espaços privados com sanitários infantis, trocadores, bebedouros e bancos de amamentação, considerando as normas de acessibilidade para fomentar sua utilização por famílias com crianças na Primeira Infância.	2023	Camara de Vereadores
1.16 Priorizar a construção e recuperação de espaços de convivência comunitária com áreas destinadas a atividades recreativas, esportivas e de lazer próprias para a Primeira Infância nas áreas que integram as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS).	2020-2030	Prefeitura/Urbanismo
1.17 Ampliar o investimento em saneamento básico nas comunidades que integram as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS).	2025	Prefeitura/Urbanismo

2. MAIS COCRIAÇÃO E A APROPRIAÇÃO CIDADÃ DE ESPAÇOS URBANOS VOLTADOS PARA PRIMEIRA INFÂNCIA	PRAZO	RESPONSÁVEL
2.1 Criar uma plataforma colaborativa com participação dos responsáveis e cuidadores para identificar e sugerir locais, equipamentos, estabelecimentos e serviços adequados para receber crianças da Primeira Infância.	2023	Prefeitura
2.2 Promover visitas com atividades lúdicas no turno escolar para as crianças e suas famílias conhecerem espaços públicos, como Museus, Parques, Praças, Econúcleos, Jardim Botânico, em outros bairros/regiões distintos das suas moradias e roteiros turísticos para incentivar a presença em espaços públicos diversos a partir do lazer e contribuir para a apreensão da história da cidade.	2021	Prefeitura
2.3 Promover programas de conscientização sobre a preservação dos espaços públicos do município e do meio ambiente para as crianças da educação infantil das redes pública, conveniada e privada.	2021	Prefeitura/Meio Ambiente
2.4 Potencializar espaços para aprendizado dos servidores municipais através de atividades, oficinas, visitas, vídeos, desenhos, apresentando diversos conhecimentos sobre o espaço urbano para crianças.	2022	Prefeitura/Urbanismo
2.5 Criar uma equipe interdisciplinar de formadores voltada para sensibilização de arquitetos, urbanistas e engenheiros sobre o tema da Primeira Infância, para potencializar a construção de espaços urbanos mais lúdicos, inclusivos, intergeracionais e seguros.	2022	Prefeitura/Urbanismo
2.6 Promover editais, debates, oficinas e outros tipos de atividades que possam fomentar e fortalecer as associações, ONGs, coletivos e outros grupos organizados pela sociedade civil que atuem com projetos voltados para a primeira infância na cidade do Recife.	2023	Prefeitura

GOVERNANÇA E INTERSETORIALIDADE¹

As crianças constituem um enorme desafio para os gestores governamentais, sejam eles em âmbito municipal, estadual, nacional ou mundial. As desigualdades sociais, provocam graves problemas na vida e desenvolvimento dos infantes. Sabe por quê? Porque as infâncias são efêmeras. Nelas estão oportunidades de elaborarmos uma força tarefa para a promoção de uma vida melhor, mais justa, mais igualitária. Criança deve ser prioridade de uma sociedade que deseje a promoção do desenvolvimento integral de seu povo, em qualquer lugar do mundo.

A atenção integral à criança ganhou importância política e econômica em todo o mundo. No século XX, a infância saiu do anonimato, transpassou o âmbito doméstico e familiar, chegou à esfera do público, do social, do político. A criança ganhou visibilidade mundial: a ONU proclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), fez a Convenção dos Direitos da Criança (1989), realizou uma Conferência Mundial sobre a Criança (1990), assinou o documento Um Mundo para a Criança (2002). Os organismos especializados da ONU – UNESCO, UNICEF, OMS – fizeram e continuam realizando conferências mundiais e apoiando iniciativas nacionais, estaduais e municipais e elaborando documentos com o objetivo de impulsionar políticas públicas de atenção aos direitos da criança. Nas Américas também houve várias reuniões de ministros, declarações e compromissos dos governos em dar maior atenção às crianças por meio de políticas públicas. Criança, hoje, é um assunto mundial, nacional, estadual e municipal.

Assim, torna-se importante conceituar como este caráter integral tanto social, quanto político, manifesta-se na gestão pública:

“A intersectorialidade significa uma nova maneira de abordar os problemas sociais, enxergando o cidadão na sua totalidade e estabelecendo uma nova lógica para a gestão da cidade, superando a forma segmentada e desarticulada como em geral são executadas as diversas ações públicas encapsuladas nos vários nichos setoriais que se sobrepõem às subdivisões profissionais ou disciplinares”

(Telma Maria Gonçalves Menicucci)

¹ CORDEIRO, Maria da Solidade de Menezes. Coordenadora da Rede Primeira Infância - REPI/PE e Integrante da Comissão de Elaboração do Plano da Primeira Infância/COMDICA.

“Uma estratégia programática e financeira para atender os direitos da criança a partir dela mesma na sua integralidade pessoal e em suas relações sociais, culturais e ambientais”. Esta definição aplicada às políticas para a Primeira Infância foi dada pelo Comitê Técnico sobre Intersetorialidade, da RNPI. O PMPI em consonância com o PNPI propõe uma ação mais completa de intersetorialidade em todos os setores. Todas as secretarias municipais que direta ou indiretamente tem a ver com as crianças(intersetorialidade interna), mais o Poder Legislativo Municipal, o Ministério Público, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos de Educação, saúde, assistência social, organizações da sociedade civil, associações e grupos não formais, consolidam a prática intersetorial.

Segundo o Guia Intersetorial da Primeira Infância, a intersetorialidade propõe uma nova maneira de abordar os problemas/desafios:

- Partir da visão holística da criança (pessoa, cidadã, sujeito de direitos), em vez de objeto de várias áreas de intervenção,
- Valorizar o conhecimento especializado e a especialização profissional e articulá-los num projeto conjunto, num plano integrado de atenção integral.

A partir desta compreensão, fica mais viável estabelecer articulações e alianças nos diversos setores para o cumprimento das políticas públicas, em atendimento ao que preceituam a LDBEN nº 9.394/96 e o ECA sobre a garantia dos direitos das crianças e adolescentes. A intersetorialidade também favorece o exercício do diálogo com parceiros de todos os setores (público, privado, terceiro setor e etc.), com finalidade de diagnóstico, projetos e serviços setoriais para o bem estar e a garantia dos direitos das crianças de zero a seis anos, sem que ninguém descaracterize suas funções dentro de cada instituição. São descobertas novas formas de agir para o bem delas e conseqüentemente acontece uma satisfação de estar fazendo um trabalho em prol de quem realmente não pode se defender diante das dificuldades que lhes cercam.

EIXO ESTRATÉGICO

GOVERNANÇA E INTERSETORIALIDADE

ODS Correspondente



1. GOVERNANÇA E RECURSOS PARA A EXECUÇÃO DO PLANO	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.1 Garantir estrutura de governança no governo municipal para coordenação das ações intersetoriais de Primeira Infância das secretarias, com a reponsabilidade, inclusive, de acompanhar a execução deste plano.	2021	Prefeitura
1.2 Divulgar regularmente a existência, a importância e as metas e estratégias deste Plano para a sociedade do Recife.	2021	Secretaria de Planejamento
1.3 Elaborar, anualmente, relatório detalhado com as execuções das metas e ações do Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância, que será avaliado pelo pleno do COMDICA e posteriormente apresentado, para fins de conhecimento do Poder Legislativo Municipal.	2022	Prefeitura
1.4 Incluir controles de investimentos e gastos com a Primeira Infância, que permitam transparência na destinação de recursos públicos para as ações previstas neste Plano.	2021	Secretaria de Planejamento

1. GOVERNANÇA E RECURSOS PARA A EXECUÇÃO DO PLANO	PRAZO	RESPONSÁVEL
1.5 Desenvolver e implementar sistema de informações gerenciais que permitam uma visão integrada dos indicadores da população de zero a setenta e dois meses na cidade.	2022	Secretaria de Planejamento
1.6 Desenvolver protocolos integrados dos serviços públicos básicos como educação, saúde e assistência social no atendimento a público-alvo da Primeira Infância.	2022	Prefeitura
1.7 Definir padrões mínimos de qualidade para os serviços da Primeira Infância na cidade.	2023	Prefeitura e Órgãos Competentes
1.8 Enviar o Primeiro Plano Decenal da Primeira Infância para todas as instituições parceiras e órgãos da administração municipal, para que possam tomar conhecimento de suas atribuições e responsabilidades.	2020	Prefeitura

2. FORTALECIMENTO DO CONHECIMENTO EM PRIMEIRA INFÂNCIA	PRAZO	RESPONSÁVEL
2.1 Manter parcerias formais entre a Prefeitura e instituições de ensino superior com foco no estreitamento das relações entre poder público e academia para ampliação e facilitação do campo de pesquisa, bem como o alinhamento de interesses comuns para a produção científica com foco na Primeira Infância, focando no objetivo estratégico de fortalecer Recife como polo regional e nacional no tema.	2021	Prefeitura e Universidades
2.2 Estimular a participação ativa das secretarias pertinentes nos fóruns da REPI (Rede Primeira Infância de Pernambuco) e MIEIB (Movimento Interfóruns de Educação Infantil do Brasil).	2021	Prefeitura
2.3 Ampliar, através de lei específica, a Licença Paternidade para os servidores públicos municipais de 20 para 30 dias, mediante, como pré-requisito, a realização de curso sobre Primeira Infância e Paternidades.	2021	Secretaria de Administração

7. ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E TRANSPARÊNCIA DE RESULTADOS DO PLANO

7.1 ACOMPANHAMENTO

As ações e estratégias propostas no Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife serão acompanhadas tal como prevê o artigo 15, da lei nº 18.491/2018, que instituiu o Marco Legal da Primeira do Recife. Dessa forma, o gerenciamento das ações e medidas voltadas à execução da Política da Primeira Infância visa garantir a implementação das propostas apresentadas no documento.

Isto posto, entende-se que o processo de acompanhamento das ações estabelecidas do PMPI/Recife tem caráter técnico e deve ser realizado por meio do **Comitê Gestor Intersetorial da Política Municipal Integrada Pela Primeira Infância do Recife**, composto pelo Gabinete do Prefeito e órgãos públicos responsáveis pelas políticas da Assistência Social, Direitos Humanos, Educação, Saúde, Esporte, Lazer, Turismo, Mulher, Desenvolvimento Sustentável, Segurança Urbana, Planejamento Urbano e Cultura.

Além do Comitê Gestor Intersetorial, o Marco Legal indica outros dois Comitês, a saber: o **Comitê Executivo**, composto pelas áreas técnicas indicadas pelas secretarias que compõem o Comitê Gestor Intersetorial que realizará reuniões ordinárias bimestrais ou quando necessárias; e o **Comitê Ampliado**, composto por órgãos públicos e entidades da sociedade civil com atuação na temática da primeira infância que realizará reuniões semestrais. A sociedade civil também poderá acompanhar a execução tanto através da publicação de relatórios, como por meio da plataforma **Colab**, ou, de acordo com a Lei 12.527/2011, da **Ouvidoria** e do **Portal da Transparência da Prefeitura**, solicitando informações, enviando cobranças, críticas e sugestões de melhoria.

7.2 MONITORAMENTO E TRANSPARÊNCIA DE RESULTADOS DO PLANO

Diante do exposto, entende-se que o processo de monitoramento

e transparência dos resultados das ações estabelecidas do PMPI/Recife deve ser concomitante ao de acompanhamento e realizado de forma compartilhada entre os diversos atores sociais, sendo eles: poder público, setor privado, organizações não governamentais, sociedade e família.

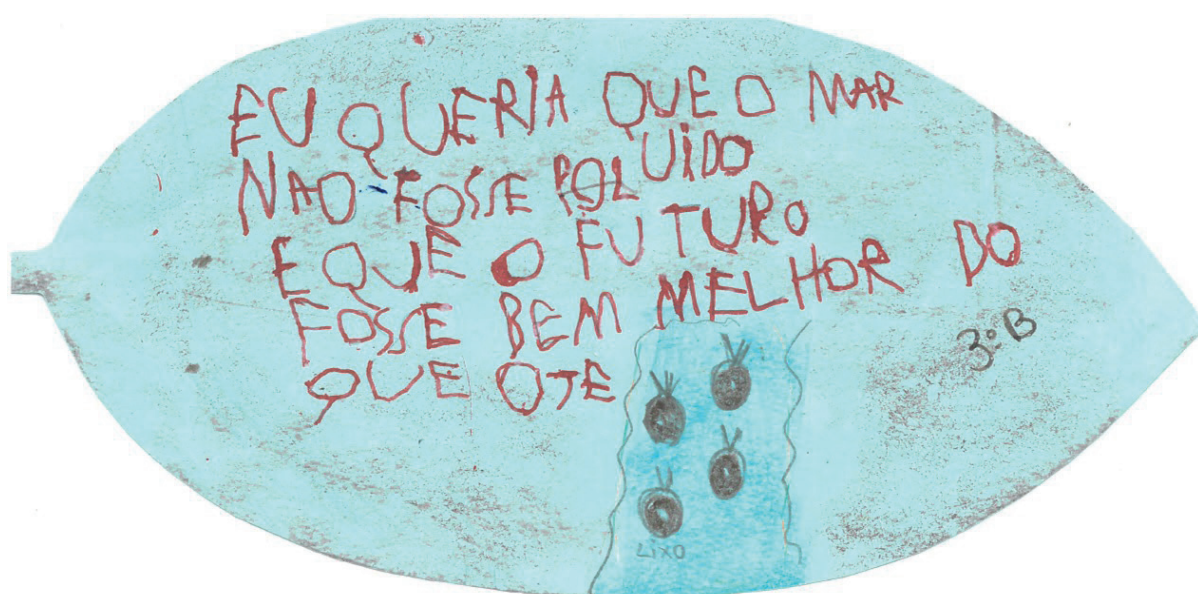
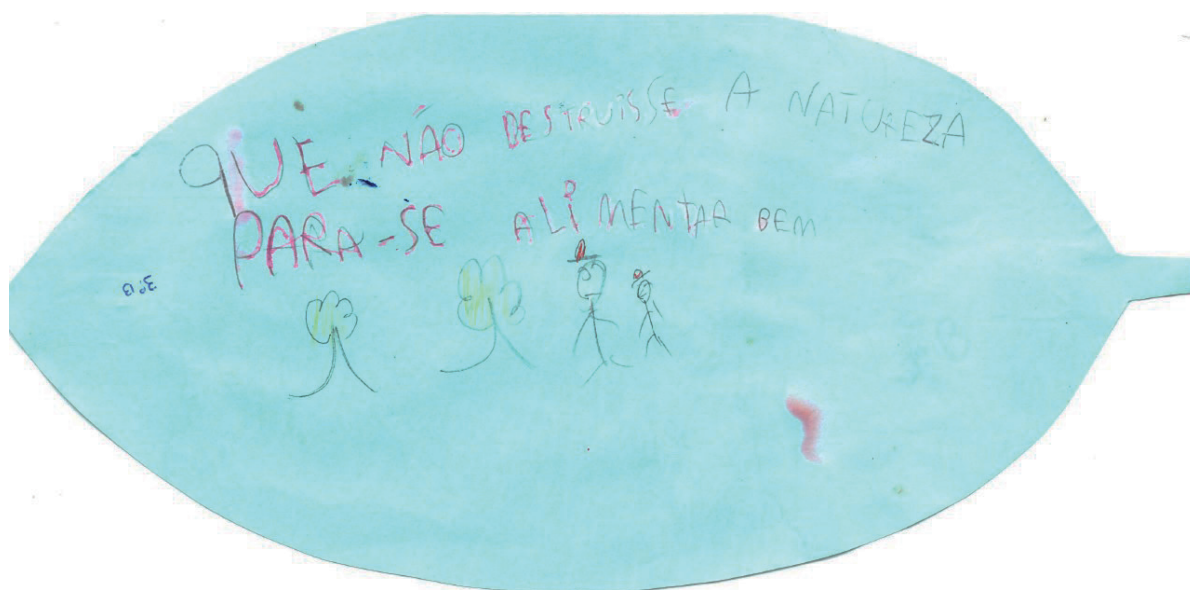
Anualmente, a Prefeitura deve elaborar **Relatório Anual detalhado do Primeiro Plano Decenal para a Primeira Infância do Recife** com informações sobre os investimentos e gastos com a Primeira Infância, o progresso das ações previstas para o período em avaliação e o avanço dos resultados, através de indicadores de impactos finalísticos embasados no diagnóstico inicial.

O Relatório deve ser enviado e apresentado pela representação intersetorial responsável pela Primeira Infância e pela Secretaria de Planejamento e Gestão e, posteriormente, à **Comissão de Monitoramento do PMPI do Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente do Recife (COMDICA)**, órgão responsável e representativo do controle de políticas públicas para crianças e adolescentes. A Comissão de Monitoramento do PMPI deve ser criada em até 30 dias após sanção da lei. Posteriormente, após análise do COMDICA, o documento deve ser enviado para a **Frente Parlamentar pela Primeira Infância da Câmara de Vereadores do Recife**, que poderá solicitar **reunião pública** sobre o assunto.

Uma versão do mesmo documento, aderente ao formato da plataforma digital do **Colab**, também deverá ser disponibilizada a toda a base de respondentes participantes da consulta digital que embasou o Plano.

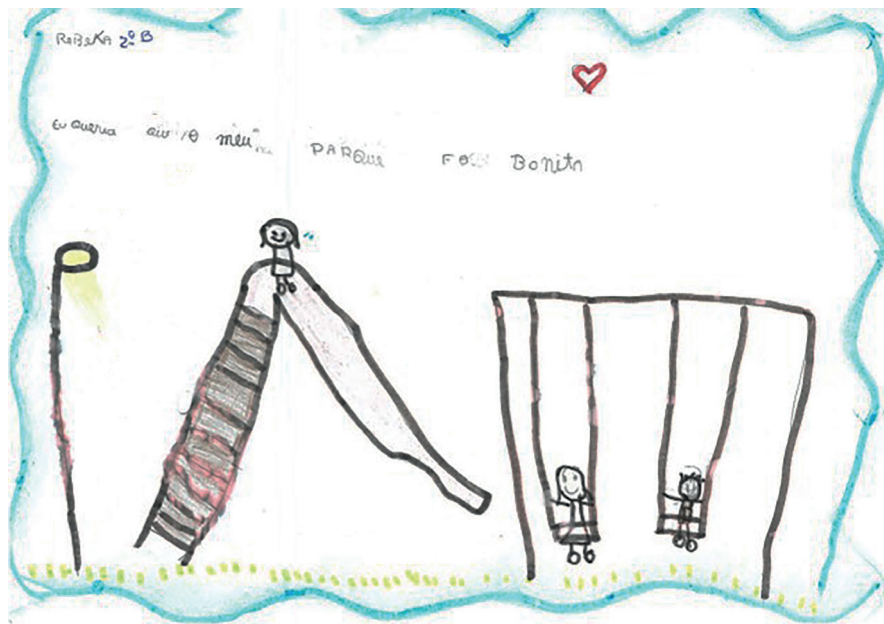
A Prefeitura deve se comprometer a dar visibilidade e transparência ao Relatório, comunicando a existência do documento, publicando na internet e, sempre que possível, promovendo debates sobre temáticas que estimulem e fortaleçam políticas públicas e iniciativas da sociedade civil voltadas para a primeira infância.

Desenhos produzidos durante consulta com alunos entre 4 e 8 anos da rede pública de educação infantil da Creche Municipal Zacarias do Rego Maciel e da Escola Municipal Engenheiro Edinaldo Miranda





onibus lotado
luc nas luas



ANEXOS

Vagas/Matrículas em creche e pré-escola por RPA

RPA	População 0 a 5 para 2018	CadÚnico Crianças 0 a 3	Matrículas Creche Pública	Matrículas Creche Conveniada	CadÚnico Crianças 4 a 5	Matrículas Pré-escola Pública	Matrículas Pré-escola Conveniada
1	6.331	2.180	574		1.502	1.231	
2	19.490	5.396	401	60	3.553	1.701	256
3	24.345	5.746	1.017		3.932	2.234	137
4	22.673	5.449	1.695	238	3.798	1.890	123
5	22.075	4.960	1.105	73	3.366	1.808	377
6	29.989	7.649	1.533	342	5.168	3.856	68
Total	124.903	31.380	6.325	713	21.319	12.720	961
Fontes:	Sec Saúde	CadÚnico	Sec Educação		CadÚnico	Sec Educação	
		Jul.-19	Matrículas 2019		Jul.-19	Matrículas 2019	

Figura 120

Todas as informações por Bairro e RPA (RPA de 1 a 3)

RPA	DS	BAIRRO	POPULAÇÃO	POP INFANTIL	CADÚNICO	VULNERA BIUDEADE	CRIANÇAS				CRECHE					PRÉ-ESCOLA					ÁREA KM2
							0-3	"4-5	PBF 0-3	PBF "4-5	TURMA	MATRÍCULA	UNIDADE	MATRÍCULA	UNIDADE	MATRÍCULA	UNIDADE	MATRÍCULA	UNIDADE		
1	1	BOA VISTA	15.816	1.198	1.936	0,41 A	55	54	39	33						1	21	1			1,756
1	1	CABANGA	1.660	126	528	1,06 C	33	29	27	25						4	90	1			0,809
1	1	COELHOS	8.169	619	2.624	1,07 C	182	132	154	111	5	106	2			7	144	2			0,428
1	1	ILHA DO LEITE	1.078	82	118	0,37 A	10	3	6	3											0,264
1	1	ILHA JOANA BEZERRA	13.516	1.023	9.080	2,24 D	739	482	620	406	5	100	3			16	341	3			0,872
1	1	PAISSANDU	543	41	37	0,23 A	2	1	1												0,34
1	1	BAIRRO DO RECIFE	644	49	611	3,17 D	46	29	32	24	7	116	2			4	54	2			2,701
1	1	SANTO AMARO	29.902	2.264	12.184	1,36 C	829	537	692	422	14	252	10			35	581	10			3,800
1	1	SANTO ANTÔNIO	305	23	93	1,02 C	3	1	3	1											0,807
1	1	SÃO JOSÉ	9.298	704	5.881	2,11 D	281	232	231	191											3,264
1	1	SOLEDADE	2.670	202	62	0,08 A	0	2		2											0,324
2	2	ÁGUA FRIA	46.587	3.835	19.260	1,38 C	1.288	817	980	607						23	391	5	42	1	1,931
2	2	ALTO SANTA TEREZINHA	8.244	679	2.833	1,15 C	185	123	142	93	4	80	3			8	162	3			0,313
2	2	ARRUDA	15.551	1.280	4.640	1,00 B	297	178	221	125	4	79	1								0,998
2	2	BEBERIBE	9.478	780	5.046	1,78 D	275	215	201	152						5	129	1			0,490
2	2	BOMBA DO HEMETÉRIO	9.067	746	4.191	1,54 D	256	153	181	114	5	63	3			2	29	3			0,433
2	2	CAJUEIRO	7.047	580	1.907	0,90 B	101	64	74	43	2	20	2			4	69	2			0,591
2	2	CAMPINA DO BARRETO	10.150	836	5.830	1,92 D	379	236	278	170						11	192	3	101	1	0,519
2	2	CAMPO GRANDE	34.407	2.832	12.508	1,21 C	834	564	647	397						18	338	3	70	1	2,217
2	2	DOIS UNIDOS	35.217	2.899	14.918	1,42 C	996	643	758	470	5	95	3	60	1	6	100	3	43	1	3,119
2	2	ENCRUZILHADA	12.779	1.052	553	0,14 A	13	14	6	8						2	26	1			1,018
2	2	FUNDÃO	8.703	716	1.777	0,68 B	91	67	49	48						5	108	2			0,625
2	2	HIPÓDROMO	2.845	234	388	0,46 A	18	24	16	21											0,302
2	2	LINHA DO TIRO	15.911	1.310	6.758	1,42 C	425	306	303	229						7	157	2			0,820
2	2	PEIXINHOS	5.349	440	592	0,37 A	56	31	38	23											0,337
2	2	PONTO DE PARADA	1.663	137	383	0,77 B	19	14	10	9											0,195
2	2	PORTO DA MADEIRA	8.255	680	1.983	0,80 B	114	76	83	55											0,478
2	2	ROSARINHO	4.363	359	422	0,32 A	33	18	23	12											0,253
2	2	TORREÃO	1.159	95	310	0,89 B	16	10	8	6	4	64	1								0,163
3	3	AFLITOS	6.179	368	0	0,00 A	0														0,308
3	3	ALTO DO MANDU	4.982	297	2.131	1,43 C	105	73	79	48											0,252
3	7	ALTO JOSÉ BONIFÁCIO	13.337	1.094	5.329	1,34 C	343	200	263	137	4	75	1								0,568
3	7	ALTO JOSÉ DO PINHO	13.200	1.066	2.935	0,74 B	219	135	174	106	4	81	1			4	100	1			0,413
3	3	APIPUCOS	3.577	213	958	0,89 B	49	44	39	28	3	39	1			2	24	1			1,336
3	7	BREJO DA GUABIRABA	12.556	1.030	4.416	1,18 C	294	186	232	138	2	34	3			6	101	3			0,754
3	7	BREJO DO BEBERIBE	8.875	728	2.319	0,87 B	186	110	133	82											0,639
3	3	CASA AMARELA	31.230	1.861	6.533	0,70 B	300	236	202	161	9	170	5			16	334	6			1,882
3	3	CASA FORTE	7.224	430	794	0,37 A	37	32	26	22	8	143	1			4	57	1			0,561
3	7	CÓRREGO DO JENIPAPO	9.896	811	2.401	0,81 B	142	101	118	78						1	20	1			0,613
3	3	DERBY	2.216	132	48	0,07 A	1														0,472
3	3	DOIS IRMÃOS	2.746	164	3.487	4,24 D	210	152	156	107	4	73	1								5,849
3	3	ESPINHEIRO	11.171	666	607	0,18 A	32	23	21	18						4	63	1			0,732
3	3	GRAÇAS	21.981	1.310	90	0,01 A	1	3	1	2											1,435
3	7	GUABIRABA	6.775	556	5.899	2,91 D	408	274	335	217	9	157	3			6	130	4			46,170
3	3	JAQUEIRA	1.703	101	13	0,03 A	0														0,240
3	7	MACAXEIRA	21.740	1.783	6.909	1,06 C	412	297	334	222	5	74	4			8	148	4	78	1	1,252
3	7	MANGABEIRA	7.438	610	3.647	1,64 D	198	133	153	100						4	67	1			0,289
3	3	MONTEIRO	6.333	377	232	0,12 A	16	8	12	6											0,530
3	7	MORRO DA CONCEIÇÃO	10.897	894	3.551	1,09 C	184	125	136	91	4	47	2			3	39	2			0,384
3	7	NOVA DESCOBERTA	36.615	3.002	19.639	1,79 D	1.245	842	1.002	647	2	29	6			33	510	7	59	1	1,802
3	3	PARNAMIRIM	8.172	487	142	0,06 A	4	7	2	6											0,614
3	7	PASSARINHO	21.731	1.782	6.118	0,94 B	473	295	369	226						9	172	3			4,063
3	7	PAU-FERRO	77	6	0	0,00 A	0														0,437
3	3	POÇO DA PANELA	4.939	294	245	0,17 A	14	12	9	10											0,813
3	3	SANTANA	3.269	195	84	0,09 A	3	5	2	1											0,472
3	3	SÍTIO DOS PINTOS	7.787	464	1.433	0,61 B	101	81	71	57						4	91	1			1,797
3	3	TAMARINEIRA	15.116	901	685	0,15 A	30	21	17	15						3	47	1			1,022
3	7	VASCO DA GAMA	33.204	2.723	11.924	1,20 C	739	537	579	397	5	95	6			21	331	6			1,604

Figura 121

Todas as informações por Bairro e RPA (RPA de 4 a 6)

RPA	DS	BAIRRO	POPULAÇÃO	POP INFANTIL	CADÚNICO	VULNERA BILIDADE	CRIANÇAS				CRECHE				PRÉ-ESCOLA				ÁREA KM2		
							0-3	"4-5	PBF 0-3	PBF "4-5	TURMA	MATRÍCULA	UNIDADE	MATR' CULA CONVENIADA	UNIDADE CONVENIADA	TURMA	MATRÍCULA	UNIDADE		MATR' CULA CONVENIADA	UNIDADE CONVENIADA
4	4	CAXANGÁ	10.311	783	2.954	0,96 B	199	128	154	90					5	59	1	83	1	2,443	
4	4	CIDADE UNIVERSITÁRIA	875	66	550	2,10 D	27	16	20	10			68	1						1,619	
4	4	CORDEIRO	44.056	3.346	10.737	0,81 B	605	439	488	328	13	246	5		8	191	5			3,401	
4	4	ENGENHO DO MEIO	10.928	830	2.935	0,90 B	151	112	128	86	13	271	5		20	274	5			0,869	
4	4	ILHA DO RETIRO	4.003	304	1.165	0,97 B	82	57	66	42					3	72	1			0,544	
4	4	IPUTINGA	55.867	4.243	16.394	0,98 B	1.004	736	781	542	25	443	8		23	385	8			4,342	
4	4	MADALENA	24.703	1.876	3.272	0,44 A	185	141	138	106	8	156	2	45	1	4	95	2		1,825	
4	4	PRADO	12.515	951	2.678	0,71 B	173	120	130	88				41	1					1,271	
4	4	TORRE	19.161	1.455	5.128	0,89 B	362	268	277	196	14	276	4		7	127	4			1,173	
4	4	TORRÕES	34.264	2.602	16.479	1,61 D	1.393	807	1.189	681	10	169	5	84	1	7	155	6	40	1	1,680
4	4	VÁRZEA	75.402	5.727	19.927	0,88 B	1.204	916	886	647	7	134	9		29	532	9			22,553	
4	4	ZUMBI	6.457	490	1.396	0,72 B	64	58	43	44										0,407	
5	5	AFOGADOS	38.813	3.035	11.507	0,99 B	636	506	478	364	4	85	4		10	188	4			3,691	
5	5	AREIAS	31.994	2.502	10.662	1,11 C	627	405	451	301	11	184	7		20	352	7	106	2	2,401	
5	5	BARRO	34.084	2.665	6.258	0,61 B	393	294	309	216	15	275	7		18	335	7			4,544	
5	5	BONGI	8.666	678	3.153	1,22 C	204	136	147	99	3	52	1		2	31	1	87	1	0,600	
5	5	CAÇOTE	11.206	876	1.281	0,38 A	109	62	86	47										0,459	
5	5	COQUEIRAL	11.552	903	3.225	0,93 B	199	134	148	96					6	111	2	94	1	0,507	
5	5	CURADO	17.571	1.374	2.797	0,53 B	226	114	183	83					3	38	1			7,985	
5	5	ESTÂNCIA	9.889	773	3.971	1,34 C	234	171	169	132	8	153	2		4	82	2			0,807	
5	5	JARDIM SÃO PAULO	33.871	2.649	9.961	0,98 B	548	399	420	270				73	1	13	233	5		2,595	
5	5	JIQUIÁ	10.965	857	2.339	0,71 B	194	114	153	95								42	1	1,701	
5	5	MANGUEIRA	9.076	710	4.606	1,70 D	280	184	210	137	4	75	1		2	38	1	48	1	0,315	
5	5	MUSTARDINHA	13.302	1.040	5.173	1,30 C	285	185	202	133	4	60	1							0,632	
5	5	SAN MARTIN	27.199	2.127	8.128	1,00 B	518	333	381	253	7	127	4		10	256	4			2,026	
5	5	SANCHO	11.986	937	1.745	0,49 A	108	78	78	59					8	144	2			0,631	
5	5	TEJIPIÓ	9.544	746	3.596	1,26 C	171	104	118	70										0,942	
5	5	TOTÓ	2.590	203	3.879	5,00 D	228	147	163	103	5	94	1							0,137	
6	6	BOA VIAGEM	131.557	8.883	7.523	0,19 A	411	289	316	215	4	82	7	172	2	22	438	7		7,533	
6	6	BRASÍLIA TEIMOSA	19.622	1.324	7.552	1,29 C	468	287	358	201	11	219	2		14	312	2			0,605	
6	8	COHAB	72.010	5.998	12.754	0,59 B	874	485	652	371	6	120	15		62	1152	15			4,259	
6	8	IBURA	54.173	4.512	49.295	3,04 D	3.393	2.385	2.751	1.871	26	476	13		33	576	14			10,187	
6	6	IMBIRIBEIRA	51.920	3.504	14.133	0,91 B	875	680	708	519	26	400	11	41	1	38	590	11		6,659	
6	6	IPSEP	26.787	1.808	4.153	0,52 B	170	113	135	92				63	1	2	50	1		1,797	
6	8	JORDÃO	22.237	1.852	9.307	1,40 C	593	413	445	323	6	122	9	66	1	26	454	9	68	1	1,580
6	6	PINA	31.226	2.108	11.911	1,27 C	865	516	686	407	6	114	4		14	284	4			6,290	

Figura 122

Questionário da consulta pública: Plano da Primeira Infância do Recife

1. Qual sua principal motivação para participar da consulta da elaboração do Plano da Primeira Infância?

- a) Sou responsável por crianças com menos de 6 anos
- b) Convivo com crianças com menos de 6 anos
- c) Pretendo ter filhos
- d) Acho importante participar das decisões de políticas públicas

1.1. Você é responsável por quantas crianças com menos de 6 anos?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7 ou mais

1.2 Com quantas crianças você convive?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7 ou mais

2. Existe criança de 0 a 3 anos sob sua responsabilidade ou convívio que não frequenta creche?

- a) Sim
- b) Não, frequenta creche gratuita
- c) Não, frequenta creche paga
- d) Não sou responsável ou convivo com criança de 0 a 3 anos

2.1 Quantas crianças de 0 a 3 anos sob sua responsabilidade ou convívio não frequentam creche?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7 ou mais

2.2. Por que a(as) criança(as) de 0 a 3 anos sob sua responsabilidade ou convívio não frequenta(m) creche?

- a) Não encontrei vaga
- b) Estamos na fila de espera para uma vaga
- c) A criança é muito pequena e prefiro esperar crescer para ir a creche
- d) Não consigo levar a criança até a creche

3. Existe criança de 4 a 5 anos sob sua responsabilidade ou convívio que não frequenta a pré-escola?

- a) Sim
- b) Não, frequenta pré-escola gratuita
- c) Não, frequenta pré-escola paga
- d) Não sou responsável ou convivo com criança de 4 a 5 anos

3.1 Quantas crianças de 4 a 5 anos sob sua responsabilidade ou convívio não frequentam creche?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7 ou mais

3.2 Por que a(as) criança(as) de 4 a 5 anos sob sua responsabilidade ou convívio não frequenta(m) creche?

- a) Não encontrei vaga
- b) Estamos na fila de espera para uma vaga
- c) A criança é muito pequena e prefiro esperar crescer para ir a pré-escola
- d) Não consigo levar a criança até a pré-escola

4. As crianças de 0 a 6 anos sob sua responsabilidade ou convívio utilizam ou já utilizaram alguns desses equipamentos públicos?

- a) Compaz
- b) Creche
- c) Pré-escola
- d) Posto de saúde
- e) Hospital
- f) Áreas de lazer (parques e praças)
- g) Equipamentos da Assistência Social (CRAS, CREAS, DENTRE OUTROS)
- h) Não tenho crianças sob minha responsabilidade

3. Existe criança de 4 a 5 anos sob sua responsabilidade ou convívio que não frequenta a pré-escola?

- a) Sim
- b) Não, frequenta pré-escola gratuita
- c) Não, frequenta pré-escola paga
- d) Não sou responsável ou convivo com criança de 4 a 5 anos

3.1 Quantas crianças de 4 a 5 anos sob sua responsabilidade ou convívio não frequentam creche?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6

g) 7 ou mais

5. As crianças de 0 a 6 anos sob sua responsabilidade ou convívio utilizam ou já utilizaram alguns desses serviços públicos?

- a) Vacinação
- b) Acompanhamento da saúde da família
- c) Acompanhamento psicológico
- d) Acompanhamento nutricional
- e) Atividade esportiva
- f) Primeira Infância no SUAS (Sistema Único da Assistência Social)
- g) Serviços da Assistência Social
(CRAS, CREAS, DENTRE OUTROS)

6. Juntando o dinheiro que recebem todas as pessoas que moram na sua casa, de qual faixa de renda abaixo vocês fazem parte?

- a) Nenhuma renda
- b) Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.045,00)
- c) Entre 1 e 2 salários mínimos (entre R\$ 1.045,00 e R\$ 2.090,00)
- d) Entre 2 e 3 salários mínimos (entre R\$ 2.090,00 e R\$ 3.135,00)
- e) Entre 3 e 4 salários mínimos (entre R\$ 3.135,00 e R\$ 4.180,00)
- f) Entre 4 e 5 salários mínimos (entre R\$ 4.180,00 e R\$ 5.225,00)
- g) Mais que 5 salários mínimos (+ de R\$ 5.225,00)

7. Quantas pessoas dependem da renda familiar informada na pergunta anterior?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7 ou mais

8. Você é a favor de estimular políticas que promovam o atendimento à população com mais necessidades sociais e econômicas?

- a) Sim
- b) Não

9. Quais dos equipamentos públicos destinados às crianças você considera como prioridade para receber investimentos?

- a) Creche
- b) Pré-escola
- c) Posto de Saúde
- d) Hospital
- e) Maternidade
- f) Área de lazer como parques
- g) Área de lazer como praças
- h) Compaz
- i) Equipamentos da Assistência Social (CRAS, CREAS, dentre outros)

10. Quais dos serviços públicos destinados às crianças vocês considera como prioridade para receber investimentos?

- a) Vacinação
- b) Acompanhamento da saúde da família
- c) Acompanhamento psicológico
- d) Acompanhamento nutricional
- e) Atividade esportiva
- f) Primeira Infância no SUAS (Sistema Único da Assistência Social)
- g) Serviços da Assistência Social (CRAS, CREAS, dentre outros)

11. Para você, quem pode contribuir com ações para a Primeira Infância?

- a) Governo Federal, Estados e municípios
- b) Organizações da Sociedade Civil (OSCs)
- c) Empresas
- d) Organizações de pessoas que moram na cidade (Sociedade Civil)
- e) Movimentos sociais, redes, fóruns e conselhos
- f) Outros
- g) Todos acima

11.1. Além das alternativas citadas, quem mais pode contribuir com ações para a Primeira Infância?

12. Quais ações abaixo você considera importantes serem realizadas pela Prefeitura de Recife sobre o tema da Primeira Infância?

- A. Acompanhar mulheres durante a gravidez para realizar consultas de pré-natal
- B. Incentivar o parto natural e humanizado
- C. Acompanhar mulheres após o parto (100 primeiros dias)
- D. Incentivar o aleitamento materno
- E. Visitar as casas de famílias com gestantes e crianças para orientar sobre os cuidados necessários
- F. Acompanhar o desenvolvimento dos bebês e crianças
- G. Criar novas vagas em creches e pré-escolas
- H. Investir em livros e brinquedos para as creches e pré-escolas
- I. Criar espaços de convivência para crianças que não estão nas creches
- J. Ampliar a rede de abastecimento de água e de esgoto
- K. Adequar ruas, calçadas e praças para o lazer das crianças com e sem deficiência
- L. Preparar os profissionais de saúde e educação para lidarem com o desenvolvimento das crianças
- M. Fazer palestras sobre a importância do cuidado e vínculo entre adultos e crianças
- N. Formar adultos que atuam com crianças para brincar e estimular a criatividade
- O. Fazer campanhas de conscientização sobre a importância da infância no desenvolvimento das pessoas
- P. Promover diálogos com cuidadores de crianças sobre os danos da violência infantil

13. Você tem sugestão de uma ação importante para o Plano Municipal da Primeira Infância?

14. Pronto! Agora, uma última pergunta sobre você. Qual é a sua cor ou raça/etnia?

- a) Preta
- b) Branca
- c) Amarela
- d) Parda
- e) Indígena

BIBLIOGRAFIA

ARIÉS, P. História Social da Criança e da Família. Dora Flaksman (trad.). 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

Assembleia Geral da ONU. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Assembleia Geral da ONU. (1959). Declaração dos Direitos da Criança.

Assembleia Geral da ONU. (1989) Convenção sobre os Direitos da Criança.

BLACK, Maureen. [et al.] Desenvolvimento na Primeira Infância: a ciência ao longo da vida. Volume 389, no. 10064 publicado em 04 de outubro de 2016. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).

BONILHA, Celia [et al.]. POR SER MENINA NO BRASIL [RESUMO EXECUTIVO] Crescendo entre Direitos e Violências Pesquisa com meninas de 6 a 14 anos nas cinco regiões do Brasil. Plan International Brasil (2014). Disponível em https://cdn.plan.org.br/wp-content/uploads/2018/12/por_ser_menina_resumoexecutivo-2014-impressao.pdf.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. Leis, etc. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. São Paulo. Editora do Brasil, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Referencial curricular nacional para a educação infantil. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. 1. 64p

CANUTO, IMB; Alves, FAP; Oliveira, CM; Frias, PG; Macedo, VC; Bonfim, CV. Intraurban differentials of perinatal mortality: modeling for identifying priority areas. Escola Anna Nery. Rev.Enfermagem, v.23, p.:e20180166, 2019.

CARVALHO, PI; Frias, PG; Lemos, MLC; Frutuoso, LAL; Figueiroa, BQ; Pereira, CCB; Barreto, IC; Vidal, SA. Morte Materna: perfil sociodemográfico e assistencial em Recife, 2006 a 2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2019185, 2020-18, 2020

COUTINHO, SB; Lira, PIC; Lima, MC; Frias, PG; Eickmann, SH; Ashworth, A. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. PUBLIC HEALTH NUTRITION, v. 17, p. 948-955, 2014

FRIAS, PG; Vanderlei, LCM; Ramalho, MOA; Macedo, VC. Promoção do aleitamento materno na Atenção Primária em Saúde: evidências sobre efetividade e experiência brasileira. In: Venâncio, SI e Toma, ST (Org). Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: evidências científicas e experiências de implementação. 1ed.São Paulo: Instituto de Saúde, v. 1, p. 179-200, 2019.

FRIAS, PG; Szwarcwald, CL; Lira, PIC. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 2068-2280, 2014

FRIAS, PG; Szwarcwald, CL; Souza-Júnior, PRB; Almeida, WS; Lira, PIC. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. Rev. Saúde Pública, v.47, p.1048-1058, 2013.

GOMES, C. A. V. et al. Políticas públicas e vulnerabilidade social: uma reflexão teórica a partir de experiência de estágio. Rev. Ciênc. Ext. v.11, n.1, p.116-130, 2015.

GRANTHAM-MC GREGOR S. [et al.] Potencial de Desenvolvimento nos primeiros 5 anos para crianças em países em desenvolvimento. Lanceta.

2007;369: 60-70.

JAME, PC; Frias, PG; Monteiro, HOC; Almeida, PVB; Malta, DC. Healthcare and unhealthy eating among children aged under two years: data from the National Health Survey, Brazil, 2013. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, p. 149-157, 2016.

KOGA, Dirce. *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo, Cortez, 2003.

KOWARICK, L. *Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil*. São Paulo: Editora 34, 2009.

LIMA, SS; Braga, MC; Vanderlei, LCM; Frias, PG; Luna, CF. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00039719, 2020.

MACHEL, Graça. *Bom Desenvolvimento Inicial – o direito de toda criança*. Publicado em 04 de outubro de 2016 DOI. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31700-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31700-7).

MINECUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Intersectorialidade, o desafio atual para as políticas sociais*. Belo Horizonte: Pensar BH, 2002.

OLIVEIRA, NHD. *Recomeçar: família, filhos e desafios* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p. ISBN 978-85-7983-036-5. Available from SciELO Books+.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara. *Intersectorialidade das Políticas Sociais na perspectiva dialética*. In MONNERAT, Gisele Lavinas. *A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais*. São Paulo: Editora Papel Social, 2015.

PERNAMBUCO, *Constituição Estadual* (1999).

RECIFE, *Lei Orgânica Municipal* (1990).

RECIFE, Lei 18.491, de 25 de Maio de 2018. *Marco Legal da Primeira Infância*.

RECIFE, Lei Municipal nº 15.604/1992, alterada pela Lei Municipal 17.884/2013.

RICHTER, Linda M. [et al.] *Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância*:

da ciência à difusão em grande escala. Disponível em <https://www.thelancet.com/series/ECD2016>.

SANICOLA, Lia. As dinâmicas de rede e o trabalho social. Durval Cordas (trad.). São Paulo: Veras Editora, 2015.

SZWARCWALD, CL; Leal, MC; Almeida, WS; Barreto, ML; Frias, PG; Theme, MF; Domingues, M; França, E; Gama, SG; Boccolini, CS; Victora, C. Child Health in Latin America. *Global Public Health*, v. 1, p. 1-49, 2019

YOUNG, Mary Eming. (organizadora). Desenvolvimento da Primeira Infância ao Desenvolvimento Humano: Investindo no futuro das nossas crianças. Magda Lopes (trad.). São Paulo: FMCSV, 2010.

VANDERLEI, LCM; Frias, PG. Uncertainties in the Brazilian scenario and its implications in mother and child health. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, p. 375-376, 2016.

VANDERLEI, LCM; Frias, PG. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 15, p. 157-158, 2015.

VENÂNCIO, SI; Bortoli, MC; Frias, PG; Giugliani, ERJ; Alves, CRL; Santos, MO. Development and validation of an instrument for monitoring child development indicators. *Jornal de Pediatria*, v. 1, p. 1-12, 2019



COMDICA



PREFEITURA DO
RECIFE