



DIRETORIA DE AUDITORIA E FISCALIZAÇÃO - DIAFI
GRUPO DE AUDITORIA OPERACIONAL - GAOP

PROCESSO TC Nº 07533/24
RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À
PRIMEIRA INFÂNCIA

Objetivo da auditoria: Examinar: **i.** a formalização e a implementação da Política da Primeira Infância no território paraibano; **ii.** as ações setoriais desenvolvidas pelos entes públicos estaduais e municipais na Paraíba, com referência ao público alvo da Política da Primeira Infância; e **iii.** as visitas domiciliares no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF-SUS) e do Programa Criança Feliz (PCF-SUAS), conforme auditoria coordenada nacional

Objeto da auditoria: Políticas públicas voltadas à Primeira Infância na Paraíba

Relator: Cons. André Carlo Torres Pontes

Período abrangido pela auditoria: 2022 até 1º quadrimestre de 2025

Período de realização da auditoria: Planejamento – janeiro a abril/2025

Execução – maio a agosto/2025

Relatório – setembro e outubro/2025

Composição da equipe:

Auditor de Controle Externo	Matrícula
Adriana Falcão do Rêgo (Coordenação)	370.110-7
Cristiana de Melo França	370.366-5
George Lucas Lisboa da Silva	370.799-7
Ivo Cilento	370.846-2
Marcus Felipe Bezerra da Costa	370.792-0

Unidades envolvidas:

Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH-PB), Secretaria de Estado da Educação (SEE-PB), Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB), Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado (Seplag-PB) e os 223 municípios paraibanos.



AGRADECIMENTOS

Em um processo de Auditoria Operacional, onde o foco da fiscalização é o desempenho da política pública e a governança existente, o engajamento dos atores envolvidos é essencial, possibilitando à equipe técnica do TCE-PB maior entendimento do objeto auditado, além de servir de oportunidade de avaliação para os próprios gestores. Pela receptividade e substancial colaboração, expressamos nossos agradecimentos a gestores e entidades representativas que atuam na Paraíba e participaram dos Painéis de Referência para Validação das Matrizes de Planejamento e de Achados desta Auditoria, responderam ao questionário e/ou foram entrevistados pela equipe do GAOP/DIAFI/TCE-PB:

- Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH-PB);
- Secretaria de Estado da Educação (SEE-PB);
- Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB);
- Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado (Seplag-PB);
- Secretaria de Estado da Juventude, Esporte e Lazer (Sejel-PB);
- Prefeituras Municipais dos 223 municípios paraibanos;
- Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social da Paraíba (COEGEMAS-PB);
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB); e
- União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação - Seccional Paraíba (UNDIME-PB).

RESUMO

O Processo TC Nº 07533/24 trata de Auditoria Operacional realizada nas políticas públicas voltadas à Primeira Infância na Paraíba, abrangendo três eixos de investigação:

- 1- Institucionalização e implementação da Política da Primeira Infância no território paraibano;
- 2- Políticas Setoriais: Educação Infantil, Saúde - Acompanhamento pré-natal, Atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos e Acesso a água tratada e esgoto sanitário; Alimentação e nutrição; e Espaços externos de lazer; e
- 3- Visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família/Ministério da Saúde (ESF/MS) e do Programa Criança Feliz/Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (PCF/MDS): Instrumentos de planejamento e de monitoramento e avaliação; Procedimentos de execução; Articulação das ações; e Recursos e ferramentas dos programas de visita domiciliar.

No primeiro eixo de investigação, buscou-se investigar o grau de institucionalização e de implementação da política da Primeira Infância no território paraibano, constatando-se, quanto ao Estado, a ausência de formalização da Política Estadual da Primeira Infância **(A.1)**. São então sugeridas recomendações ao Poder Executivo Estadual, para encaminhamento de projeto de lei à AL-PB, visando a formalização da Política Estadual pela Primeira Infância, com definição de diretrizes, competências, responsável pela coordenação, instâncias de decisão, instrumentos de planejamento, além de previsão de monitoramento e avaliação **(R.1)**; e ao Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, para que proceda à revisão do Plano Decenal Estadual pela Primeira Infância na Paraíba 2023-2032, ou elaboração de outro instrumento de planejamento, com base na Política Estadual que vier a ser formalizada, e posterior encaminhamento para aprovação do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) **(R.2)**.

No nível municipal, apontou-se como achado de auditoria, a ausência/deficiência dos mecanismos de coordenação intersetorial e de planejamento **(A.2)**. Para fazer face às situações encontradas, são propostas as seguintes recomendações aos Municípios: (i) priorizar a criação formal de um Comitê Intersetorial para a Primeira Infância, preferencialmente por meio de ato normativo de maior hierarquia (lei ou decreto), definindo-se o responsável pela coordenação e periodicidade razoável de reunião **(R.3)**; (ii) a partir de um diagnóstico situacional, elaborar, com a participação dos diversos setores da gestão e da sociedade civil, o Plano Municipal para a Primeira Infância (PMPI), com objetivos, metas, indicadores, prazos e responsáveis, além de previsão de monitoramento e avaliação **(R.4)**; (iii) apoiar o funcionamento dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), responsáveis pela aprovação do PMPI **(R.6)**; e (iv) aos Municípios que ainda não possuem o Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente (FDCA) e/ou o Fundo da Infância e Adolescência (FIA) para regularizar a situação, a fim de viabilizar a captação de recursos para as políticas de Primeira Infância **(R.7)**. Sugere-se ainda recomendação à Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH-PB) e ao Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, para que fortaleçam a assistência técnica aos municípios, com foco na elaboração e no aperfeiçoamento dos PMPI **(R.5)**.

Ainda no primeiro eixo de investigação, buscou-se verificar como se dá a identificação das ações públicas voltadas para a Primeira Infância nos instrumentos de planejamento orçamentário do Estado e dos municípios. Concluiu-se, como achado de auditoria, pela inexistência de identificação,

de forma integrada, das ações públicas voltadas para a Primeira Infância, tanto nos instrumentos de planejamento orçamentário do Estado como nos dos municípios **(A.3)**. À vista disso, são propostas as seguintes recomendações: (i) à SEDH-PB para promover a inclusão da Secretaria de Estado do Planejamento (Seplag-PB) na composição do Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, a fim de garantir a articulação necessária para a adequada identificação das ações da política nos instrumentos de planejamento orçamentário **(R.8)**; aos Municípios para que aprimorem suas estruturas de “centro de governo” de modo a coordenar e fomentar a articulação entre as secretarias na elaboração de instrumentos orçamentários que reflitam as ações da Primeira Infância de forma integrada **(R.9)**; e (iii) à Seplag-PB e aos Municípios para aprimorarem a metodologia de elaboração das peças orçamentárias, com a criação de mecanismos (como programas intersetoriais ou marcadores orçamentários específicos) que permitam identificar e mensurar de forma integrada e sistemática as despesas relacionadas especificamente à Primeira Infância, tanto as exclusivas dessa política quanto as não exclusivas e as difusas **(R.10)**.

Dentro do segundo eixo da auditoria, que trata das políticas setoriais, ao abordar a Educação Infantil, a equipe de auditoria dividiu a análise em duas frentes - oferta de vagas (avaliação de suficiência) e qualidade da infraestrutura oferecida (avaliação da adequação). Ao se investigar em que medida a oferta da Educação Infantil no território paraibano tem sido suficiente e baseada em diagnóstico e planejamento, consumou-se, como achado de auditoria, a insuficiência da oferta de vagas na educação infantil municipal no território paraibano e de mecanismos adequados de governança e gestão para solucionar o problema **(A.4)**. No intuito de ampliar o número de vagas, a partir de diagnóstico e planejamento e com transparência, sugerem-se recomendações aos Municípios para que: (i) mantenham campanhas permanentes de conscientização à população local no que diz respeito aos benefícios advindos da matrícula de crianças em creches para o desenvolvimento cognitivo delas **(R.11)**; estabeleçam mecanismos de parcerias com outros municípios próximos, onde ainda não existam, para viabilizar a adequada cobertura de matrículas em creches e pré-escolas para famílias com crianças em idade de Primeira Infância **(R.12)**; e estabeleçam critérios claros para levantamento e divulgação da demanda por vagas na educação infantil e que elaborem plano de expansão, com base nessas informações **(R.13)**. Para a Secretaria de Estado da Educação (SEE-PB) e Municípios é recomendada a adoção de providências necessárias à retomada e conclusão das obras paralisadas referentes aos convênios estabelecidos, inclusive com o governo federal, a fim de viabilizarem plenamente a construção de novos estabelecimentos de educação infantil, ampliando o número de vagas oferecidas **(R.14)**.

Por sua vez, o exame da qualidade da Educação Infantil nas redes municipais para garantir o desenvolvimento integral das crianças, resultou no achado de auditoria de inadequação de equipamentos físicos e de mobiliários e deficiência no apoio pedagógico nos estabelecimentos de ensino infantil municipais no território paraibano **(A.5)**. Para melhoria na qualidade do ensino oferecido nos estabelecimentos municipais de educação infantil, sugerem-se recomendações aos Municípios para: (i) priorizar a adequação de estabelecimentos de ensino infantil municipais, considerando as particularidades necessárias ao atendimento do público dessa faixa etária específica **(R.15)**; (ii) após a realização de diagnóstico de necessidades de segurança em cada estabelecimento, prover recursos adequados (pessoal, equipamentos etc) de prevenção, detecção e resposta a possíveis incidentes de segurança aplicáveis ao ambiente da educação infantil **(R.16)**; (iii) formalizar proposta pedagógica específica para a educação infantil da rede municipal ou documento orientando a elaboração de Projeto Político Pedagógico das unidades de educação infantil **(R.17)**; (iv) oportunizar que mais crianças matriculadas na educação infantil municipal tenham acesso a serviços profissionais essenciais à adequada formação cognitiva, especialmente

aqueles oriundos de pedagogos e psicólogos (**R.18**); e (v) ofertar formação específica voltada à Primeira Infância para os profissionais de ensino infantil municipais (**R.19**).

Ao abordar o atendimento à Saúde do público alvo da Primeira Infância, a equipe focou em três pontos que se mostraram relevantes na análise de risco, durante o planejamento da auditoria: (i) acompanhamento pré-natal, especialmente quando há demanda por serviços de média e alta complexidade; (ii) atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos, quanto a prevenção e tratamento, especialmente quando há demanda por serviços de média e alta complexidade; e (iii) promoção, por parte do poder público, da ampliação do acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário nas zonas urbanas do território paraibano.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, concluiu-se, como achado de auditoria, pela não realização de, no mínimo, seis consultas pré natal na grande maioria dos municípios paraibanos, além da existência de demanda reprimida para consultas especializadas e procedimentos de média e alta complexidade em atendimento pré-natal (**A.6**). De forma a obter, dentre outros benefícios, a redução das desigualdades no acesso ao pré-natal, com inclusão de populações vulneráveis, gerando maior equidade no cuidado, especialmente da população de áreas rurais ou de difícil acesso, sugerem-se recomendações aos Municípios para: (i) reforçar as ações de monitoramento e acompanhamento das gestantes na atenção primária, com uso de sistemas de informação (**R.20**); (ii) promover a qualificação contínua das equipes de ESF para a realização de consultas pré-natal, bem como capacitar as equipes para atuar em áreas de difícil acesso ou em situação de vulnerabilidade, com orientação sobre estratégias de enfrentamento e articulação intersetorial (**R.21**); (iii) implementar, de forma coordenada, estratégias formais de busca ativa de gestantes e incentivo à adesão ao pré-natal (**R.22**); e (iv) ampliar a oferta de consultas com ginecologistas/obstetras na rede municipal (**R.23**). A equipe de auditoria sugere ainda, que seja feita recomendação à Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB) e aos Municípios de João Pessoa e Campina Grande, no sentido de adotarem um sistema unificado e transparente para visualização e acompanhamento das filas de espera para procedimentos de média e alta complexidade, com base em critérios clínicos e protocolos formais estabelecido (**R.24**).

No que tange ao atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos, concluiu-se, como achado de auditoria, que há deficiências no atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos com relação a consultas de médicos pediatras e a serviços de média e alta complexidade (**A.7**). Como forma de melhorar a qualidade da assistência à saúde infantil, com atendimento mais adequado, seguro e resolutivo às crianças de 0 a 6 anos, enfrentando-se as situações encontradas pela auditoria, sugerem-se recomendações aos Municípios e à SES-PB para: (i) priorizar a contratação de pediatras por meio de concursos públicos, processos seletivos do Sistema Único de Saúde (SUS) ou outros meios (**R.25**); (ii) ampliar a oferta de consultas de oncologia pediátrica, de neurologia pediátrica, psiquiatria infantil, pneumologia, dermatologia e alergologia (**R.26**); e (iii) investir em serviços multiprofissionais de apoio ao neurodesenvolvimento infantil, com ampliação da oferta de fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia infantil (**R.27**).

Quanto ao acesso à água tratada e esgotamento sanitário, concluiu-se, como achado de auditoria, pelo risco de doenças decorrentes do consumo de água não apropriada e de esgotamento a céu aberto, em razão da insuficiência de ações efetivas de saneamento básico, por parte do poder público em zonas urbanas do território paraibano (**A.8**). Como forma de obter benefícios tais como a redução da pobreza multidimensional e aumento da produtividade e da frequência escolar, sugerem-se recomendações a serem implementadas pelos Municípios para: (i) em articulação com o prestador do serviço (Cagepa), quando for o caso, capacitar servidores e criarem rotina de coleta e atualização dos dados de saneamento para inserção no Sinisa/MC e no Sisagua/MS (**R.28**); (ii)

mapear locais com maior vulnerabilidade sanitária e risco à saúde pública e envidar esforços no sentido de captar recursos para execução de obras e serviços nessas áreas **(R.29)**; e elaborar ou atualizar Plano de Saneamento Básico, conforme preceitos contidos na Lei nº 11.445/2007, atualizada pelo Marco Legal do Saneamento Básico (Lei nº 14.026/2020 **(R.30)**).

No que concerne à Segurança alimentar, buscou-se investigar em que medida as ações do poder público têm promovido e garantido a segurança alimentar e nutricional de gestantes e de crianças de 0 a 6 anos no território paraibano. O achado de auditoria constituiu-se na existência de fragilidade de ações do poder público para garanti-la **(A.9)**. Almejando-se, dentre outros benefícios, a redução da insegurança alimentar e nutricional de gestantes e crianças de 0 a 6 e o incentivo a escolhas de alimentos saudáveis, desencorajando o consumo dos ultraprocessados, sugerem-se as seguintes recomendações aos Municípios: (i) realizar diagnóstico sócioeconômico local, de forma articulada, a fim de identificar a existência de grupos populacionais em situação de insegurança alimentar **(R.31)**; (ii) com base no diagnóstico da situação alimentar, traçar estratégias de enfrentamento, através da ampliação da adesão aos programas estaduais e federais e implementação de programas próprios, divulgando-as para a população **(R.32)**; (iii) instituir ou fortalecer o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA) e elaborar e plano municipal de segurança alimentar e nutricional **(R.33)**; (iv) com apoio da SES-PB e da SEDH-PB, a partir do diagnóstico citado na R.29, implantarem acompanhamento sistemático de dados de segurança alimentar nutricional, segmentando a população, em especial gestantes e crianças de 0 a 6 anos **(R.34)**; e (i) fortalecer as ações coletivas de educação nutricional dirigidas a gestantes e cuidadores de crianças de 0 a 6 anos **(R.36)**. Propõe-se também recomendação à SES-PB e à SEDH-PB no sentido de apoiarem os municípios na elaboração de diagnósticos da segurança alimentar da população e implantação de metodologia de acompanhamento sistemático dos dados **(R.35)**.

Ainda no segundo eixo de auditoria, ao se investigar em que medida são oferecidos espaços externos de lazer para a Primeira Infância, tanto nos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais, como nos espaços de uso coletivo nas cidades (praças e parques), constatou-se deficiência na oferta desses espaços **(A. 10)**. Com o propósito de que as cidades sejam mais justas, inclusivas e tenham mais conforto térmico e ambiental, com a existência de espaços seguros e pedagógicos para o brincar e o aprendizado ao ar livre nos estabelecimentos de educação infantil e nos espaços públicos coletivos, apresentam-se recomendações aos Municípios no sentido de: (i) levantar as necessidades de espaços livres adequados nos estabelecimentos de educação infantil de sua rede e destinar recursos para supri-las com brinquedos, acessibilidade, sombreamento natural e elementos lúdicos voltados às crianças de diferentes faixas etárias **(R.37)**; (ii) atualizar o Plano Diretor Municipal ou elaborar este instrumento ou outro, formalizado por lei ou decreto, que preveja áreas livres de lazer e regulamentem o uso e manutenção dessas áreas **(R.38)**; (iii) instituir programas e orçamentos dedicados à criação, requalificação e manutenção de praças e parques, buscando, inclusive, parcerias com associações de moradores, ONGs e outras entidades da sociedade civil na gestão e zeladoria desses espaços **(R.39)**; e (iv) priorizar bairros e comunidades de população mais vulnerável, ofertar espaços coletivos arborizados com infraestrutura adequada (mobiliário urbano, iluminação, acessibilidade) e elementos lúdicos e seguros adaptados às crianças de diferentes faixas etárias **(R.40)**.

No terceiro e último eixo de auditoria, buscou-se investigar em que medida os principais componentes de governança dos programas nacionais de visita domiciliar, especificamente da ESF/MS, no âmbito da saúde, e do PCF/MDS, no âmbito da assistência social, estão alinhados, no território paraibano, para garantir a atenção integral das crianças de zero a seis anos de idade. Para

tanto, foram analisados quatro componentes de governança: (i) instrumentos de planejamento e de monitoramento e avaliação; (ii) procedimentos de execução das ações; (iii) articulação dentro do município, do Estado e entre o Estado e os municípios; e (iv) recursos e ferramentas dos programas.

Com base em evidências coletadas, concluiu-se pela inexistência e/ou fragilidade dos instrumentos de planejamento e de monitoramento e avaliação dos programas de visita domiciliar (no âmbito da ESF e do PCF), no território estadual (**A.11**). Para confrontação desse cenário, sugerem-se recomendações aos Municípios, por meio dos titulares das pastas de saúde e de assistência social, para: (i) realizarem diagnóstico territorial intersetorial, com base em dados do CadÚnico, e-SUS, prontuário SUAS e outras fontes oficiais (**R.41**); e (ii) quanto às visitas domiciliares da ESF e do PCF, para, a partir de diagnóstico territorial intersetorial, implementarem instrumentos de planejamento com objetivos, metas e indicadores claros; criarem fluxos de coleta, tratamento e análise de dados provenientes das visitas; e elaborarem relatórios de monitoramento periódicos (**R.42**). Recomenda-se ainda às Secretarias de Estado da Saúde (SES) e do Desenvolvimento Humano (SEDH) desenvolverem estratégias de aprimoramento da coleta e do fluxo de informações dos municípios, como o uso de ferramentas digitais mais eficientes ou o fortalecimento da equipe de apoio ao monitoramento (**R.43**).

No que tange aos procedimentos de execução das visitas domiciliares, a equipe de auditoria detectou fragilidades quanto à busca ativa, padronização, mecanismos formais de coleta e utilização do feedback das famílias, identificação e enfrentamento de barreiras territoriais e protocolos de encaminhamento e acompanhamento (**A.12**). Sugerem-se, diante disso, as seguintes recomendações aos Municípios, por meio dos titulares das pastas de saúde e de assistência social: (i) realizarem, no âmbito dos programas de visita domiciliar, ações de busca ativa de forma coordenada, utilizando dados do CadÚnico, e-SUS e outras bases para orientação estratégica e seguindo fluxos e protocolos entre os dois setores (**R.44**); (ii) elaborarem e institucionalizarem protocolos padronizados de execução e supervisão de visitas domiciliares, com base nos guias nacionais e ajustados à realidade local, inclusive quanto a encaminhamentos e retornos entre setores da gestão municipal (**R.45**); (iii) instituírem canal de escuta das famílias atendidas e mecanismo de análise, para ajustes nos programas de visita domiciliar e elaboração de material de divulgação dos programas (**R.46**); e (iv) mapearem áreas de difícil acesso (geográfico e social), documentando estratégias e apoiando as equipes para atuação (**R.47**).

Ao se examinar o componente articulação, essencial para a efetividade das políticas públicas voltadas à Primeira Infância, concluiu-se, de modo geral, ser a articulação de ações incipiente para que permitam o alinhamento entre as políticas setoriais com a implementação dos programas de visita domiciliar (**A.13**). Propõe-se assim seja recomendada aos Municípios, por meio dos titulares das pastas de saúde e de assistência social: (i) a elaboração e implementação de fluxos padronizados de encaminhamento e retorno entre setores, com relação às visitas domiciliares (**R.48**); e (ii) promoção de capacitações intersetoriais conjuntas, com foco na atuação em rede, no compartilhamento de responsabilidades e na integração das informações (**R.49**). Para a SEDH-PB e à SES-PB, recomenda-se que, individualmente e em conjunto, fortaleçam os mecanismos de coordenação e governança já existentes, com relação aos programas de visita domiciliar do PCF e da ESF, expandindo o alcance e o apoio aos municípios (**R.50**).

Por fim, constatou-se, quanto às visitas domiciliares da ESF e do PCF, fragilidades na disponibilização de recursos e ferramentas e lacunas na capacitação continuada das equipes (**A.14**). Diante deste achado de auditoria, a equipe de auditoria propõe recomendações aos Municípios, por meio dos titulares das pastas de saúde e de assistência social, para: (i) realizarem

avaliações periódicas da cobertura das equipes da ESF e do PCF, mapear territórios desassistidos e readequar as equipes conforme a realidade local **(R.51)**; (ii) elaborarem e implementarem, inclusive por meio de parcerias, plano de capacitação permanente para os profissionais do PCF e da ESF, contemplando temas como desenvolvimento integral, visitação centrada na família, intersetorialidade e abordagem culturalmente sensível **(R.52)**; e (iii) a partir de diagnóstico local, detalhado e periódico, garantirem às equipes de PCF e ESF a provisão adequada de recursos materiais, incluindo fardamento, equipamentos, insumos pedagógicos e de higiene e transporte **(R.53)**. Recomenda-se, por fim, às Secretarias de Estado da Saúde (SES) e do Desenvolvimento Humano (SEDH) instituírem cronograma fixo e público de capacitações e visitas técnicas, garantindo periodicidade mínima **(R.54)**.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	PÁGINA
FIGURA 01 - ESCOPO DA AUDITORIA	16
FIGURA 02 - CICLO DA AUDITORIA OPERACIONAL	22
FIGURA 03 - SITUAÇÃO DO PMPI NOS MUNICÍPIOS PARAIBANOS	27
FIGURA 04 - CRECHE NO MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS	34
FIGURA 05 - MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE SOUSA	49
FIGURA 06 - ESGOTAMENTO A CÉU ABERTO	57
FIGURA 07 - CRIANÇA SE ALIMENTANDO DE FRUTA	66
FIGURA 08 - ESPAÇO PÚBLICO DE LAZER PARA CRIANÇAS	75
FIGURA 09 - VISITA DOMICILIAR DO PCF	84
FIGURA 10 - FAMÍLIA ATENDIDA PELO PCF NO MUNICÍPIO DE PATOS	88

LISTA DE QUADROS

QUADRO	PÁGINA
QUADRO 01 - EIXOS DE INVESTIGAÇÃO DA AUDITORIA	17
QUADRO 02 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - BAIXO NÍVEL DE COBERTURA	37
QUADRO 03 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - INSUFICIÊNCIA DE MECANISMOS ADEQUADOS DE GOVERNANÇA	38
QUADRO 04 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - OBRAS INACABADAS DE CONSTRUÇÃO DE ESTABELECIMENTOS	39
QUADRO 05 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - AUSÊNCIA DE INFRAESTRUTURA FÍSICA E DE MOBILIÁRIOS ADEQUADOS	43
QUADRO 06 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - AUSÊNCIA DE MECANISMOS DE SEGURANÇA ADEQUADOS EM ESTABELECIMENTOS	44
QUADRO 07 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - INSUFICIÊNCIA DA FORMALIZAÇÃO DE PROPOSTAS PEDAGÓGICAS ESPECÍFICAS	45
QUADRO 08 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - INSUFICIÊNCIA DE PROFISSIONAIS RELEVANTES AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	45
QUADRO 09 - EVIDÊNCIAS - ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	50
QUADRO 10 - EVIDÊNCIAS - ATENDIMENTO DE SAÚDE DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS	55
QUADRO 11 - EVIDÊNCIAS - ACESSO À ÁGUA TRATADA E ESGOTAMENTO SANITÁRIO	61
QUADRO 12 - EVIDÊNCIAS - IMPLEMENTAÇÃO INSUFICIENTE DE PROGRAMAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR	71
QUADRO 13 - EVIDÊNCIAS - FRAGILIDADE DO ACOMPANHAMENTO DE DADOS DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL	72
QUADRO 14 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - INEXISTÊNCIA DE ÁREAS LIVRES ADEQUADAS EM ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL	79



QUADRO 15 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - FRAGILIDADE NO PLANEJAMENTO URBANO	80
QUADRO 16 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - INEXISTÊNCIA/INSUFICIÊNCIA DE PROGRAMAS E INVESTIMENTOS	80
QUADRO 17 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - DEFICIÊNCIA NA OFERTA DE ÁREAS DE LAZER DE USO COLETIVO	81
QUADRO 18 - EVIDÊNCIAS - VISITAS DOMICILIARES - INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	90
QUADRO 19 - EVIDÊNCIAS - VISITAS DOMICILIARES - PROCEDIMENTOS DE EXECUÇÃO	93
QUADRO 20 - EVIDÊNCIAS - VISITAS DOMICILIARES - ARTICULAÇÃO DE AÇÕES NOS MUNICÍPIOS	96
QUADRO 21 - EVIDÊNCIAS - RECURSOS E FERRAMENTAS DOS PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR	101
QUADRO 22 - ACHADOS, SITUAÇÕES ENCONTRADAS, RECOMENDAÇÕES E BENEFÍCIOS ESPERADOS	105

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AL-PB	Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba
APS	Atenção Primária à Saúde
Atricon	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
Cagepa	Companhia de Água e Esgotos da Paraíba
CEDCA	Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da Paraíba
CGIPI	Comitê Gestor Intersetorial da Primeira Infância
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
Coegemas-PB	Colegiado de Gestores Municipais de Assistência Social da Paraíba
CF/88	Constituição Federal de 1988
Cosems-PB	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba
Cras	Centro de Referência da Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDCA	Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente
FIA	Fundo da Infância e Adolescência
FMCSV	Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
FMCA	Fundo Municipal da Criança e do Adolescente
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRB	Instituto Rui Barbosa
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MDS	Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PNIP	Política Nacional Integrada da Primeira Infância
PCF	Programa Criança Feliz
PMPI	Plano Municipal pela Primeira Infância
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNPI	Plano Nacional pela Primeira Infância
PNIP	Política Nacional Integrada para a Primeira Infância
PPA	Plano Plurianual
RNPI	Rede Nacional pela Primeira Infância
SEDH-PB	Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano
SEE-PB	Secretaria de Estado da Educação
SEIRH-PB	Secretaria da Infraestrutura e dos Recursos Hídricos
Sejel-PB	Secretaria de Estado da Juventude, Esporte e Lazer
Seplag-PB	Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão
SES-PB	Secretaria de Estado da Saúde
Sisab	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
Sinisa	Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico
Sisagua	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-PB	Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
Undime-PB	União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação da Paraíba
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	2
RESUMO.....	3
LISTA DE FIGURAS.....	9
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE SIGLAS.....	12
SUMÁRIO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. JUSTIFICATIVA, OBJETO E ESCOPO DA AUDITORIA.....	15
1.2. A AGENDA 2030 E A PRIMEIRA INFÂNCIA.....	18
1.3. METODOLOGIA.....	21
2. EIXOS DE INVESTIGAÇÃO.....	24
2.1. EIXO 1 - INSTITUCIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO TERRITÓRIO PARAIBANO.....	24
2.1.1. FORMALIZAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO ESTADO.....	24
2.1.2. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA NOS MUNICÍPIOS.....	27
2.1.3. IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO. 30	
2.2. EIXO 2 - POLÍTICAS SETORIAIS.....	34
2.2.1. EDUCAÇÃO INFANTIL.....	34
2.2.1.1. OFERTA DE VAGAS.....	37
2.2.1.2. QUALIDADE DA INFRAESTRUTURA DISPONÍVEL.....	42
2.2.2. SAÚDE.....	47
2.2.2.1. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL.....	50
2.2.2.2. ATENDIMENTO DE SAÚDE DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS.....	54
2.2.2.3. ACESSO À ÁGUA TRATADA E ESGOTAMENTO SANITÁRIO.....	58
2.2.3. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	66
2.2.4. ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER.....	75
2.3. EIXO 3 - VISITAS DOMICILIARES DA ESF E DO PCF.....	84
2.3.1. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	89
2.3.2. PROCEDIMENTOS DE EXECUÇÃO.....	93
2.3.3. ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES.....	97
2.3.4. RECURSOS E FERRAMENTAS DOS PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR.....	100
3. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	106
REFERÊNCIAS.....	120

1. INTRODUÇÃO

1.1. JUSTIFICATIVA, OBJETO E ESCOPO DA AUDITORIA

A Primeira Infância é o período da vida em que o ser humano é mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais rico em potencial para se desenvolver. Estudos mostram que políticas públicas voltadas para a criança, desde sua gestação até os 72 meses de vida, especialmente as mais necessitadas, promovem justiça social, ao mesmo tempo em que aumentam a produtividade econômica da sociedade em larga escala.

Contudo, a efetividade da política pública voltada para a Primeira Infância requer uma complexa governança colaborativa a fim de garantir a intersectorialidade e o envolvimento de toda a sociedade, com vistas a proporcionar um desenvolvimento integral e a garantia de todos os direitos da criança. Se bem gerido desta forma, o investimento na Primeira Infância se configura também como um poderoso meio de combater o ciclo intergeracional de pobreza.

Essa importância do tema vem sendo reconhecida em nível global e os instrumentos que promovem a priorização da Primeira Infância na ação pública vêm evoluindo desde 1959, com a Declaração Universal dos Direitos da Criança. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu artigo 227, estabeleceu ser dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão¹. No que tange à Primeira Infância especificamente, a Lei 13.257/2016 constituiu seu Marco Legal e provocou uma mobilização da sociedade a fim de superar os inúmeros desafios que ainda se colocam na busca pela garantia dos direitos da criança na Primeira Infância. Entre outras iniciativas, o Pacto Nacional pela Primeira Infância representou uma importante estratégia de integração interinstitucional em prol da implantação do Marco Legal.

Seguindo os desdobramentos do Pacto, o Instituto Rui Barbosa (IRB) instituiu o Comitê Técnico da Primeira Infância, com o apoio da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (Atricon) e do Conselho Nacional dos Presidentes dos Tribunais de Contas (CNPTC), que, durante o 1º Seminário Nacional “A Primeira Infância e os Tribunais de Contas”, realizado em 2022, em Fortaleza-CE, apreciou boas práticas e revisitou o papel dos Tribunais de Contas (TCs) no fortalecimento de políticas públicas. Como resultado do Seminário, foi elaborado o documento “Carta de Fortaleza”, propondo diversas ações e estratégias no âmbito dos Tribunais de Contas brasileiros, em apoio à política pública voltada à Primeira Infância.

Reconhecendo sua posição privilegiada para promover uma articulação inter e extragovernamental e no exercício de sua vocação técnica para o aprimoramento da gestão pública, o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba constituiu, por meio da Portaria TC Nº 048/2025, a Comissão da Primeira Infância, visando priorizar as políticas públicas para esse público-alvo no âmbito dos seus jurisdicionados.

Dentre as ações previstas no Plano de Trabalho dessa Comissão, tem-se a realização de auditoria operacional, pela equipe de auditoria especificada na citada Portaria, sendo formalizado o

¹ Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010.

Processo TC Nº 07533/24, sob a relatoria do Cons. André Carlo Torres Pontes, também designado Presidente da Comissão da Primeira Infância no TCE-PB.

Delineou-se como objetivo da auditoria, examinar: (i) a formalização e a implementação da Política da Primeira Infância no território paraibano; (ii) as ações setoriais desenvolvidas pelos entes públicos estaduais e municipais na Paraíba, com referência ao público alvo da Política da Primeira Infância; e (iii) as visitas domiciliares no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF-SUS) e do Programa Criança Feliz (PCF-SUAS), conforme auditoria coordenada nacional.

O objeto da Auditoria Operacional consiste nas políticas públicas voltadas à Primeira Infância na Paraíba, tendo como escopo três eixos de investigação - Institucionalização e implementação da Política da Primeira Infância, Políticas Setoriais e Visitas domiciliares da ESF e do PCF, como ilustrado:

FIGURA 01 - ESCOPO DA AUDITORIA



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria.

Para cada eixo de auditoria, foram definidas as questões e subquestões apresentadas no quadro a seguir.

QUADRO 01 - EIXOS DE INVESTIGAÇÃO DA AUDITORIA

EIXO 1 – INSTITUCIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

QUESTÃO GERAL: *Em que medida a política da Primeira Infância encontra-se institucionalizada e implementada no território paraibano?*

QUESTÃO 1.1 - *Qual o grau de formalização da Política da Primeira Infância no Estado, considerando o estabelecido no Marco Legal da Primeira Infância e as boas práticas contidas em referenciais de políticas públicas?*

QUESTÃO 1.2 - *Em que medida a implementação da política da Primeira Infância nos municípios está viabilizada por meio de mecanismos de coordenação intersetorial e de planejamento?*

QUESTÃO 1.3 - *Como se dá a identificação das ações públicas voltadas para a Primeira Infância nos instrumentos de planejamento orçamentário do Estado e dos municípios?*

EIXO 2 – POLÍTICAS SETORIAIS

QUESTÃO GERAL - *De que forma os entes estadual e municipais têm desenvolvido ações setoriais voltadas à Primeira Infância?*

SUB EIXO 2.1 - EDUCAÇÃO - QUESTÃO 2.1 - *Em que medida a oferta da Educação Infantil tem sido suficiente e adequada no território paraibano?*

SUBQUESTÃO 2.1.1 - *Em que medida a oferta da Educação Infantil no território paraibano tem sido suficiente e baseada em diagnóstico e planejamento?*

SUBQUESTÃO 2.1.2 - *Até que ponto a qualidade da educação infantil ofertada nas redes municipais é adequada para garantir o desenvolvimento integral das crianças?*

SUB EIXO 2.2 - SAÚDE - QUESTÃO 2.2 - *Em que medida a oferta da saúde ao público-alvo da Primeira Infância tem sido suficiente e adequada no território paraibano?*

SUBQUESTÃO 2.2.1 - *Como se dá o acompanhamento pré-natal, especialmente quando há demanda por serviços de média e alta complexidade?*

SUBQUESTÃO 2.2.2 - *Como se dá o atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos, quanto a prevenção e tratamento, especialmente quando há demanda por serviços de média e alta complexidade?*

SUBQUESTÃO 2.2.3 - *Em que medida está sendo promovida, por parte do poder público, a ampliação do acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário nas zonas urbanas do território paraibano?*

SUB EIXO 2.3 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - QUESTÃO 2.3 - *Em que medida as ações do poder público têm promovido e garantido a segurança alimentar e nutricional de gestantes e de crianças de 0 a 6 anos no território paraibano?*

SUB EIXO 2.4 - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - QUESTÃO 2.4 - *Em que medida são oferecidos espaços externos de lazer para a Primeira Infância, tanto nos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais como nos espaços de uso coletivo nas cidades (praças, parques e áreas verdes)?*

EIXO 3 – VISITAS DOMICILIARES DA ESF E DO PCF

QUESTÃO GERAL: *Em que medida os principais componentes de governança dos programas nacionais de visitação domiciliar estão alinhados, no território paraibano, para garantir a atenção integral das crianças de zero a seis anos de idade?*

SUBQUESTÃO 3.1.1 - *Os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação estão estruturados, no âmbito municipal, de maneira a produzir informações com vistas ao aperfeiçoamento dos programas e o Estado monitora a implementação desses programas?*

SUBQUESTÃO 3.1.2 - *Os procedimentos de execução das ações planejadas nos municípios estão contribuindo para o alcance dos objetivos traçados?*

SUBQUESTÃO 3.1.3 - *Em que medida as ações ocorrem de maneira articulada, permitindo o alinhamento entre as diversas políticas setoriais com a implementação dos Programas de visitas domiciliares?*

SUBQUESTÃO 3.1.4 - *Em que medida os recursos/ferramentas dos programas de visitação domiciliar têm contribuído no processo de fortalecimento de vínculos das famílias e no desenvolvimento integral da criança, favorecendo o engajamento dos usuários nos programas?*

1.2. A AGENDA 2030 E A PRIMEIRA INFÂNCIA

Essencial destacar a importância de vincular a política da Primeira Infância com diversos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, mesmo os que não citam diretamente seu público-alvo (gestantes e crianças de 0 a 6 anos). Investir na primeira infância é portanto uma forma de alcançar mais rapidamente as metas de muitos ODS.

Segundo a representante do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil, Maristela Baioni, “os investimentos na primeira infância são indispensáveis para o desenvolvimento humano sustentável, e as crianças, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade, devem estar no centro das políticas públicas”².

Com base no artigo *A primeira infância acelerando os ODS*, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)³, na publicação *A primeira infância no contexto dos Objetivos e Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (ODS)* e no material do Módulo 4 do Curso *Primeira Infância Primeiro no Plano Plurianual*, da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal⁴, além dos relatórios do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁵, explana-se a relação entre a política da Primeira Infância e os Objetivos da Agenda 2030.

² Fonte: <https://www.undp.org/pt/brazil/news/fundo-conjunto-para-os-ods-olhar-para-1a-infancia-e-indispensavel-para-desenvolvimento-humano-sustentavel>.

³ Fonte: <https://www.primeirainfanciaempauta.org.br/a-crianca-e-os-objetivos-da-onu-a-primeira-infancia-acelerando-os-ods.html>, baseado no artigo *Why early childhood development is the foundation for sustainable development*.

⁴ Fonte: <https://fundacaomariacecilia.org.br/>.

⁵ Fonte: <https://www.ipea.gov.br/ods/>.



Dentre as metas desse objetivo está, até 2030, reduzir pelo menos à metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais. No Brasil, em 2023, 10,6 milhões de crianças e adolescentes com idades entre 0 e 14 anos viviam na extrema pobreza.



Crianças que recebem estímulos e suplementos alimentares têm um desenvolvimento melhor e isso amplia o impacto da nutrição adequada. Além disso, ações em prol da primeira infância minimizam o efeito do estresse, melhorando a absorção dos nutrientes ingeridos. A meta 2.2 é de, até 2030, acabar com todas as formas de má-nutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos de idade e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.



Quanto antes se investe no bebê ou na criança, mais é reduzida a chance de ele desenvolver doenças cardiovasculares e não transmissíveis ao longo de sua vida toda. Assim, é importante apontar como são fundamentais as ações e os programas de saúde realizados logo no início da vida, para assegurar o bem-estar da criança e evitar problemas no futuro. Para isso, faz-se importante detectar precocemente doenças/distúrbios e de que as crianças sejam assistidas por equipes multidisciplinares (médico, psicólogo, assistente social, professor etc). Dentre as metas deste ODS, destacam-se também as de reduzir a taxa de mortalidade maternal global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (3.1) e a de acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.



O aprendizado começa até antes do nascimento. Tanto que estudos mostram que ações em prol do desenvolvimento da primeira infância são a base para que a criança consiga aprender, ter sucesso acadêmico e uma vida produtiva. Um estudo da ONU, com dados de 73 países, demonstrou que o aumento de matrículas na pré-escola fez com que as crianças, quando entraram no mercado de trabalho, ganhassem entre 6 e 17 dólares a mais por mês. A meta 4.2 trata da oferta de educação de qualidade na primeira infância: “Até 2030, garantir que todas as meninas e meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar, de modo que eles estejam prontos para o ensino primário.”



A relação entre desenvolvimento da primeira infância e empoderamento econômico da mulher é clara. Quanto maior o investimento em creches acessíveis e de alta qualidade, maiores as oportunidades para as mães avançarem no que diz respeito à economia e à autonomia financeira.



No objetivo que defende o emprego pleno e justo, a oferta de creches e de outras formas de cuidados de crianças pequenas é essencial. Investir em profissionais que atuam nessa área e ampliar a oferta de vagas contribui para combater o desemprego, especialmente entre as mulheres. Isso porque a precariedade ou escassez de creches recai normalmente sobre as mães, que não podem voltar ao mercado de trabalho por não terem com quem deixar o filho. Ele também visa acabar com o trabalho infantil e aborda o recrutamento e emprego de crianças como soldados – uma inclusão fundamental para a agenda do desenvolvimento global.



A janela de oportunidade que representa a primeira infância pode ajudar a reduzir essa lacuna social, pois oferece a chance de desenvolvimento pleno para todos. Crianças mais pobres atendidas por serviços focados na primeira infância, quando adultas, recebem até 25% a mais, que as não beneficiadas com esses programas.



O local onde as crianças viverão no futuro depende das ações tomadas na nossa época. Assim, todas as medidas para proteger oceanos e ecossistemas, criar cidades sustentáveis, investir em energia e infraestrutura vão influenciar a vida das crianças. Para que elas possam herdar um planeta mais sustentável, os ODS requerem a integração das políticas de mudança climática nas estratégias e planos nacionais e a garantia de serviços de energia acessíveis, confiáveis e modernos para todos. Além disso, o desenvolvimento das crianças passa necessariamente por terem acesso a locais seguros e ao contato com a natureza. A meta 11.7 é de proporcionar, até 2030, o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.



Novas ideias sobre o consumismo da sociedade atual já são trabalhadas em programas de desenvolvimento da primeira infância, criando uma atitude de consumo mais sustentável por parte das crianças. Programas que as ensinem a ter atitudes menos consumistas e mais sustentáveis vão ajudar a preservar os recursos naturais e evitar desperdícios. Vale lembrar o artigo 5º do Marco Legal da Primeira Infância, que determina que se evite a exposição precoce da criança de até seis anos à comunicação mercadológica. Isso porque as crianças são mais suscetíveis à publicidade (são mais facilmente manipuladas) e às consequências dos excessos de consumo, tais como: obesidade infantil, erotização precoce, consumo precoce de tabaco e álcool, banalização da agressividade e da violência.



Intervenções nos primeiros anos de vida têm o potencial de criar uma neurobiologia mais saudável, de desenvolver resiliência nas crianças, além de valores e comportamentos que podem reduzir a violência no futuro e promover a paz. A meta 16.2 está diretamente relacionada às crianças pois pretende acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças.

1.3. METODOLOGIA

A competência dos Tribunais de Contas brasileiros para exercer o controle externo mediante auditoria operacional, quanto à legitimidade e economicidade, foi introduzida na CF/88 (art. 70 c/c art.71). No TCE-PB, a fiscalização nessa modalidade, também denominada auditoria de desempenho ou de resultados, encontra-se atualmente regulamentada por meio da Resolução Normativa RN-TC-01/2018, onde se menciona que, para a fiscalização através de Auditoria Operacional, inclusive no que tange a Monitoramento, este Tribunal adota os Princípios Fundamentais de Auditoria Operacional da Intosai ⁶ (ISSAI 300), inseridos nas Normas Brasileiras do Setor Público (NBASP – Nível 2 – Princípios Fundamentais de Auditoria do Setor Público) do IRB, além da Norma para Auditoria Operacional da Intosai (ISSAI 3000) e das Orientações sobre Conceitos Centrais para Auditoria Operacional (ISSAI 3100), ambos da Intosai, todos contemplados no Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (MAO). Segundo o referido Manual:

A Auditoria operacional é o exame independente, objetivo e confiável que analisa se empreendimentos, sistemas, operações, programas, atividades ou organizações do governo estão funcionando de acordo com os princípios de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade e se há espaço para aperfeiçoamento⁷.

⁶ Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores.

⁷ MAO/TCU (2020), p.16, item 1.2.

O ciclo de uma Auditoria operacional no setor público está representado na figura a seguir⁸:

FIGURA 02 - CICLO DA AUDITORIA OPERACIONAL



Fonte: Manual de Auditoria Operacional do TCU/2020.

Dentro desta metodologia, a instrução do presente processo compreendeu as etapas de Diagnóstico e Planejamento e de Execução, detalhadas na sequência.

Na etapa de Diagnóstico e Planejamento, principiou-se por pesquisar a legislação pertinente e reunir material de leitura, compreendendo livros e produção acadêmica concernente ao objeto de auditoria.

Como primeira medida de interação com os jurisdicionados, um questionário preliminar foi submetido às Prefeituras Municipais paraibanas para coleta de informações gerais a respeito das ações pela Primeira Infância nesses entes. Os principais itens abordados foram os seguintes:

- Existência de Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI);
- Existência de Comitê Gestor Intersetorial pela Primeira Infância (CGIPI) e quem o coordena;
- Realização de capacitações internas e externas sobre o tema;
- Inclusão do tema nos instrumentos de planejamento orçamentário - plano plurianual (PPA), lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e lei orçamentária anual (LOA);
- Realização de campanhas a respeito do tema; e
- Existência de equipamentos públicos relevantes ao tema nas áreas de educação (creches e pré-escolas) e saúde (Unidades Básicas de Saúde (UBS), maternidades, unidades para exames laboratoriais etc).

Foram, então, realizadas entrevistas de diagnóstico com gestores de secretarias estaduais - Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH-PB), Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB), Secretaria de Estado da Educação (SEE-PB), Secretaria de Estado da Juventude, Esporte e Lazer (SEJEL-PB) e Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (Seplag-PB) -, bem

⁸ MAO/TCU (2020), p.25.

como com representantes de entidades de classe - Colegiado de Gestores Municipais de Assistência Social da Paraíba (Coegemas-PB), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (Cosems-PB) e União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação da Paraíba (Undime-PB).

A partir das informações coletadas, foram utilizadas as seguintes técnicas de diagnóstico: Análise Stakeholder, Análise SWOT, Diagrama de Verificação de Risco e Mapeamento de Risco⁹. A partir das conclusões extraídas por meio desses instrumentos, definiram-se o escopo e as questões de auditoria, descritas no item 1.1 deste relatório, que guiaram a execução do trabalho.

A etapa de planejamento foi finalizada com a elaboração da Matriz de Planejamento¹⁰, a qual foi apresentada aos gestores estaduais e municipais na ocasião do evento de lançamento do Pacto Paraibano pela Primeira Infância, realizado no Teatro Pedra do Reino¹¹, em João Pessoa.

Na etapa de Execução, foram detalhados os procedimentos de auditoria, sendo elaborados e aplicados os seguintes instrumentos de coleta de dados primários:

- Disponibilização de questionário *online* para preenchimento por parte das Prefeituras Municipais, contemplando as informações requeridas para responder às questões de auditoria elaboradas, como forma de coleta sistemática em larga escala;
- Entrevistas com gestores estaduais da SEDH-PB e da SES-PB;
- Requisição de documentos aos responsáveis pela SEE, pela Secretaria da Infraestrutura e dos Recursos Hídricos (SEIRH-PB) e pela Seplag-PB;
- Entrevistas com gestores das secretarias municipais de saúde e de assistência/desenvolvimento social dos municípios de João Pessoa, Guarabira, Santa Cecília, Salgadinho e Patos, municípios selecionados como amostra da Auditoria Operacional Coordenada nacional - Visitas domiciliares;
- Visitas por amostragem em UBS diversas: (i) João Pessoa - 5 UBS; (ii) Patos - 2 UBS; e (iii) Guarabira, Santa Cecília e Salgadinho - uma UBS em cada. Para cada estabelecimento, foram entrevistados o(a) gestor(a) da unidade, o(a) chefe da ESF, um grupo de agentes comunitários de saúde (ACS) - 2 a 4 pessoas - e pelo menos uma família atendida pelo programa;
- Visitas por amostragem em Centros de Referência da Assistência Social (Cras) diversos: (i) João Pessoa - 2 Cras; e (ii) Guarabira, Santa Cecília, Salgadinho e Patos - um Cras em cada. Para cada estabelecimento, foram entrevistados o(a) coordenador(a) da unidade, o(a) supervisor(a) dos visitantes domiciliares do PCF, um grupo de visitantes (2 a 4 pessoas) e pelo menos uma família atendida pelo programa.

Na sequência, as informações e dados coletados foram consolidados e analisados, elaborando-se a Matriz de Achados¹², a qual descreve, com relação às questões de auditoria, as situações encontradas e suas evidências, em confronto com os critérios de referência e legais estabelecidos,

⁹ Doc. TC N. 55412/24, Doc. TC N. 55414/24, Doc. TC N. 55415/24 e Doc. TC N.55417/25, respectivamente.

¹⁰ Versão final contida no Doc. TC N. 96083/24.

¹¹ Ver <https://tce.pb.gov.br/noticias/assinatura-de-pacto-pela-primeira-infancia-termina-com-palestras-e-autoridades-destacam-iniciativa-do-tce-pb/>.

¹² Versão final contida no Doc. TC N. 114859/25.

além de possíveis causas e efeitos dos achados de auditoria, sugestões de recomendações por parte do Tribunal de Contas e benefícios esperados.

A Matriz de Achados elaborada foi então apresentada aos gestores estaduais e municipais no Encontro Estadual pela Primeira Infância, realizado no Teatro Facisa, em Campina Grande¹³, sendo submetida à validação desses atores.

2. EIXOS DE INVESTIGAÇÃO

2.1. EIXO 1 - INSTITUCIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO TERRITÓRIO PARAIBANO

No primeiro eixo de auditoria, buscou-se investigar o grau de institucionalização e de implementação da política da Primeira Infância no território paraibano, sob a perspectiva da Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância), que estabeleceu princípios e diretrizes para a formulação e a implementação dessa política. Foram utilizados também como critérios o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas, do Tribunal de Contas da União (TCU), e o Referencial para Avaliação de Governança Multinível em Políticas Públicas Descentralizadas, elaborado pelo TCU em parceria com a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Atricon e o IRB.

2.1.1. FORMALIZAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO ESTADO

De acordo com o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas - Eixo Institucionalização, para que uma política pública tenha sua implementação viabilizada, faz-se imprescindível sua institucionalização, estabelecendo como se dará a atuação dos diversos órgãos, instituições e esferas de governo envolvidos, com definição clara das atribuições e responsabilidades e da instância de coordenação para alinhar as ações dos diversos atores. O Eixo Planos e Objetivos, por sua vez, estabelece que, além da questão institucional, é essencial que as políticas públicas sejam orientadas por uma formulação geral e por planos que habilitem a operacionalização delas, por meio de ações.

Da mesma forma, o Referencial para Avaliação de Governança Multinível em Políticas Públicas Descentralizadas, contempla, dentre os seis Componentes¹⁴ que viabilizam a boa governança multinível de uma política pública:

- *Atribuição de Responsabilidades* - que implica na divisão de atribuições, de forma clara, detalhada, sem sobreposições e sem lacunas, entre os atores intervenientes na política

¹³ Ver <https://tce.pb.gov.br/noticias/tce-pb-apresenta-matriz-de-achados-sobre-politicas-publicas-voltadas-a-primeira-infancia-em-encontro-estadual/>.

¹⁴ Componentes que viabilizam a boa governança multinível - Atribuição de Responsabilidades, Financiamento das Responsabilidades, Capacidade dos Entes Federativos, Mecanismos de Coordenação, Monitoramento e Avaliação de Desempenho e Abordagem das Desigualdades Territoriais.

descentralizada; e que a execução da política pública deve ser realizada sob condições mínimas as quais regulem a forma de prestação e organização dos serviços, com entregas, delimitação do público-alvo e definição de metas de atendimento.

- *Mecanismos de Coordenação* - que proporcionam o alinhamento de diretrizes e objetivos da política, definição de programação plurianual, coordenação vertical e horizontal.

A pauta da Primeira Infância como política pública no Brasil surgiu com a construção, em 2009-2010, do Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), com diretrizes e metas para ações até 2022, pela Rede Nacional pela Primeira Infância (RNPI), composta por integrantes de organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes com capilaridade em todo o território nacional, além de organizações multilaterais das Nações Unidas - UNICEF, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tratou-se de um documento político e técnico para orientar decisões, investimentos e ações de proteção e de promoção dos direitos das crianças na primeira infância. Sua aprovação deu-se, na ocasião, sob o guarda-chuva geral do Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, como plano voltado para a especificidade da primeira infância.

Em 2016, foi sancionada a Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância), constituindo-se no documento legal de consolidação de diretrizes para políticas integrais voltadas a crianças até 6 anos. O artigo 7º da lei prevê a instituição de comitê intersetorial de políticas públicas para a primeira infância e a elaboração de planos específicos no âmbito dos Estados, Distrito Federal e municípios, e o artigo 8º, o regime de colaboração entre as esferas de governo e o apoio do governo federal na elaboração dos planos dos entes federativos.

Art. 7º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir, nos respectivos âmbitos, comitê intersetorial de políticas públicas para a primeira infância com a finalidade de assegurar a articulação das ações voltadas à proteção e à promoção dos direitos da criança, garantida a participação social por meio dos conselhos de direitos.

§ 1º Caberá ao Poder Executivo no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios indicar o órgão responsável pela coordenação do comitê intersetorial previsto no caput deste artigo.

§ 2º O órgão indicado pela União nos termos do § 1º deste artigo manterá permanente articulação com as instâncias de coordenação das ações estaduais, distrital e municipais de atenção à criança na primeira infância, visando à complementaridade das ações e ao cumprimento do dever do Estado na garantia dos direitos da criança.

Art. 8º O pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância constitui objetivo comum de todos os entes da Federação, segundo as respectivas competências constitucionais e legais, a ser alcançado em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Parágrafo único. A União buscará a adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios à abordagem multi e intersetorial no atendimento dos direitos da criança na primeira infância e oferecerá assistência técnica na elaboração de planos estaduais, distrital e municipais para a primeira infância que articulem os diferentes setores.

Tendo como referência o Marco Legal da Primeira Infância, em 2019-2020, o PNPI, elaborado pela RNPI, culminou no estabelecimento do Pacto Nacional pela Primeira Infância, em junho de 2019, promovido e coordenado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Somente em 2024, por meio do Decreto nº 10.083, o Governo Federal criou o seu Comitê Intersetorial da Primeira Infância e estabeleceu diretrizes para a elaboração da Política Nacional Integrada para a Primeira Infância (PNIIPI), a qual veio a ser instituída agora em 2025, através do Decreto nº 12.574, no âmbito da União, sob a coordenação do Ministério da Educação, tendo como finalidade estabelecer coordenação intersetorial e integrada das políticas setoriais destinadas à criança na primeira infância, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (artigo 1º e seu parágrafo §1º). Em setembro último, foi estabelecido, por meio da Portaria Conjunta MEC/MGI/MS/MDHC/MDS nº 255, o Plano de Ação Estratégico da PNIIPI para o biênio de 2025-2026, com iniciativas, indicadores, metas e prazos.

O processo na Paraíba seguiu curso semelhante. Após a revisão do PNPI em 2020 e tendo-o como referência e não uma política estadual, foi elaborado pela SEDH-PB e pelo Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da Paraíba (CEDCA), o Plano Decenal Estadual pela Primeira Infância na Paraíba 2023-2032. Em que pese ter sido editada, em 2021, lei estadual estabelecendo o Programa Paraíba Primeira Infância, o qual prevê ações e estratégias intersetoriais para o desenvolvimento integral e integrado das crianças na primeira infância (Lei nº 12.141), o Plano Decenal Estadual não faz a ela qualquer menção.

Em entrevistas com as secretarias estaduais incluídas no Plano Decenal Estadual pela Primeira Infância na Paraíba 2023-2032, constatou-se, de modo geral, não ser utilizado o referido plano como ferramenta de gestão (ações de planejamento, execução e monitoramento). O Programa Primeira Infância, por sua vez, como denominado, refere-se a um programa e não a uma política, priorizando-se em sua execução, a transferência de recursos, através de convênio, pelo Estado a municípios, para construção de creches.

Em entrevista com o Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância (criado pelo Decreto 42.611/2022, cuja composição foi atualizada pelo Ato Governamental nº 94/2024), confirmou-se a inexistência de ato normativo formalizando a Política Estadual pela Primeira Infância. Informou-se, ainda, ter sido criado grupo de trabalho, dentro do comitê, que finalizou minuta da Política Estadual, a qual deverá ser enviada à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba (AL-PB).

Do exposto, tem-se como achado de auditoria a ausência de formalização da Política Estadual da Primeira Infância (A.1), propondo-se assim as seguintes recomendações:

R.1 Ao Poder Executivo Estadual, para encaminhamento de projeto de lei à AL-PB, visando a formalização da Política Estadual pela Primeira Infância, com definição de diretrizes, competências, responsável pela coordenação, instâncias de decisão, instrumentos de planejamento, além de previsão de monitoramento e avaliação; e

R.2 Ao Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, para que proceda à revisão do Plano Decenal Estadual pela Primeira Infância na Paraíba 2023-2032, ou elaboração de outro instrumento de planejamento, com base na Política Estadual que vier a ser formalizada, e posterior encaminhamento para aprovação do CEDCA.

Da implementação dessas recomendações, esperam-se os seguintes benefícios:

- ✓ Existência de uma Política Estadual pela Primeira Infância devidamente institucionalizada como política de Estado, com definição de diretrizes, competências, coordenação e instância de decisão, além de previsão de monitoramento e avaliação; e
- ✓ Planejamento integrado de ações intersetoriais, contemplando objetivos, metas e indicadores, além de responsáveis, prazos e recursos necessários, de forma a impactar positivamente o público-alvo da política.

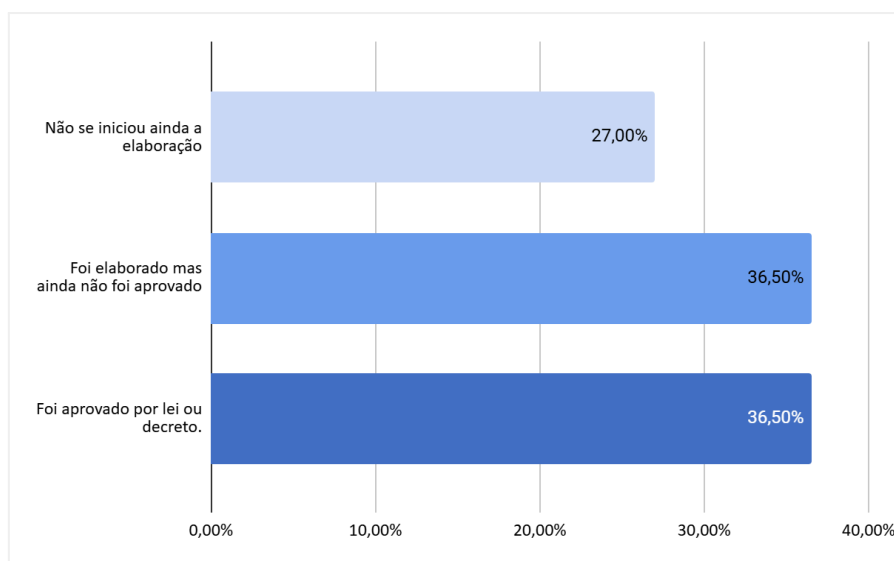
2.1.2. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA NOS MUNICÍPIOS

Os critérios descritos no item 2.1.1 aplicam-se igualmente aos municípios, no que tange à viabilização da implementação da Política da Primeira Infância por meio de mecanismos de coordenação intersetorial e de planejamento.

Na etapa de diagnóstico da Auditoria, foi aplicado, em fevereiro de 2025, questionário eletrônico junto aos 223 municípios paraibanos, o qual foi respondido por 212, quando 40,57% afirmaram a inexistência de Comitê Intersetorial para a Primeira Infância. Em julho, ao se executar a Matriz de Planejamento, formulário eletrônico, preenchido por 200 municípios, deu conta de que 40% deles ainda não instituíram este Comitê e que, em 15,83% dos municípios onde foi instituído Comitê, não foi definido o responsável pela coordenação e funcionamento. Com relação ao funcionamento, em 36,67% dos municípios respondentes não há periodicidade de reuniões do Comitê definida ou essa periodicidade é baixa (10% semestral, 1,67% quadrimestral e 20,83% trimestral).

Perguntados sobre o Plano Municipal para a Primeira Infância (PMPI), apenas 36,5% declararam existir instrumento aprovado, enquanto 27% informaram que sequer iniciaram a elaboração de um plano e outros 36,5% que houve a elaboração mas ainda não foi aprovado. A Figura 03 mostra esta situação.

FIGURA 03 - SITUAÇÃO DO PMPI NOS MUNICÍPIOS PARAIBANOS



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria, a partir do questionário aplicado aos municípios.

Dentre os planos aprovados, 26% não definem indicadores para monitoramento e acompanhamento das ações, 17,81% não contêm previsão de monitoramento e avaliação do PMPI e 26,03% não contêm, de forma explícita, previsão de revisão periódica do plano. No que diz respeito a apoio para elaboração, 46,58% afirmaram não ter recebido apoio técnico de outras esferas do governo para a elaboração e 39,73% informaram a contratação de empresas ou consultorias para este fim.

Os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, como menciona o Guia Temático “Atenção dos municípios com a primeira infância”¹⁵, são órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, previstos na Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Assim, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) é responsável pela deliberação das diretrizes da política de atendimento ao público alvo da Primeira Infância, bem como pelo seu acompanhamento, controle e avaliação. A gestão do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (FMDCA)¹⁶, o qual financia ações nessa área, também é de responsabilidade do CMDCA, como lembra a publicação da Fundação Abrinq - CMDCA - Apoio à execução de suas funções¹⁷.

A Resolução CONANDA nº 137/2010 orienta a criação e o funcionamento dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, assim definindo:

Art. 2º. Os Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente devem ser vinculados aos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente do respectivo ente federado, órgãos formuladores, deliberativos e controladores das ações de implementação da política dos direitos da criança e do adolescente, responsáveis por gerir os fundos, fixar critérios de utilização e o plano de aplicação dos seus recursos, conforme o disposto no § 2º do art. 260 da Lei nº 8.069, de 1990.

De acordo com o questionário aplicado aos municípios na etapa de execução, 197 possuem CMDCA em funcionamento. No entanto, 12,18% dos respondentes informaram não ter periodicidade definida para as reuniões. Os demais preveem reuniões mensais (40,61%), bimestrais (25,89%), trimestrais (19,80%), quadrimestrais (1,02%) ou semestrais (0,51%). Entre os municípios que declararam possuir CMDCA, a maioria (67,01%) o criou por meio de lei. Os demais utilizaram portaria (1,52%), decreto (0,51%) ou não informaram corretamente o ato normativo utilizado (30,96%).

Segundo o Painel - FDCA - Municípios cadastrados no MDHC¹⁸, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, na Paraíba, 157 municípios (70,4%) dispõem de FMDCA; 49

¹⁵ Instituto Alana e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Rede de Ação Política pela Sustentabilidade. Prepara RAPS 2020.

¹⁶ No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA arts. 88, IV e 260), estão previstos os Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescentes ou Fundos da Criança e do Adolescente (FIA), nacional, estaduais, distrital e municipais, formados por repasses do Governo Federal, estadual e municipal e por recursos aportados por pessoas físicas (até 6% do imposto de renda devido) e pessoas jurídicas (até 1% do imposto devido). Fontes: A intersetorialidade nas políticas para a primeira infância (RNPI, 2013) e Cartilha - Plano Municipal para a Primeira Infância: um passo a passo para a elaboração (UNICEF/RNPI/ANDI, 2021).

¹⁷ Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente-Apoio à execução de suas funções. São Paulo, 4ª edição, 2021.

¹⁸ Fonte: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/cadastramento-de-fundos4>.

municípios (21,97%) não possuem o fundo; e, em outros 17 municípios (7,62%), existem inconsistências no cadastro dos fundos.

Aponta-se por conseguinte, como achado de auditoria, no que concerne aos municípios paraibanos, a ausência/deficiência dos mecanismos de coordenação intersetorial e de planejamento (A.2). Como possíveis causas para as situações encontradas podem ser citadas:

- Desconhecimento das gestões municipais sobre a importância, a intersectorialidade e o papel estratégico da Política Pública da Primeira Infância a longo prazo, e não priorização política desta agenda;
- Apoio técnico insuficiente por parte dos governos estadual e federal;
- Falta de conhecimento técnico das equipes municipais para a elaboração de instrumentos de planejamento complexos, que envolvem intersectorialidade;
- Limitações de recursos humanos e técnicos nos governos federal e estadual para oferecer apoio técnico de forma abrangente a todos os municípios; e
- Insuficiente comunicação e divulgação por parte dos governos federal e estadual sobre as iniciativas de apoio técnico disponíveis relativas à política da Primeira Infância.

Para fazer face às situações descritas, são propostas as seguintes recomendações:

R.3 Aos Municípios para que priorizem a criação formal de um Comitê Intersetorial para a Primeira Infância, preferencialmente por meio de ato normativo de maior hierarquia (lei ou decreto), definindo-se o responsável pela coordenação e periodicidade razoável de reunião;

R.4 Aos Municípios para que, a partir de um diagnóstico situacional, elaborem, com a participação dos diversos setores da gestão e da sociedade civil, o Plano Municipal para a Primeira Infância (PMPI), com objetivos, metas, indicadores, prazos e responsáveis, além de previsão de monitoramento e avaliação;

R.5 À SEDH-PB e ao Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, para que fortaleçam a assistência técnica aos municípios, com foco na elaboração e no aperfeiçoamento dos PMPI;

R.6 Aos Municípios para apoiarem o funcionamento dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), responsáveis pela aprovação do PMPI; e

R.7 Aos Municípios que ainda não possuem o Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente (FDCA) e/ou o Fundo da Infância e Adolescência (FIA) para regularizarem a situação, a fim de viabilizar a captação de recursos para as políticas de Primeira Infância.

Os benefícios aguardados em decorrência da implementação dessas recomendações são:

- ✓ Consolidação dos Comitês Intersetoriais para a Primeira Infância como instâncias decisórias e de monitoramento e avaliação das políticas de Primeira Infância nos municípios paraibanos;
- ✓ Fortalecimento da governança local, potencializando a implementação da política da Primeira Infância como uma política intersectorial e integrada;
- ✓ Melhoria na articulação das ações intersectoriais e interfederativas nos municípios paraibanos, resultando em um uso mais eficiente dos recursos públicos;
- ✓ Redução do risco de descontinuidade, lacunas, duplicações e sobreposições de ações, com consequente aumento da eficiência das políticas municipais pela Primeira Infância;

- ✓ Efetiva capacidade de monitoramento e avaliação da implementação da política pública com base em objetivos, metas e indicadores;
- ✓ Maior alinhamento dos planos municipais com as políticas e diretrizes estaduais e federais, fortalecendo a colaboração entre os entes;
- ✓ Redução da dependência de consultorias externas, gerando economia de recursos e capacitação da equipe técnica local; e
- ✓ Fortalecimento da instância responsável pela aprovação do PMPI e supervisão do Fundo Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

2.1.3. IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

Neste item, buscou-se verificar como se dá a identificação das ações públicas voltadas para a Primeira Infância nos instrumentos de planejamento orçamentário do Estado e dos municípios.

Segundo o Referencial para Avaliação de Governança Multinível em Políticas Públicas Descentralizadas, um dos critérios do Componente C.2 - Financiamento de responsabilidades - refere-se à Gestão financeira (C.2.4), buscando-se analisar, dentre outros aspectos, se estão identificados os programas, as ações orçamentárias e formas e fontes de financiamento da política, dentro de um planejamento orçamentário plurianual.

No tocante à política da Primeira Infância, foram elaborados por entidades do controle externo dois documentos, com o objetivo de orientar sobre a adoção de práticas específicas:

- Nota Recomendatória Atricon-IRB-Abracom-CNPTC-FPPI-UVBB nº 01/2023 - contendo recomendação aos Legislativos Estaduais, Distrital e Municipais para (1) explicitar, de forma identificável e codificada, os programas e ações voltados à primeira infância nos textos legais do Plano Plurianual (PPA), com metas físicas e financeiras, indicadores, responsáveis e regionalização, garantindo transparência e efetividade na alocação de recursos públicos; (2) que as LDOs apresentem metas e prioridades relacionadas à primeira infância, bem como mecanismos de limitação de empenho que preservem os direitos das crianças, evitando cortes orçamentários que comprometam a execução de políticas essenciais; (3) haja inclusão qualificada da primeira infância na LOA, que demanda a previsão de dotações orçamentárias compatíveis com os objetivos definidos no PPI, o que requer articulação intersetorial entre diferentes áreas governamentais, como saúde, educação, assistência social e saneamento básico; (4) haja capacitação continuada de gestores públicos, legisladores e técnicos para a elaboração e revisão das peças orçamentárias com enfoque na proteção integral da criança; e
- Nota Recomendatória Conjunta ATRICON-IRB-CNPTC N. 01-2025 - com recomendações aos Tribunais de Contas brasileiros de ações para o Planejamento e Acompanhamento Orçamentário voltado à Primeira Infância.

A partir de análise dos instrumentos de planejamento orçamentário do Estado (PPA, LDO e LOA), constatou-se que:

- O PPA 2024-2027 não contempla a Política da Primeira Infância de forma explícita e estruturada, pois (i) não declara expressamente a prioridade da Primeira Infância, (ii) não apresenta programa intersetorial específico dedicado ao tema e (iii) não dispõe de marcadores

ou codificações específicas que permitam identificar, de forma sistematizada, um conjunto de ações voltadas ao atendimento integral da Primeira Infância¹⁹;

- Entre as metas e prioridades declaradas no Anexo III da Lei 13.328/2024 (LDO 2025), há referência apenas no tema “Gestão Judicial”, no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado, com o seguinte texto: “Garantias dos Direitos Fundamentais por meio da implementação da política de primeira infância”; e
- Não foi identificada na LOA do Estado da Paraíba para 2025 previsão expressa e específica para políticas públicas voltadas à Primeira Infância²⁰.

Segundo a Diretoria Executiva de Programação Orçamentária (DIPROR) da Seplag, a associação entre dotações orçamentárias e políticas públicas é realizada através de um código de detalhamento na peça orçamentária chamado Marcador Orçamentário (MO). Tais marcadores são distribuídos da seguinte forma (código/descrição): 01 – Criança e Adolescente, 02 – Homem, 03 – Mulher, 04 – LGBTQIA+, 05 – Povos Tradicionais e 06 – Ambiental. Embora a DIPROR informe que a execução orçamentária detalhada por MO pode ser consultada através do Sistema Integrado de Administração Financeira da Paraíba (SIAF-PB) e do Portal da Transparência do Governo do Estado, nota-se que não há um marcador dedicado à Primeira Infância.

Quanto aos municípios, dados de levantamento automatizado realizado pela Diretoria de Tecnologia (DITEC/TCE-PB), nas informações constantes das bases de dados do Sagres/TCE-PB, indicam não haver qualquer marcador em nenhum dos municípios que consolide os gastos com a Primeira Infância. Da análise da execução orçamentária de 2022 a 2025, constatou-se que, na maioria dos municípios, existe apenas referência ao Programa Primeira Infância no SUAS - Criança Feliz; com exceção dos municípios de Monte Horebe, que faz referência ao Programa Pró-Infância²¹; Cruz do Espírito Santo e Nova Floresta, ao Fundo da Infância e Adolescência - FIA; e Patos, que tem o Programa de Atenção à Primeira Infância - PAI.

A questão também foi levantada no questionário aplicado aos municípios na etapa de execução, obtendo-se declaração de que:

- Não há qualquer mecanismo de identificação das ações voltadas ao público da primeira infância, constando as ações apenas nas pastas respectivas (políticas setoriais) em 46 municípios (23% dos respondentes);
- Existe vinculação das ações setoriais (Educação, Saúde etc) com os eixos do Plano Municipal para a Primeira Infância em 107 municípios (53,5%); e
- Existe programa específico ou outro marcador que identifica as diversas ações setoriais que são voltadas ao público da primeira infância em 47 municípios (23,50%).

De maneira geral, concluiu-se, como achado de auditoria, pela inexistência de identificação, de forma integrada, das ações públicas voltadas para a Primeira Infância, tanto nos instrumentos de planejamento orçamentário do Estado como nos dos municípios (A.3).

Foram relacionadas como possíveis causas para esta situação:

¹⁹ Processo TC 00226/25 (fl. 1794) e Alerta 531/25.

²⁰ Relatório de Análise da LOA (Documento TC 19781/25, fl. 341).

²¹ Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (Proinfância), do MEC.

- Ausência da Seplag-PB na composição do Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, dificultando a implementação de soluções de identificação das despesas dos vários setores;
- Ausência/deficiência de estrutura de centro de governo municipal que aprimore a metodologia e fomenta a articulação para a elaboração dos instrumentos orçamentários, em especial quanto ao planejamento das ações da Primeira Infância;
- Não priorização da política da Primeira Infância e falta de entendimento da intersectorialidade dessa política, comprometendo o diálogo entre as políticas setoriais e a integração das ações; e
- Falta de conhecimento técnico nas gestões para elaboração de instrumentos de planejamento orçamentário, alinhados ao planejamento das políticas, especialmente as intersectoriais, onde é exigida a classificação de despesas exclusivas, não exclusivas e difusas²².

Os efeitos decorrentes da situação encontrada trazem impactos negativos, tais como:

- Ausência de mecanismos de controle e de transparência sobre a aplicação de recursos destinados à primeira infância, impossibilitando a mensuração e o acompanhamento por parte da sociedade e demais instâncias de controle;
- Risco de cortes ou descontinuidade no financiamento de ações relacionadas à Primeira Infância comprometendo a execução dessa política essencial ;
- Execução de ações relacionadas à Primeira Infância de forma dispersa e desarticulada; e
- Falta de informações para avaliação da série histórica de gastos e investimentos relacionados à Política de Primeira Infância.

À vista disso, são propostas as seguintes recomendações:

R.8 À SEDH-PB para promover a inclusão da Secretaria de Estado do Planejamento (Seplag-PB) na composição do Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, a fim de garantir a articulação necessária para a adequada identificação das ações da política nos instrumentos de planejamento orçamentário;

R.9 Aos Municípios para que aprimorem suas estruturas de “centro de governo”²³ de modo a coordenar e fomentar a articulação entre as secretarias na elaboração de instrumentos orçamentários que reflitam as ações da Primeira Infância de forma integrada; e

R.10 À Seplag-PB e aos Municípios para aprimorarem a metodologia de elaboração das peças orçamentárias, com a criação de mecanismos (como programas intersectoriais ou marcadores orçamentários específicos) que permitam identificar e mensurar de forma integrada e sistemática as despesas relacionadas especificamente à Primeira Infância, tanto as exclusivas dessa política quanto as não exclusivas e as difusas.

²² As despesas exclusivas são voltadas integralmente para o público-alvo, no caso o da primeira infância; as não exclusivas beneficiam a população em geral (incluindo o público-alvo, mesmo que de forma reflexa); e as difusas são ações que não têm um foco direto em um grupo específico, mas que, pela natureza do serviço ou investimento, acabam por beneficiar o público-alvo.

²³ A estrutura de centro de governo é composta por órgãos e atores que apoiam diretamente o Chefe do Poder Executivo, fornecendo suporte estratégico e a coordenação necessária para implementar as políticas e objetivos do governo.

Pretende-se, com a implementação dessas recomendações, que sejam mitigados ou revertidos os efeitos negativos da situação encontrada, possibilitando-se:

- ✓ Identificação clara de programas, ações e recursos direcionados ao público alvo da Primeira Infância;
- ✓ Planejamento e execução de ações relacionados à Primeira Infância de forma integrada e articulada, evitando-se sobreposições e lacunas;
- ✓ Disponibilização de mecanismos de controle e de transparência sobre a aplicação de recursos destinados à Primeira Infância, possibilitando a mensuração e o acompanhamento por parte da sociedade e das instâncias de controle;
- ✓ Disponibilidade de informações para a avaliação da série histórica de gastos e investimentos relacionados à Política da Primeira Infância; e
- ✓ Redução do risco de cortes orçamentários ou descontinuidade no financiamento de ações relacionadas à Primeira Infância, garantindo a implementação e manutenção da Política Pública da Primeira Infância.

2.2. EIXO 2 - POLÍTICAS SETORIAIS

2.2.1. EDUCAÇÃO INFANTIL

A educação infantil é a porta de entrada da criança para uma vida plena em comunidade, sendo um ambiente de aprendizado e socialização ímpar na formação da criança, como pode ser visto em (RNPI/ANDI, 2020):

Diversas ciências comprovam a importância da educação infantil tanto na formação da personalidade, na constituição do sujeito, no autoconhecimento, na aquisição dos valores que vão sustentar as opções e decisões ao longo da vida, quanto no que diz respeito à capacidade de aprender e agir.

A Pedagogia, a Psicologia, a Biologia, a Medicina, a Psicanálise, inicialmente, e, mais tarde, a Sociologia da Infância, a Antropologia e vários outros campos de estudo da criança e da infância foram consolidando o conhecimento da primeira infância como período fundante da personalidade e estruturante do desenvolvimento humano em todas as suas dimensões – individual, social, política e cultural.

(...)

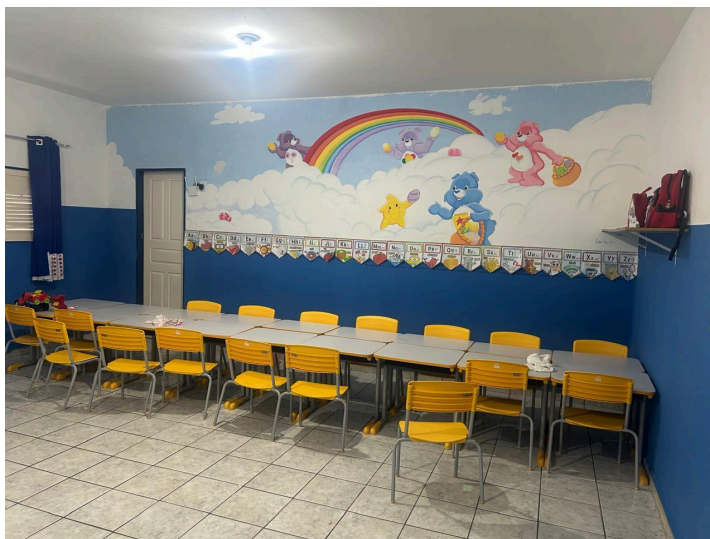
A negação do direito à educação infantil repercute no desenvolvimento continuado da criança, porque ela é a única etapa da educação vinculada a uma idade própria, o que significa que não pode ser reposta em idade posterior. Quem não a frequentou ficará com esse déficit por toda a vida. Isso vale tanto para as crianças das famílias situadas na faixa da pobreza quanto para as pertencentes a famílias ricas.

Expandindo-se essa ideia, acrescenta-se também trecho constante em (FMCSV, 2025):

A educação infantil facilita a socialização, ao promover a aprendizagem do convívio em grupo. Além dos efeitos positivos no desenvolvimento infantil integral, o ambiente escolar desempenha papel social protetivo às crianças na primeira infância. Elas passam ao menos um terço de seu dia – pode ser mais – na escola, protegidas contra situações de risco e exposição a violências. O vínculo de confiança possibilitado pela interação cotidiana entre crianças e os educadores e outros profissionais da escola possibilita reconhecer mudanças de comportamento, marcas de possíveis abusos, bem como o espaço seguro para que a criança relate situações opressoras. Por tudo isso, é na escola que a maior parte de reconhecimento e livre relato de crianças que sofrem ou presenciam violências ocorre. A escola é protetiva também contra negligências de toda ordem e risco de insegurança alimentar. As cinco refeições diárias oferecidas pela creche e por pré-escolas de tempo integral garantem a nutrição adequada às crianças de famílias que vivem em extrema pobreza.

Como se vê, a educação infantil é um serviço preparado para que o público-alvo tenha atenção e cuidado moldados especificamente para as necessidades características dessa fase da vida. Quando se pensa em famílias em situação de vulnerabilidade social, a responsabilidade do poder público torna-se ainda maior, já que elas são as maiores usuárias dos serviços públicos. Com isso, faz-se necessária uma série de esforços estatais empreendidos nessa área.

FIGURA 04 - CRECHE NO MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS



Fonte: Equipe de Auditoria coordenada em Creches.

No campo jurídico, existe uma profusão de normas e regulamentos enfatizando a importância da educação infantil. Alguns dos principais normativos são apresentados a seguir:

- A CF/88 prevê que a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, sendo promovida e incentivada com a colaboração da sociedade. Em relação às crianças em idade de Primeira Infância, caracteriza-se a necessidade de o Estado brasileiro ofertar vagas em pré-escolas, de forma

obrigatória e gratuita, por ser direito subjetivo das crianças; a mesma garantia não é prevista para as creches, porém, em virtude do caráter opcional delas. Por fim, estabelece-se a necessidade de todos os entes federativos organizarem um regime de colaboração dos sistemas de ensino, de forma a garantir os direitos dessas crianças²⁴;

- O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016) elenca a educação infantil como uma das áreas prioritárias para as políticas públicas da Primeira Infância, com prioridade absoluta para as crianças de 0 a 3 anos. Ademais, estabelece que a expansão da educação infantil deverá ser não apenas quantitativa, mas seguir padrões de infraestrutura estabelecidos pelo MEC e contar com profissionais e materiais pedagógicos adequados²⁵;

- A Lei de Diretrizes e Bases - LDB (Lei nº 9.394/1996) explicita que a educação infantil compreende a primeira etapa da educação básica, contemplando os primeiros 5 anos de vida da criança e sendo dividida em creches e pré-escolas. Além disso, a Lei nº 14.685/2023 incluiu na LDB a obrigação de o poder público divulgar a lista de espera por vagas nos estabelecimentos de educação básica, por ordem de colocação e, se possível, por unidade escolar, além dos critérios utilizados para a elaboração da lista²⁶;

- A Lei nº 14.851/2024 estabelece a obrigatoriedade, por parte do Distrito Federal e dos Municípios, da criação de mecanismos de levantamento e de divulgação da demanda por vagas em creches;

- O Plano Nacional de Educação - PNE (Lei nº 13.005/2014) e o Plano Estadual de Educação - PEE (Lei Estadual nº 10.488/2015) estabeleceram metas para a educação infantil no prazo de 10 anos - no caso das creches, foram previstas coberturas de 50% e 60%, respectivamente; já para as pré-escolas, a previsão era a completa universalização (100% de matrículas); e

- Normas infralegais complementares: (i) Decreto 12.574/2025, que instituiu a PNIPI; (ii) Resolução nº 5/2009, do Conselho Nacional de Educação (CNE), a qual instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil; (iii) Resolução nº 1/2024 do CNE, que estabelece as Diretrizes Operacionais Nacionais de Qualidade e Equidade para a Educação Infantil.

Além desse arcabouço normativo, a equipe de auditoria se debruçou sobre outros materiais, de forma a identificar boas práticas e recomendações com reconhecimento de âmbito internacional. Podem ser citados aqui:

- Agenda 2030, da ONU, contempla o ODS 4 - Educação de qualidade: Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos, com especial atenção às metas abaixo:

- Meta 4.2: Até 2030, assegurar a todas às meninas e a todos os meninos o desenvolvimento integral na primeira infância e acesso aos cuidados e à educação infantil de qualidade, de modo que estejam preparados para o ensino fundamental.
- Meta 4.a: Ofertar infraestrutura física escolar adequada às necessidades da criança, acessível às pessoas com deficiências e sensível ao gênero, que garanta a existência de ambientes de aprendizagem seguros, não violentos, inclusivos e eficazes para todos;

²⁴ Artigos pertinentes: 205; 208, incisos I e IV e §§ 1º e 2º; e 211, *caput* e §§ 2º e 4º.

²⁵ Artigos pertinentes: 5º e 16.

²⁶ Artigos pertinentes: 5º, § 1º, inciso IV; 29; e 30.

- *Nurturing Care*, da OMS, modelo que prevê cuidado integral para o desenvolvimento na primeira infância. A educação infantil aparece no componente “aprendizagem”, um dos cinco previstos no modelo; e

- Guia de expansão qualificada de vagas na educação infantil, do Instituto Articule, elaborado para apoiar gestores públicos no planejamento da expansão de vagas em creches e pré-escolas, com foco na equidade, na eficiência e na qualidade da oferta. Estruturado em oito blocos temáticos interdependentes, oferece subsídios práticos e técnicos para que as redes municipais possam identificar a demanda, planejar sua resposta e assegurar condições adequadas de acesso e permanência nas creches.

Por fim, destaca-se também que, em julho de 2025, foi publicada a Portaria MEC nº 501/2025, a qual instituiu o Compromisso Nacional pela Qualidade e Equidade na Educação Infantil (Conaquei), iniciativa mais recente para superação dos problemas na educação infantil nacional. Os principais objetivos são expandir a oferta de vagas na educação infantil, de forma a se alcançar a meta definida no PNE, e assegurar a implementação das Diretrizes Operacionais Nacionais de Qualidade e Equidade para a Educação Infantil em todas as redes e sistemas de ensino. Os Estados e Municípios podem aderir ao compromisso, cumprindo alguns requisitos, e receber assistência técnica e financeira da União na expansão quantitativa e qualitativa da educação infantil.

Ao abordar a educação infantil, a equipe de auditoria dividiu a atenção em duas frentes, alinhando a análise com todo o contexto apresentado acima: oferta de vagas (avaliação de suficiência) e qualidade da infraestrutura oferecida (avaliação da adequação). Esses conceitos são complementares entre si, pois não basta ter acesso sem qualidade adequada de ensino e vice-versa. A insuficiência de um desses dois fatores normalmente afeta as famílias mais vulneráveis, representando um grande desafio para o poder público enfrentar em todo o país.

2.2.1.1. OFERTA DE VAGAS

Ao se investigar em que medida a oferta da Educação Infantil no território paraibano tem sido suficiente e baseada em diagnóstico e planejamento, a equipe de auditoria focou em três aspectos:

- Cobertura do atendimento em educação infantil (creche e pré-escola) nos municípios paraibanos;
- Se os municípios paraibanos: (i) realizam busca ativa e levantamento periódico da demanda por vagas; (ii) gerenciam e divulgam a fila de espera; e (iii) se há plano de expansão de vagas; e
- Se existem estabelecimentos em construção ou concluídos mas sem funcionar, e quais as fontes de recursos

Após a coleta e análise de evidências, consumou-se como achado de auditoria a insuficiência da oferta de vagas na educação infantil municipal no território paraibano e de mecanismos adequados de governança e gestão para solucionar o problema (A.4), em vista das seguintes situações encontradas:

- a) Baixo nível de cobertura do atendimento em educação infantil (creche e pré-escola) nos municípios paraibanos;
- b) Insuficiência de mecanismos adequados de governança para identificação, busca ativa e priorização de filas de crianças em instituições de ensino infantil por parte dos municípios; e

c) Existência de obras inacabadas de construção de estabelecimentos de educação infantil, financiadas com recursos dos governos federal e estadual.

Em relação ao baixo nível de cobertura no atendimento da educação infantil ([item a](#)), as evidências colhidas pela auditoria são listadas no Quadro 02.

QUADRO 02 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - BAIXO NÍVEL DE COBERTURA

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	74,50% dos respondentes informaram que a realidade predominante do município era a de alta capacidade (75% a 100%) das vagas oferecidas nos estabelecimentos de educação infantil
Auditoria Coordenada nº 1/2025 - TCE-PB - Dados dos estabelecimentos visitados (95 creches municipais)	<ul style="list-style-type: none">Em 60% das unidades inspecionadas, foi constatada a ocupação superior a 100% da capacidade de criançasEm 92,63% das unidades, a ocupação superou a marca de 75% da capacidade de crianças
Panorama do acesso à Educação Infantil no Brasil (2025), do Todos pela Educação (Estudo realizado cruzando-se dados do Censo Escolar 2024 com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad-C), do IBGE)	<ul style="list-style-type: none">A taxa de atendimento de crianças de 0 a 3 anos na Educação Infantil da Paraíba foi de 36,5%, enquanto a média nacional foi de 41,2%A taxa de atendimento de crianças de 0 a 1 ano na Educação Infantil da Paraíba foi de 9,7%, enquanto a média nacional foi de 18,6%A taxa de atendimento de crianças de 2 e 3 anos na Educação Infantil da Paraíba foi de 59,6%, enquanto a média nacional foi de 62,4%O número de matrículas em creches na Paraíba foi de 74.532, representando uma evolução de 24,1% no período 2019-2024Estimou-se um total aproximado de 46,8 mil crianças com dificuldade de acesso a creches na Paraíba, representando 18,4% do total de crianças na faixa etária de 0 a 3 anosA taxa de atendimento de crianças de 4 e 5 anos na Educação Infantil da Paraíba foi de 92,0%, enquanto a média nacional foi de 94,6%O número de matrículas em pré-escolas na Paraíba foi de 102.311, representando uma evolução de 2,5% no período 2019-2024Estimou-se um total aproximado de 9,7 mil crianças que não frequentam pré-escolas na Paraíba, representando 8,0% do total de

FONTE	EVIDÊNCIAS
	crianças na faixa etária de 4 e 5 anos
Plataformas de primeira infância do TCE-GO e da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (ano base 2023)	<ul style="list-style-type: none">Somente 21,97% dos municípios paraibanos conseguiram atingir a meta nacional de cobertura de creches (50% das crianças de 0 a 3 anos no município)Apenas 40,81% dos municípios paraibanos conseguiram atingir a meta nacional de cobertura de pré-escolas (100% das crianças de 4 e 5 anos no município)
Anuário Brasileiro da Educação Básica - 2025 https://anuario.todospelaeducacao.org.br/2025/capitulo-1-educacao-infantil.html	<ul style="list-style-type: none">Em 10 anos, o avanço da cobertura de creche no Estado da Paraíba foi de 9 pontos percentuais, passando de 27,5% (2014) para 36,5% (2024). De 2023 para 2024, houve uma queda de 0,8 ppQuanto a pré-escola (4 e 5 anos), a cobertura em 2024 foi de 92%, com queda em relação a 2023 de 0,7 pp; a PB ocupou a última posição dentre os estados do NE em 2024As matrículas em tempo integral na Educação Infantil na rede pública alcançou em 2024 45%; em creche o percentual foi de 70,8% e na pré-escola, 23,9%; apenas 28,9% dos estabelecimentos públicos oferecem Educação Infantil em tempo integral, 41,1% para creche e 20,3% na pré-escola.

No que se refere à insuficiência de mecanismos adequados de governança para identificação, busca ativa e priorização de filas de crianças em instituições de ensino infantil por parte dos municípios ([item b](#)), apresentam-se as evidências colhidas conforme o Quadro 03.

QUADRO 03 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - INSUFICIÊNCIA DE MECANISMOS ADEQUADOS DE GOVERNANÇA

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	<ul style="list-style-type: none">18,28% dos respondentes informaram não realizar levantamento periódico, no mínimo anualmente, da demanda real por vagas em creche e pré-escola76,34% informaram não haver estabelecido formalmente os critérios e o formato para elaboração das listas de espera por vagas em estabelecimentos de educação infantil75,27% informaram não divulgar a lista de espera por vagas nos estabelecimentos de

FONTE	EVIDÊNCIAS
	<p>educação infantil</p> <ul style="list-style-type: none">81,72% informaram não possuir documento formal, elaborado nos últimos três anos, contendo plano de expansão de vagas de educação infantil
Retrato da Educação Infantil no Brasil: Acesso e Disponibilidade de Vagas, do Gabinete de Articulação para a Efetividade da Política da Educação no Brasil (GAEPE Brasil)	<p>Creches:</p> <ul style="list-style-type: none">17% dos municípios afirmaram não realizar busca ativa de crianças em idade de creche75% dos municípios afirmaram não ter critérios definidos para priorização na fila por vaga em creche <p>Pré-escolas:</p> <ul style="list-style-type: none">20% dos municípios afirmaram não realizar a identificação de crianças em idade de pré-escola que estejam fora dela

No tocante à existência de obras inacabadas de construção de estabelecimentos de educação infantil, financiadas com recursos dos governos federal e estadual ([item c](#)), listam-se as evidências obtidas no Quadro 04.

QUADRO 04 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - OBRAS INACABADAS DE CONSTRUÇÃO DE ESTABELECIMENTOS

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	<ul style="list-style-type: none">70,50% dos respondentes informaram haver estabelecimentos de educação infantil em construção, sendo a ampla maioria (73,76%) financiada pelo Governo Estadual12,50% informaram haver estabelecimentos de educação infantil construídos, mas que ainda não estão em funcionamento, sendo a ampla maioria (88,00%) financiada pelo Governo Estadual
Auditoria Temática nº 03/2025 - Verificação do andamento, em junho de 2025, das obras financiadas com recursos do Programa Paraíba Primeira Infância (iniciadas em 2022), que visavam à construção de 213 creches em 210 municípios, já consideradas as desistências do programa	<ul style="list-style-type: none">Volume total de recursos já transferidos pelo Governo Estadual, mas ainda não utilizados pelos municípios: R\$ 92,46 milhõesSituação das obras: Concluídas: 24,41%; Atrasadas: 7,51%; Paralisadas: 52,11%; Não cadastradas nos sistemas do TCE-PB: 14,55%; Cadastradas, mas com dados inconsistentes: 1,41%Estimativa do número de crianças que não estão sendo atendidas devido à não conclusão

FONTE	EVIDÊNCIAS
	das obras: 11.850
Auditoria Coordenada nº 1/2024 - Inspeção de 110 creches financiadas com recursos do Estado (Programa Paraíba Primeira Infância)	<ul style="list-style-type: none"> • Concluídas: 23 (20,9%) • Em andamento: 58 (52,7%) • Paralisada: 28 (25,5%) • Sem acesso: 1 (0,9%)
Dados da SEE-PB (julho/2025) dos 215 convênios originalmente firmado,s em 2022, com municípios no âmbito do Programa Paraíba Primeira Infância, visando à construção de creches, com previsão de 3 liberações de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • 5 (2,33%) foram cancelados • 28 (13,02%) ainda não começaram as obras ou não prestaram contas da 1ª parcela • 82 (38,14%) tiveram a prestação de contas de contas da analisada até a 1ª parcela, somente • 100 (46,51%) tiveram a prestação de contas de contas da analisada até a 2ª parcela, somente • nenhuma das 223 obras em creches tiveram todas as prestações de contas aprovadas até aqui, embora já tenha havido liberação total das 3 parcelas previstas para um total de 100 creches (46,51% do total)
Dados do Painel Pacto de Retomada de Obras, do FNDE (julho/2025)	<ul style="list-style-type: none"> • Obras enquadradas na retomada: 72 • 38 manifestações de interesse no total: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obras aprovadas: 24 ○ Indeferimentos: 10 ○ Obras em processo de retomada: 4 • Obras ainda pendentes de manifestação para retomada: 34 • Obras desvinculadas do pacto: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obras concluídas: 2 ○ Não retomadas: 44 ○ Canceladas: 24 • Potencial de vagas: <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 turnos: 16.604 crianças ○ Turno integral: 8.302 crianças

A partir das evidências coletadas, a equipe de auditoria catalogou as possíveis causas para as situações encontradas:

- Insuficiência de estabelecimentos para atender a demanda da educação infantil em cada município (item [a](#));
- Existência de aspectos territoriais que levam famílias a preferir matricular crianças em municípios vizinhos, afetando os índices municipais de cobertura (item [a](#));
- Existência de aspectos sociais e culturais que levam os pais a não colocarem as crianças em creches ou distância (item [a](#));

- Falta de consolidação da cultura de levantamento e de divulgação da lista de espera por vagas por vagas na educação infantil dos municípios (item [b](#)); e
- Lentidão na execução das obras conveniadas com os governos federal e estadual para a construção de estabelecimentos de educação infantil (item [c](#)).

Como efeitos das situações encontradas, enumeram-se os seguintes:

- Diversas crianças em idade de Primeira Infância acabam não passando por processos fundamentais de aprendizado e desenvolvimento, que seriam proporcionados pela etapa da educação infantil (item [a](#));
- Não atingimento da meta estabelecida nos planos nacional e estadual de educação (item [a](#));
- Falta de transparência acerca da real demanda por vagas em creches nos municípios paraibanos (item [b](#)); e
- Persistência de demanda não atendida para vagas em estabelecimentos de educação infantil (itens [a](#), [b](#), [c](#)).

Diante do descrito, sugerem-se as seguintes recomendações a serem implementadas pelos gestores responsáveis:

R.11 Aos Municípios para que mantenham campanhas permanentes de conscientização à população local no que diz respeito aos benefícios advindos da matrícula de crianças em creches para o desenvolvimento cognitivo delas (item [a](#));

R.12 Aos Municípios para que estabeleçam mecanismos de parcerias com outros municípios próximos, onde ainda não existam, para viabilizar a adequada cobertura de matrículas em creches e pré-escolas para famílias com crianças em idade de Primeira Infância (item [a](#));

R.13 Aos Municípios para que estabeleçam critérios claros para levantamento e divulgação da demanda por vagas na educação infantil, e que elaborem plano de expansão com base nessas informações (item [b](#)); e

R.14 À SEE-PB e aos Municípios para adotarem as providências necessárias à retomada e conclusão das obras paralisadas referentes aos convênios estabelecidos, inclusive com o governo federal, a fim de viabilizarem plenamente a construção de novos estabelecimentos de educação infantil, ampliando o número de vagas oferecidas (item [c](#)).

Com a implementação das recomendações elencadas acima, espera-se que os seguintes benefícios sejam obtidos:

- ✓ Ampliação do número de vagas em estabelecimentos de educação infantil municipais, gerando maior oportunidade de crianças em idade de Primeira Infância no acesso à educação pública infantil (itens [a](#), [c](#));
- ✓ Planejamento da rede municipal de educação infantil baseado em diagnóstico (item [b](#)); e

✓ Transparência na divulgação da lista de espera por vagas nos estabelecimentos de educação básica dos municípios (item [b](#)).

2.2.1.2. QUALIDADE DA INFRAESTRUTURA DISPONÍVEL

A segunda frente de investigação tratou da qualidade da Educação Infantil nas redes municipais para garantir o desenvolvimento integral das crianças, abordando-se os seguintes quatro itens:

- Adequação da infraestrutura física e de mobiliários dos estabelecimentos de educação infantil;
- Mecanismos de segurança existentes nos estabelecimentos contra acidentes, violência e incêndio;
- Existência de proposta pedagógica em nível municipal para a educação infantil e de profissional de apoio pedagógico nos estabelecimentos de educação infantil; e
- Profissionais envolvidos na educação infantil com formação voltada à Primeira Infância.

A execução dos procedimentos de auditoria resultou no achado de auditoria de inadequação de equipamentos físicos e de mobiliários e deficiência no apoio pedagógico nos estabelecimentos de ensino infantil municipais no território paraibano (A.5), em razão das seguintes situações encontradas:

- a) Ausência de infraestrutura física e de mobiliários adequados para a educação infantil municipal;
- b) Ausência de mecanismos de segurança adequados em estabelecimentos de educação infantil municipais;
- c) Insuficiência da formalização de propostas pedagógicas específicas para a educação infantil;
- d) Insuficiência de profissionais relevantes ao desenvolvimento infantil (pedagogos e psicólogos) em estabelecimentos de ensino infantil municipais; e
- e) Insuficiência da oferta de formação específica voltada à Primeira Infância para os profissionais de ensino infantil municipais.

Em relação à ausência de infraestrutura física e de mobiliários adequados ([item a](#)), as evidências obtidas pela auditoria estão listadas no Quadro 05.

QUADRO 05 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - AUSÊNCIA DE INFRAESTRUTURA FÍSICA E DE MOBILIÁRIOS ADEQUADOS

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios	Realidade predominante dos estabelecimentos de educação

FONTE	EVIDÊNCIAS
pelo TCE-PB	<p>infantil no município (presente em mais de 75% das unidades):</p> <ul style="list-style-type: none">• 44,50% informaram não haver sala de repouso para crianças (0 a 1 ano) contendo berços ou similares• 39,50% informaram não haver bancada para troca de fraldas, com cantos arredondados e acompanhada de colchonete• 30,50% informaram inexistir sala para atividades organizada de forma estimulante, dando suporte para realização de explorações e brincadeiras• 29,00% informaram inexistir refeitório com mobiliário adequado para as crianças (critérios de ergonomia e segurança)• 32,00% informaram não haver adaptação dos banheiros para pessoas com deficiência;• 33,50% informaram inexistir adaptação dos banheiros para crianças (critérios de ergonomia e segurança)
Auditoria Coordenada TCE-PB nº 1/2025 - Dados dos estabelecimentos visitados (95 creches municipais)	<ul style="list-style-type: none">• Apenas 57,89% das unidades apresentaram espaço adequado para a realização de atividades pedagógicas voltadas às crianças• Apenas 55,79% das unidades havia aparelhos de recreação em bom estado de conservação• Em 55,79% das unidades não havia indícios de realização de reforma e/ou pintura recente• Inexistência de bancada para troca de fraldas, com cantos arredondados e colchonete, em 37,89% das unidades• Banheiros não adaptados para crianças em 18,95% das unidades• Inexiste refeitório com mobiliário adequados em 24,21% das unidades (critérios de ergonomia e segurança)• Não adaptação de 24,21% das unidades para PcDs• Inexistência de bancada para troca de fraldas, com cantos arredondados e colchonete, em 37,89% das unidades• Em 43,16% das unidades não houve distribuição de materiais escolares em 2025 (mochila, fardamento etc)• 65,26% das unidades não têm recursos pedagógicos para atendimento de crianças com deficiências, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) ou altas habilidades/superdotação
Censo Escolar 2024 (MEC) - Dados envolvendo creches e pré-escolas paraibanas	<ul style="list-style-type: none">• 61,23% não possuem banheiros adequados às crianças• Apenas 9,76% possuem ambiente para repouso das crianças• 65,03% não possuem refeitório• 83,66% não possuem sala de atendimento especial• 27,03% possuem qualquer recurso de acessibilidade para os alunos

No que se refere à ausência de mecanismos de segurança adequados em estabelecimentos de educação infantil ([item b](#)), as evidências aparecem no Quadro 06.

QUADRO 06 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - AUSÊNCIA DE MECANISMOS DE SEGURANÇA ADEQUADOS EM ESTABELECIMENTOS

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	Realidade predominante dos estabelecimentos de educação infantil no município (presente em mais de 75% das unidades): <ul style="list-style-type: none">• 11,00% não contêm muro, alambrado ou cerca na delimitação do terreno• 16,50% não possuem controle de acesso (guarita, porteiro ou vigilante), portão com trava, catraca e/ou registro de entrada• 54,50% não contam com câmeras de segurança para monitoramento;• 28,00% não têm equipamentos de combate a incêndio (extintores)• 94,50% não contam com alarme de segurança (para incêndio, invasão etc)• 76,50% não possuem presença de guarda municipal ou segurança privada nos horários de entrada e saída dos alunos
Auditoria Coordenada TCE-PB nº 1/2025 - Dados dos estabelecimentos visitados (95 creches municipais)	<ul style="list-style-type: none">• Em 57,90% das unidades não havia câmeras de segurança e monitoramento• Em 80,00% das unidades não havia alarmes de segurança, incêndio ou invasão• Em 81,05% das unidades não havia presença de segurança privada, ou guarda municipal, nos horários de entrada e saída de alunos
Censo Escolar 2024 (MEC)	77,66% dos estabelecimentos municipais de ensino infantil na Paraíba não contam com profissionais de segurança atuantes (segurança, guarda ou segurança patrimonial)

No tocante à insuficiência da formalização de propostas pedagógicas específicas para a educação infantil em estabelecimentos de ensino infantil municipais ([item c](#)), listam-se as evidências obtidas no Quadro 07.

QUADRO 07 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - INSUFICIÊNCIA DA FORMALIZAÇÃO DE PROPOSTAS PEDAGÓGICAS ESPECÍFICAS

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	27,50% dos respondentes informaram não ter formalizado proposta pedagógica específica para a educação infantil da

FONTE	EVIDÊNCIAS
	rede municipal ou documento orientando a elaboração de Projeto Político Pedagógico das unidades de educação infantil
Censo Escolar 2024 (MEC)	22,42% dos estabelecimentos municipais de ensino infantil não possuem projeto político-pedagógico (PPP) atualizado nos últimos 12 meses

Quanto à insuficiência de profissionais relevantes ao desenvolvimento infantil - pedagogos e psicólogos - ([item d](#)), elencam-se as evidências levantadas pela Auditoria no Quadro 08.

**QUADRO 08 - EVIDÊNCIAS - EDUCAÇÃO INFANTIL - INSUFICIÊNCIA DE PROFISSIONAIS
RELEVANTES AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

FONTE	EVIDÊNCIAS
Censo Escolar 2024 (MEC)	<ul style="list-style-type: none">• Apenas 21,71% dos estabelecimentos municipais de ensino infantil contam com psicólogos• 60,14% dos estabelecimentos municipais de ensino infantil contam com pedagogos

Finalmente, no que diz respeito à insuficiência da oferta de formação específica voltada à Primeira Infância para os profissionais de ensino infantil municipais ([item e](#)), a evidência foi coletada por meio do questionário remetido aos municípios. Na ocasião, 20,00% dos respondentes informaram não ter oferecido, nos últimos três anos, aos profissionais da rede municipal de educação infantil, capacitações internas específicas sobre a Primeira Infância; quanto a capacitações externas, este percentual foi de 25,50%.

Tendo como base as evidências apresentadas acima, a equipe de auditoria elencou como possíveis causas para as situações encontradas:

- Falta de diagnóstico, planejamento e priorização da gestão municipal na alocação de recursos para a educação infantil ([item a](#));
- Subestimação da necessidade de se implantar mecanismos adequados de segurança nos estabelecimentos de educação infantil ([item b](#));
- Falta de entendimento acerca da importância da formalização da proposta pedagógica e da presença de psicólogos e pedagogos nos estabelecimentos de desenvolvimento infantil ([itens c, d](#)); e
- Falta de entendimento acerca da importância de capacitações voltadas especificamente aos profissionais que trabalham com o público-alvo da Primeira Infância na formação dessas crianças ([item e](#)).

Em decorrência das situações encontradas, foram mapeados os efeitos adversos a seguir:

- Não atendimento das necessidades específicas de infraestrutura e mobiliário para atendimento integral das crianças em faixa etária de Primeira Infância (item [a](#));
- Exposição, das crianças e dos profissionais, a riscos relacionados à integridade física e psicológica, nos estabelecimentos de educação infantil (item [b](#));
- Insuficiência de orientação pedagógica e da oferta de serviços profissionais especializados a crianças em estabelecimentos de educação infantil (itens [c](#), [d](#)); e
- Insuficiência na oferta de atividades educacionais apropriadas ao pleno desenvolvimento de crianças em estabelecimentos municipais de educação infantil, por falta de capacitação adequada dos profissionais envolvidos (item [e](#)).

Para combate ao cenário apresentado, sugerem-se recomendações aos Municípios para:

R.15 Priorizarem a adequação de estabelecimentos de ensino infantil municipais, considerando as particularidades necessárias ao atendimento do público dessa faixa etária específica (item [a](#));

R.16 Após a realização de diagnóstico de necessidades de segurança em cada estabelecimento, proverem recursos adequados (pessoal, equipamentos etc) de prevenção, detecção e resposta a possíveis incidentes de segurança aplicáveis ao ambiente da educação infantil (item [b](#));

R.17 Formalizarem proposta pedagógica específica para a educação infantil da rede municipal ou documento orientando a elaboração de Projeto Político Pedagógico das unidades de educação infantil (item [c](#));

R.18 Oportunizarem que mais crianças matriculadas na educação infantil municipal tenham acesso a serviços profissionais essenciais à adequada formação cognitiva, especialmente aqueles oriundos de pedagogos e psicólogos (item [d](#)); e

R.19 Ofertarem formação específica voltada à Primeira Infância para os profissionais de ensino infantil municipais (item [e](#)).

Caso implementadas adequadamente pelos Municípios, as recomendações acima relacionadas têm o poder de gerar os seguintes benefícios:

- ✓ Melhoria nas instalações físicas de ensino infantil, com modernização de ambientes e plena adaptação às necessidades do público da Primeira Infância (item [a](#));
- ✓ Redução dos riscos relacionados à segurança nos ambientes de educação infantil municipais (item [b](#));
- ✓ Melhoria na formação cognitiva das crianças matriculadas na educação infantil municipal, com propostas pedagógicas elaboradas e ampliação da oferta de serviços profissionais essenciais orientados a elas (itens [c](#), [d](#)); e
- ✓ Melhoria na qualidade do ensino oferecido pelos profissionais de ensino infantil municipais (item [e](#)).

2.2.2. SAÚDE

Ao abordar o atendimento à saúde do público alvo da Primeira Infância, a equipe focou em três pontos que se mostraram relevantes na análise de risco durante o planejamento da auditoria:

- Acompanhamento pré-natal, especialmente quando há demanda por serviços de média e alta complexidade;
- Atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos, quanto a prevenção e tratamento, especialmente quando há demanda por serviços de média e alta complexidade; e
- Promoção, por parte do poder público, da ampliação do acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário nas zonas urbanas do território paraibano.

A CF/88 prevê, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Ao tratar das competências dos municípios, estabelece no artigo 30, inciso VII, a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

Afora a Carta Magna, utilizou-se, como critério de auditoria para os dois primeiros pontos, do arcabouço legal descrito a seguir e de publicações e recomendações, com reconhecimento inclusive no âmbito internacional:

- Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a qual estabelece ser a saúde um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo-a por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação²⁷. Prevê ainda que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198²⁸ da CF, obedecendo aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; VIII - participação da comunidade; e X - descentralização político-administrativa.

- Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), determina que a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Prevê também que deve ser assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento

²⁷ Artigo 2º, com seu parágrafo 1º.

²⁸ I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do SUS;

- Portaria nº 1.459/GM/MS/2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, estabelecida pela Portaria de Consolidação nº 3/2017, a qual foi alterada pela Portaria GM/MS Nº 5.350/2024, denominando-a Rede Alyne, definindo-a como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis;

- Portaria MS nº 1.130/2015, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Estabelece ainda as ações da área da saúde para a Primeira Infância, a qual se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, sendo um deles a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, que consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

- Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância), a qual, no parágrafo 1º do artigo 11, previu que a União manterá instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como sistema informatizado, que inclua as redes pública e privada de saúde;

- Nota Técnica Nº 1/2022-SAPS/MS, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, estabelece que o pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, a partir desse momento, o MS recomenda que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas é indicado uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode ocorrer até 42 semanas;

- Cadernos de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde: Atenção ao pré-natal de baixo risco, definindo que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas;

- Resolução CIB-PB nº 10/2024, que especifica a organização regional da atenção obstétrica na Paraíba, vinculando gestantes a serviços especializados, conforme sua macrorregião de saúde;

- ODS 3 - Saúde e Bem-Estar, da Agenda 2030, da ONU - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, com especial atenção às Metas 3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos- e 3.2 - Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo cinco para cada mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças com até 5 anos para no máximo oito para cada mil nascidos vivos;

- *Nurturing Care*, da OMS, modelo que prevê cuidado integral para o desenvolvimento na primeira

infância, correspondendo a saúde ao componente “good health”, um dos cinco previstos; e

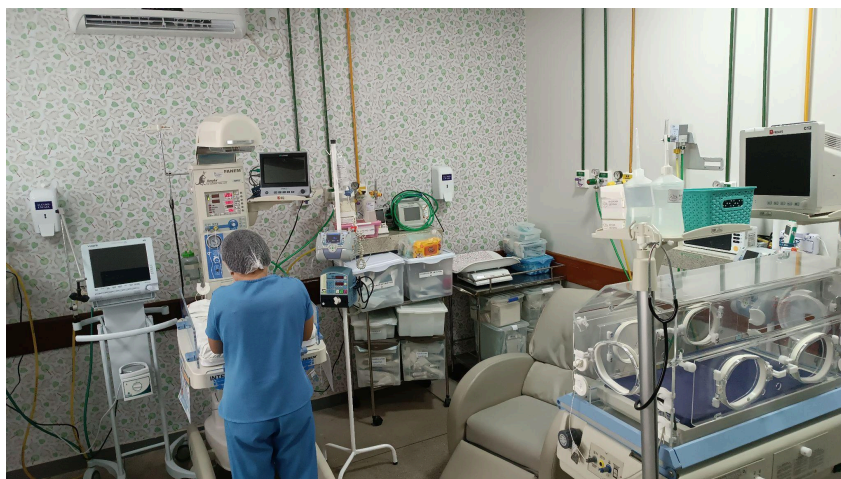
- Manual “Primeira Infância no Município – Saúde desde a gestação - Como promover a saúde e garantir atenção integral à primeira infância”, publicado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), em parceria com Atricon, CONASEMS, CONASS, RNPI e Governo de Minas Gerais.

2.2.2.1. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

A saúde gestacional faz-se fundamental para a promoção do desenvolvimento humano e para a efetividade das políticas públicas voltadas à Primeira Infância. A atenção integral à gestante vai além da garantia do acompanhamento pré-natal, contemplando um conjunto articulado de ações de saúde, assistência social, educação e proteção, capazes de assegurar condições adequadas para a gestação, o parto e o nascimento, repercutindo diretamente na sobrevivência, qualidade de vida e desenvolvimento saudável das crianças.

Segundo a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, em seu Manual intitulado “Saúde desde a gestação”, a atenção à saúde com foco no bem-estar das famílias e crianças envolve desde ações de aconselhamento pré-concepcional, como o planejamento reprodutivo e sexual, até as ações de pré-natal qualificado, organização da rede para a oferta e acesso aos serviços hospitalares e de maternidades públicas para parto e nascimento seguro, bem como a continuidade de cuidado e acompanhamento da puérpera, promoção do aleitamento materno, vacinação e a puericultura contemplando, inclusive, a vigilância do desenvolvimento de recém-nascidos e crianças nos seis primeiros anos de vida.

FIGURA 05 - MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE SOUSA



Fonte: Equipe de Auditoria coordenada em Creches.

No âmbito do SUS, a saúde gestacional é pautada em diretrizes nacionais que buscam assegurar acesso universal e equânime a serviços de atenção primária, especializada e hospitalar, contemplando a realização de consultas de pré-natal, exames complementares, acompanhamento multiprofissional, assistência ao parto e ao puerpério, além de ações educativas e de promoção da

saúde. A ampliação da cobertura, a qualificação da atenção básica e a integração entre as redes de atenção são elementos centrais para reduzir a mortalidade materna e infantil, prevenir complicações e promover a saúde integral da mulher e do bebê.

Apesar dos avanços e da adesão de todos os municípios paraibanos à Rede Alyne, persistem desafios relacionados à oferta e qualidade dos serviços, à desigualdade regional de acesso, à fragilidade na articulação intersetorial e ao acompanhamento das gestantes em situação de vulnerabilidade social. Esses fatores impactam negativamente os indicadores de saúde materna e neonatal, reforçando a necessidade de monitoramento, avaliação e aprimoramento das políticas públicas voltadas à assistência às gestantes.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, concluiu-se, como achado de auditoria, pela não realização de, no mínimo, 6 consultas pré natal na grande maioria dos municípios paraibanos, além da existência de demanda reprimida para consultas especializadas e procedimentos de média e alta complexidade em atendimento pré-natal (A.6). O achado fundamentou-se nas seguintes situações encontradas:

- Não realização de, no mínimo, 6 consultas pré natal na grande maioria dos municípios paraibanos, tendo, em 28 deles, menos de 50% das gestantes realizado esta quantidade preconizada;
- Fragilidade da busca ativa de gestantes nos municípios paraibanos;
- Existência, nos municípios paraibanos, de demanda reprimida para consultas e procedimentos de média e alta complexidade em serviços pré-natal; e
- Dificuldade do Estado de se quantificar, com precisão, a demanda reprimida por falta de uma integração na visualização das filas de espera dos complexos reguladores municipais de João Pessoa e Campina Grande.

As evidências colhidas pela auditoria, de cada uma dessas situações, estão consolidadas no Quadro 09.

QUADRO 09 - EVIDÊNCIAS - ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

SITUAÇÃO ENCONTRADA	FONTES	EVIDÊNCIAS
a) Não realização de, no mínimo, 6 consultas pré natal na grande maioria dos municípios paraibanos	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab) - dados do 1º quadrimestre de 2025 - e-Gestor AB - Sisab (https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acesso Restrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml)	Apenas 18 municípios (8,07%) atingiram o percentual de 90% de gestantes com 6 ou mais consultas pré natal, ou seja, na maioria dos municípios paraibanos (205 ou 91,93%), o número de gestantes com 6 ou mais consultas pré natal (ideal) não atingiu 90%
b) Fragilidade da busca ativa de gestantes	Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	98% dos municípios paraibanos respondentes (196 municípios) afirmaram realizar busca ativa de gestante para os serviços de saúde na

		atenção primária, sendo as visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde (ACS) e o cruzamento de dados do CadÚnico os principais mecanismos de estratégia para busca ativa de gestantes. Entretanto, verificou-se que, na maioria dos municípios paraibanos (205 ou 91,93%), o número de gestantes com 6 ou mais consultas pré natal (ideal) não atingiu 90%, concluindo-se que tais estratégias de busca ativa não estão sendo suficientes para identificar esse público alvo
c) Existência, nos municípios paraibanos, de demanda reprimida para consultas e procedimentos de média e alta complexidade em serviços pré-natal	Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	No caso de atendimento a gestantes, a especialidade médica com maior demanda reprimida nos municípios paraibanos é a consulta com ginecologista/obstetra. Já no caso de procedimentos de média e alta complexidade, os tipos de procedimentos com maior demanda reprimida são os exames de imagem e ultrassonografias (Ultrassonografia com Doppler fetal e outras, Ecocardiografia fetal, Ressonância magnética fetal etc)
	Entrevista com a Secretaria de Estado da Saúde - SES	Com base apenas nas filas do complexo regulador do Estado, existe demanda reprimida de gestante para os seguintes procedimentos: - Média Complexidade: consulta ambulatorial de Pré Natal de Alto Risco, Teste rápido de gravidez, Teste rápido de sífilis, Teste rápido de HIV, Cultura de bactérias para identificação (urina), Exame adicional de hematócrito, hemoglobina, Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes, Proteinúria (teste rápido), Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo, Teste rápido para Hepatite C, Teste para HTLV, Contagem de plaquetas, Dosagem de Hepatite B, Teste rápido para SES proteínas (urina 24 horas), Dosagens de ureia, creatinina e ácido úrico, Eletrocardiograma Ultrassom obstétrico com Doppler, Cardiotocografia ante-parto. - Alta Complexidade: Tratamento de eclâmpsia, tratamento de edema, proteinúria, transtornos hipertensivos na gravidez parto e puerpério, tratamento de intercorrências clínicas na gravidez, tratamento mola hidatiforme, parto normal, parto normal em gestação de alto risco, descolamento manual de placenta, parto cesariano em gestação de alto risco, parto cesariano, parto cesariano com laqueadura

		tubária, sutura de lacerações de trajeto pélvico, tratamento cirúrgico de inversão uterina aguda pós-parto, Curetagem pós abortamento/puerperal, histerectomia puerperal, tratamento cirúrgico gravidez ectópica, tratamento das complicações relacionadas predominantemente ao puerpério
d) Dificuldade do Estado de se quantificar, com precisão, a demanda reprimida por falta de uma integração na visualização das filas de espera dos complexos reguladores municipais de João Pessoa e Campina Grande	Entrevista com a Secretaria de Estado da Saúde - SES	Existem três complexos reguladores: um Complexo Regulador Regional (Estadual) e dois Complexos Reguladores Municipais (João Pessoa e Campina Grande), além de 221 municípios com Centrais de Regulação Locais. No entanto, não existe uma fila única, e a Administração Estadual não visualiza a fila dos Complexos Reguladores Municipais de João Pessoa e Campina Grande. A implementação de uma fila única, que permita visibilidade integrada dos três complexos reguladores é um importante desafio do sistema de saúde paraibano atualmente

A partir das evidências coletadas, a equipe de auditoria catalogou as possíveis causas para as situações encontradas:

- Déficit de profissionais de saúde, principalmente médicos especialistas em saúde da mulher (obstetras), vinculados ao SUS no município, bem como enfermeiros, agentes comunitários de saúde, etc, na atenção primária (itens [a](#) e [c](#));
- Precariedade ou ausência de estrutura física nas unidades básicas de saúde (UBS), falta de insumos e exames básicos - como ultrassonografias, exames laboratoriais e testes rápidos (itens [a](#) e [c](#));
- Planejamento deficiente e fragilidade na coordenação da atenção básica nos municípios (itens [a](#), [c](#) e [d](#));
- Dificuldade de acesso geográfico, com unidades de saúde distantes ou de difícil locomoção, especialmente para gestantes em áreas rurais ou sem transporte público adequado (item [a](#));
- Carência de ações de busca ativa de gestantes e de acompanhamento contínuo durante o pré-natal (itens [a](#) e [b](#)); e
- Ausência de estratégias formais e de instância de governança local para coordenar ações de busca ativa de gestantes (item [b](#)).

Como efeitos das situações encontradas, enumeram-se os seguintes:

- Risco aumentado de partos de emergência ou complicações no parto, devido à ausência de monitoramento clínico adequado, bem como de mortalidade materna e neonatal e de nascimentos fora de local adequado (itens [a](#), [c](#) e [d](#));

- Dificuldade na continuidade e integralidade do cuidado (itens [a](#), [c](#) e [d](#));
- Sobrecarga dos municípios de referência para serviços de saúde de média e alta complexidade, por aumento da demanda evitável (itens [a](#), [c](#) e [d](#));
- Aumento de custos com internações evitáveis e tratamentos de condições agravadas por falta de prevenção no pré-natal (itens [a](#), [c](#) e [d](#));
- Subcobertura de atendimento pré-natal de gestantes, com risco aumentado de exclusão deste público na atenção primária (item [b](#)); e
- Desigualdade no acesso aos programas e serviços de saúde gestacional (item [b](#)).

De forma a enfrentar as situações encontradas pela auditoria, sugerem-se recomendações aos Municípios para:

R.20 Reforçarem as ações de monitoramento e acompanhamento das gestantes na atenção primária, com uso de sistemas de informação (item [a](#));

R.21 Promoverem a qualificação contínua das equipes de Estratégia de Saúde da Família para a realização de consultas pré-natal, bem como capacitarem as equipes para atuar em áreas de difícil acesso ou em situação de vulnerabilidade, com orientação sobre estratégias de enfrentamento e articulação intersetorial (item [a](#));

R.22 Implementarem, de forma coordenada, estratégias formais de busca ativa de gestantes e incentivo à adesão ao pré-natal (item [b](#)); e

R.23 Ampliarem a oferta de consultas com ginecologistas/obstetras na rede municipal (item [c](#)).

A equipe de auditoria sugere ainda, que seja feita:

R.24 Recomendação à SES-PB e aos Municípios de João Pessoa e Campina Grande no sentido de adotarem um sistema unificado e transparente para visualização e acompanhamento das filas de espera para procedimentos de média e alta complexidade, com base em critérios clínicos e protocolos formais estabelecidos (item [d](#)).

Com a implementação das recomendações elencadas acima, espera-se que os seguintes benefícios sejam obtidos:

- ✓ Redução da mortalidade materna e neonatal, por meio de acompanhamento adequado das gestantes (itens [a](#) e [c](#));
- ✓ Diminuição de partos prematuros e complicações gestacionais, devido ao acompanhamento adequado e orientação clínica (itens [a](#) e [c](#));
- ✓ Aumento da detecção precoce de gestações de risco, com encaminhamento oportuno ao pré-natal de alto risco e maior resolutividade de complicações na atenção básica, reduzindo os atendimentos por causas evitáveis (itens [a](#) e [c](#));
- ✓ Redução das desigualdades no acesso ao pré-natal, com maior inclusão de populações vulneráveis, gerando maior equidade no cuidado, especialmente da população de áreas rurais ou de difícil acesso (itens [a](#) e [b](#)); e

- ✓ Redução da demanda reprimida por consultas com ginecologistas e por procedimentos essenciais ao pré-natal de médio e alto risco (itens [c](#) e [d](#)).

2.2.2.2. ATENDIMENTO DE SAÚDE DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS

No campo da saúde de crianças, o SUS orienta a organização da atenção por meio de estratégias como a atenção primária em saúde, a cobertura por equipes de saúde da família, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a vacinação, a prevenção de agravos e a detecção precoce de doenças.

Além disso, programas e iniciativas nacionais, como a Estratégia Saúde da Família, a Rede Cegonha (atual Rede Alyne) e a PNAISC, buscam assegurar o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, com especial atenção às crianças em situação de vulnerabilidade social, a fim de reduzir desigualdades e melhorar indicadores como mortalidade infantil, desnutrição, cobertura vacinal e prevalência de doenças evitáveis.

Não obstante, na realidade, percebe-se a fragmentação das políticas, a insuficiência de especialistas pediátricos e multiprofissionais em diversos territórios, a dificuldade de articulação entre saúde e assistência social e as desigualdades regionais que afetam a oferta e a qualidade dos serviços. Esses fatores podem comprometer o desenvolvimento pleno das crianças e gerar impactos de longo prazo no capital humano e social do país.

Em relação ao atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos, concluiu-se, como achado de auditoria, que há deficiências no atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos com relação a consultas de médicos pediatras e a serviços de média e alta complexidade (A.7). O achado fundamentou-se nas seguintes situações encontradas:

- a) Escassez de médicos pediatras atuando no SUS nos municípios paraibanos, com apenas 54 municípios possuindo ao menos 1 deste especialista atendendo pelo SUS e, em 21 destes, a proporção de crianças de 0-5 anos ultrapassa 1000 por pediatra; e
- b) Existência de demanda reprimida de serviços de saúde de média e alta complexidade para as crianças de 0 a 6 anos.

As evidências colhidas pela auditoria, de cada uma dessas situações, estão consolidadas no Quadro 10.

QUADRO 10 - EVIDÊNCIAS - ATENDIMENTO DE SAÚDE DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS

SITUAÇÃO ENCONTRADA	FONTES	EVIDÊNCIAS
a) Escassez de médicos pediatras atuando no SUS nos municípios paraibanos, com apenas 54 municípios possuindo ao menos 1 deste especialista atendendo pelo SUS e, em 21 destes, a proporção de crianças de 0-5 anos ultrapassa 1000 por pediatra	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02pb.def	Em junho de 2025, a maioria dos municípios paraibanos (169 ou 75,78%) não possuem médico pediatra que atende pelo SUS. Apenas 54 municípios possuem médicos pediatras que atendem pelo SUS.
	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Dados de 2022	A proporção de crianças de 0-5 anos por pediatra nos 54 municípios que possuem esse especialista atendendo pelo SUS é de: mais de 1000 em 21 municípios; de 500 a 1000 em 10 municípios; abaixo de 500 em 23 municípios. Vale ressaltar que esse especialista atende até a idade de 15 anos (Art. 3º, parágrafo único, da Portaria nº 1.130/2015 - PNAISC)
b) Existência de demanda reprimida de serviços de saúde de média e alta complexidade para as crianças de 0 a 6 anos	Entrevista com a Secretaria de Estado da Saúde (SES)	Crianças de 0 a 6 anos enfrentam significativa dificuldade em acessar serviços e tratamentos na área de Oncologia Pediátrica, além das especialidades de neurologia pediátrica, psiquiatria, pneumologia, dermatologia e alergologia
	Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	No caso de atendimento a crianças de 0 a 6 anos, a especialidade médica com maior demanda reprimida nos municípios paraibanos é a consulta de neuropediatria e de psiquiatria. Com relação a consultas com outros profissionais de saúde para este público, fonoaudiologia e terapia ocupacional são os que mais apresentaram demanda reprimida. Já no caso de realização procedimentos para crianças na Primeira Infância, os tipos de procedimentos com maior demanda reprimida são as avaliações e terapias complementares como Avaliação neuropsicomotora, Terapia ocupacional, Avaliação para TEA e transtornos do neurodesenvolvimento, Fisioterapia, Fonoaudiologia, entre outros, corroborando os dados de que os serviços de fonoaudiologia e terapia ocupacional são os que mais apresentaram demanda reprimida

A partir das evidências coletadas, a equipe de auditoria apontou como possíveis causas para as situações encontradas:

- Baixa atratividade da carreira médica e de outros profissionais nos municípios de pequeno porte, devido a salários pouco competitivos, infraestrutura precária e falta de incentivos. Muitos profissionais preferem laborar em centros urbanos maiores, com melhores condições de trabalho e infraestrutura (itens [a](#), [b](#));
- Orçamento insuficiente dos municípios para custear profissionais com especialização. Grande parte dos municípios paraibanos têm população inferior a 20 mil habitantes e não possuem escala populacional suficiente para justificar a manutenção de serviços de média e alta complexidade, inviabilizando economicamente a presença local de médicos e profissionais especialistas (itens [a](#), [b](#)); e
- Crescimento da demanda por serviços e diagnósticos relacionados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do neurodesenvolvimento, sem expansão proporcional da oferta (item [b](#)).

Como efeitos das situações encontradas, enumeram-se os seguintes:

- Atendimento insuficiente a crianças de 0 a 6 anos pelo SUS com médico pediatra, especialmente em áreas mais vulneráveis (item [a](#));
- Sobrecarga de médicos generalistas ou clínicos para atendimento pediátrico, comprometendo a qualidade da assistência (item [a](#));
- Atraso no diagnóstico e tratamento de doenças infantis, com risco aumentado de comprometimento ao desenvolvimento infantil e crescimento adequado (item [a](#));
- Impacto negativo nos indicadores de mortalidade infantil e na infância (item [a](#));
- Atraso no diagnóstico precoce de transtornos do neurodesenvolvimento, como TEA, TDAH e deficiências cognitivas, gerando perda de janelas críticas de intervenção na Primeira Infância, que são decisivas para o desenvolvimento neurológico e psicossocial (item [b](#)); e
- Comprometimento da inclusão escolar, social e familiar das crianças afetadas com transtornos do neurodesenvolvimento, gerando sobrecarga das famílias afetadas, que muitas vezes precisam buscar atendimento privado (item [b](#)).

Como forma de enfrentar as situações encontradas pela auditoria, sugerem-se recomendações aos Municípios e à SES-PB para:

R.25 Priorizarem a contratação de pediatras por meio de concursos públicos, processos seletivos do SUS ou outros meios (item [a](#));

R.26 Ampliarem a oferta de consultas de oncologia pediátrica, de neurologia pediátrica, psiquiatria infantil, pneumologia, dermatologia e alergologia (item [b](#));

R.27 Investirem em serviços multiprofissionais de apoio ao neurodesenvolvimento infantil, com ampliação da oferta de Fonoaudiologia, Terapia ocupacional e psicologia infantil (item [b](#)).

Com a implementação das recomendações elencadas acima, espera-se que os seguintes benefícios sejam obtidos:

- ✓ Melhoria da qualidade da assistência à saúde infantil, com atendimento mais adequado, seguro e resolutivo às crianças de 0 a 6 anos (itens [a](#), [b](#));
- ✓ Melhor desempenho nos indicadores de saúde da Primeira Infância, como redução da mortalidade infantil e de internações evitáveis (itens [a](#), [b](#));
- ✓ Desafogamento dos hospitais de referência, devido ao atendimento básico especializado disponível em municípios menores, o que reduz a sobrecarga nos serviços de média e alta complexidade (itens [a](#), [b](#));
- ✓ Diagnóstico precoce e mais preciso de TEA e outros transtornos do neurodesenvolvimento, permitindo intervenções oportunas, gerando melhora significativa na qualidade de vida e autonomia das crianças, com impactos duradouros no seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social (item [b](#));
- ✓ Redução da sobrecarga familiar e dos custos indiretos associados à negligência de quadros tratáveis (item [b](#)); e
- ✓ Inclusão mais efetiva de crianças com deficiência ou atrasos no desenvolvimento no sistema educacional e na sociedade (item [b](#)).

2.2.2.3. ACESSO À ÁGUA TRATADA E ESGOTAMENTO SANITÁRIO

O acesso à água potável e ao esgotamento sanitário constitui um direito humano fundamental e é reconhecido como condição essencial para a promoção da saúde, do bem-estar e da dignidade da população. A disponibilidade e qualidade desses serviços estão diretamente relacionadas à prevenção de doenças de veiculação hídrica, à melhoria dos indicadores de saúde pública e ao desenvolvimento social, especialmente quando se considera o público da primeira infância, fase de maior vulnerabilidade do ciclo da vida.

FIGURA 06 - ESGOTAMENTO A CÉU ABERTO



Fonte: Instituto Colabora.

Nesse sentido, o acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário assume papel estratégico na proteção e promoção do desenvolvimento infantil. Crianças pequenas são mais suscetíveis a doenças de veiculação hídrica, como diarreia e parasitoses, que podem resultar em internações frequentes, desidratação, atrasos no crescimento e prejuízos no desenvolvimento físico e intelectual. Além dos impactos imediatos à saúde, essas enfermidades comprometem a absorção de nutrientes, afetam a capacidade de aprendizagem e aumentam a vulnerabilidade social das famílias.

Estudo do Instituto Trata Brasil sobre a privação de serviços de saneamento no Brasil (Instituto Trata Brasil, 2023), feito com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE, 2020), chegou à conclusão inequívoca de que quanto maior o acesso de uma população aos serviços de abastecimento de água tratada e de coleta de esgoto, menores os riscos de contrair doenças de veiculação hídrica ou doenças respiratórias²⁹.

É imprescindível analisar a situação da falta de saneamento básico não só nos primeiros seis anos de vida, como também durante a gravidez, pois os problemas começam antes mesmo do nascimento das crianças, na medida em que as mulheres grávidas que moram em habitações sem água tratada ou sem coleta do esgoto estão expostas com maior frequência a enfermidades associadas à falta de saneamento, em especial a doenças de veiculação hídrica, respiratórias e ginecológicas e obstétricas.

Sobre este ponto, em outro estudo do Instituto Trata Brasil (2022), em que o foco foi dado na população feminina, além das doenças de veiculação hídrica e respiratórias, também foram investigados os efeitos da falta de saneamento sobre a incidência de doenças ginecológicas e obstétricas. As análises indicaram que as mulheres com acesso ao saneamento tiveram, em média, taxas de incidência de doenças ginecológicas menores que as mulheres sem acesso ao saneamento. Dessa forma, a privação de acesso ao saneamento afetava a vida das meninas e, muito importante para a presente discussão, das mulheres grávidas³⁰.

A ocorrência dessas infecções têm efeitos sobre a saúde da mulher e do feto, com implicações severas que podem levar ao parto prematuro, à desidratação, à desnutrição e à falta de oxigenação. Essas situações podem aumentar o risco de morte fetal ou logo após o parto e têm efeitos diretos sobre o desenvolvimento das crianças em seus primeiros anos de vida.

Outro ponto importante a se notar é de que a ocorrência de problemas de saúde decorrentes da ausência ou insuficiência de serviços de fornecimento de água tratada e/ou de esgotamento sanitário leva ao afastamento das crianças de suas atividades rotineiras. Qualquer que seja a gravidade, as enfermidades afastam as crianças de seu estudo. Isso tem reflexos claros no desempenho escolar e na realização do potencial de escolaridade dessa população.

Segundo o Manual “Efeitos da falta de saneamento na vida de grávidas, crianças e adolescentes”³¹, disponível no sítio eletrônico da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, é claro o efeito das perdas educacionais e do maior absenteísmo das crianças sem acesso ao saneamento em sua capacidade de obter renda no exercício do trabalho futuro. É uma sequela da falta de saneamento que perdura para o resto da vida, perpetuando ciclos de pobreza.

²⁹ Instituto TRATA BRASIL. A vida sem saneamento. Para quem falta e onde mora essa população. São Paulo, novembro de 2023.

³⁰ Instituto TRATA BRASIL. Benefícios econômicos e sociais da expansão do saneamento no Brasil. São Paulo, novembro de 2022.

³¹ Instituto TRATA BRASIL: Efeitos da falta de saneamento na vida de grávidas, crianças e adolescentes.

Nesse sentido, as doenças associadas à falta de saneamento básico afetam a vida de todas as crianças, meninos e meninas, independentemente de raças e classes sociais, com efeitos sobre seu desempenho no presente, suas oportunidades econômicas no futuro e suas horas disponíveis para o descanso ou o lazer.

De outra parte, especialistas afirmam que os benefícios de investir no acesso à água tratada e ao esgoto são significativos, equivalente cada R\$ 1,00 a uma economia de R\$ 4,00 em saúde pública³².

A CF/88 prevê que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a promoção da melhoria das condições de saneamento básico. Ainda estabelece que, ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico³³.

Além da CF/88, foram utilizados como critérios de auditoria, ao se examinar o acesso à água tratada e a esgotamento sanitário, as seguintes legislações e publicações com reconhecimento inclusive de âmbito internacional:

- A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) estabelece que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo o saneamento básico como determinante e condicionante para a saúde. Prevê que sejam incluídas ainda no campo de atuação do SUS a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico. Exige que a articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abranja as atividades de saneamento e meio ambiente. Estabelece ainda que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, dentre outras, as atribuições de participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico. Por fim, prevê que, à direção estadual do SUS compete participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico, e à direção municipal do SUS compete executar os serviços de saneamento básico³⁴.

- O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016) elenca a saúde e o meio ambiente como

uma das áreas prioritárias para as políticas públicas da Primeira Infância³⁵;

- A Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), como mencionado no item 2.2.2, estabelece que a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência³⁶;

- A Lei nº 11.445/2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico, atualizada pela Lei nº 14.026/2020³⁷, determina que os

³² Fonte: https://www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2025/09/25/falta-de-saneamento-basico-adoece-criancas-e-ameaca-futuro-no-brasil.htm?utm_source=whatsapp-network&utm_medium=compartilhar_conteudo&utm_campaign=organica&utm_content=geral.

³³ Artigos pertinentes: 23, inciso IX; e 200, inciso IV.

³⁴ Artigos pertinentes: 3º; 6º, inciso II; 13, inciso II; 15, inciso VII; 17, inciso VI; e 18, inciso IV, “d”.

³⁵ Artigo pertinente: 5º.

³⁶ Artigos pertinentes: 7º e 86.

³⁷ São previstos os seguintes princípios fundamentais na prestação de serviços públicos de saneamento básico: (i) universalização do acesso e efetiva prestação do serviço; (ii) integralidade; (iii) abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de forma adequada à saúde pública, à conservação

municípios exercem a titularidade dos serviços públicos de saneamento básico, no caso de interesse local, bem como o Estado, em conjunto com os Municípios que compartilham efetivamente instalações operacionais integrantes de regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, instituídas por lei complementar estadual, no caso de interesse comum. Prevê ainda que o titular dos serviços formulará a respectiva política pública de saneamento básico, devendo, para tanto, elaborar os planos de saneamento básico, bem como estabelecer metas e indicadores de desempenho e mecanismos de aferição de resultados, a serem obrigatoriamente observados na execução dos serviços prestados de forma direta ou por concessão. Exige também que o titular dos serviços implemente sistema de informações sobre os serviços públicos de saneamento básico, articulado com o Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico (Sinisa), o Sistema Nacional de Informações sobre a Gestão dos Resíduos Sólidos (Sinir) e o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (Singreh), observadas a metodologia e a periodicidade estabelecidas pelo Ministério do Desenvolvimento Regional. Por fim, prevê que os titulares de serviços públicos de saneamento básico deverão publicar seus planos de saneamento básico até 31 de dezembro de 2022, manter controle e dar publicidade sobre o seu cumprimento, bem como comunicar os respectivos dados à ANA para inserção no Sinisa³⁸;

- O Decreto nº 11.223/2022 estabelece que compete à Funasa, entidade de promoção e proteção à saúde, fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças e formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental³⁹;

- Agenda 2030, da ONU, contempla o ODS 3 - Saúde e Bem-Estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, bem como o ODS 6 - Água potável e saneamento, com especial atenção às metas abaixo:

- Meta 3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis;
- Meta 6.1 - Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água para consumo humano, segura e acessível para todas e todos;
- Meta 6.2 - Até 2030, alcançar o acesso ao saneamento e à higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade.

- *Nurturing Care*, da OMS, modelo que prevê cuidado integral para o desenvolvimento na primeira infância. A saúde aparece no componente “*good health*”, um dos 5 previstos no modelo; e

- Manual “Efeitos da falta de saneamento na vida de grávidas, crianças e adolescentes”, já citado anteriormente neste relatório. Publicação do Instituto Trata Brasil, disponível no sítio eletrônico da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV).

Em relação ao acesso à água tratada e esgotamento sanitário, concluiu-se, como achado de auditoria, pelo risco de doenças decorrentes do consumo de água não apropriada e de

dos recursos naturais e à proteção do meio ambiente; (iv) prestação concomitante dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário.

³⁸ Artigos pertinentes: 2º, incisos I, II, III e XVI; 8º, incisos I e II; 9º, incisos I e VI; e 19.

³⁹ Artigos pertinentes: 2º, incisos I e II.

esgotamento a céu aberto, em razão da insuficiência de ações efetivas de saneamento básico, por parte do poder público em zonas urbanas do território paraibano (A.8). O achado fundamentou-se nas seguintes situações encontradas:

- a) Não fornecimento de informações ao Sinisa 2024 (ano base 2023) por parte de municípios paraibanos;
- b) Não universalização da cobertura da rede de abastecimento de água na zona urbana em parte dos municípios paraibanos, sendo ainda pior a situação no que se refere ao esgotamento sanitário;
- c) Inexistência de Plano de Saneamento Básico em grande parte dos municípios paraibanos; e
- d) Fragilidade no controle da qualidade da água disponibilizada à população e da coleta e tratamento de esgoto.

As evidências colhidas pela auditoria, de cada uma dessas situações, estão consolidadas no Quadro 11.

QUADRO 11 - EVIDÊNCIAS - ACESSO À ÁGUA TRATADA E ESGOTAMENTO SANITÁRIO

SITUAÇÃO ENCONTRADA	FONTES	EVIDÊNCIAS
a) Não fornecimento de informações ao Sinisa 2024 (ano base 2023) por parte de municípios paraibanos;	Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico - Sinisa 2024 (ano base 2023)	Constatou-se a falta de participação de quatorze municípios na coleta de informações sobre abastecimento de água e de 145 na coleta de informações sobre esgotamento sanitário (participação de 93,7% e de 35%, respectivamente)
	Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	34,5% dos respondentes (69) não sabem informar o ano em que foram enviadas informações para o Sinisa pela última vez ou nunca enviaram; 72 municípios afirmaram ter enviado agora em 2025, 42 em 2024, cinco em 2023, quatro em 2022, um em 2021 e sete antes de 2021
b) Não universalização da cobertura da rede de abastecimento de água na zona urbana em parte dos municípios paraibanos, sendo ainda pior a situação no que se refere ao esgotamento sanitário;	Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico - Sinisa 2024 (ano base 2023)	Na Paraíba, são os seguintes os dados quanto a abastecimento de água e esgotamento sanitário: - Atendimento da população urbana com rede de abastecimento de água: 92,63% (Médias - Brasil: 93,34%, Nordeste: 89,48%) - De 209 informantes, dezenove municípios possuem cobertura de abastecimento de água menor que 25%, três com cobertura de 25 a 49,99% e dezessete de 50 a 74,99% e 131 acima de 75%.

		<p>Fonte: https://indicadores-sinisa-2025.cidades.gov.br/dashboard?modulo=agua</p> <p>- Atendimento da população urbana com rede coletora de esgoto=46,57% (Médias Brasil=67,48%, Nordeste=42,93%)</p> <p>De 78 informantes, doze municípios com cobertura de esgotamento sanitário menor que 15%, dez com cobertura de 15 a 39,99%, dez com cobertura de 40 a 64,99%, 25 de 65 a 89,99% e apenas 21 municípios com cobertura maior ou igual a 90%.</p> <p>Fonte: https://indicadores-sinisa-2025.cidades.gov.br/dashboard?modulo=esgoto</p>
	Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	<p>- Quanto a abastecimento de água: nove dos respondentes afirmaram a inexistência de Rede de Abastecimento D'água na sede; três que a cobertura é de menos de 25%, seis de 25% a 50%; sete, em torno de 50%; e 32 de 50% a 75%;</p> <p>- Quanto a esgotamento sanitário: 37 dos respondentes afirmaram inexistir rede na sede (18,5%), 21 que menos de 25% tem acesso a rede (10,5%), 20 que o acesso é de 25% a 50% da população (10%) e 51 que a cobertura da rede está entre 50% e 75%; apenas 26,5% dos municípios possuem cobertura de mais de 75% da população urbana.</p>
c) Inexistência de Plano de Saneamento Básico em grande parte dos municípios paraibanos;	<p>Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico - Sinisa 2024 - Gestão Municipal (ano base 2023)</p> <p>Fonte: https://sinisaplanos.cidades.gov.br/site/painel</p>	<p>Na Paraíba, 194, dos 223 municípios, forneceram informação para o Painel de Políticas e Planos Municipais; deles, apenas 71 afirmaram possuir plano conforme a Lei n. 11445-2007 (36,6%), sendo que 58 contemplam os quatro componentes (abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos e águas pluviais)</p>
	<p>Fundação Nacional de Saúde - Funasa</p> <p>Fonte: https://pmsb-funasa.uac.ufcg.edu.br/index.php/projeto</p>	<p>Cinquenta municípios paraibanos estão participando do Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 03/2019, com a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), para a elaboração de seus Planos Municipais de Saneamento.</p>



	Relatório Novo Marco Legal do Saneamento na Paraíba - Análise dos Planos Encaminhados ao TCE-PB (ano base 2024)	Apenas 13 municípios enviaram o seu Plano Municipal de Saneamento Básico, portanto 5,82% da totalidade dos municípios da Paraíba. Foram considerados apenas os planos apresentados, novos ou atualizados, a partir de julho de 2020. Onze (dos treze) municípios apresentaram seus planos a partir de cooperação técnica com a Funasa/UFCG. Outros dois municípios apresentaram seus planos de forma independente. 53 municípios estão com planos em fase de elaboração/atualização, dentre eles os Municípios de João Pessoa e Campina Grande. Nenhum plano originado do convênio com a Cagepa foi, até o momento, enviado ao TCE-PB. Ver Mapa-pág 31.
	Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	23,5% dos respondentes afirmaram a inexistência de qualquer instrumento de planejamento de saneamento básico. Nos casos de existência, 48 (24%) declararam ter sido elaborado por iniciativa própria, 27 (13,5%) com apoio da Funasa e três por meio de Consórcio Intermunicipal; Os demais informaram encontrar-se em elaboração - 20% por iniciativa própria, nove (4,5%) com apoio da Funasa, um por meio de Consórcio Municipal e 25 (12,5%) dentro do Plano Regional de Saneamento Básico, iniciativa do Estado
d) Fragilidade no controle da qualidade da água disponibilizada à população e da coleta e tratamento de esgoto	Sisagua - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - <u>Painel de Controle Mensal de Parâmetros Básicos do Sisagua/Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)/MS</u> , referente a 2024 Fonte: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_SISAGUA_ACOMPANHAMENTO/SEIDIGI_DEMAS_SISAGUA_ACOMPANHAMENTO.ht	Consta a informação de 175 municípios da Paraíba (78,47% do total); conforme as informações contidas no painel, 109 desses municípios (62,3%) inseriram todos os meses os dados de análise da qualidade da água



	ml	
	Instituto Cidades Sustentáveis (ICS) - plataforma IDSC-BR Fonte: https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/map/indicators/SDG6_1_1_N_DRSAL/	Quanto ao ODS 6 - Água limpa e saneamento, o Indicador - Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado - apontou os seguintes municípios que apresentaram desafios em 2023: Água Branca, Bonito de Santa Fé, Caaporã, Cajazeiras, Catolé do Rocha, Conceição, Coremas, Juru, Monteiro, Paulista, Picuí, São João do Rio do Peixe, São Vicente do Seridó, Solânea, Sousa, Taperoá, Tavares e Uiraúna Descrição do Indicador: Número de internações hospitalares ocorridas em consequência de doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI), por 100 mil habitantes.
	Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	- 23 municípios declararam não realizar acompanhamento das doenças decorrentes do consumo de água não apropriada e de esgotamento a céu aberto (11,5%) e 44 (22%) que o fazem, mas não regularmente; - dos municípios que afirmaram realizar este acompanhamento, os sistemas mais citados foram o Sisagua (por 128), o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), do Ministério da Saúde (por 114) e o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), do Ministério da Saúde (por 109 municípios)

A partir das evidências coletadas, a equipe de auditoria assinalou as possíveis causas para as situações encontradas:

- Baixo comprometimento da gestão municipal e limitação da capacidade técnica e institucional do município (itens [a](#), [b](#), [c](#));
- Déficit histórico de investimentos no saneamento básico, baixa capacidade de financiamento com recursos próprios e dificuldade de acesso a recursos de outras esferas (item [b](#));
- Inexistência de procedimentos padronizados para coleta e envio regulares de dados da qualidade da água e para fiscalização de esgotamento sanitário (item [d](#)); e
- Falta de capacitação de servidores e dificuldades no uso do sistema eletrônico (Sisagua), por limitações técnicas ou conectividade (item [d](#)).

Como efeitos das situações encontradas, indicam-se os seguintes:

- Não cumprimento de condição para acesso a recursos da União para saneamento e ausência de dados para planejamento (item [a](#));
- Expansão urbana sem acompanhamento de infraestrutura de abastecimento de água e rede coletora de esgoto (item [b](#));
- Uso de fontes alternativas inseguras acarretando aumento de doenças de veiculação hídrica e desigualdade de acesso à água potável (item [b](#));
- Lançamento de esgoto *in natura* em vias, rios e terrenos, acarretando aumento de doenças como hepatite A, verminoses, diarreias, dengue e leptospirose (item [b](#));
- Impacto negativo ao meio ambiente, em especial contaminação de águas subterrâneas e superficiais (item [b](#));
- Impedimento de acesso a recursos federais para obras e serviços de saneamento (item [c](#));
- Ausência de estratégia e ineficiência na alocação de recursos (item [c](#));
- Consumo de água contaminada e exposição a esgoto a céu aberto, acarretando doenças como diarreias, hepatites, cólera, malária, verminoses, esquistossomose e até surtos e epidemias em comunidades vulneráveis (item [d](#)); e
- Possível contaminação não detectada de mananciais (rios, açudes e lençóis freáticos) (item [d](#)).

Como forma de enfrentar o cenário, sugerem-se recomendações a serem implementadas pelos Municípios para:

R.28 Em articulação com o prestador do serviço (Cagepa), quando for o caso, capacitarem servidores e criarem rotina de coleta e atualização dos dados de saneamento para inserção no Sinisa/MC e no Sisagua/MS (itens [a](#), [d](#));

R.29 Mapearem locais com maior vulnerabilidade sanitária e risco à saúde pública e enviar esforços no sentido de captar recursos para execução de obras e serviços nessas áreas (item [b](#));

R.30 Elaborarem ou atualizarem o Plano de Saneamento Básico, conforme preceitos contidos na Lei nº 11.445/2007, atualizada pelo Marco Legal do Saneamento Básico (Lei nº 14.026/2020 (item [c](#))).

Com a implementação das recomendações elencadas acima, esperam-se os seguintes benefícios:

- ✓ Acesso a recursos federais e linhas de crédito de instituições (item [a](#));
- ✓ Maior transparência e controle social das ações de saneamento básico (itens [a](#), [c](#));
- ✓ Redução da pobreza multidimensional e aumento da produtividade e da frequência escolar (item [b](#));
- ✓ Redução de doenças de veiculação hídrica e de atendimentos ambulatoriais e internações, além de diminuição da mortalidade infantil (itens [b](#), [d](#));

- ✓ Proteção de mananciais, rios e solo e promoção da sustentabilidade (itens [b](#), [d](#));
- ✓ Disponibilidade de planejamento estruturado e de longo prazo (item [c](#)); e
- ✓ Geração de informações que podem levar à identificação de riscos sanitários, redução de gastos com internações e tratamentos e prevenção de mortes evitáveis (item [d](#)).

2.2.3. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A alimentação na infância desempenha um papel essencial no crescimento e no desenvolvimento saudável. Uma dieta equilibrada e nutritiva contribui não apenas para a saúde física, mas também influencia positivamente o desenvolvimento cognitivo e emocional. A alimentação vai além do aspecto nutricional, exercendo um papel essencial no desenvolvimento da identidade da criança, ao oferecer experiências sensoriais e educativas fundamentais.

A segurança alimentar das famílias é condição indispensável para garantir uma nutrição infantil adequada. Nesse contexto, promover uma alimentação saudável significa priorizar o consumo de comida de verdade, começando pelo aleitamento materno e avançando para práticas alimentares diversificadas e equilibradas.

FIGURA 07 - CRIANÇA SE ALIMENTANDO DE FRUTA



Fonte: Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO).

Um dos principais desafios, entretanto, é a falta de conhecimento sobre quais alimentos são realmente saudáveis, o que reforça a necessidade de ações educativas e de políticas públicas que orientem famílias e cuidadores.

De acordo com (MENEZES FILHO, 2025)⁴⁰, a nutrição adequada constitui um dos pilares centrais do cuidado integral da criança em desenvolvimento. Sua saúde e bem-estar são influenciados diretamente pela nutrição dos pais antes da concepção e, em especial, pela alimentação da mãe durante a gestação. Quando a gestante apresenta deficiência de micronutrientes, faz-se necessário

⁴⁰ (MENEZES FILHO, 2025).

o uso de suplementos, como o ferro, para garantir melhores condições de saúde tanto para ela quanto para o bebê.

Nos primeiros meses de vida, a amamentação exerce papel fundamental. O aleitamento materno exclusivo, iniciado logo após o nascimento e mantido até os seis meses de idade, associado ao contato pele a pele, favorece o crescimento saudável e fortalece o vínculo afetivo. A partir desse período, torna-se essencial a introdução de alimentos complementares variados, em quantidade suficiente e ricos em micronutrientes, sem que o leite materno seja interrompido — ele deve ser mantido, de preferência, até os dois anos de idade ou mais.

A forma como a criança é alimentada também merece destaque. A chamada alimentação responsiva, ao valorizar a interação social e emocional no momento da refeição, contribui para o desenvolvimento saudável.

De acordo com o estudo publicado pelo UNICEF (2021)⁴¹, a alimentação adequada, direito de todas e de cada uma das crianças, é assegurada pelos seguintes normativos:

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) está consagrado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (artigo 11), de 1966. Também está presente na Agenda 2030 da ONU, que inclui dois Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) diretamente relacionados à saúde e ao acesso a uma alimentação de qualidade. No Brasil, esse direito é garantido pelo artigo 6º da Constituição Federal, incluído após a aprovação da Emenda Constitucional nº 64, de 2010.

Fundamentado nos direitos à saúde e à alimentação adequada e saudável, o *Guia Alimentar para a População Brasileira*⁴² configura-se como documento oficial que estabelece princípios e recomendações sobre práticas alimentares para a população brasileira. Além disso, constitui instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional, tanto no âmbito do SUS quanto em outros setores.

O MS, por meio do *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*⁴³, tem enfatizado a importância da alimentação saudável de crianças nessa faixa etária com o objetivo de promover saúde, crescimento e desenvolvimento para que elas alcancem todo o seu potencial.

A alimentação tem papel fundamental em todas as etapas da vida, especialmente nos primeiros anos, que são decisivos para o crescimento e desenvolvimento, para a formação de hábitos e para a manutenção da saúde. Nas últimas décadas, ocorreram diversos avanços na implementação de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. Exemplos disso são a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), entre outras. No entanto, são muitos os desafios a serem superados para se garantir a prática de uma alimentação adequada e saudável no início da vida.

⁴¹ (LIMA, ALCÂNTARA E AMARAL, 2021).

⁴² (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

⁴³ (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Diversos instrumentos normativos no campo jurídico e materiais produzidos com o objetivo de identificar boas práticas e recomendações reconhecidas inclusive em âmbito internacional, como os listados a seguir, destacam a relevância da alimentação e da nutrição.

- CF/88 - inclui a alimentação no rol de direitos sociais, impondo à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurá-la, com absoluta prioridade, à criança, ao adolescente e ao jovem, como direito fundamental⁴⁴;

- Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância) - contempla alimentação e nutrição como uma das áreas prioritárias na definição das políticas públicas voltadas a essa fase da vida. Também estabelece como prioridade a proteção contra todas as formas de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica, garantindo prioridade absoluta, na oferta de serviços, apoios e recursos, às crianças de zero a três anos, de modo a assegurar seu pleno desenvolvimento. Estabelece também que as políticas e programas governamentais de apoio às famílias — como as visitas domiciliares e as ações de promoção da paternidade e maternidade responsáveis — devem promover a articulação entre diversas áreas, incluindo saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e direitos humanos, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento integral da criança. A lei determina, inclusive, que gestantes e famílias com crianças na primeira infância recebam orientação e formação sobre temas essenciais, como maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes e educação sem o uso de castigos físicos, conforme previsto na Lei nº 13.010/2014⁴⁵, de modo a favorecer a criação e o fortalecimento de vínculos afetivos e estimular o pleno desenvolvimento da criança nessa fase⁴⁶;

- Decreto nº 12.574/2024 (PNIPI) - estabelece, dentre suas diretrizes, a proteção integral das crianças, garantidos o direito à vida, ao cuidado, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária⁴⁷;

- Lei nº 8.069/1990 (ECA) - determina que a família, a sociedade e o poder público têm o dever de assegurar, com prioridade absoluta, os direitos fundamentais das crianças e adolescentes, como vida, saúde, educação, alimentação, cultura e convivência familiar e comunitária⁴⁸;

- Lei nº 11.346/2006 - instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e reconheceu a alimentação adequada como direito fundamental, ligado à dignidade humana e à efetivação dos direitos constitucionais. O poder público deve adotar políticas que garantam segurança alimentar e nutricional, considerando aspectos ambientais, culturais, econômicos, regionais e sociais. Define ainda que segurança alimentar é o acesso regular e suficiente a alimentos de qualidade, em bases sustentáveis e respeitando a diversidade cultural⁴⁹;

⁴⁴ Artigos pertinentes: 6º e 227.

⁴⁵ Conhecida como Lei Menino Bernardo.

⁴⁶ Artigos pertinentes: 5º, parágrafo único; e 14º, § 3º.

⁴⁷ Artigo pertinente: 2º, inciso IX.

⁴⁸ Artigo pertinente: 4º.

⁴⁹ Artigos pertinentes: 2º e 3º.

- Decreto nº 7272/2010 - instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN):

Art. 2º Fica instituída a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, com o objetivo geral de promover a segurança alimentar e nutricional, na forma do art. 3º da Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, bem como assegurar o direito humano à alimentação adequada em todo território nacional.

Art. 3º A PNSAN tem como base as seguintes diretrizes, que orientarão a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional:

I - promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional;

II - promoção do abastecimento e estruturação de sistemas sustentáveis e descentralizados, de base agroecológica, de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos;

III - instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada;

IV - promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais de que trata o art. 3º, inciso I, do Decreto no 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, povos indígenas e assentados da reforma agrária;

V - fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de segurança alimentar e nutricional;

VI - promoção do acesso universal à água de qualidade e em quantidade suficiente, com prioridade para as famílias em situação de insegurança hídrica e para a produção de alimentos da agricultura familiar e da pesca e agricultura;

VII - apoio a iniciativas de promoção da soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada em âmbito internacional e a negociações internacionais baseadas nos princípios e diretrizes da Lei no 11.346, de 2006; e

VIII - monitoramento da realização do direito humano à alimentação adequada.

- Agenda 2030 - ONU - ODS 2 - Fome zero e agricultura sustentável, cuja Meta 2.2 é de “Até 2030, erradicar a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e as pessoas em situação vulnerável, incluindo crianças e idosos, a alimentos seguros, culturalmente adequados, saudáveis e suficientes durante todo o ano”;

- *Nurturing Care* - Cuidado integral para o desenvolvimento na primeira infância (OMS), constando cinco componentes inter relacionados - saúde, nutrição, proteção e segurança, aprendizagem e cuidados responsivos;

- Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (ONU), internalizado pelo Decreto nº 591/1992, artigo 11:

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como a uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para assegurar a consecução desse direito, reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre consentimento.

2. Os Estados Partes do presente Pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão, individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessárias para:

a) Melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão de princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegurem a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais;

b) Assegurar uma repartição equitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios.

- Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 25:

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

No que concerne à segurança alimentar, buscou-se investigar em que medida as ações do poder público têm promovido e garantido a segurança alimentar e nutricional de gestantes e de crianças de 0 a 6 anos no território paraibano.

O achado de auditoria constituiu-se na existência de fragilidade de ações do poder público para garantir a segurança alimentar e nutricional de gestantes e de crianças de 0 a 6 anos no território paraibano (A.9), por terem sido encontradas as seguintes situações:

a) Implementação insuficiente, por parte dos municípios, de programas destinados a garantir a segurança alimentar da população;

b) Fragilidade do acompanhamento dos dados de vigilância nutricional do público na primeira infância, por meio de sistemas de vigilância (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/MS, Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF/IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD/IBGE) e de indicadores nutricionais locais; e

c) Insuficiência ou deficiência de ações coletivas de educação nutricional voltada ao público na Primeira Infância, especialmente sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

Em relação à implementação insuficiente de programas destinados a garantir a segurança alimentar (item a), as evidências colhidas pela auditoria são listadas no Quadro 12.

QUADRO 12 - EVIDÊNCIAS - IMPLEMENTAÇÃO INSUFICIENTE DE PROGRAMAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB - Programas implementados nos municípios	<ul style="list-style-type: none">Os Programas federais mais citados foram: PNAE por 94,5% dos respondentes, PAA por 65,5%, Plano Safra da Agricultura Familiar por 53% e PNA/SUAS por apenas 12,5%Os programas estaduais mais citados foram: PAA por 56% municípios; Tá na Mesa por 52,5%, cartão alimentação por 35% e Restaurante Popular por apenas 14,5%Apenas 63 municípios (31,50%) declararam possuir programas próprios relacionados à segurança alimentar
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual (Pnad-C), do IBGE, Tabela 9552 - Domicílios e moradores, por situação do domicílio e situação de segurança alimentar existente no domicílio ⁵⁰	<ul style="list-style-type: none">No 4º trimestre de 2023, 35,9% dos domicílios na Paraíba tinham moradores com insegurança alimentar, sendo 21,4% leve, 8,5% moderada e 6% graveO número de domicílios com insegurança alimentar, na Paraíba, registrado em 2023 (35,9%) foi superior à média brasileira (27,6%)
Ministério da Saúde ⁵¹	<ul style="list-style-type: none">Dados mostram que, em abril de 2025, 3,26% das crianças de 0 a 5 anos na Paraíba estavam com peso muito abaixo ou abaixo para a idade; a Região de Saúde com maior percentual era a 15ª, com 9,44%. No Nordeste a média percentual era de 3,34% e no Brasil de 3,42%Quanto às gestantes, nesse período, o percentual de baixo peso (IMC por semana gestacional) foi de 13,33%, quando no Nordeste era de 12,75% e no Brasil de 11,82%
Plataforma Primeira Infância Primeiro, da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal	<ul style="list-style-type: none">Apenas dois dos 223 municípios se enquadram no tercil superior ("verdes") em todos indicadores de peso e no indicador de altura adequadaApenas quarenta dos 223 municípios paraibanos (17,93%) reportam índices de aleitamento materno que se enquadram no tercil superior ("verdes")
Plataforma de primeira infância do TCE-GO	<ul style="list-style-type: none">O percentual de nascidos vivos com "baixo peso ao nascer" segue uma tendência de alta na Paraíba. Em 2001 esse valor foi de 6,1%, aproximando-se do observado em países desenvolvidos (entre 5 e 6%). Em 2023, o índice já se encontrava em 8,5%

⁵⁰ Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9552#notas-tabela>.

⁵¹ Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>.

No que se refere à fragilidade do acompanhamento dos dados de vigilância nutricional do público na primeira infância, por meio de sistemas de vigilância (SISVAN/MS, POF/IBGE, PNAD/IBGE) e de indicadores nutricionais locais ([item b](#)), apresentam-se as evidências colhidas no Quadro 13.

QUADRO 13 - EVIDÊNCIAS - FRAGILIDADE DO ACOMPANHAMENTO DE DADOS DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB- mecanismos de acompanhamento	<ul style="list-style-type: none">Os mecanismos de acompanhamento dos dados de vigilância alimentar e nutricional da população vulnerável mais citados pelos municípios foram: Prontuários Eletrônicos do SUS - AB por 75% dos respondentes; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), por 49,5% municípios; sistemas próprio, por 13%; e planilhas em excel ou outro formato (que são enviadas para o Estado), por 11,5%. Todavia, essas informações, em regra, estão restritas a peso e altura, não segmentando o público alvo da primeira infância
Entrevista com a Secretária de Desenvolvimento Humano (SEDH-PB)	<ul style="list-style-type: none">O acompanhamento de dados de vigilância alimentar e nutricional é realizado por meio do SISVAN, sendo as informações originadas na atenção primária à saúde; há possibilidade de inconsistências por fragilidade no processo de inserção de dados no sistema e limitação de informações, por haver verificação apenas das condicionantes do Programa Bolsa Família

Por fim, a insuficiência ou deficiência de ações coletivas de educação nutricional voltada ao público na Primeira Infância, especialmente sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável ([item c](#)), restou evidenciada com a informação extraída do questionário aplicado aos municípios de que em 29% deles não se realizam ações coletivas educacionais sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável ou são realizadas, mas não regularmente.

As possíveis causas para as situações encontradas estão assim descritas:

- Falta de acesso à merenda escolar, por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), por crianças que estão fora da rede de educação municipal ([item a](#));
- Não priorização de políticas sociais e baixa articulação intersetorial (saúde, assistência social, agricultura, educação) (itens [a](#), [b](#), [c](#));
- Falta de participação social efetiva por meio de Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional (itens [a](#), [b](#));
- Falta de divulgação ampla, junto a população vulnerável, dos programas de segurança alimentar disponibilizados pelo município ([item a](#)); e
- Desconhecimento dos gestores públicos a respeito das diretrizes da alimentação saudável e do aleitamento materno (itens [a](#), [b](#), [c](#)).

Como efeitos das situações encontradas, enumeram-se os seguintes:

- Persistência da insegurança alimentar da população dos municípios paraibanos (itens [a](#), [b](#), [c](#));
- Comprometimento do desenvolvimento gestacional e integral de crianças na Primeira Infância (itens [a](#), [b](#), [c](#));
- Dificuldade de planejar ações dirigidas às famílias mais vulneráveis por falta de dados completos (item [b](#)); e
- Desinformação da população sobre as práticas e dos benefícios da amamentação e da alimentação saudável (item [c](#)).

Como forma de reverter o cenário, sugerem-se as seguintes recomendações a serem implementadas pelos gestores responsáveis:

R.31 Aos Municípios para realizarem diagnóstico sócio-econômico local, de forma articulada, a fim de identificar a existência de grupos populacionais em situação de insegurança alimentar (item [a](#));

R.32 Aos Municípios para, com base no diagnóstico da situação alimentar, traçarem estratégias de enfrentamento, através da ampliação da adesão aos programas estaduais e federais e implementação de programas próprios, divulgando-as para a população (item [a](#));

R.33 Aos Municípios para instituírem ou fortalecerem Conselho Municipal de Segurança Alimentar e elaborar em plano municipal de segurança alimentar e nutricional (item [a](#));

R.34 Aos Municípios, com apoio da SES-PB e da SEDH-PB, a partir do diagnóstico citado na R.29, implantarem acompanhamento sistemático de dados de segurança alimentar nutricional, segmentando a população, em especial gestantes e crianças de 0 a 6 anos (item [b](#));

R.35 À SES-PB e à SEDH-PB para apoiarem os municípios na elaboração de diagnósticos da segurança alimentar da população e implantação de metodologia de acompanhamento sistemático dos dados (item [b](#)); e

R.36 Aos Municípios para fortalecerem as ações coletivas de educação nutricional dirigidas a gestantes e cuidadores de crianças de 0 a 6 anos (item [c](#)).

Com a implementação das recomendações elencadas acima, espera-se que os seguintes benefícios sejam alcançados:

- ✓ Redução da insegurança alimentar e nutricional de gestantes e crianças de 0 a 6 (itens [a](#), [b](#), [c](#));
- ✓ Maior efetividade no planejamento de ações dirigidas às famílias mais vulneráveis em razão da implementação da melhoria dos mecanismos de governança de dados de vigilância alimentar e nutricional (item [b](#));
- ✓ Incentivo a escolhas de alimentos saudáveis, desencorajando o consumo dos ultraprocessados (item [c](#));

- ✓ Ampliação do conhecimento da população sobre a importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais (item [c](#));
- ✓ Melhoria dos indicadores de saúde e nutrição infantil e gestacional, em virtude do aumento de crianças com sistema imunológico fortalecido, prevenindo infecções respiratórias, diarreias, alergias e até doenças crônicas no futuro (itens [a](#), [c](#)); e
- ✓ Redução de gastos com saúde pública relacionados a doenças evitáveis pela alimentação adequada (itens [a](#), [c](#)).

2.2.4. ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER

Nas últimas décadas, inúmeras pesquisas científicas têm documentado os benefícios do envolvimento das crianças com a natureza. As pesquisas apontam que o contato direto com a natureza oferece às crianças um espaço privilegiado para explorar sua necessidade de expansão e movimento, além de estimular a contemplação. Esse vínculo favorece o desenvolvimento físico, a imaginação e a criatividade. No contexto urbano, entretanto, as experiências infantis variam conforme raça, gênero, classe e cultura, revelando um padrão evidente de desigualdade tanto no acesso aos benefícios quanto na exposição aos riscos.

De forma consistente, Blauth e Barros (2022) evidenciam os seguintes impactos positivos do envolvimento com a natureza na saúde física, mental, emocional e social das crianças⁵²:

- Desenvolvimento integral: o contato com a natureza favorece dimensões intelectuais, emocionais, sociais, culturais, espirituais e físicas;
- Criatividade e resolução de problemas: ambientes naturalizados estimulam brincadeiras mais criativas, colaborativas e voltadas à solução de desafios;
- Capacidades cognitivas: a exposição diária a cenários naturais melhora a concentração e fortalece habilidades investigativas;
- Atividade física: brincar em espaços naturais variados aumenta a prática de exercícios, além de aprimorar a coordenação motora e o equilíbrio;
- Nutrição: crianças que cultivam seus próprios alimentos tendem a consumir mais frutas e vegetais, possuem maior conhecimento sobre nutrição e mantêm hábitos saudáveis ao longo da vida;
- Saúde da visão: passar mais tempo ao ar livre contribui para a redução dos índices de miopia em crianças e adolescentes;
- Relações sociais: a convivência em espaços abertos favorece interações livres, escolhas de parceiros de brincadeira e desenvolvimento de melhores habilidades sociais; e
- Auto regulação e redução do estresse: o acesso a áreas verdes proporciona calma, autocontrole e bem-estar, especialmente para crianças que vivem em grandes centros urbanos.

⁵² (BLAUTH e BARROS, 2022).

Faz-se assim necessário implementar políticas que pensem em cidades mais verdes e amigáveis às crianças e que distribuam de forma equitativa acesso e segurança às áreas verdes e espaços públicos. De acordo com o Guia Temático Atenção dos Municípios com a Primeira Infância⁵³, para tanto, alguns pressupostos precisam ser destacados:

- Valorização dos espaços públicos como locais mais seguros para a convivência social e para atividades educativas;
- Aumento e distribuição equitativa das áreas verdes como áreas para brincar e para oferta de serviços ambientais às cidades;
- Incentivo à mobilidade ativa e melhores condições de acesso;
- Segurança e autonomia das crianças nas cidades;
- Escuta e participação das crianças no planejamento urbano da cidade.

FIGURA 08 - ESPAÇO PÚBLICO DE LAZER PARA CRIANÇAS



Fonte: Urban95 - Fundação Van Leer.

Diversos marcos legais e instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos reforçam a estreita relação entre natureza e saúde, incluindo documentos voltados especificamente aos direitos de crianças e adolescentes. É importante destacar que o contato com a natureza representa um recurso de baixo custo e de fácil acesso para enfrentar diversas condições associadas ao desenvolvimento de doenças crônicas e aos altos gastos com cuidados de saúde. Esse acesso, entretanto, deve ser garantido de forma equitativa e distribuída por toda a cidade, para que todas as crianças possam usufruir desse direito, evitando que a relação com o meio ambiente seja tratada como um privilégio. Segundo pesquisa do Panorama da Primeira Infância⁵⁴, da FMCSV, no Brasil, nas famílias de até 2 S.M. o tempo das crianças de 0 a 6 anos dedicado a passear ou brincar ao ar livre é de 28%, enquanto nas famílias de 3 S.M. ou mais é de 35%.

O ordenamento jurídico reúne diversas normas e regulamentos que ressaltam a relevância dos espaços externos de lazer. A seguir, destacam-se alguns dos principais dispositivos.

- CF/88 - estabelece que todos têm direito a um meio ambiente equilibrado, essencial à qualidade de vida, sendo dever do poder público e da coletividade protegê-lo e preservá-lo para

⁵³ (RAPS, 2020).

⁵⁴ (FMCSV, 2025a).

as gerações atuais e futuras. E determina que a família, a sociedade e o Estado assegurem, com prioridade absoluta, os direitos fundamentais de crianças, adolescentes e jovens (vida, saúde, educação, lazer, dignidade, entre outros), garantindo proteção contra negligência, violência, exploração, crueldade, opressão e discriminação⁵⁵.

- Lei Federal nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância) - regulamenta que as políticas públicas voltadas à primeira infância devem priorizar áreas essenciais ao desenvolvimento integral das crianças, como saúde, alimentação, educação infantil, convivência familiar e comunitária, cultura, lazer, proteção contra violência e consumismo, além da garantia de espaços saudáveis e seguros. Essas políticas devem ser intersetoriais, com programas destinados às famílias, centrados na criança, fortalecendo o papel protetivo e educativo dos pais e cuidadores, com prioridade para aquelas em situação de vulnerabilidade, risco ou que tenham crianças com deficiência. Define a obrigação do poder público de criar e estimular espaços lúdicos, livres e seguros, que favoreçam o brincar, a criatividade e o bem-estar das crianças em diferentes ambientes da comunidade. Destaca que a responsabilidade é compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, os quais devem apoiar a participação das famílias em redes de proteção e cuidado, com foco no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, especialmente em contextos de risco⁵⁶.

- Lei nº 14.826/2024 - instituiu a parentalidade positiva e o direito ao brincar como estratégias intersetoriais de prevenção à violência contra crianças, tendo, dentre outras bases, o relacionamento com a natureza⁵⁷.

- Decreto 12.574/2024 (PNIPI) - garante proteção integral das crianças de forma plena e prioritária, com todos os direitos necessários ao seu desenvolvimento: vida, cuidado, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, sendo responsabilidade conjunta da família, da sociedade e do Estado⁵⁸.

Além desse arcabouço normativo, a equipe de auditoria analisou também materiais produzidos pela sociedade civil, com o objetivo de identificar boas práticas e recomendações reconhecidas inclusive em âmbito internacional. Entre eles, destacam-se:

- Resolução CNE nº 1/2024 - Diretrizes Operacionais Nacionais de Qualidade e Equidade para a educação infantil, que estabelece:

Art. 30. As instalações das instituições de Educação Infantil devem assegurar:

XV - Áreas externas para convivência, contando com espaços sombreados e ensolarados que estimulem o uso cotidiano dos bebês e crianças, com proporção adequada de área em relação ao total do terreno.

⁵⁵ Artigos pertinentes: 225º e 227º

⁵⁶ Artigos pertinentes: 5º; 13º; 14º, § 1º e § 2º; e 17º.

⁵⁷ Artigo pertinente: art 7º, inciso II

⁵⁸ Artigos pertinentes: 2º

- Plano Decenal Estadual pela Primeira Infância da Paraíba - 2023/2032, onde consta:

5.7.2.1 – Sobre a criança e os espaços urbanos

5.7.2.1.1: Objetivo: Garantir a acessibilidade e a mobilidade das crianças, nos espaços públicos, considerando as características próprias da primeira infância.

- Agenda 2030, da ONU - ODS 11 - Cidades e comunidades sustentáveis, com a Meta 11.7, de proporcionar, até 2030, o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

- Manual de Orientação: Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes, elaborado pelo Grupo de Trabalho Criança, Adolescente e Natureza da Sociedade Brasileira de Pediatria⁵⁹, contemplando:

Recomendações gerais da Sociedade Brasileira de Pediatria - equilibrar o tempo destinado às atividades pedagógicas com o tempo livre, preferencialmente em ambientes naturais em contato com plantas, terra e água; planejar e oferecer ambientes de aprendizagem inclusivos ao ar livre; o Poder Público deve garantir que todas as crianças e adolescentes tenham acesso a áreas naturais, seguras e bem mantidas, a uma distância de até 2 km de suas residências, que sejam acessíveis e inclusivas, que atendam as necessidades de todas as crianças e adolescentes – com ou sem deficiência - e de suas famílias.

- Guia Espaços públicos e Natureza, da URBAN95/Fundação van Leer, o qual recomenda que:

Para que bebês e crianças possam usufruir de ambientes mais verdes e saudáveis, o planejamento urbano deve considerar espaços mais amigáveis e convidativos para crianças, idosos e famílias. O ambiente natural também é um elemento lúdico e de grande valor educativo. É papel dos gestores públicos prezar que lugares como ruas, parques, calçadas, praças e parquinhos sejam seguros, limpos e também espaços estimulantes, que convidem à descoberta e ao aprendizado dos pequenos. Os governos também podem estimular a implantação de elementos naturais ao longo de rotas de pedestres utilizadas por famílias; pracinhas onde descansar, brincar e explorar; e outros espaços verdes que promovem encontros da comunidade.⁶⁰

- Guia Praças e Parques para crianças na primeira infância, da URBAN95/Fundação van Leer, ressaltando a necessidade de “desemparedamento” na infância:

Brincar com elementos naturais estimula a criatividade, proporciona uma variedade de situações que estimulam a autonomia, um aprendizado mais ativo e explorador. Garantir à criança o brincar ao ar livre reforça suas ferramentas emocionais, de concentração e de gestão de riscos, de forma que chegue à vida adulta capaz de lidar com as adversidades da vida de

⁵⁹ (SBP, 2024).

⁶⁰ Disponível em: <https://urban95.org.br/principais-eixos/espacos-publicos-e-natureza/>.

forma mais confiante e resiliente. O tema do desemparedamento da infância é urgente, e cabe aos gestores e planejadores urbanos proporcionar essas oportunidades nas cidades. Praças e parques para crianças na primeira infância devem atender às exigências de segurança e considerar formas de estimular as crianças e fazê-las interagir com a natureza. Sua presença nas proximidades das residências permite que o contato com os elementos naturais possa ser mais cotidiano, mesmo para aquelas crianças que vivem em cidades grandes.⁶¹

- Guia Espaços Públicos e Mobilidade para Primeira Infância, da URBAN95/Fundação van Leer, onde se menciona que:

As crianças, especialmente na primeira infância, precisam brincar para desenvolver habilidades importantíssimas, como as sociais, emocionais, cognitivas, motoras, entre outras. Sem a rua, isso se torna muito mais difícil. Com ruas e espaços públicos depredados, inacessíveis, distantes e inseguros, as crianças não conseguem se desenvolver de maneira saudável e feliz⁶².

- Guia Priorizando a Primeira Infância nas Cidades Brasileiras: Dez Diretrizes da Urban95 para a construção de uma cidade mais acolhedora para crianças, famílias e seus cuidadores, também da URBAN95/CECIP/Fundação Van Leer, cuja diretriz 8 estabelece:

Diretriz 8 - Espaços públicos e Natureza - Assegurar espaços públicos verdes que incentivem o brincar livre e em contato com a natureza⁶³.

Diante da importância desse tema, a equipe de auditoria buscou investigar em que medida são oferecidos espaços externos de lazer para a Primeira Infância, tanto nos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais, como nos espaços de uso coletivo nas cidades (praças e parques). Foram abordados assim os seguintes aspectos:

- a) Se os estabelecimentos de educação infantil das redes municipais (creches e pré-escolas) possuem área livre adequada para o brincar;
- b) Se existem instrumentos de planejamento urbano (plano diretor etc), formalizados por lei ou decretos, que prevejam áreas livres de lazer e regulamentem o uso e manutenção dessas áreas;
- c) Se existem programas municipais, investimentos públicos recentes, parcerias com o setor privado ou a sociedade civil para criação, requalificação e manutenção de praças e parques; e
- d) Se os municípios oferecem áreas livres, como parques e praças arborizados, e adaptados para a Primeira Infância (lúdicos, com mobiliário adequado etc), e se atendem os bairros com população de maior vulnerabilidade econômico social.

⁶¹ Disponível em: <https://urban95.org.br/pracas-e-parques-para-criancas-na-primeira-infancia/>.

⁶² Disponível em: <https://urban95.org.br/espacos-publicos-e-mobilidade-para-primeira-infancia/>.

⁶³ Disponível em: <https://urban95.org.br/wp-content/uploads/2024/07/Diretrizes-em-Primeira-Infancia-URBAN-95>.

A análise de dados primários e secundários coletados apontou a deficiência na oferta de espaços externos de lazer para a Primeira Infância, tanto nos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais, como nos espaços de uso coletivo nas cidades - praças, parques e áreas verdes (A. 10), com fundamento nas seguintes situações encontradas:

- a) Inexistência de área livre adequada na grande maioria dos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais;
- b) Fragilidade no planejamento urbano dos municípios paraibanos quanto à previsão de áreas livres de lazer e regulamentação do uso e manutenção dessas áreas;
- c) Inexistência ou insuficiência de programas municipais, investimentos públicos, parcerias com o setor privado ou a sociedade civil para criação, requalificação e manutenção de praças e parques; e
- d) Deficiência na oferta de áreas livres de lazer de uso coletivo nas cidades (praças e parques), qualificados, arborizados e adaptados às crianças, em especial nos locais onde se concentra a população mais vulnerável.

Em relação à inexistência de área livre adequada na grande maioria dos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais ([item a](#)), as evidências obtidas pela auditoria são listadas no Quadro 14.

QUADRO 14 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - INEXISTÊNCIA DE ÁREAS LIVRES ADEQUADAS EM ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	Realidade predominante descrita pelos respondentes: <ul style="list-style-type: none">• em 11,5% não existem espaços livres externos sendo utilizados;• 26% que são utilizadas mas sem qualquer estrutura;• 41,5% as áreas livres possuem aparelhos de recreação adequados para crianças pequenas mas sem sombreamento natural (árvores); e• apenas 21% afirmaram que mais de 75% dos estabelecimento de educação infantil de sua rede possuem áreas livres de recreação adequados para crianças pequenas com sombreamento natural (árvores)
Auditoria Coordenada TCE-PB nº 1/2025 - Visita a 95 creches municipais	25 não possuíam espaço ao ar livre (26,3%) e, das setenta que possuíam, em 26 inexistem equipamentos/aparelhos de recreação fixos (37,14%); em dezesseis das 44 unidades em que havia, não estavam em bom estado de conservação, o que equivale a 36,36%
Censo Escolar 2024 - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)	De um total de 2.368 escolas municipais que ofereceram Educação Infantil na Paraíba em 2024, apenas 570 (24%) possuíam parque infantil, enquanto que 438 (18,5%) possuíam área verde

No que se refere à fragilidade no planejamento urbano dos municípios paraibanos quanto à previsão de áreas livres de lazer e regulamentação do uso e manutenção dessas áreas ([item b](#)), apresentam-se no Quadro 15 suas evidências.

QUADRO 15 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - FRAGILIDADE NO PLANEJAMENTO URBANO

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	<ul style="list-style-type: none">• Apenas 16% dos respondentes declararam possuir Plano Diretor vigente; 78% argumentaram não ser obrigatório pelo porte do municípios e doze (6%) informaram que, apesar de terem mais de 20 mil habitantes, não possuem este instrumento de planejamento urbano;• Dos 32 municípios que declararam possuir, plano diretor, três não previram áreas livres de lazer, sendo que dois deles não regulamentaram a implantação, o uso e/ou manutenção /conservação dessas áreas;• 67% dos respondentes afirmaram não possuir outro instrumento, que não o Plano Diretor, que trate de áreas livres de lazer; dos que possuem, os mais citados foram Código de Obras e Edificações (por 39) e Código Ambiental ou de Postura (por 36).
Banco de Legislação do TCE-PB	<ul style="list-style-type: none">• Dos planos diretores enviados, apenas o de João Pessoa faz menção a áreas livres de lazer

No que concerne à inexistência ou insuficiência de programas municipais, investimentos públicos, parcerias com o setor privado ou a sociedade civil para criação, requalificação e manutenção de praças e parques ([item c](#)), apresentam-se as evidências colhidas no Quadro 16.

QUADRO 16 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - INEXISTÊNCIA/INSUFICIÊNCIA DE PROGRAMAS E INVESTIMENTOS

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	<ul style="list-style-type: none">• 24,5% dos municípios não possuem iniciativa para criação, requalificação e/ou manutenção/conservação de praças e/ou parques; dos que possuem, a iniciativa mais citada foi investimentos em praças públicas e/ou parques municipais
Índice de Efetividade da Gestão Municipal - IEGM 2024/2023 ⁶⁴	<ul style="list-style-type: none">• De 93 respondentes, apenas seis municípios (6,45%) informaram a existência de programas que fazem referência à arborização (iAmb); quanto a praças, 42 municípios (45,16%) mencionaram algum programa

⁶⁴ Disponível em: <https://iegm.irbcontas.org.br/>.

relativo à construção, reforma e/ou ampliação (iPlan)

No tocante à deficiência na oferta de áreas livres de lazer de uso coletivo nas cidades (praças, parques e áreas verdes), qualificados, arborizados e adaptados às crianças, em especial nos locais onde se concentra a população mais vulnerável ([item d](#)), seguem as evidências coletadas, conforme o Quadro 17.

QUADRO 17 - EVIDÊNCIAS - ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER - DEFICIÊNCIA NA OFERTA DE ÁREAS DE LAZER DE USO COLETIVO

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	<p>Quanto à infraestrutura das praças públicas:</p> <ul style="list-style-type: none">a realidade predominante (existente em todas ou mais de 75%) foi de que possuem infraestrutura de pavimentação, bancos e equipamentos (de brinquedo e/ou de ginástica), além de haver sombreamento natural (arborização), porém os equipamentos não são adaptados para a Primeira Infância (lúdicos e adequados) e, em seguida, de que possuem somente infraestrutura básica (bancos, pavimentação) além de serem arborizadas (têm sombreamento natural); <p>Quanto à localização predominante destas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">56% dos respondentes afirmaram situar-se na área central da cidade; <p>Quanto à acessibilidade:</p> <ul style="list-style-type: none">75,5% declararam que ela se limita aos acessos e circulações
Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC - Tabelas Primeira Infância - 2023 ⁶⁵	Apenas 55 municípios (24,7%) informaram a criação e/ou manutenção de parques infantis/ praças com brinquedos para a primeira infância; e 65 (29,14%) a regulamentação de espaços públicos
Plataforma de Índices de Desenvolvimento Sustentável das Cidades - Brasil (IDSC-BR) do Instituto Cidades Sustentáveis ⁶⁶	No ODS 15, Indicador Hectare de áreas florestadas e naturais por habitante, os únicos municípios com indicador maior que 10 na Paraíba são: Catingueira, São José de Espinharas, São Sebastião do Umbuzeiro e São João do Tigre. Descrição do indicador: Taxa de formações florestais naturais por habitante. ⁶⁷
Observatório das Cidades Responsivas	De acordo com o indicador que avalia a proximidade entre a

⁶⁵ Fonte: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html>.

⁶⁶ Fonte: https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/map/indicators/SDG15_2_FLOR/.

⁶⁷ Fonte: <https://mapbiomas.org/estatisticas>.

	vegetação presente nas áreas urbanas e os locais onde a maioria dos habitantes reside ou trabalha, João Pessoa apresenta, em agosto de 2024, NDVI médio de 0,32, ocupando a 11ª posição entre as capitais ⁶⁸
--	---

Como possíveis causas para as situações encontradas, a equipe de auditoria relacionou:

- Falta de espaço, de planejamento e/ou de investimento nos estabelecimentos de educação infantil (item [a](#));
- Não priorização dos espaços de lazer pelas gestões por negligência ou desconhecimento de sua importância no desenvolvimento integral da criança (itens [a](#), [d](#));
- Inadequação e/ou desatualização de Planos Diretores Municipais, não detalhando a quantidade, o dimensionamento e a distribuição de áreas verdes e de lazer (item [b](#));
- Não priorização dos espaços de lazer pelas gestões (item [c](#));e
- Não execução de obras e serviços de construção, reforma, qualificação e manutenção dos espaços públicos adaptados às crianças (item [d](#)).

Em decorrência das situações identificadas, destacam-se os seguintes efeitos:

- Diminuição das oportunidades de brincar ao ar livre das crianças, explorando e desenvolvendo habilidades motoras, sociais e cognitivas essenciais para seu crescimento (itens [a](#), [b](#), [c](#), [d](#));
- Menor conexão com a natureza e consciência ambiental (itens [a](#), [b](#), [c](#), [d](#));
- Emparedamento das crianças, potencializando o aumento de estresse, depressão e diminuição do foco e da atenção (itens [b](#), [c](#), [d](#));
- Redução da convivência social e da promoção cultural e comprometimento da saúde física e mental das crianças de 0 a 6 anos, em especial nos locais de calor extremo, onde a arborização e as áreas livres se tornam essenciais (item [d](#));
- Não utilização, em especial pelas crianças, das áreas livres pela má condição física, falta de iluminação e insegurança (item [d](#));
- Desigualdade territorial na oferta de espaços públicos, piorando as disparidades sociais, pela concentração desses espaços em áreas mais nobres e sendo escassa nos locais onde se concentra a população mais vulnerável (item [d](#)).

Com o objetivo de alterar as situações encontradas, apresentam-se recomendações aos Municípios no sentido de:

R.37 Levantarem as necessidades de espaços livres adequados nos estabelecimentos de

⁶⁸ Fonte: <https://observatorio.responsivecities.com/?indicador=meio-ambiente>.

educação infantil de sua rede e destinar recursos para supri-las com brinquedos, acessibilidade, sombreamento natural e elementos lúdicos voltados às crianças de diferentes faixas etárias (item [a](#));

R.38 Atualizarem o Plano Diretor Municipal ou elaborarem este instrumento ou outro, formalizado por lei ou decreto, que preveja áreas livres de lazer e regulamentem o uso e manutenção dessas áreas (item [b](#));

R.39 Instituírem programas e orçamentos dedicados à criação, requalificação e manutenção de praças e parques, buscando, inclusive, parcerias com associações de moradores, ONGs e outras entidades da sociedade civil na gestão e zeladoria desses espaços (item [c](#)); e

R.40 Priorizarem bairros e comunidades de população mais vulnerável, ofertarem espaços coletivos arborizados com infraestrutura adequada (mobiliário urbano, iluminação, acessibilidade), e elementos lúdicos e seguros adaptados às crianças de diferentes faixas etárias (item [d](#)).

Com a adoção das recomendações mencionadas, prevê-se a obtenção dos seguintes benefícios:

✓ Existência de espaços seguros e pedagógicos para o brincar e o aprendizado ao ar livre nos estabelecimentos de educação infantil (item [a](#)); e

✓ Cidades mais justas, inclusivas e com conforto térmico e ambiental, onde o acesso ao lazer e à convivência em espaços públicos de qualidade seja uma realidade para todos os cidadãos, desde a primeira infância (itens [b](#), [c](#), [d](#)).

2.3. EIXO 3 - VISITAS DOMICILIARES DA ESF E DO PCF

Neste último eixo, a auditoria investigou os programas nacionais de visitação domiciliar, especificamente da Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da saúde, e do Programa Criança Feliz (PCF), no âmbito da assistência social.

A ESF desempenha um papel crucial na reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, alinhando-se aos princípios do SUS. Estruturada para atender à diversidade e singularidade das necessidades de saúde da população brasileira, a ESF se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais e considera as especificidades territoriais, culturais e sociais, desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. Entre os objetivos e diretrizes da ESF, destacam-se⁶⁹: (i) Expandir a cobertura da APS; (ii) Contribuir para o processo de regulação e gestão dos fluxos de atenção; (iii) Fomentar a mobilização e a participação da comunidade; (iv) Promover o vínculo e o acompanhamento da população; (v) Promover boas práticas de cuidado e monitoramento contínuo; (vi) Garantir a atenção integral à saúde da população adscrita; e (vii) Ampliar o acesso aos serviços de saúde.

⁶⁹ Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>.

O PCF foi instituído pelo Decreto nº 8.869/2016, alterado pelo Decreto nº 9.579/2018, com caráter intersetorial visando promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida, a partir de dois eixos: (i) Visitas domiciliares; e (ii) Integração das políticas de atenção à Primeira Infância no Território, tendo como objetivos⁷⁰:

- Apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais;
- Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade;
- Mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias às políticas e serviços públicos de que necessitem;
- Integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias.

De acordo com o Manual do Visitador do Programa Criança Feliz⁷¹, as visitas domiciliares são uma estratégia de grande relevância para as políticas públicas, especialmente na atenção à Primeira Infância. Elas são reconhecidas como um meio essencial para aproximar os serviços públicos das famílias, identificar vulnerabilidades sociais, repassar informações fundamentais e detectar os desafios de cada membro familiar.

FIGURA 09 - VISITA DOMICILIAR DO PCF



Fonte: PCF - Portal Gov.br.

Nesse sentido, o Guia para Visita Domiciliar do Programa Criança Feliz⁷² destaca as visitas domiciliares como uma abordagem metodológica efetiva que favorece a proximidade e personalização das intervenções:

Elas representam uma estratégia de aproximação dos serviços com a família atendida e, por isso, favorecem um reconhecimento mais preciso das características, potencialidades e necessidades de cada contexto, resultando em propostas de intervenção singulares, pertinentes a cada realidade.

⁷⁰ Fonte: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy_of_o-programa.

⁷¹ (BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2021).

⁷² (BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2019a).

Estudos mostram que as visitas domiciliares são efetivas para fortalecer os vínculos e as competências da família para o cuidado das crianças e promover o desenvolvimento integral da criança.

Assim como em outras iniciativas voltadas à primeira infância, os fundamentos legais, princípios e diretrizes dos programas de visitação domiciliar emanam do Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), sendo este um dos principais critérios para a avaliação da governança, gestão e execução de tais programas. As visitas domiciliares estão expressamente previstas no art. 14 da referida lei, reproduzido a seguir por sua centralidade.

Art. 14. As políticas e programas governamentais de apoio às famílias, incluindo as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis, buscarão a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e direitos humanos, entre outras, com vistas ao desenvolvimento integral da criança.

§ 1º Os programas que se destinam ao fortalecimento da família no exercício de sua função de cuidado e educação de seus filhos na primeira infância promoverão atividades centradas na criança, focadas na família e baseadas na comunidade.

§ 2º As famílias identificadas nas redes de saúde, educação e assistência social e nos órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que se encontrem em situação de vulnerabilidade e de risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência, terão prioridade nas políticas sociais públicas.

§ 3º As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos da Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014 , com o intuito de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância.

§ 4º A oferta de programas e de ações de visita domiciliar e de outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na primeira infância será considerada estratégia de atuação sempre que respaldada pelas políticas públicas sociais e avaliada pela equipe profissional responsável.

§ 5º Os programas de visita domiciliar voltados ao cuidado e educação na primeira infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada.

§ 6º Os programas de visita domiciliar deverão dar prioridade de atendimento às crianças referidas no § 2º do art. 3º desta Lei, com o objetivo de identificar de forma precoce necessidades específicas de atenção e promover o desenvolvimento integral dessas crianças,

encaminhadas, inclusive, por meio de serviços estruturados de atenção precoce.

Como explicitado no *caput* do art. 14, a Lei 13.257/2016 exige que tais programas sejam implementados seguindo uma abordagem intersetorial. Essa intersetorialidade se estende à colaboração entre instituições de formação profissional, visando garantir o acesso prioritário à qualificação continuada para os profissionais que atuam nesses programas, conforme o § 5º do citado artigo 14 e os artigos 9º e 10. O Marco Legal também estabelece as diretrizes para que os programas de visitação contenham componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos serviços e divulgação de resultados (Art. 8º).

Além das diretrizes contidas na Lei 13.257/2016, o Marco Legal acrescentou dispositivos ao ECA, alguns deles intimamente ligados aos objetivos dos programas de visitação. Por exemplo, a nova redação do Art. 8º do ECA assegura a todas as gestantes atendimento pré e pós-natal integral no SUS, uma das atribuições das equipes de saúde da família ao realizarem as visitas a gestantes e mulheres no puerpério. Destaca-se, ainda, o § 9º do mesmo artigo, que impõe a necessidade e a importância da busca ativa de gestantes.

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

...

§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

Quanto à legislação referente à saúde, de acordo com o art. 3º, §2º, da Lei 11.350/2006⁷³, as visitas domiciliares são uma atividade precípua e estratégica das equipes da ESF, em particular dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É nesse dispositivo legal que estão definidas suas atribuições, incluindo diversas ações realizadas por meio das visitas domiciliares.

A ESF está legalmente definida como uma estratégia prioritária de organização da Atenção Básica na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria MS nº 2.436/2017. A PNAB é um dos principais critérios legais para a análise do Eixo 3 sob a ótica da saúde, pois, entre outros aspectos, ela (i) regulamenta a Atenção Primária à Saúde (APS) e o papel das equipes de saúde da família nas visitas domiciliares; (ii) define indicadores de Atenção Primária à Saúde, incluindo acompanhamento de visitas domiciliares; e (iii) estabelece critérios de financiamento para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O atendimento domiciliar, como modalidade de assistência à saúde, não se dissocia da ação correspondente na assistência social ou de outras políticas. Essa integração está prevista no art. 19-I, §1º, da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/1990). Reciprocamente, o Decreto nº 9.579/2018, que institui o Programa Criança Feliz, também ressalta seu caráter intersetorial, com a

⁷³ Lei Ruth Brilhante - rege as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na Primeira Infância (artigos 96 e 101).

A regulamentação do PCF por meio do referido Decreto, não só reforça seu caráter intersetorial, mas também fortalece seus mecanismos de governança, incentivando a criação de Comitês Intersetoriais da Primeira Infância e estabelecendo diretrizes para o monitoramento:

Art. 103. As ações do Programa Criança Feliz serão executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, observada a intersetorialidade, as especificidades das políticas públicas setoriais, a participação da sociedade civil e o controle social.

...

Art. 106. O Programa Criança Feliz contará com sistemática de monitoramento e avaliação, em observância ao disposto no art. 11 da Lei nº 13.257, de 2016.

A integração do PCF com outros serviços e programas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e sua articulação com outras políticas (saúde, educação, cultura e direitos humanos) e a necessária governança vertical entre as esferas de governo são também abordadas na Portaria Nº 664/2021 do Ministério da Cidadania⁷⁴. Este normativo recente consolida as regras de regulamentação do Programa e fornece critérios importantes para a avaliação da estrutura de planejamento e governança, dos procedimentos de execução, da composição e capacitação das equipes, bem como dos recursos que sustentam o programa.

Mais detalhes sobre esses tópicos são encontrados também no Manual de Gestão Municipal do PCF⁷⁵. Ele esclarece a importância de se elaborar um Plano de Ação, de se formar um Comitê Gestor Intersetorial e de se capacitar as equipes de supervisores e visitadores. Além disso, o manual explica os procedimentos de financiamento, as regras para ampliação de metas e a necessidade do registro sistemático das visitas no Prontuário Eletrônico do SUAS, para garantir a continuidade dos recursos e a eficácia do programa.

Com respeito às diretrizes para atuação intersetorial do PCF, a Portaria Interministerial MDS/MS/MEC/MinC/MDHC nº 1/2018 é um documento relevante, que prevê a criação de fluxos operacionais e protocolos de encaminhamento entre as áreas:

Art. 4º No que toca às ações para articulação das políticas de assistência social, saúde, educação, cultura, direitos humanos e direitos das crianças e dos adolescentes, no âmbito do Programa Criança Feliz, compete:

I - ao Ministério do Desenvolvimento Social:

...

7. fortalecer, por meio de protocolos e fluxos de encaminhamentos conjuntos, a intersetorialidade nos territórios entre as políticas públicas setoriais, em especial assistência social, saúde, educação e cultura, e com o Sistema de Justiça e de Garantia de Direitos, na perspectiva da proteção proativa, da promoção do desenvolvimento integral e da prevenção de situações de fragilização de vínculos, de isolamentos e de risco pessoal e social;

⁷⁴ Agora Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

⁷⁵ (BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2019b).

Para além do vasto arcabouço normativo que rege a governança, a gestão e a implementação dos programas de visita domiciliar no território estadual, a auditoria analisou o terceiro eixo sob o prisma mais amplo dos mandamentos constitucionais, em especial o disposto nos artigos 196 e 227, e dos ODS da Agenda 2030 da ONU.

Em última instância, as finalidades da ESF e do PCF estão intrinsecamente ligadas a objetivos da Agenda 2030 como a erradicação da pobreza (ODS 1), promoção da saúde e bem-estar (ODS 3), oferta de oportunidades de aprendizagem ao longo da vida (ODS 4), igualdade de gênero (ODS 5) e, até mesmo, crescimento econômico (ODS 8), uma vez que a Primeira Infância é um período determinante para o desenvolvimento das capacidades humanas.

Tendo por base os critérios contidos em todos os documentos e normativos apresentados nesta seção, este terceiro eixo da auditoria se propôs a investigar em que medida os principais componentes de governança dos programas nacionais de visita domiciliar estão alinhados, no território paraibano, para garantir a atenção integral das crianças de zero a seis anos de idade. Assim, apresentamos os quatro componentes de governança examinados:

1. Instrumentos de planejamento e de monitoramento e avaliação;
2. Procedimentos de execução das ações;
3. Articulação dentro do município, do Estado e entre o Estado e os municípios;
4. Recursos e ferramentas dos programas.

FIGURA 10 - FAMÍLIA ATENDIDA PELO PCF NO MUNICÍPIO DE PATOS



Fonte: Equipe de Auditoria.

2.3.1. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Em relação aos instrumentos de planejamento e de monitoramento e avaliação dos programas de visita domiciliar, a auditoria buscou investigar se estão estruturados, no âmbito municipal, de maneira a produzir informações com vistas ao aperfeiçoamento dos programas, e se o Estado monitora a implementação desses programas.

No nível municipal, foram abordados os seguintes aspectos:

- Se os instrumentos de planejamento possuem objetivos, metas e indicadores capazes de permitir a avaliação dos resultados e dos impactos dos programas;
- Se o planejamento das ações é precedido da elaboração de um diagnóstico documentado e detalhado dos territórios para a personalização das intervenções;
- Se a coleta e tratamento das informações decorrentes das visitas ocorre de forma a permitir o monitoramento contínuo dos programas; e
- Se são produzidos relatórios de monitoramento dos instrumentos de planejamento desses programas.

Adicionalmente, a equipe analisou se há monitoramento sistemático por parte do Estado da implementação dos programas de visita domiciliar.

Com base nas evidências coletadas, concluiu-se pela inexistência e/ou fragilidade dos instrumentos de planejamento e de monitoramento e avaliação dos programas de visita domiciliar (no âmbito da ESF e do PCF), no território estadual (A.11). O achado de auditoria baseou-se nas seguintes situações encontradas nos municípios:

- a) Fragilidade dos instrumentos de planejamento das visitas domiciliares, não contemplando objetivos, metas e indicadores claros, que permitam a avaliação dos resultados e dos impactos dos programas;
- b) Inexistência de diagnóstico documentado e detalhado dos territórios para a personalização das intervenções relacionadas às visitas domiciliares;
- c) Ausência de dados que permitam o monitoramento contínuo dos programas de visita domiciliar; e
- d) Inexistência da prática de elaboração de relatórios de monitoramento dos programas de visita domiciliar.

No que compete ao Estado, constatou-se (e) fragilidade no monitoramento dos programas de visita domiciliar nos municípios, o qual é realizado por meio do envio de planilhas eletrônicas à SES-PB e à SEDH-PB, de forma a complementar as informações obtidas por meio de sistemas do governo federal⁷⁶.

As evidências foram coletadas de forma segmentada, por programa. Além de outras fontes de informação já mencionadas, foram realizadas diligências em municípios selecionados por critério de amostragem definido no planejamento da Auditoria Coordenada Nacional. O material coletado *in loco* inclui dados de documentos, observações e entrevistas com diversos atores, envolvendo:

⁷⁶ Sistema Eletrônico do Programa Criança Feliz, desenvolvido para apoiar a gestão de informações do Programa em todo o país, com relação aos atendimentos e acompanhamentos realizados junto aos beneficiários e suas famílias, considerando as esferas municipal, distrital, estadual e federal. O sistema e-PCF é a base de dados para verificação da execução da política pública para o recebimento do financiamento federal. Isso porque o repasse dos recursos federais que financiam a execução das atividades no município está vinculado a equipe de referência PCF contratada, capacitada e registrada no sistema e ao número de visitas domiciliares realizadas e registradas no sistema, conforme estabelecido nas normativas. Fonte: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/sistema-e-pcf>.

- No âmbito da Saúde: o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, o(a) Coordenador(a) da ESF, gestores(as) de UBSs, Enfermeiros(as) Chefes da ESF, Agentes Comunitários de Saúde e famílias atendidas.

- No âmbito da Assistência Social: o(a) Secretário(a) Municipal de Assistência Social, o(a) Responsável pelo Comitê da Primeira Infância, o(a) Responsável pelo CadÚnico, o(a) Coordenador(a) do Programa Criança Feliz, Supervisores(as) e Visitadores(as), além de famílias beneficiárias.

As evidências extraídas deste trabalho amostral, assim como de outras fontes primárias e secundárias, encontram-se resumidas no Quadro 18, a seguir.

QUADRO 18 - EVIDÊNCIAS - VISITAS DOMICILIARES - INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

FONTE	EVIDÊNCIAS		ITEM
	ESF	PCF	
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	Apenas 16,5% dos municípios respondentes afirmaram existir instrumento de planejamento das visitas domiciliares com objetivos, metas e indicadores;	Apenas 30,11% dos municípios respondentes afirmaram existir instrumento de planejamento das visitas domiciliares com objetivos, metas e indicadores;	a
	Treze municípios (6,5%) afirmaram que as informações das visitas domiciliares da ESF são coletadas apenas para preenchimento do sistema e 21% que elas eventualmente são tratadas para tomada de decisões, inexistindo a prática de elaboração de relatórios de monitoramento;	Três municípios (1,7%) afirmaram que as informações das visitas domiciliares da ESF são coletadas apenas para preenchimento do sistema e 20,45% que elas eventualmente são tratadas para tomada de decisões, inexistindo a prática de elaboração de relatórios de monitoramento;	c, d
Diligência <i>in loco</i> nos municípios da amostra	Verificou-se não haver diagnósticos detalhados dos territórios e/ou instrumentos de planejamento formalizados com objetivos, metas e indicadores claros;	Verificou-se que a maioria dos municípios apresenta deficiências na estruturação dos instrumentos de planejamento, utilizando basicamente o plano de visita disponibilizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social, sem diagnósticos detalhados dos	a, b

		territórios, objetivos, metas e indicadores claros;	
	Verificou-se que o monitoramento é predominantemente informal, baseado na percepção dos agentes comunitários de saúde e em reuniões mensais ou quinzenais da ESF e inexistente a prática de avaliação e melhoria baseada em dados;	Verificou-se que a capacidade de gerar informações para monitoramento e aperfeiçoamento contínuo do programa e de avaliar seus resultados e impactos de forma objetiva é limitada;	c
		Verificou-se que apenas o município de João Pessoa apresentou evidência de elaboração de relatório de monitoramento (Relatório Mensal Descritivo);	d
Entrevistas com as secretarias estaduais	A partir de dados do Sisab, é feito o monitoramento para analisar a Atenção Primária como um todo, sem segregar indicadores específicos da ESF. Também são enviadas planilhas aos municípios para coleta de dados, embora haja dificuldade no atendimento à solicitação de preenchimento. A Gerência de Atenção Materno-Infantil produz relatórios trimestrais, e a SES-PB realiza Oficinas de Monitoramento para devolutivas aos municípios, com recomendações, nos casos mais graves.	Verificou-se que a Coordenação Estadual do PCF, que conta com uma coordenadora e nove multiplicadores encarregados cada um por um grupo de municípios, acompanham o desempenho deles por meio do e-PCF e de planilhas enviadas periodicamente para preenchimento; semestralmente são fornecidas devolutivas nas reuniões de monitoramento, com recomendações. Há, contudo, dificuldade no atendimento à solicitação de preenchimento das planilhas pelos municípios.	e

Entre as possíveis causas para as situações encontradas, a equipe de auditoria avalia que as primordiais estão relacionadas à :

- ➔ Cultura de gestão que privilegia a execução imediata em detrimento de mecanismos de planejamento e monitoramento e avaliação com base em dados para a tomada de decisões (itens a, b, c, d); e
- ➔ Dificuldade no envio, por parte dos municípios, de dados solicitados pela SEDH-PB (PCF) e SES-PB (ESF), para complementar informações não disponíveis em sistemas do governo federal (item e).

Como principais efeitos das situações encontradas, listam-se:

- Dificuldade de tomada de decisões que permitam o aperfeiçoamento dos programas de visitação (itens [a](#), [b](#), [c](#), [d](#), [e](#));
- Ineficiência na utilização dos recursos voltados aos programas de visitação domiciliar, com possíveis impactos na qualidade e na quantidade das visitas (itens [a](#), [b](#)); e
- Informações incompletas ou não totalmente atualizadas, comprometendo a coordenação e o monitoramento dos programas em nível estadual (item [e](#)).

Para o enfrentamento da inexistência e/ou fragilidade dos instrumentos de planejamento e de monitoramento e avaliação dos programas de visitação domiciliar (no âmbito da ESF e do PCF), no território estadual, a auditoria sugere as seguintes recomendações:

R.41 Aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para realizarem diagnóstico territorial intersetorial, com base em dados do CadÚnico, e-SUS, prontuário SUAS e outras fontes oficiais (item [b](#));

R.42 Aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social), quanto às visitas domiciliares da ESF e do PCF, para, a partir de diagnóstico territorial intersetorial, implementarem instrumentos de planejamento com objetivos, metas e indicadores claros; criarem fluxos de coleta, tratamento e análise de dados provenientes das visitas; e elaborarem relatórios de monitoramento periódicos (itens [a](#), [c](#), [d](#)); e

R.43 À SES-PB e à SEDH-PB para desenvolverem estratégias de aprimoramento da coleta e do fluxo de informações dos municípios, como o uso de ferramentas digitais mais eficientes ou o fortalecimento da equipe de apoio ao monitoramento (item [e](#)).

A implementação dessas recomendações deverá proporcionar diversos benefícios, notadamente:

- ✓ Planejamento mais eficiente e responsivo às realidades locais, possibilitando melhor utilização de recursos, ampliação da cobertura dos programas e melhoria na qualidade dos atendimentos (itens [a](#), [b](#));
- ✓ Disponibilização de informações para a gestão que permitam a identificação de pontos de melhoria e o aperfeiçoamento contínuo das visitas domiciliares (itens [a](#), [b](#), [c](#), [d](#)); e
- ✓ Otimização da qualidade dos dados para uma avaliação mais precisa e um direcionamento mais eficaz das ações de apoio e intervenção (item [e](#)).

2.3.2. PROCEDIMENTOS DE EXECUÇÃO

A implementação dos programas de visitação domiciliar ocorre efetivamente no nível municipal. Assim sendo, procurou-se averiguar se os procedimentos de execução das ações planejadas nos municípios estão contribuindo para o alcance dos objetivos traçados, com base nos seguintes pontos:

- Realização de busca ativa com vistas a identificar, localizar e acompanhar pessoas e famílias

em situação de vulnerabilidade social, especialmente aquelas que ainda não estão devidamente assistidas pelos programas;

- Definição clara de protocolos de execução e supervisão técnica das visitas, incluindo a forma como são realizadas;
- Espaço, nos protocolos de execução e supervisão técnica das visitas, para a manifestação das famílias sobre o atendimento recebido e os seus dados são utilizados na coleta de dados para monitorar o desempenho dos programas;
- Existência de mapeamento documentado das áreas com fatores impeditivos ao acesso dos visitantes e elaboração de estratégias de enfrentamento; e
- Existência de fluxo operacional padronizado e/ou protocolos específicos para os encaminhamentos, atendimentos e acompanhamentos resultantes das visitas domiciliares direcionadas ao público alvo da Primeira Infância, sobretudo em situação de vulnerabilidade social.

Com base na análise realizada, a equipe de auditoria detectou fragilidade dos procedimentos de execução das visitas domiciliares (A.12), em razão de:

- a) A busca ativa de famílias em vulnerabilidade carecer de estruturação e apresentar alcance limitado;
- b) Fragilidade na padronização da execução e supervisão das visitas domiciliares;
- c) Ausência de mecanismos formais de coleta e de utilização sistemática do feedback das famílias atendidas pelos programas de visitação domiciliar;
- d) Ausência de estratégias consistentes para identificação e enfrentamento de barreiras territoriais (áreas de difícil acesso geográfico e social) nas visitas domiciliares, especialmente nas cidades de maior porte; e
- e) Precariedade na definição de protocolos formais para encaminhamentos, atendimentos e acompanhamentos resultantes das visitas domiciliares.

As evidências que sustentam este achado encontram-se resumidas no Quadro 19, a seguir.

QUADRO 19 - EVIDÊNCIAS - VISITAS DOMICILIARES - PROCEDIMENTOS DE EXECUÇÃO

FONTE	EVIDÊNCIAS		ITEM
	ESF	PCF	
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	Cinco municípios (2,5%) declararam não realizar busca ativa para a ESF, respondendo apenas à demanda manifesta, e 35,5% declararam que realizam, porém não de forma	Sete municípios (3,98%) declararam não realizar busca ativa para a ESF, respondendo apenas à demanda manifesta, e 27,84% declararam que realizam, porém não de forma	a

	estruturada;	estruturada;	
	39,5% afirmaram inexistir o necessário mapeamento documentado das áreas com fatores impeditivos aos acessos dos visitantes da ESF, com estratégias de enfrentamento;	42,05% afirmaram inexistir o necessário mapeamento documentado das áreas com fatores impeditivos aos acessos dos visitantes do PCF, com estratégias de enfrentamento;	d
	19% afirmaram inexistir fluxo padronizado para encaminhamentos, atendimentos e acompanhamentos resultantes das visitas domiciliares da ESF;	32,95% afirmaram inexistir fluxo padronizado para encaminhamentos, atendimentos e acompanhamentos resultantes das visitas domiciliares do PCF;	e
Diligência <i>in loco</i> nos municípios da amostra	Apenas o município de Patos possui definição de fluxos de atendimento (Carta de Apresentação APS);	Os municípios registram as visitas em fichas próprias, conforme modelo do MDS;	b
	As manifestações das famílias são feitas principalmente de forma verbal nas UBSs, diretamente aos próprios ACSs ou por meio de outros meios informais (reclamações em rádios locais etc), não havendo utilização sistemática da escuta das famílias para monitoramento do programa;	Existe um espaço próprio para a escuta das famílias no Plano de Visita, mas também não há evidência de utilização sistemática dessa informação para monitoramento do programa;	c
	Observou-se que as necessidades de encaminhamentos, atendimentos e acompanhamentos são tratadas individualmente pelos ACSs conforme a realidade local, sem protocolos formais específicos;	Observou-se haver uma centralização de informações nas supervisoras, que decidem sobre como suprir essas necessidades, também sem a especificação de protocolos formais;	e
	Verificou-se ineficiência na busca ativa, inexistindo estratégia articulada entre saúde e assistência social para mapear e incluir famílias elegíveis;		a
	Verificou-se ausência de mapeamento formal de áreas de risco que limitam a efetividade das ações de visita domiciliar;		d

Ao longo da análise, a equipe de auditoria identificou que as seguintes causas concorrem para as situações encontradas:

- Ausência de articulação local para realizar ações de busca ativa de modo a identificar e alcançar as famílias mais vulneráveis (item [a](#));
- Disseminação do uso de grupos de mensageria virtual em substituição a canais mais formais de comunicação e mesmo a visitas presenciais (itens [a](#), [b](#), [c](#), [e](#));
- Baixa priorização da gestão municipal quanto à organização operacional para enfrentamento de barreiras territoriais (item [d](#));
- Foco operacional restrito à execução das visitas, com baixa atenção à avaliação qualitativa (itens [b](#), [c](#), [e](#));
- Falta de planejamento local robusto, com metas e objetivos claros (item [b](#)); e
- Descontinuidade ou suspensão das visitas em períodos ou áreas críticas do município (item [d](#)).

Como efeitos da fragilidade dos procedimentos de execução das visitas domiciliares, vislumbra-se:

- Número de famílias atendidas abaixo do elegível, com risco de exclusão de crianças e gestantes em condição de alta vulnerabilidade (item [a](#));
- Baixo impacto das visitas, perpetuando o ciclo de vulnerabilidade (itens [a](#), [b](#), [c](#), [d](#), [e](#));
- Execução fragmentada e desigual das visitas (itens [b](#), [c](#), [d](#), [e](#)); e
- Perda de oportunidade de divulgar e aprimorar os programas com base nas experiências dos beneficiários (item [c](#));

Para mitigar esses efeitos adversos e combater suas causas, a auditoria sugere as seguintes recomendações aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social), para:

R.44 Realizarem, no âmbito dos programas de visita domiciliar, ações de busca ativa de forma coordenada, utilizando dados do CadÚnico, e-SUS e outras bases para orientação estratégica e seguindo fluxos e protocolos entre os dois setores (item [a](#));

R.45 Elaborarem e institucionalizarem protocolos padronizados de execução e supervisão de visitas domiciliares, com base nos guias nacionais e ajustados à realidade local, inclusive quanto a encaminhamentos e retornos entre setores da gestão municipal (itens [b](#), [e](#));

R.46 Instituírem canal de escuta das famílias atendidas e mecanismo de análise, para ajustes nos programas de visita domiciliar e elaboração de material de divulgação dos programas (item [c](#)); e

R.47 Mapearem áreas de difícil acesso (geográfico e social), documentando estratégias e apoiando as equipes para atuação (item [d](#)).

Idealmente, a implementação dessas recomendações deverá proporcionar como benefícios:

- ✓ Ampliação do alcance da visita domiciliar, em especial junto às famílias mais vulneráveis (itens [a](#), [d](#));

- ✓ Padronização e qualificação das visitas domiciliares (itens [b](#), [c](#)); e
- ✓ Potencialização do desenvolvimento integral das crianças e do fortalecimento do vínculo com a família (itens [a](#), [b](#), [c](#), [d](#), [e](#)).

2.3.3. ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES

Ciente de que a articulação intersetorial e interfederativa é um dos pilares para a efetividade das políticas públicas voltadas à Primeira Infância, a equipe de auditoria examinou em que medida as ações ocorrem de maneira articulada, dentro do município e do Estado e entre o Estado e os municípios, permitindo o alinhamento entre as diversas políticas setoriais com a implementação dos Programas de visitas domiciliares.

Para compreender a articulação em âmbito municipal, foram abordados os seguintes pontos:

- Se existe uma efetiva articulação das ações desenvolvidas no âmbito da ESF e do PCF, entre si e com outros serviços de saúde e assistência social, para as crianças atendidas pelos programas⁷⁷; e
- Se existem e se estão sendo observadas as diretrizes/protocolos destinados a viabilizar a atuação em rede, promovendo articulação intersetorial entre todos os atores.

O Quadro 20 apresenta as evidências obtidas quanto a esses temas.

QUADRO 20 - EVIDÊNCIAS - VISITAS DOMICILIARES - ARTICULAÇÃO DE AÇÕES NOS MUNICÍPIOS

FONTE	EVIDÊNCIAS
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	Apenas 25,00% dos respondentes consideram que há uma articulação consolidada entre as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Programa Criança Feliz (PCF), com fluxos de trabalho definidos e respaldada por instrumentos normativos ou protocolos intersetoriais. A maioria (52,27%) avalia que essa articulação é apenas parcial, com algumas ações integradas, mas sem sistematização. O restante afirma que a articulação ocorre de forma esporádica, sem planejamento ou fluxos definidos (19,32%), ou não há articulação alguma entre as equipes da ESF e do PCF;

⁷⁷ Naturalmente, a instituição do Comitê Intersetorial da Primeira Infância é um dos elementos de governança que favorece essa articulação. Tal ação foi analisada no âmbito do Eixo 1.

Diligência <i>in loco</i> nos municípios da amostra	Verificou-se que a articulação intersetorial em nível local é predominantemente pontual e informal, carecendo de processos estruturados e diretrizes/protocolos formais para viabilizar a atuação em rede. Em quase todos não foi instituído Comitê Intersectorial da Primeira Infância, à exceção de Patos, que, mesmo assim, ainda enfrenta desafios na clareza das responsabilidades e na definição de fluxos de articulação.
---	--

Foram vislumbradas as seguintes situações, a partir de evidências relacionadas no Quadro 19:

- Fragilidade na articulação das ações desenvolvidas no âmbito da ESF e do PCF, entre si e com outros serviços de saúde e assistência social, para as crianças atendidas pelos programas; e
- Inexistência ou inobservância de diretrizes/protocolos destinados a viabilizar a atuação em rede no município.

No que se refere à articulação em nível estadual e à atuação interfederativa do Estado no apoio aos municípios para execução dos programas de visita domiciliar, a análise focou nos seguintes aspectos:

- Se o Estado possui estrutura para coordenar e apoiar os municípios na implementação da ESF e do PCF; e
- Se o Estado está promovendo a articulação entre SUS, SUAS e Educação para fortalecer as visitas domiciliares.

Para a análise deste componente de articulação, além das respostas dos municípios ao questionário da auditoria e das diligências *in loco*, tiveram expressiva relevância as informações obtidas por meio de entrevistas com as Secretarias de Estado da Saúde (SES-PB) e do Desenvolvimento Humano (SEDH-PB).

A entrevista com a SES-PB reuniu representantes da Gerência Executiva de Atenção à Saúde, Gerência Executiva de Regulação, Gerência Operacional Materno Infantil, área técnica da Atenção Básica, área técnica da Saúde da Criança, bem como do Núcleo de Assistência Hospitalar, e foi complementada por respostas escritas enviadas pela própria Secretaria.

As informações obtidas demonstram que a Gerência de Atenção à Saúde utiliza um seccionamento territorial da estrutura administrativa em doze Gerências Regionais de Saúde, nas quais existem apoiadores regionais que se articulam com os municípios das respectivas regiões. Além disso, a estrutura organizacional da SES conta com a Gerência Operacional de Atenção Básica, ligada à Gerência Executiva de Atenção à Saúde.

Essa estrutura é complementada por iniciativas que fortalecem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), como o Projeto Rede de Apoio Institucional para Qualificação e Matriciamento Gerencial de Trabalhadores e Gestores do SUS com foco na Regionalização para Organização da Rede de Atenção à Saúde - REAP QUALI/PB, que tem como um dos pilares o apoio às gerências e municípios.

Além dessa iniciativa, foi identificada a existência do “Dialoga APS”, uma iniciativa dedicada à

discussão e reflexão coletiva sobre a Atenção Primária à Saúde no SUS, reunindo coordenadores de Atenção Básica dos municípios e as gerências regionais de saúde da SES-PB. A troca de informações com os municípios é reforçada ainda pelo Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde (Siaps)⁷⁸, por meio do qual é possível acompanhar a execução das visitas domiciliares, e pelo canal da SES-PB no Youtube.

No questionário aplicado aos municípios, a grande maioria dos respondentes (81,00%) afirmaram receber orientação e apoio técnico da equipe da SES-PB quanto à ESF. Apenas 1,5% afirmaram não receber orientação e apoio técnico. O restante (17,50%) recebe apoio e orientação, mas não regularmente.

Na entrevista com a SEDH-PB, verificou-se que existe a Coordenação Estadual do PCF, vinculada à Diretoria do Sistema Único da Assistência Social. Ela conta com nove multiplicadores, cada um responsável por uma quantidade definida dos 195 municípios participantes do programa na Paraíba⁷⁹. Por meio dessa estrutura, a Secretaria presta apoio com envio de materiais, treinamentos, esclarecimentos *online* ou telefônicos e visitas técnicas.

No questionário aplicado aos municípios, a maioria dos respondentes afirmaram receber apoio e orientação regulares da SEDH-PB (76,14%), ou eventuais (22,73%). Apenas 1,14% afirmaram não receber qualquer apoio ou orientação.

Tais constatações indicam que:

c) O Estado conta com mecanismos de coordenação e governança para apoiar os municípios na execução dos programas de visita domiciliar, tanto no âmbito do PCF, coordenado e apoiado pela SEDH-PB, quanto na ESF, coordenada e apoiada pela SES-PB; e

d) A articulação entre as áreas da Saúde e da Assistência Social, no nível estadual, ainda é incipiente, fundamentalmente apoiada na intersectorialidade promovida pelas condicionantes do Bolsa Família. Embora haja a participação conjunta da SEDH-PB e da SES-PB em eventos e cursos, essa cooperação ainda é pontual. Ademais, a frequência de reunião do Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, instituído em 2022, é apenas trimestral.

Em conclusão, as análises efetuadas apontaram, de modo geral, para a incipiência da articulação de ações que permitam o alinhamento entre as políticas setoriais com a implementação dos programas de visita domiciliar (A.13).

Os seguintes fatores foram identificados pela equipe de auditoria como possíveis causas para o achado apontado:

- Gestão setorializada, com baixa comunicação entre as políticas de saúde, assistência social e outras, a exemplo da educação, onde cada secretaria ou setor foca em seus próprios objetivos, sem uma visão integrada da Primeira Infância (itens [a](#), [b](#));
- Burocracia e resistência à mudança, havendo dificuldade em romper com modelos de trabalho isolados e estabelecer novas formas de colaboração (itens [a](#), [b](#));
- Profissionais que atuam na ESF e no PCF com pouca formação/capacitação para atuação intersectorial e do trabalho em rede (itens [a](#), [b](#));

⁷⁸ Fonte: <https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/siaps/>.

⁷⁹ Informações contidas no Doc. TC Nº 135287/25.

→ Pouco tempo de funcionamento e baixa frequência de reuniões do Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância (item [d](#)).

Os principais efeitos do achado de auditoria incluem:

- Fragmentação do atendimento às famílias, sem uma abordagem integral que considere todas as suas necessidades (itens [a](#), [b](#));
- Perda de oportunidades de identificar e encaminhar famílias para outros serviços essenciais (itens [a](#), [b](#));
- Dificuldade na resolução de casos complexos que demandam múltiplos serviços (itens [a](#), [b](#));
- Redução da capacidade de apoio do Estado aos municípios, com relação aos programas de visita domiciliar (item [d](#)); e
- Desalinhamento entre as políticas de assistência social e saúde do Estado e os programas de visita domiciliar dos municípios (item [d](#)).

Diante do cenário descrito, a equipe de auditoria formulou as seguintes recomendações:

R.48 Aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para elaborarem e implementarem fluxos padronizados de encaminhamento e retorno entre setores, com relação às visitas domiciliares (itens [a](#), [b](#));

R.49 Aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para promoverem capacitações intersetoriais conjuntas, com foco na atuação em rede, no compartilhamento de responsabilidades e na integração das informações (itens [a](#), [b](#)); e

R.50 À SEDH-PB e à SES-PB para que, individualmente e em conjunto, fortaleçam os mecanismos de coordenação e governança já existentes, com relação aos programas de visita domiciliar do PCF e da ESF, expandindo o alcance e o apoio aos municípios (itens [c](#), [d](#)).

A implementação dessas recomendações tem o potencial de proporcionar benefícios como:

- ✓ Conhecimento dos profissionais sobre como e quando acionar outros serviços (itens [a](#), [b](#));
- ✓ Aumento da capacidade de resposta a situações de vulnerabilidade identificadas por meio dos programas de visita domiciliar (itens [a](#), [b](#)); e
- ✓ Fortalecimento dos programas de visita domiciliar, tanto da ESF quanto do PCF, gerando impactos positivos na rede de proteção à Primeira Infância (itens [a](#), [b](#), [c](#), [d](#)).

2.3.4. RECURSOS E FERRAMENTAS DOS PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR

No que concerne ao quarto e último componente de governança, examinou-se em que medida os recursos/ferramentas dos programas de visita domiciliar têm contribuído no processo de fortalecimento de vínculos das famílias e no desenvolvimento integral da criança, favorecendo o engajamento dos usuários nos programas.

Nesse sentido, no nível municipal, a auditoria investigou:

- Se há equipes suficientes e estruturadas para atender à cobertura das famílias;
- Se foi ofertada capacitação continuada para os profissionais que atuam no PCF e na ESF, em periodicidade e conteúdo adequados; e
- Se foram disponibilizados equipamentos, insumos e ferramentas para a realização das visitas.

Tal como em outros componentes, a investigação incluiu a esfera estadual, analisando também se há um programa estadual estruturado para capacitar as equipes municipais do PCF e ESF.

A esse respeito, a SES-PB informou que a Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB) oferece cursos para a ESF e a SES-PB, por meio do Projeto de Aprimoramento do Modelo de Atenção na Rede de Saúde do Estado da Paraíba (Projeto Amar)⁸⁰. A Escola iniciou a oferta do curso de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)⁸¹, voltado para médicos e enfermeiros que atuam nos serviços de saúde das redes estadual e municipais, com o objetivo principal de promover a redução da mortalidade na infância na Paraíba. A maior parte das vagas é destinada aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto 420 vagas foram destinadas às unidades hospitalares pediátricas e maternidades.

Não obstante estas iniciativas, ainda na entrevista com a SES-PB, houve relato de que há baixo interesse dos profissionais envolvidos participarem das ações de capacitação, tanto da esfera estadual quanto dos municípios.

Outra ação recente envolvendo formação e atualização de conhecimentos foi a realização, pela SES-PB, da segunda edição do Congresso Paraibano de Atenção Primária à Saúde, cuja programação abrangeu minicursos e apresentação de trabalhos.

No que tange às ferramentas digitais, destacam-se o canal da SES-PB no Youtube e o Saúde Meet e-SUS, que é um sistema para teleatendimentos em saúde digital desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB) em parceria com a Companhia de Processamento de Dados da Paraíba (CODATA). Segundo a equipe da SES-PB, o canal do Youtube é mais uma via de comunicação com os municípios, enquanto o Saúde Meet, apesar de destinado à assistência em saúde, acaba também fomentando a capacitação de profissionais.

Passando para o campo da Assistência Social, em entrevista, a SEDH-PB afirmou que a Coordenação Estadual do PCF, por meio de seus multiplicadores, oferece capacitação bial para os supervisores dos municípios em curso de formação de 40h. Como suporte, fornecem material de apoio e fazem reuniões de assessoramento online. Assim como na entrevista com a SES-PB, a

⁸⁰ O Projeto Amar visa o fortalecimento da ação do SUS na Paraíba com melhorias na oferta de serviços essenciais, o fortalecimento da rede de serviços baseada na Atenção Primária, por meio do aumento das capacitações clínicas e do treinamento permanente das equipes nos protocolos de linha de cuidado. Fonte: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/projeto-amar>.

⁸¹ Desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (Unicef), a estratégia AIDPI se alicerça em três pilares básicos: capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente dos menores de 5 anos de idade. Fonte: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/saude-da-paraiba-inicia-curso-para-promover-a-atencao-integral-as-doencas-prevalentes-na-infancia>.

SEDH-PB confirmou que o suporte aos municípios é oferecido somente por meio de apoio técnico e qualificação, inclusive em processos de trabalho, sem transferências diretas de recursos financeiros.

Apesar de existirem, na estrutura do Estado, mecanismos de capacitação e suporte técnico aos municípios para execução dos programas de visita domiciliar (ESF e PCF), os dados do questionário respondido pelos municípios sugerem a necessidade de maior periodicidade e abrangência das ações. Além da percepção quanto à capacitação, os municípios prestaram informações que levaram à conclusão de existência das seguintes situações:

- a) Insuficiência ou deficiência da cobertura dos territórios pelas equipes de visita domiciliar da ESF e do PCF. Mesmo onde há cobertura formal total, a deficiência pode se manifestar na forma de desigualdade de acesso dentro do município. É comum haver distribuição desigual da força de trabalho com concentração de profissionais em áreas urbanas, em detrimento de zonas rurais e/ou comunidades específicas (rurais, quilombolas, indígenas, etc.), com risco de ficarem sub-atendidas;
- b) Lacunas de conteúdo, necessidade de maior periodicidade e alcance de público nas capacitações continuadas oferecidas às equipes de visitantes por parte dos municípios;
- c) Deficiência na disponibilização de equipamentos, insumos e ferramentas essenciais aos visitantes; e
- d) Lacunas de conteúdo, necessidade de maior periodicidade e alcance de público nas capacitações continuadas oferecidas às equipes de visitantes pelo Estado.

Todas essas situações convergem para o achado de fragilidades na disponibilização de recursos e ferramentas e lacunas na capacitação continuada das equipes de visita domiciliar da ESF e do PCF (A.14). As principais constatações e dados que fundamentam a análise encontram-se reunidos no Quadro 21, a seguir.

QUADRO 21 - EVIDÊNCIAS - RECURSOS E FERRAMENTAS DOS PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR

FONTE	EVIDÊNCIAS		ITEM
	ESF / SES-PB	PCF / SEDH-PB	

Ministério da Saúde - Dados de Cobertura Potencial da APS	Em maio de 2025, com exceção de João Pessoa e Santa Rita, todos os outros municípios paraibanos possuem 100% da sua população coberta por equipes que atuam na APS, conforme recomendação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). João Pessoa e Santa Rita contam, respectivamente, com 86,68% e 94,13% da sua população coberta por equipes que atuam na APS.		a
Questionário aplicado aos municípios pelo TCE-PB	<ul style="list-style-type: none"> 14,5% dos respondentes afirmaram não serem as equipes da ESF suficientes e estruturadas; 	<ul style="list-style-type: none"> 24 municípios (12% dos respondentes) não participam do PCF, tendo dezessete deles alegado não cumprirem critérios de elegibilidade, conforme a Resolução CNAS nº 07/2017; um por já realizar ação semelhante com recursos próprios, dois por dificuldade em compor a equipe e quatro por outros motivos; 17,61% dos respondentes que possuem o PCF afirmaram que as equipes não são suficientes e estruturadas para atender a cobertura (31 municípios). 	a
	Nove municípios (4,5%) declararam não ter sido ofertada capacitação continuada aos profissionais que atuam na ESF, nos últimos três anos, e 61 (30,5%) declararam que houve capacitação ofertada, mas não para todos os profissionais; as mais citadas foram as capacitações em formato presencial ou híbrido, fornecidas pelos governos estadual e municipal;	5,68% declararam não ter sido ofertada capacitação continuada aos profissionais que atuam no PCF, nos últimos três anos, e 21,02% declararam que houve capacitação ofertada, mas não para todos os profissionais; as mais citadas foram as capacitações em formato presencial ou híbrido, fornecidas pelos governos estadual e municipal.	b

	55% dos respondentes afirmaram haver necessidade de reposição ou aquisição de novos itens, seja pelo aumento recente das equipes, seja pelo desgaste ou obsolescência dos materiais atualmente disponíveis;	52,27% afirmaram haver, quanto às visitas da ESF, necessidade de reposição ou aquisição de novos itens;	c
	Três municípios (1,5%) declararam não receber apoio técnico da equipe da SES-PB e 17,5% receberem, mas não regularmente;	1,14% declararam não receber apoio técnico da equipe da SEDH-PB e 22,73% receberem, mas não regularmente;	d
Diligência <i>in loco</i> nos municípios da amostra	Embora a cobertura seja satisfatória, há, em alguns casos má distribuição de atendimentos por equipe, comprometendo a regularidade e a qualidade das visitas;	As equipes de visitantes são insuficientes para atender à demanda potencial (famílias elegíveis), especialmente nas áreas de periferia ou rurais. João Pessoa relatou desafios na expansão da equipe com perfil adequado;	a
	A qualidade e a adequação da capacitação continuada apresentam lacunas, especialmente para o trabalho com a primeira infância em situações mais complexas e que envolvem articulação com outros setores, tanto na ESF quanto no PCF;		b
	Observou-se que há deficiência na disponibilização de recursos e ferramentas essenciais para os visitantes em alguns municípios, como falta de materiais básicos, fardamento, EPIs e transporte adequado, tanto na ESF quanto no PCF.		c
Entrevistas com as secretarias estaduais	<ul style="list-style-type: none"> Projeto REAP QUALI/PB; Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), Projeto Amar e AIDPI; Realização do Congresso Paraibano de Atenção Primária à Saúde; Sistema Saúde Meet e-SUS e Canal da SES-PB no Youtube. 	A Coordenação Estadual do PCF, por meio de seus multiplicadores, oferece capacitação bienal para os supervisores dos municípios em curso de formação de 40h; como suporte, fornecem material de apoio e fazem reunião online de assessoramento;	d

Entre as possíveis causas para as situações encontradas, destacam-se:

→ Inconsistência no dimensionamento das equipes conforme a realidade local (item [a](#));

- Existência de dificuldades quanto à seleção de profissionais com perfil adequado para o trabalho de visitador domiciliar e ACS (item [a](#));
- Ausência de plano de formação permanente para profissionais do PCF e da ESF (item [b](#));
- Falta de planejamento estruturado para aquisição e reposição contínuas de materiais e equipamentos necessários à realização de visitas domiciliares (item [c](#));
- Fragilidade no planejamento de capacitação e apoio técnico aos municípios (item [d](#)).

Com relação aos efeitos decorrentes do constatado pela equipe de auditoria, pode-se inferir:

- Cobertura limitada das famílias elegíveis, comprometendo a universalização e a qualidade do atendimento (item [a](#));
- Falta de preparo adequado das equipes para situações complexas, reduzindo a efetividade das visitas (item [b](#));
- Descontinuidade no padrão de qualidade das visitas, sobretudo com a entrada de novos profissionais (item [b](#));
- Realização de capacitações pontuais e reativas, em vez de contínuas e programadas (itens [b](#), [d](#));
- Exposição dos profissionais a situações de risco, pela falta de EPIs ou transporte seguro, principalmente em áreas de clima severo ou que demandem longos deslocamentos (item [c](#));
- Desmotivação dos profissionais e limitação da efetividade das visitas, pela falta de condições de trabalho adequadas (item [c](#)); e
- Existência de sobrecarga de trabalho para as equipes existentes de visitantes domiciliares (itens [a](#), [b](#), [c](#)).

Diante deste achado de auditoria, a equipe de auditoria propõe as recomendações listadas a seguir, com o objetivo de enfrentar as possíveis causas elencadas.

R.51 Aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para realizarem avaliações periódicas da cobertura das equipes da ESF e do PCF, mapear territórios desassistidos e readequar as equipes conforme a realidade local (item [a](#));

R.52 Aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para elaborarem e implementarem, inclusive por meio de parcerias, plano de capacitação permanente para os profissionais do PCF e da ESF, contemplando temas como desenvolvimento integral, visitação centrada na família, intersetorialidade e abordagem culturalmente sensível (item [b](#));

R.53 Aos Municípios (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para, a partir de diagnóstico local, detalhado e periódico, garantirem às equipes de PCF e ESF a provisão adequada de recursos materiais, incluindo fardamento, equipamentos, insumos pedagógicos e de higiene e transporte (item [c](#)); e

R.54 À SES-PB e à SEDH-PB para instituírem cronograma fixo e público de capacitações e visitas técnicas, garantindo periodicidade mínima (item [d](#)).

Com a implementação dessas recomendações a Administração deve alcançar os seguintes benefícios:

- ✓ Ampliação e dimensionamento equilibrado da cobertura, viabilizando a regularidade das visitas domiciliares (item [a](#));
- ✓ Aprimoramento técnico das equipes, provendo-se maior segurança para lidar com diferentes contextos familiares (item [b](#), [d](#)); e
- ✓ Melhoria das condições de trabalho das equipes, potencializando a qualidade e a sustentabilidade dos programas de visitas domiciliares (item [c](#)).

3. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Diante do exposto na presente auditoria operacional, submete-se o presente relatório à consideração superior, propondo-se:

I - Emitir as recomendações R.1 a R.54 aos respectivos gestores, consolidadas no quadro a seguir, relacionadas por eixo de investigação com seus respectivos achados de auditoria, sendo ainda descritas as situações encontradas e especificados os benefícios esperados com a implementação de tais recomendações.

QUADRO 22 - ACHADOS, SITUAÇÕES ENCONTRADAS, RECOMENDAÇÕES E BENEFÍCIOS ESPERADOS

EIXO 1 - INSTITUCIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA		
Achado 1: Ausência de formalização da Política Estadual da Primeira Infância, apesar da existência de um programa de governo direcionado a esse público alvo		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
a) Inexiste ato normativo formalizando a Política Estadual pela Primeira Infância b) O único instrumento de planejamento é o Plano Decenal Estadual pela Primeira Infância na Paraíba 2023-2032, o qual não tem como base uma Política Estadual	R.1 <u>Recomendação ao Poder Executivo Estadual</u> para encaminhamento de projeto de lei à AL-PB, visando a formalização da Política Estadual pela Primeira Infância, com definição de diretrizes, competências, responsável pela coordenação, instâncias de decisão, instrumentos de planejamento, além de previsão de monitoramento e avaliação(a) R.2 <u>Recomendação ao Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância</u> para que proceda à revisão do Plano Decenal Estadual pela Primeira Infância na Paraíba 2023-2032, ou elaboração de outro instrumento de planejamento, com base na Política Estadual que vier a ser formalizada, e posterior	a) Existência de uma Política Estadual pela Primeira Infância devidamente institucionalizada como política de Estado, com definição de diretrizes, competências, coordenação e instância de decisão, além de previsão de monitoramento e avaliação b) Planejamento integrado de ações intersetoriais, contemplando objetivos, metas e indicadores, além de responsáveis, prazos e recursos necessários, de forma a impactar positivamente o público-alvo da política

	encaminhamento para aprovação do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da Paraíba (b)	
Achado 2: Ausência/Deficiência dos mecanismos de coordenação intersetorial e de planejamento nos municípios paraibanos		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Inexistência de Comitê Intersetorial para a Primeira Infância em funcionamento em grande parte dos municípios paraibanos e, entre os comitês existentes, muitos carecem de um responsável pela coordenação ou não se reúnem com frequência suficiente</p> <p>b) Inexistência de Plano Municipal para a Primeira Infância em grande parte dos municípios paraibanos, e entre os existentes, muitos ainda apresentam limitações relativas ao monitoramento e à avaliação do plano com base em indicadores</p> <p>c) Insuficiência de apoio técnico dos governos federal e estadual para elaboração de Plano Municipal para a Primeira Infância</p> <p>d) Existência do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) na maioria dos municípios paraibanos</p> <p>e) Existência do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente em grande parte dos municípios paraibanos</p>	<p>R.3 Recomendação aos Municípios para que priorizem a criação formal de um Comitê Intersetorial para a Primeira Infância, preferencialmente por meio de ato normativo de maior hierarquia (lei ou decreto), definindo-se o responsável pela coordenação e periodicidade razoável de reunião (a)</p> <p>R.4 Recomendação aos Municípios para que, a partir de um diagnóstico situacional, elaborem, com a participação dos diversos setores da gestão e da sociedade civil, o Plano Municipal para a Primeira Infância (PMPI), com objetivos, metas, indicadores, prazos e responsáveis, além de previsão de monitoramento e avaliação (b)</p> <p>R.5 Recomendação à - SEDH-PB e ao Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância para que fortaleçam a assistência técnica aos municípios, com foco na elaboração e no aperfeiçoamento dos PMPI (c)</p> <p>R.6 Recomendação aos Municípios para apoiarem o funcionamento dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente, responsáveis pela aprovação do Plano Municipal para a Primeira Infância (d)</p> <p>R.7 Recomendação aos Municípios que ainda não possuem o Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente (FDCA) e/ou o Fundo da Infância e Adolescência (FIA) para regularizarem a situação, a fim de viabilizar a captação de recursos para as políticas de Primeira Infância (e)</p>	<p>a) Consolidação dos Comitês Intersetoriais para a Primeira Infância como instâncias decisórias e de monitoramento e avaliação das políticas de Primeira Infância nos municípios paraibanos</p> <p>a)b) Fortalecimento da governança local, potencializando a implementação da política da Primeira Infância como uma política intersetorial e integrada</p> <p>a)b) Melhoria na articulação das ações intersetoriais e interfederativas nos municípios paraibanos, resultando em um uso mais eficiente dos recursos públicos</p> <p>a)b) Redução do risco de descontinuidade, lacunas, duplicações e sobreposições de ações, com consequente aumento da eficiência das políticas municipais pela Primeira Infância</p> <p>b) Efetiva capacidade de monitoramento e avaliação da implementação da política pública com base em objetivos, metas e indicadores</p> <p>a)c) Maior alinhamento dos planos municipais com as políticas e diretrizes estaduais e federais, fortalecendo a colaboração entre os entes</p> <p>c) Redução da dependência de consultorias externas, gerando economia de recursos e capacitação da equipe técnica local</p> <p>d) Fortalecimento da instância responsável pela aprovação do PMPI e supervisão do Fundo</p>

		Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
Achado 3: Não existe identificação, de forma integrada, das ações públicas voltadas para a Primeira Infância, tanto nos instrumentos de planejamento orçamentário do Estado como nos dos municípios		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
Inexistência de mecanismos que permitam identificar de forma integrada nos instrumentos de planejamento orçamentário (PPA, LDO e LOA) as diversas ações voltadas à Primeira Infância no âmbito do Estado (a) e dos municípios (b)	<p>R.8 <u>Recomendação à SEDH-PB</u> para promover a inclusão da Secretaria de Estado do Planejamento (Seplag-PB) na composição do Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância, a fim de garantir a articulação necessária para a adequada identificação das ações da política nos instrumentos de planejamento orçamentário(a)</p> <p>R.9 <u>Recomendação aos Municípios</u> para que aprimorem suas estruturas de “centro de governo” de modo a coordenar e fomentar a articulação entre as secretarias na elaboração de instrumentos orçamentários que reflitam as ações da Primeira Infância de forma integrada (b)</p> <p>R.10 <u>Recomendação à Seplag-PB e aos Municípios</u> para aprimorarem a metodologia de elaboração das peças orçamentárias, com a criação de mecanismos (como programas intersetoriais ou marcadores orçamentários específicos) que permitam identificar e mensurar de forma integrada e sistemática as despesas relacionadas especificamente à Primeira Infância, tanto as exclusivas dessa política quanto as não exclusivas e as difusas (a,b)</p>	<p>a)b) Identificação clara de programas, ações e recursos direcionados ao público alvo da Primeira Infância</p> <p>a)b) Planejamento e execução de ações relacionados à Primeira Infância de forma integrada e articulada, evitando-se sobreposições e lacunas</p> <p>a)b) Disponibilização de mecanismos de controle e de transparência sobre a aplicação de recursos destinados à Primeira Infância, possibilitando a mensuração e o acompanhamento por parte da sociedade e das instâncias de controle</p> <p>a)b) Disponibilidade de informações para a avaliação da série histórica de gastos e investimentos relacionados à Política da Primeira Infância</p> <p>a)b) Redução do risco de cortes orçamentários ou descontinuidade no financiamento de ações relacionadas à Primeira Infância, garantindo a implementação e manutenção da Política Pública da Primeira Infância</p>
EIXO 2 - POLÍTICAS SETORIAIS		
2.1 EDUCAÇÃO INFANTIL		
Achado 4: Insuficiência da oferta de vagas na educação infantil municipal no território paraibano e de mecanismos adequados de governança e gestão para solucionar o problema		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
a) Baixo nível de cobertura do atendimento em educação infantil	R.11 <u>Recomendação aos Municípios</u> para que mantenham campanhas permanentes de conscientização à	a)c) Ampliação do número de vagas em estabelecimentos de educação infantil municipais,

<p>(creche e pré-escola) nos municípios paraibanos</p> <p>b) Insuficiência de mecanismos adequados de governança para identificação, busca ativa e priorização de filas de crianças em instituições de ensino infantil por parte dos municípios</p> <p>c) Existência de obras inacabadas de construção de estabelecimentos de educação infantil, financiadas com recursos dos governos federal e estadual</p>	<p>população local no que diz respeito aos benefícios advindos da matrícula de crianças em creches para o desenvolvimento cognitivo delas (a)</p> <p>R.12 <u>Recomendação aos Municípios</u> para que estabeleçam mecanismos de parcerias com outros municípios próximos, onde ainda não existam, para viabilizar a adequada cobertura de matrículas em creches e pré-escolas para famílias com crianças em idade de Primeira Infância (a)</p> <p>R.13 <u>Recomendação aos Municípios</u> para que estabeleçam critérios claros para levantamento e divulgação da demanda por vagas na educação infantil, e que elaborem plano de expansão com base nessas informações (b)</p> <p>R.14 <u>Recomendação à SEE-PB e aos Municípios</u> para adotarem as providências necessárias à retomada e conclusão das obras paralisadas referentes aos convênios estabelecidos, inclusive com o governo federal, a fim de viabilizarem plenamente a construção de novos estabelecimentos de educação infantil, ampliando o número de vagas oferecidas (c)</p>	<p>gerando maior oportunização de crianças em idade de Primeira Infância no acesso à educação pública infantil</p> <p>b) Planejamento da rede municipal de educação infantil baseado em diagnóstico</p> <p>b) Transparência na divulgação da lista de espera por vagas nos estabelecimentos de educação básica dos municípios</p>
---	--	---

Achado 5: Inadequação de equipamentos físicos e de mobiliários e deficiência no apoio pedagógico nos estabelecimentos de ensino infantil municipais no território paraibano

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Ausência de infraestrutura física e de mobiliários adequados para a educação infantil municipal</p> <p>b) Ausência de mecanismos de segurança adequados em estabelecimentos de educação infantil municipais</p> <p>c) Insuficiência da formalização de propostas pedagógicas específicas para a educação infantil;</p> <p>d) Insuficiência de profissionais relevantes ao desenvolvimento infantil (pedagogos e psicólogos) em</p>	<p>R.15 <u>Recomendação aos Municípios</u> para priorizarem a adequação de estabelecimentos de ensino infantil municipais, considerando as particularidades necessárias ao atendimento do público dessa faixa etária específica (a)</p> <p>R.16 <u>Recomendação aos Municípios</u> para, após a realização de diagnóstico de necessidades de segurança em cada estabelecimento, proverem recursos adequados (pessoal, equipamentos etc) de prevenção, detecção e resposta a possíveis incidentes de segurança</p>	<p>a) Melhoria nas instalações físicas de ensino infantil, com modernização de ambientes e plena adaptação às necessidades do público da Primeira Infância</p> <p>b) Redução dos riscos relacionados à segurança nos ambientes de educação infantil municipais</p> <p>c)d) Melhoria na formação cognitiva das crianças matriculadas na educação infantil municipal, com propostas pedagógicas elaboradas e ampliação da oferta</p>

<p>estabelecimentos de ensino infantil municipais;</p> <p>e) Insuficiência da oferta de formação específica voltada à Primeira Infância para os profissionais de ensino infantil municipais.</p>	<p>aplicáveis ao ambiente da educação infantil (b)</p> <p>R.17 <u>Recomendação aos Municípios</u> para formalizar proposta pedagógica específica para a educação infantil da rede municipal ou documento orientando a elaboração de Projeto Político Pedagógico das unidades de educação infantil (c)</p> <p>R.18 <u>Recomendação aos Municípios</u> para oportunizar que mais crianças matriculadas na educação infantil municipal tenham acesso a serviços profissionais essenciais à adequada formação cognitiva, especialmente aqueles oriundos de pedagogos e psicólogos (d)</p> <p>R.19 <u>Recomendação aos Municípios</u> para ofertar formação específica voltada à Primeira Infância para os profissionais de ensino infantil municipais (e)</p>	<p>de serviços profissionais essenciais orientados a elas</p> <p>e) Melhoria na qualidade do ensino oferecido pelos profissionais de ensino infantil municipais</p>
--	--	---

2.2.1 SAÚDE - GESTANTES

Achado 6: Não realização de, no mínimo, 6 consultas pré natal na grande maioria dos municípios paraibanos, além da existência de demanda reprimida para consultas especializadas e procedimentos de média e alta complexidade em atendimento pré-natal.

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Não realização de, no mínimo, 6 consultas pré natal na grande maioria dos municípios paraibanos, tendo, em 28 deles, menos de 50% das gestantes realizado esta quantidade preconizada;</p> <p>b) Fragilidade da busca ativa de gestantes nos municípios paraibanos;</p> <p>c) Existência, nos municípios paraibanos, de demanda reprimida para consultas e procedimentos de média e alta complexidade em serviços pré-natal; e</p> <p>d) Dificuldade do Estado de se quantificar, com precisão, a demanda reprimida por falta de uma integração na visualização das filas de espera dos complexos reguladores municipais de João Pessoa e Campina Grande</p>	<p>R.20 <u>Recomendação aos Municípios</u> para reforçarem as ações de monitoramento e acompanhamento das gestantes na atenção primária, com uso de sistemas de informação (a)</p> <p>R.21 <u>Recomendação aos Municípios</u> para promoverem a qualificação contínua das equipes de Estratégia de Saúde da Família para a realização de consultas pré natal, bem como capacitar as equipes para atuar em áreas de difícil acesso ou em situação de vulnerabilidade, com orientação sobre estratégias de enfrentamento e articulação intersetorial (a)</p> <p>R.22 <u>Recomendação aos Municípios</u> para implementarem, de forma coordenada, estratégias formais de</p>	<p>Redução da mortalidade materna e neonatal, por meio de acompanhamento adequado das gestantes (a,c)</p> <p>Diminuição de partos prematuros e complicações gestacionais, devido ao acompanhamento adequado e orientação clínica (a,c)</p> <p>Aumento da detecção precoce de gestações de risco, com encaminhamento oportuno ao pré-natal de alto risco e maior resolutividade de complicações na atenção básica, reduzindo os atendimentos por causas evitáveis (a,c)</p> <p>Redução das desigualdades no acesso ao pré-natal, com maior</p>

	<p>busca ativa de gestantes e incentivo à adesão ao pré-natal (b)</p> <p>R.23 <u>Recomendação aos Municípios</u> para ampliarem a oferta de consultas com ginecologistas/obstetras na rede municipal (c)</p> <p>R.24 <u>Recomendação à SES-PB e aos Municípios de João Pessoa e Campina Grande</u> no sentido de adotarem um sistema unificado e transparente para visualização e acompanhamento das filas de espera para procedimentos de média e alta complexidade, com base em critérios clínicos e protocolos formais estabelecidos (d)</p>	<p>inclusão de populações vulneráveis, gerando maior equidade no cuidado, especialmente da população de áreas rurais ou de difícil acesso (a,b)</p> <p>Redução da demanda reprimida por consultas com ginecologistas e por procedimentos essenciais ao pré-natal de médio e alto risco (c,d)</p>
--	---	--

2.2.2 SAÚDE - CRIANÇAS ATÉ 6 ANOS

Achado 7:Deficiências no atendimento de saúde de crianças de 0 a 6 anos com relação a consultas de médicos pediatras e a serviços de média e alta complexidade

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Escassez de médicos pediatras atuando no SUS nos municípios paraibanos, com apenas 54 municípios possuindo ao menos 1 deste especialista atendendo pelo SUS e, em 21 destes, a proporção de crianças de 0-5 anos ultrapassa 1000 por pediatra</p> <p>b) Existência de demanda reprimida de serviços de saúde de média e alta complexidade para as crianças de 0 a 6 ano</p>	<p>R.25 <u>Recomendação à SES-PB e aos Municípios</u> para priorizarem a contratação de pediatras por meio de concursos públicos, processos seletivos do SUS ou outros meios (a)</p> <p>R.26 <u>Recomendação à SES-PB e aos Municípios</u> para ampliarem a oferta de consultas de oncologia pediátrica, de neurologia pediátrica, psiquiatria infantil, pneumologia, dermatologia e alergologia (b)</p> <p>R.27 <u>Recomendação à SES-PB e aos Municípios</u> para investirem em serviços multiprofissionais de apoio ao neurodesenvolvimento infantil, com ampliação da oferta de Fonoaudiologia, Terapia ocupacional e psicologia infantil (b)</p>	<p>a)b) Melhoria da qualidade da assistência à saúde infantil, com atendimento mais adequado, seguro e resolutivo às crianças de 0 a 6 anos</p> <p>a)b) Melhor desempenho nos indicadores de saúde da Primeira Infância, como redução da mortalidade infantil e de internações evitáveis</p> <p>a)b) Desafogamento dos hospitais de referência, devido ao atendimento básico especializado disponível em municípios menores, o que reduz a sobrecarga nos serviços de média e alta complexidade</p> <p>b) Diagnóstico precoce e mais preciso de TEA e outros transtornos do neurodesenvolvimento, permitindo intervenções oportunas, gerando melhora significativa na qualidade de vida e autonomia das crianças, com impactos duradouros no seu</p>

		desenvolvimento cognitivo, emocional e social b) Redução da sobrecarga familiar e dos custos indiretos associados à negligência de quadros tratáveis b) Inclusão mais efetiva de crianças com deficiência ou atrasos no desenvolvimento no sistema educacional e na sociedade
--	--	---

2.2.3 - SANEAMENTO BÁSICO (ÁGUA E ESGOTO)

Achado 8: Risco de doenças decorrentes do consumo de água não apropriada e de esgotamento a céu aberto, em razão da insuficiência de ações efetivas de saneamento básico, por parte do poder público em zonas urbanas do território paraibano.

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
a) Não fornecimento de informações ao Sinisa 2024 (ano base 2023) por parte de municípios paraibanos; b) Não universalização da cobertura da rede de abastecimento de água na zona urbana em parte dos municípios paraibanos, sendo ainda pior a situação no que se refere ao esgotamento sanitário; c) Inexistência de Plano de Saneamento Básico em grande parte dos municípios paraibanos; e d) Fragilidade no controle da qualidade da água disponibilizada à população e da coleta e tratamento de esgoto.	<p>R.28 <u>Recomendação aos Municípios</u> para, em articulação com o prestador do serviço (Cagepa) quando for o caso, capacitar servidores e criar rotina de coleta e atualização dos dados de saneamento para inserção no Sinisa/MC e no Sisagua/MS (a,d)</p> <p>R.29 <u>Recomendação aos Municípios</u> para mapearem locais com maior vulnerabilidade sanitária e risco à saúde pública e envidar esforços no sentido de captar recursos para execução de obras e serviços nessas áreas (b)</p> <p>R.30 <u>Recomendação aos Municípios</u> no sentido de elaborarem ou atualizarem Plano de Saneamento Básico, conforme preceitos contidos na Lei nº 11.445/2007, atualizada pelo Marco Legal do Saneamento Básico (Lei nº 14.026/2020 (c)</p>	a) Acesso a recursos federais e linhas de crédito de instituições a)c) Maior transparência e controle social das ações de saneamento básico b) Redução da pobreza multidimensional e aumento da produtividade e da frequência escolar b)d) Redução de doenças de veiculação hídrica e de atendimentos ambulatoriais e internações, além de diminuição da mortalidade infantil b)d) Proteção de mananciais, rios e solo e promoção da sustentabilidade c) Disponibilidade de planejamento estruturado e de longo prazo d) Geração de informações que podem levar à Identificação de riscos sanitários, redução de gastos com internações e tratamentos e prevenção de mortes evitáveis

2.3 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Achado 9: Fragilidade de ações do poder público para garantir a segurança alimentar e nutricional de gestantes e de crianças de 0 a 6 anos no território paraibano

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Implementação insuficiente, por parte dos municípios, de programas destinados a garantir a segurança alimentar da população</p> <p>b) Fragilidade do acompanhamento dos dados de vigilância nutricional do público na primeira infância, por meio de sistemas de vigilância (SISVAN, POF, PNAD) e de indicadores nutricionais locais</p> <p>c) Insuficiência ou deficiência de ações coletivas de educação nutricional voltada ao público na Primeira Infância, especialmente sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável</p>	<p>R.31 <u>Recomendação aos Municípios</u> para realizarem diagnóstico sócio-econômico local, de forma articulada, a fim de identificar a existência de grupos populacionais em situação de insegurança alimentar (a)</p> <p>R.32 <u>Recomendação aos Municípios</u> para, com base no diagnóstico da situação alimentar, traçarem estratégias de enfrentamento, através da ampliação da adesão aos programas estaduais e federais e implementação de programas próprios, divulgando-as para a população (a)</p> <p>R.33 <u>Recomendação aos Municípios</u> para instituírem ou fortalecerem Conselho Municipal de Segurança Alimentar e elaborarem e plano municipal de segurança alimentar e nutricional (a)</p> <p>R.34 <u>Recomendação aos Municípios</u>, com apoio da SES-PB e da SEDH-PB, a partir do diagnóstico citado na R.29, implantarem acompanhamento sistemático de dados de segurança alimentar nutricional, segmentando a população, em especial gestantes e crianças de 0 a 6 anos (b)</p> <p>R.35 <u>Recomendação à SES-PB e à SEDH-PB</u> para apoiarem os municípios na elaboração de diagnósticos da segurança alimentar da população e implantação de metodologia de acompanhamento sistemático dos dados (b)</p> <p>R.36 <u>Recomendação aos Municípios</u> para fortalecerem as ações coletivas de educação nutricional dirigidas a gestantes e cuidadores de crianças de 0 a 6 anos (c)</p>	<p>a)b)c) Redução da insegurança alimentar e nutricional de gestantes e crianças de 0 a 6</p> <p>b) Maior efetividade no planejamento de ações dirigidas às famílias mais vulneráveis em razão da implementação da melhoria dos mecanismos de governança de dados de vigilância alimentar e nutricional</p> <p>c) Incentivo a escolhas de alimentos saudáveis, desencorajando o consumo dos ultraprocessados</p> <p>c)Ampliação do conhecimento da população sobre a importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais</p> <p>a)c) Melhoria dos indicadores de saúde e nutrição infantil e gestacional, em virtude do aumento de crianças com sistema imunológico fortalecido, prevenindo infecções respiratórias, diarreias, alergias e até doenças crônicas no futuro</p> <p>a)c) Redução de gastos com saúde pública relacionados a doenças evitáveis pela alimentação adequada</p>

2.4 ESPAÇOS EXTERNOS DE LAZER

Achado 10: Deficiência na oferta de espaços externos de lazer para a Primeira Infância, tanto nos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais como nos espaços de uso coletivo nas cidades (praças, parques e áreas verdes)

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Inexistência de área livre adequada na grande maioria dos estabelecimentos de educação infantil das redes municipais</p> <p>b) Fragilidade no planejamento urbano dos municípios paraibanos quanto à previsão de áreas livres de lazer e regulamentação do uso e manutenção dessas áreas</p> <p>c) Inexistência ou insuficiência de programas municipais, investimentos públicos, parcerias com o setor privado ou a sociedade civil para criação, requalificação e manutenção de praças e parques</p> <p>d) Deficiência na oferta de áreas livres de lazer de uso coletivo nas cidades (praças, parques e áreas verdes), qualificados, arborizados e adaptados às crianças, em especial nos locais onde se concentram a população mais vulnerável</p>	<p>R.37 <u>Recomendação aos Municípios</u> no sentido de levantarem as necessidades de espaços livres adequados nos estabelecimentos de educação infantil de sua rede e destinar recursos para supri-las com brinquedos, acessibilidade, sombreamento natural e elementos lúdicos voltados às crianças de diferentes faixas etárias (a)</p> <p>R.38 <u>Recomendação aos Municípios</u> no sentido de atualizarem o Plano Diretor Municipal ou elaborarem este instrumento ou outro, formalizado por lei ou decreto, que preveja áreas livres de lazer e regulamentem o uso e manutenção dessas áreas (b)</p> <p>R.39 <u>Recomendação aos Municípios</u> no sentido de instituírem programas e orçamentos dedicados à criação, requalificação e manutenção de praças e parques, buscando, inclusive, parcerias com associações de moradores, ONGs e outras entidades da sociedade civil na gestão e zeladoria desses espaços (c)</p> <p>R.40 <u>Recomendação aos Municípios</u> no sentido de, priorizando-se bairros e comunidades de população mais vulnerável, ofertarem espaços coletivos arborizados com infraestrutura adequada (mobiliário urbano, iluminação, acessibilidade), e elementos lúdicos e seguros adaptados às crianças de diferentes faixas etárias (d)</p>	<p>a) Existência de espaços seguros e pedagógicos para o brincar e o aprendizado ao ar livre nos estabelecimentos de educação infantil</p> <p>b)c)d) Cidades mais justas, inclusivas e com conforto térmico e ambiental, onde o acesso ao lazer e à convivência em espaços públicos de qualidade seja uma realidade para todos os cidadãos, desde a primeira infância</p>

EIXO 3 - VISITAS DOMICILIARES NO ÂMBITO DA ESF (SUS) E DO PCF (SUAS)

Achado 11: Inexistência e/ou fragilidade dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação dos programas de visita domiciliar (no âmbito da ESF e do PCF), no território estadual

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
---------------------	---------------	----------------------

<p>a) Fragilidade dos instrumentos de planejamento das visitas domiciliares, não contemplando objetivos, metas e indicadores claros, que permitam a avaliação dos resultados e dos impactos dos programas</p> <p>b) Inexistência de diagnóstico documentado e detalhado dos territórios para a personalização das intervenções relacionadas às visitas domiciliares</p> <p>c) Ausência de dados que permitam o monitoramento contínuo dos programas de visitação domiciliar</p> <p>d) Inexistência da prática de elaboração de relatórios de monitoramento dos programas de visitação domiciliar</p> <p>e) Fragilidade no monitoramento, por parte do Estado, sobre a implementação dos programas de visitação domiciliar dados pelos municípios, realizado por meio do envio de planilhas eletrônicas à SEDH-PB, de forma a complementar as informações coletadas por meio do e-PCF.</p>	<p>R.41 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para realizarem diagnóstico territorial intersectorial, com base em dados do CadÚnico, e-SUS, prontuário SUAS e outras fontes oficiais (b)</p> <p>R.42 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social), quanto às visitas domiciliares da ESF e do PCF, para, a partir de diagnóstico territorial intersectorial, implementarem instrumentos de planejamento com objetivos, metas e indicadores claros; criarem fluxos de coleta, tratamento e análise de dados provenientes das visitas; e elaborarem relatórios de monitoramento periódicos (a, c, d)</p> <p>R.43 <u>Recomendação à SES-PB e à SEDH-PB</u> para desenvolverem estratégias de aprimoramento da coleta e do fluxo de informações dos municípios, como o uso de ferramentas digitais mais eficientes ou o fortalecimento da equipe de apoio ao monitoramento (e)</p>	<p>a)b) Planejamento mais eficiente e responsivo às realidades locais, possibilitando melhor utilização de recursos, ampliação da cobertura dos programas e melhoria na qualidade dos atendimentos</p> <p>a)b)c)d) Disponibilização de informações para a gestão que permitam a identificação de pontos de melhoria e o aperfeiçoamento contínuo das visitas domiciliares</p> <p>e) Otimização da qualidade dos dados para uma avaliação mais precisa e um direcionamento mais eficaz das ações de apoio e intervenção</p>
---	--	--

Achado 12: Fragilidade dos procedimentos de execução das visitas domiciliares

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) A busca ativa de famílias em vulnerabilidade carece de estruturação e apresenta alcance limitado</p> <p>b) Fragilidade na padronização da execução e supervisão das visitas domiciliares</p> <p>c) Ausência de mecanismos formais de coleta e de utilização sistemática do feedback das famílias atendidas pelos programas de visitação domiciliar</p> <p>d) Ausência de estratégias consistentes para identificação e enfrentamento de barreiras territoriais (áreas de difícil acesso geográfico e social) nas visitas domiciliares, especialmente nas cidades de maior porte</p>	<p>R.44 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para realizarem, no âmbito dos programas de visitação domiciliar, ações de busca ativa de forma coordenada, utilizando dados do CadÚnico, e-SUS e outras bases para orientação estratégica e seguindo fluxos e protocolos entre os dois setores (a)</p> <p>R.45 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para elaborarem e institucionalizarem protocolos padronizados de execução e supervisão de visitas domiciliares, com base nos guias nacionais e ajustados à realidade local, inclusive quanto a</p>	<p>a)d) Ampliação do alcance da visitação domiciliar, em especial junto às famílias mais vulneráveis</p> <p>b)c) Padronização e qualificação das visitas domiciliares</p> <p>a)b)c)d)e) Potencialização do desenvolvimento integral das crianças e do fortalecimento do vínculo com a família</p>

<p>e) Precariedade na definição de protocolos formais para encaminhamentos, atendimentos e acompanhamentos resultantes das visitas domiciliares</p>	<p>encaminhamentos e retornos entres setores da gestão municipal (b,e)</p> <p>R.46 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para instituírem canal de escuta das famílias atendidas e mecanismo de análise, para ajustes nos programas de visitação domiciliar e elaboração de material de divulgação dos programas (c)</p> <p>R.47 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) no sentido de mapear áreas difícil acesso (geográfico e social), documentando estratégias e apoiando as equipes para atuação (d)</p>	
<p>Achado 13: Incipiência da articulação de ações que permitam o alinhamento entre as políticas setoriais com a implementação dos programas de visitação domiciliar</p>		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Fragilidade, nos municípios, na articulação das ações desenvolvidas no âmbito da ESF e do PCF, entre si e com outros serviços de saúde e assistência social, para as crianças atendidas pelos programas</p> <p>b) Inexistência ou inobservância de diretrizes/protocolos destinados a viabilizar a atuação em rede no município</p> <p>c) Existência, na estrutura do Estado, de mecanismos de coordenação e governança para apoiar os municípios na execução dos programas de visitação domiciliar, tanto no âmbito do PCF quanto na ESF</p> <p>d) A integração intersetorial para fortalecer as visitas domiciliares ainda é incipiente, apesar da interlocução iniciada no Comitê Estadual Intersetorial da Primeira Infância</p>	<p>R.48 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para elaborarem e implementarem fluxos padronizados de encaminhamento e retorno entre setores, com relação às visitas domiciliares (a,b)</p> <p>R.49 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para promover capacitações intersetoriais conjuntas, com foco na atuação em rede, no compartilhamento de responsabilidades e na integração das informações (a,b)</p> <p>R.50 <u>Recomendação à SEDH-PB e à SES-PB</u> para que, individualmente e em conjunto, fortaleçam os mecanismos de coordenação e governança já existentes, com relação aos programas de visitação domiciliar do PCF e da ESF, expandindo o alcance e o apoio aos municípios (c,d)</p>	<p>a)b) Conhecimento dos profissionais sobre como e quando acionar outros serviços</p> <p>a)b) Aumento da capacidade de resposta a situações de vulnerabilidade identificadas por meio dos programas de visitação domiciliar</p> <p>a)b)c)d) Fortalecimento dos programas de visitação domiciliar, tanto da ESF quanto do PCF, gerando impactos positivos na rede de proteção à Primeira Infância</p>
<p>Achado 14: Fragilidades na disponibilização de recursos e ferramentas e lacunas na capacitação continuada das equipes de visitação domiciliar da ESF e do PCF</p>		

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÕES	BENEFÍCIOS ESPERADOS
<p>a) Insuficiência ou deficiência da cobertura dos territórios pelas equipes de visita domiciliar da ESF e do PCF</p> <p>b) Lacunas de conteúdo, de periodicidade e de alcance de público nas capacitações continuadas oferecidas às equipes de visitantes</p> <p>c) Deficiência na disponibilização de equipamentos, insumos e ferramentas essenciais aos visitantes</p> <p>d) Apesar de existir, na estrutura do Estado, mecanismos de capacitação e suporte técnico aos municípios na execução dos programas de visita domiciliar (ESF e PCF), há necessidade de maior periodicidade e abrangência das ações</p>	<p>R.51 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para realizarem avaliações periódicas da cobertura das equipes da ESF e do PCF, mapear territórios desassistidos e readequar as equipes conforme a realidade local (a)</p> <p>R.52 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para elaborarem e implementarem, inclusive por meio de parcerias, plano de capacitação permanente para os profissionais do PCF e da ESF, contemplando temas como desenvolvimento integral, visita centrada na família, intersetorialidade e abordagem culturalmente sensível (b)</p> <p>R.53 <u>Recomendação aos Municípios</u> (titulares das pastas de saúde e de assistência social) para, a partir de diagnóstico local, detalhado e periódico, garantirem às equipes de PCF e ESF a provisão adequada de recursos materiais, incluindo fardamento, equipamentos, insumos pedagógicos e de higiene e transporte (c)</p> <p>R.54 <u>Recomendação à SES-PB e à SEDH-PB</u> para instituírem cronograma fixo e público de capacitações e visitas técnicas, garantindo periodicidade mínima (d)</p>	<p>a) Ampliação e dimensionamento equilibrado da cobertura, viabilizando a regularidade das visitas domiciliares</p> <p>b)d) Aprimoramento técnico das equipes, provendo-se maior segurança para lidar com diferentes contextos familiares</p> <p>c) Melhoria das condições de trabalho das equipes, potencializando a qualidade e a sustentabilidade dos programas de visitas domiciliares</p>

II - Determinar aos gestores, alvo de recomendação no item anterior, que apresentem Plano de Ação, conforme previsto na Resolução Normativa RN-TC-01/2018, contemplando as medidas necessárias para a implementação das recomendações elencadas no quadro anterior.

III - Encaminhar cópia do presente relatório e do Relatório e Voto do Relator ao/à:

- Governador do Estado;
- Titular da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano - SEDH-PB;
- Titular da Secretaria de Estado da Educação - SEE-PB;
- Titular da Secretaria de Estado da Saúde - SES-PB;
- Titular da Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado (Seplag-PB)

- Prefeito(a)s Municipais;
- Presidentes das Comissões da AL-PB de *Educação, Cultura e Desportos*; e de *Saúde, Saneamento, Assistência Social e Segurança*;
- Presidente do Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social da Paraíba (Coegemas-PB);
- Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (Cosems-PB);
- Presidente da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação na Paraíba (Undime-PB);
- Presidente da Federação das Associações de Municípios da Paraíba (Famup-PB); e
- Comitê Técnico da Primeira Infância do Instituto Rui Barbosa (CT Primeira Infância/IRB).

Encaminhe-se o presente relatório à consideração do Diretor da DIAFI, ressaltando-se que a Relatoria, na sequência, deverá **citar os gestores a quem coube recomendação⁸², a fim de tecerem comentários sobre o presente relatório**, de forma isolada ou conjuntamente, os quais serão analisados posteriormente pelo GAOP/DIAFI, nos termos do inciso V do art. 6º da Resolução Normativa RN-TC-01/2018, a qual disciplina a instrução da fiscalização sob a modalidade de Auditoria Operacional no TCE-PB.

⁸² Titulares das Secretarias de Estado: SEDH-PB, SEE-PB, SES-PB e Seplag-PB e Prefeitos dos 223 Municípios paraibanos.

REFERÊNCIAS

BLAUTH, Guilherme; BARROS, Maria Isabel Amando de. Parques naturalizados: como criar e cuidar de paisagens naturais para o brincar [livro eletrônico]. São Paulo: Instituto Alana, 2022.
BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 . Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm .
_____. Lei nº 9.394/1996 . <i>Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional</i> . Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm .
_____. Lei nº 13.005/2014 . <i>Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências</i> . Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14851.htm .
_____. Lei nº 13.257/2016 . <i>Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e dá outras providências</i> . Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm .
_____. Lei nº 14.851/2024 . <i>Dispõe sobre a obrigatoriedade de criação de mecanismos de levantamento e de divulgação da demanda por vagas no atendimento à educação infantil de crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos de idade</i> . Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14851.htm .
_____. Decreto 12.574/2025 . <i>Institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância</i> . Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/D12574.htm .
_____. Ministério da Cidadania. Guia para visita domiciliar: manual . 1. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019. 110 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/02_Guia_Visita_Domiciliar_Manual.pdf .
_____. Ministério da Cidadania. Manual de gestão municipal do Programa Criança Feliz [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Manual%20do%20Gestor.pdf .
_____. Ministério da Cidadania. Manual do visitador: Um olhar sobre a visita domiciliar . Cartilha. 1. ed. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021. 21 p. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/publicacoes-1/MANUALDOVISITADORVERSOFINAL.pdf .



_____. Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 5/2009 . <i>Fixa as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil</i> . Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2298-rceb005-09&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192 .
_____. Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Básica. Resolução nº 1/2024 . <i>Institui as Diretrizes Operacionais Nacionais de Qualidade e Equidade para a Educação Infantil</i> . Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/ceb-n-1-de-17-de-outubro-de-2024-591687293 .
_____. Ministério da Educação. Portaria nº 501/2025 . <i>Institui o Compromisso Nacional pela Qualidade e Equidade na Educação Infantil - Conaquei</i> . Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mec-n-501-de-7-de-julho-de-2025-640773365 .
_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo Escolar - Resultados . Online, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-escolar/resultados .
_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Painel Pacto de Retomada de Obras . Online, 2025. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNDQ3YWU1ZWMtNTNiZi00Y2ZjLTkyNTAtMDBhZGE1OGU4NTQ0IiwidCI6ImNmODQ1NGQzLWUwMTItNGE5ZC05NWlzMjLTcwYmRiNmY0NTlkNSJ9 .
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
_____. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos - Versão Resumida . Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf .
_____. Tribunal de Contas da União. Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas / Tribunal de Contas da União - Brasília: TCU, 2014. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/16/B0/CB/52/F8488710D5D7F787E18818A8/Referencial%20para%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Governan%C3%A7a_web.pdf .

_____. Tribunal de Contas da União. **Referencial para avaliação de governança multinível em políticas públicas descentralizadas** / Tribunal de Contas da União, Instituto Rui Barbosa, Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil - Brasília: TCU, Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex), Secretaria de Controle Externo da Educação (SecexEduc). 2021. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/data/files/30/90/36/1D/47F5B710140B5BA7F18818A8/Referencial%20de%20Governanca%20Multinivel.pdf>.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL (FMCSV). **Primeira infância primeiro : uma abordagem integrada e colaborativa para políticas públicas**. – São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2023.

_____. **Panorama da Primeira Infância: O que o Brasil sabe, vive e pensa sobre os primeiros seis anos de vida**. 2025. Disponível em: https://biblioteca.fmcsv.org.br/biblioteca/panorama-da-primeira-infancia-o-que-o-brasil-sabe-vive-e-pensa-sobre-os-primeiros-seis-anos-de-vida/?_gl=1*tymdf*_gcl_au*NjlxNTExODM2LjE3NTUxNzg1NTI.

_____. **Primeira Infância no Município - Educação infantil de qualidade**. 2025. Disponível em: <https://issuu.com/fmcsv/docs/avaliacao-qualidade-educacao-infantil-material?fr=sNzISZTYzMDI2MDQ>.

GABINETE DE ARTICULAÇÃO PARA A EFETIVIDADE DA POLÍTICA DA EDUCAÇÃO NO BRASIL. **Retrato da Educação Infantil no Brasil: Acesso e Disponibilidade de Vagas**. Online, 2025. Disponível em: <https://gaepebrasil.com.br/wp-content/uploads/2024/09/Apresentacao-Retrato-Educacao-Infantil-ok.pdf>.

INSTITUTO ARTICULE. **Guia de expansão qualificada de vagas na educação infantil**. Online, 2025. Disponível em: <https://articule.org.br/wp-content/uploads/2025/05/Guia-Planejamento-Expansao-Qualificada-Instituto-Articule.pdf>.

LIMA, Marília Barreto Pessoa; ALCANTARA, Pedro Ivo; AMARAL, Stephanie (coord.). **Alimentação na primeira infância: conhecimentos, atitudes e práticas de beneficiários do Programa Bolsa Família**. Brasília: UNICEF, 2021.

MENEZES FILHO, Naercio (org.). **Ciência da Primeira Infância** [livro eletrônico]. São Paulo: Blucher, 2025. Realização: Centro Brasileiro de Pesquisa Aplicada à Primeira Infância.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Nurturing Care**. Disponível em: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/nurturing-care>.



PARAÍBA. **Lei Estadual nº 10.488/2015 (Plano Estadual de Educação - PEE)**. *Aprova o Plano Estadual de Educação - PEE e dá outras providências*. Disponível em: https://sapl3.al.pb.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2015/12064/12064_texto_integral.pdf.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. **Auditoria Coordenada nº 01/2024. Educação infantil**. Disponível em: <https://tce.pb.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/AuditoriaCoordenada012024.pdf>.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. **Auditoria Coordenada nº 01/2025. Educação infantil**. Disponível em: https://tce.pb.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/relatorio_consolidado_final_v1.pdf.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. **Auditoria Temática nº 03/2025. Paraíba Primeira Infância**. Disponível em: https://tce.pb.gov.br/wp-content/uploads/2025/07/relatorio_creches_versao_final.pdf.

REDE DE AÇÃO POLÍTICA PELA SUSTENTABILIDADE (RAPS). **Atenção dos municípios com a primeira infância**, 2020. Disponível em: <<https://www.raps.org.br/biblioteca/guia-tematico-primeira-infancia>>.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI); ANDI Comunicação e Direitos. **Plano Nacional Primeira Infância: 2010 - 2022 | 2020 - 2030** - 2a ed. (revista e atualizada) - Brasília, DF. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>.

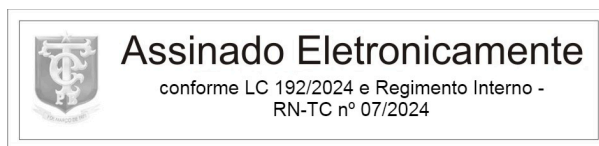
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes** / Grupo de Trabalho Criança, Adolescente e Natureza da Sociedade Brasileira de Pediatria. – São Paulo: SBP, 2024.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. **Panorama do acesso à Educação Infantil no Brasil**. Online, 2025. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2025/08/es-tudo-panorama-do-acesso-a-educacao-infantil-no-brasil-todos-pela-educacao.pdf>.

_____. **Anuário Brasileiro da Educação Básica**. Online, 2025. Disponível em: <https://anuario.todospelaeducacao.org.br>.

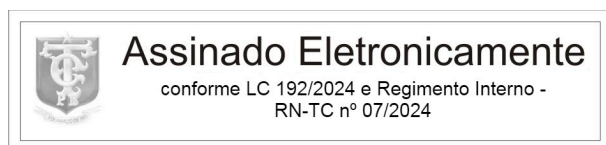


Assinado 6 de Novembro de 2025 às 09:29



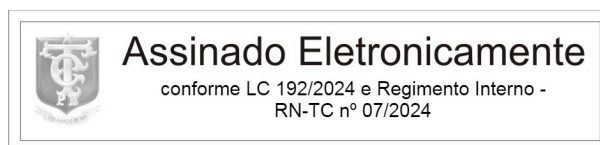
Marcus Felipe Bezerra da Costa
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO

Assinado 6 de Novembro de 2025 às 09:41



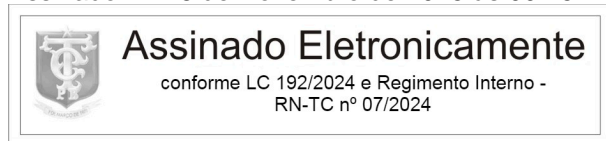
Ivo Cilento
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO

Assinado 6 de Novembro de 2025 às 14:02



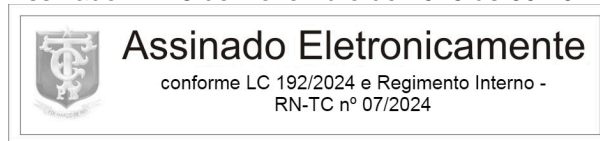
Cristiana de Melo França
AUDITORA DE CONTROLE EXTERNO

Assinado 6 de Novembro de 2025 às 09:15



George Lucas Lisboa da Silva
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO

Assinado 6 de Novembro de 2025 às 09:20



Adriana Falcão do Rêgo
AUDITORA DE CONTROLE EXTERNO