

PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

Revisado em 2022

2016-2026 / 2022-2032

**Arapiraca/AL
2022-2032**

REALIZAÇÃO



JOSÉ LUCIANO BARBOSA DA SILVA
Prefeito

RUTINEIDE PEREIRA MELO DE LIRA
Vice-Prefeita

MARIA ELIETE BARROS DA ROCHA
Secretária Mun. de Educação e Esportes

FABRICIA SILVA DE ARAÚJO GALINDO
Secretária Mun. de Desenvolvimento Social

LUCIANA ANDREIA PEREIRA DA FONSECA
Secretária Mun. de Saúde

JOSÉ DE MACÊDO FERREIRA
Secretário Mun. de Articulação Política

KLEDYSON VYTOR FERRO WANDERLEY
Secretário Mun. Executiva

ROSA MARIA ÂNGELO DE OLIVEIRA
Secretária Mun. de Desenvolvimento
Econômico e Turismo

HIBERNON CAVALCANTE ALBUQUERQUE
Secretário Mun. de Desenvolvimento Rural

MARIA ARILUCE DE CERQUEIRA SILVA
Secretária Mun. de Gestão Pública

MARIA CAROLINE SOUZA VALERIANO
Secretária Mun. de Desenvolvimento
Urbano e Meio Ambiente
Secretária Mun. de Serviços Públicos

LOURINALDO JOSÉ DOS SANTOS
Secretário Mun. da Fazenda

WELLINGTON DE MAGALHÃES SILVA
Secretário Mun. de Cultura, Lazer e
Juventude

ROANY IZIDORO SOARES ALVES
Secretário Mun. de Infraestrutura

ÊNIO BOLIVAR DE ALBUQUERQUE
Secretário Mun. da Ordem Pública

AGRADECIMENTOS

A revisão deste plano não seria possível sem a participação e colaboração de diferentes atores, com destaque para os participantes do Comitê Gestor do Programa Criança Feliz e equipe do Programa Viver Melhor. A Prefeitura Municipal de Arapiraca, em nome das crianças da primeira infância, agradece a todos os envolvidos neste processo de revisão do Plano Municipal pela Primeira Infância.

Maria Eliete Barros da Rocha – Secretária Mun. de Educação e Esportes – SMEDE

João Paulo Holanda de Assis – Superintendente Pedagógico – SMEDE

Maria Gineide Gomes de Castro – Articuladora do PPAC – SMEDE

Patrícia Pereira Araujo Santana – Articuladora Selo Unicef

Daniela Maria Souza Nascimento – Articuladora de Projetos Integradores – SMEDE

Denise Azevedo da Silva – Articuladora Pedagógica – SMEDE

Fabília Silva de Araújo Galindo – Secretária Mun. de Desenvolvimento Social – SMDS

Rainilda Batista Sales – Superintendente de Assistência Social – SMDS

Cledimércia Pereira de Lima – Coord. Proteção Social Básica – SMDS

Daniel Henrique do Nascimento – Técnico Proteção Social Básica – SMDS

Gerlane Fausto Cavalcante Silva – Coord. Proteção Social Especial – SMDS

Lívia Cibelle Lopes Cordeiro – Técnica Proteção Social Especial – SMDS

Izabela Daniely Ferreira Silva – Coord. do CREAS – SMDS

Waldemar Radamés Pereira Souza – Presidente do CMDCA

Joelma Araújo da Silva – Presidente do Conselho Tutelar Região I

Aermerson Barros do Nascimento – Presidente do Conselho Tutelar Região II

Luciana Andreia Pereira da Fonseca – Secretária Municipal de Saúde

Irly Marcela Tavares Valeriano de Góis – Coord. Saúde da Criança e do Adolescente

Manuela do Nascimento Lourenço – Coord. de Monitoramento e Avaliação – SMS

Vilma Caetano Leite – Coord. da Rede Cegonha – SMS

Amanda Rodrigues Bertoldo – Coord. da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – SMS

Marinaldo Nogueira da Silva Filho – Apoio da RCPCD – SMS

Maria Salésia Moreira da Silva – Coord. de Vigilância Epidemiológica – SMS

Ana Valéria Peixoto – Coord. Programa Viver Melhor – Arapiraca Sustentável

Silvestre Rizzato – Coord. Programa Viver Melhor – Arapiraca Sustentável

Flávia Juliana Ferreira da Silva – Arquiteta e Urbanista – SMTT

Paulo Rodolfo Cavalcante Santos – Arquiteto – SMTT

Amanda Cristina Santos – Arquiteta e Urbanista – SEDUMA

Maria Nadja Tavares Lima – Técnica da Secretaria Mun. de Gestão e Planejamento

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AE – Atenção Especializada
AGAPI – Arapiraca Garante a Primeira Infância
AIDIPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS – Atenção Primária a Saúde
BNCC – Base Nacional Comum Curricular
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico – Cadastro Único Nacional
CDU – Conselho de Desenvolvimento Urbano
CEI – Centros de Educação Infantil
CER – Centro de Reabilitação
CF – Constituição Federal
CLS – Conselho Local de Saúde
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CME – Conselho Municipal de Educação
CNE – Conselho Nacional de Educação
CRAMSV – Centro de Referência, Atendimento à Mulher em Situação de Violência
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIA – Criança Alagoana
CT – Conselho Tutelar
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DNOCS – Departamento Nacional de Obras Contra a Seca
DNPM – Desenvolvimento neuropsicomotor
DPI – Desenvolvimento da Primeira Infância
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Equipe de Saúde da Família
FMSCV – Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FIA – Fundo para Infância e Adolescência
FPPI – Frente Parlamentar pela Primeira Infância
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Médio
IGD SUAS – Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NV – Nascidos Vivos

OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAB – Programa Auxílio Brasil
PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PCF – Programa Criança Feliz
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PMPI – Plano Municipal pela Primeira Infância
PNE – Plano Nacional de Educação
PNPI – Plano Nacional pela Primeira Infância
PSB – Proteção Social Básica
PSE – Proteção Social Especial
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RCPcD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RMA – Registro Mensal de Atendimentos
RPM – Relatório de Produção mensal
SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEAS – Serviço Especializado em Abordagem Social
SEINFRA – Secretaria Municipal de Infraestrutura
SESI – Serviço Social da Indústria
SGDCA – Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIPIA – Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SMDETUR – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo
SMDS – Secretaria Mun. de Desenvolvimento Social
SMEDE – Secretaria Municipal de Educação e Esportes
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SMSP – Secretaria Municipal de Serviços Públicos
SMTT – Superintendência Municipal de Transportes e Trânsito
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCI – Unidade de Cuidados Intermediários
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VD – Visita Domiciliar
VIGEPi – Vigilância Epidemiológica
VDRL – Venereal Disease Research Laboratory – é o Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Dados de Arapiraca.
- Tabela 2 – Taxa de Natalidade.
- Tabela 3 – Nº e percentual de nascidos vivos segundo tipo de parto, 2015 a 2019.
- Tabela 4 – Nº e percentual de nascidos vivos segundo peso ao nascer, 2015 a 2019.
- Tabela 5 – Nº e percentual de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe, 2015 a 2019.
- Tabela 6 – Consulta Pré-natal.
- Tabela 7 – Taxa de mortalidade infantil.
- Tabela 8 – Óbitos menores de 1 ano.
- Tabela 9 – Razão de Mortalidade Materna, 2015 a 2019.
- Tabela 10 – Distribuição de inscritos no CadÚnico por faixa etária.
- Tabela 11 – Distribuição das áreas de abrangência dos CRAS.
- Tabela 12 – Atendimento realizado pela PSE.
- Tabela 13 – População alvo da Educação Infantil.
- Tabela 14 – Atendimento de crianças em creche.
- Tabela 15 – Atendimento de crianças em pré-escola.
- Tabela 16 – Atendimento de educação infantil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de Alagoas, município de Arapiraca em destaque.

Figura 2 – Planetário e casa da Ciência de Arapiraca.

Figura 3 – Mortalidade Infantil.

Figura 4 – CadÚnico e Primeira Infância.

Figura 5 – PSE atendimento de Alta Complexidade.

Figura 6 – Dados do SIPIA.

Figura 7 – Percentual da população de 0 a 3 anos.

Figura 8 – Percentual da população de 4 a 5 anos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	08
INTRODUÇÃO.....	10
CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	12
MARCO LEGAL.....	16
JUSTIFICATIVA.....	17
EIXOS PRIORITÁRIOS:	
- CRIANÇAS COM SAÚDE	19
- ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	38
- EDUCAÇÃO INFANTIL.....	59
- PROTEÇÃO À CRIANÇA.....	69
- A CRIANÇA E O ESPAÇO.....	76
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	87
ANEXO I.....	88
ANEXO II.....	89

APRESENTAÇÃO

A infância constitui uma etapa da vida com sentido e conteúdo próprios. (...) Por isso, não olhamos para as crianças na perspectiva do adulto que desejamos que sejam, mas como cidadãs, sujeitos de direitos, enquanto crianças.
(PNPI, 2010)

O Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI) de Arapiraca é um documento que estabelece Diretrizes Gerais, Eixos Prioritários, Metas e Estratégias para o município a curto, médio e longo prazo, buscando a promoção dos direitos das crianças proclamados pela Constituição federal, Estatuto da Criança e Adolescente e Plano Nacional pela Primeira Infância, com base nas leis setoriais da Educação, da Saúde, da Assistência, da Cultura, dos direitos da Criança e do adolescente, da Convivência familiar e comunitária, foi elaborado em 2016, revisado em 2022 e sua vigência vai até 2026.

Este documento, além de buscar garantir os direitos essenciais preconizados pela legislação nacional, visa também contribuir com o alcance dos compromissos internacionais dos quais o país é signatário, expressos pelos documentos: A Convenção dos Direitos da Criança e Os Objetivos do Milênio, a partir da articulação com os planos municipais de Educação, Saúde e Assistência.

O PMPI de Arapiraca apresenta 5 Eixos prioritários. Em cada eixo há uma breve contextualização, tendo em vista, as ações finalísticas do PNPI e dos direitos da criança afirmados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e Lei do Marco Legal da Primeira Infância.

Eixos Prioritários:

- Crianças com Saúde com foco nas práticas ampliadas para pré-natal, puerpério, puericultura, parto humanizado, amamentação;
- Assistência Social estruturada com estratégias para o atendimento socioassistencial às crianças e suas famílias, acesso a documentação civil para todas as crianças, atenção à criança em situação de vulnerabilidade, com destaque para o acolhimento institucional e para o enfrentando das violências contra as crianças;
- Educação Infantil abordando o atendimento a criança na creche e na pré-escola;
- Proteção à Criança com vistas ao direito de brincar, a proteção contra acidentes, atenção à criança negras e quilombolas e atenção às crianças com deficiência;
- A Criança e o Espaço contemplando acessibilidade, segurança, garantiam de espaços e equipamentos que estimulem o lazer criativo.

A revisão ocorreu através das reuniões do Comitê Gestor do Programa Criança Feliz, instituído pelo Decreto nº 2.712 de 08 de julho de 2021 e Portaria de nomeação dos membros do Comitê Gestor nº 1.300 de 06 de agosto de 2021.

As reuniões para revisão do PMPI ocorreram ao longo de 2021 e 2022, vale salientar que além dos membros nomeados para o Comitê do Programa Criança Feliz responsável por esta revisão, contamos com a contribuição de diversos profissionais das áreas afins, que através dos grupos de trabalho, por eixo do PMPI, avaliaram e reformularam as estratégias e ações do eixo em foco.

Fazendo parte desse processo de revisão foram realizadas 2 oficinas de escuta com crianças da educação infantil, na faixa etária de 5 anos, 21 da zona urbana e 28 da zona rural de Arapiraca, das Unidades Educacionais Centro de Educação Infantil Pontes de Mirada e da Escola de Ensino Fundamental Jany Camelo Lima. As oficinas foram realizadas no dia 14 de outubro, mediante um termo de consentimento assinado pelos pais. A metodologia utilizada teve por base a Cartilha E(scutar) e I(ncluir), criança! elaborada pela arquiteta Amanda Cristina Santos como resultado de sua dissertação com a temática da criança e do espaço. Seguindo a metodologia da cartilha foram entregues folhas coloridas, uma por vez, de acordo com as perguntas e solicitado que as crianças desenhassem o que elas gostam na cidade nas folhas azuis, o que elas não gostam na cidade nas folhas rosas, o que elas queriam que tivesse na cidade nas folhas amarelas. À medida que elas desenhavam, algumas expressavam verbalmente o que estavam representando em seu desenho, ao tempo em que outras precisavam ser indagadas sobre seu desenho, ao tempo em que os técnicos faziam os registros escritos ou audiovisuais que favoreceram a análise realizada posteriormente que foi incorporada neste Plano.

Após a referida revisão o PMPI revisado foi submetido ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) para apreciação e posterior envio para aprovação na Câmara Legislativa Municipal de Arapiraca.

INTRODUÇÃO

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
(CF Art. 227)

O município de Arapiraca está localizado no Estado de Alagoas, apresenta uma população de 234.309 habitantes, segundo IBGE, dados 2021. De acordo com a pirâmide etária (IBGE Censo 2021) o município apresenta 16.401 crianças de até 4 anos. Considerando os dados da pirâmide etária estima-se que aproximadamente 10% da população estejam na faixa etária da primeira infância, ou seja, tenham até 6 anos de idade. Desse quantitativo, 10.238 estão inscritas no Cadúnico¹, das quais 9.826 estão em situação de vulnerabilidade e dessas, 5.153 se encontram em situação de extrema pobreza.

1

Os dados do Cadúnico foram extraídos da base de dados no período correspondente ao segundo semestre de 2022.

Ainda segundo dados do IBGE Censo 2010, 44,8% da população apresenta rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo. Em meio a esse cenário encontramos diversas infâncias para as quais precisamos gerar oportunidades que as impulsionem a alcançar seu pleno desenvolvimento.

Considerando que na primeira infância se formam as bases para o desenvolvimento cerebral, que impacta diretamente na capacidade cognitiva, sócio/emocional e físico/motora, é de extrema necessidade a alocação de recursos e esforços para o seu pleno desenvolvimento, promovendo oportunidades, para assim podermos construir uma sociedade onde todos e todas tenham seus direitos garantidos e uma vida repleta de oportunidades.

Na última década Arapiraca vem ampliando sua atenção à Primeira Infância, através da execução de políticas públicas voltadas a atender qualitativamente as demandas existentes, tais como:

- Conquista de 4 Edições do Selo Unicef “Meu Município me faz Crescer” (1ª Edição 2005-2006, 2ª Edição 2009-2012, 3ª Edição 2013-2016 e 4ª Edição 2017-2020).
- Conquista do Prêmio Bibi Vogel em 2011 – Boas práticas em aleitamento materno.
- Conquista de 1 edição do selo da Fundação Abrinq “Prefeito Amigo da Criança” (Edição 2009 a 2012).
- Implantação da Rede Cegonha.
- Realização de 4 edições da Semana 100% Mamãe e Bebê, regulamentada pela Lei Mun. nº 2890/2013. 6. Construção de novos Centros de Educação Infantil.
- Criação de 8 Arapiraquinhas: Bibliotecas de bairro voltadas ao público infantil. 8. Criação da Escola Municipal de Circo.
- Criação do Planetário Casa da Ciência.
- Implantação do Programa AGAPI – Arapiraca Garante a Primeira Infância
- Criação do Espaço Nascer – Atendimento para crianças e gestantes de alto risco.
- Criação de Brinquedotecas em alguns CRAS.
- Implantação do Programa Arapiraca Garante a Primeira Infância – AGAPI, em agosto de 2014, em 10 territórios do município, com o apoio da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
- Curso de Formação de Multiplicadores na Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI) – Realizado em novembro de 2021

Mesmo com esse cenário de conquistas, ainda há muito por ser feito com foco na primeira infância. Que cenário desejamos daqui a 10 anos? Como queremos que as nossas crianças vivam no futuro? O que precisamos fazer? Quais ações precisam ser implementadas?

Considerando as pesquisas atuais, nacionais e internacionais, que apontam para a importância dos primeiros anos de vida, período no qual se forma a base da arquitetura cerebral, a partir da alta velocidade com que se dão as sinapses cerebrais, definindo o desenvolvimento das capacidades físicas, cognitiva, motora, emocional e de interação social das crianças pequenas. Considerando os questionamentos acima e o cenário pandêmico do Covid 19 que enfrentamos, fica evidente que os desafios se intensificaram, são muitos os impactos vividos e a situação de vulnerabilidade tem potencial efeito danoso no desenvolvimento das crianças a longo prazo, tais como: aumento da violência, déficit de aprendizagem, maior tempo de exposição as telas, ausência do convívio social com outras crianças e adultos, nível elevado de angústia, mudança de rotina, risco nutricional e estresse tóxico.

Essas foram algumas das temáticas que permearam as discussões e reflexões nas reuniões para a revisão do PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (PMPI) de Arapiraca - 2016 a 2026, sobre a realidade que as crianças enfrentam atualmente.

A partir deste contexto tendo por foco a articulação intersetorial, foram analisadas e revistas às ações do PMPI voltadas à promoção do desenvolvimento da Primeira Infância, evidenciando que as crianças de hoje, serão futuros adolescentes que se tornarão os adultos/pais/trabalhadores que farão parte da nossa sociedade, ajudando a conduzi-la para uma nova ordem social, posto que, as escolhas feitas e ações empreendidas durante o período da Primeira Infância afetam não só a maneira de como uma criança se desenvolve, mas a maneira como um País, uma cidade progride.

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Arapiraca é o segundo mais populoso município do Estado. Estima-se que 10% de sua população são crianças de até 6 anos. O IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal, que mensura o desenvolvimento econômico e social do município é de 0,649 (IBGE 2010), considerado médio.

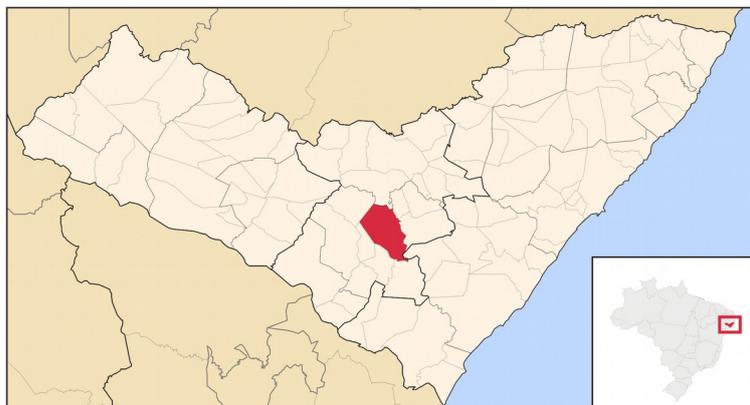
O município está no coração de Alagoas, situada no centro do Estado. A região compreende parte do Agreste e fica a 137 km da capital, Maceió. Sua localização geográfica privilegiada interliga as demais regiões geoeconômicas do Estado e caracteriza-se como polo de abastecimento agropecuário, comercial, industrial e de serviços, atendendo as necessidades regionais, minimizando as distâncias entre os centros de abastecimentos e potencializando o desenvolvimento da região.

O município de Arapiraca se limita ao Norte com Igaci e Craíbas, ao Sul com São Sebastião, Lagoa da Canoa e Feira Grande, ao Leste com Coité do Noia, Limoeiro de Anadia e Junqueiro e ao Oeste com Girau do Ponciano, Craíbas e Lagoa da Canoa. Possui uma altitude de 248 m acima do nível do mar com uma área de 366,5 km².

Possui um clima que pode variar de úmido a seco na região situada no Agreste, com precipitação irregular de chuvas. A temperatura média pode variar, com a máxima chegando até 36,2°C, e a mínima, a 21,8°C.

Arapiraca compõe a segunda região metropolitana do Agreste, criada em 01 de dezembro de 2009, pela Lei Complementar 27/2009, junto com mais 19 municípios, Campo Grande, Coité do Noia, Craíbas, Feira Grande, Girau do Ponciano, Igaci, Junqueiro, Lagoa da Canoa, Limoeiro de Anadia, Olho d'Água Grande, São Sebastião, Taquarana, Traipu, Palmeira dos Índios, Estrela de Alagoas, Belém, Tanque d'Arca, São Brás e Jaramataia.

Figura 1 – Mapa de Alagoas, município de Arapiraca em destaque



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Arapiraca#/media/Ficheiro:Alagoas_Municip_Arapiraca.svg – Acesso em agosto de 2022.

O desenvolvimento da cidade se deu principalmente na década de 70, quando a cultura da produção de fumo, o antigamente conhecido “Ouro Verde”, uma das principais atividades econômicas da época na região, elevou a cidade a categoria de “Capital

Brasileira do Fumo”. A partir do final da década de 90 houve um declínio na produção fumageira, o que contribuiu para o desenvolvimento de um modelo diversificado de economia.

Atualmente, a cidade conta com várias empresas de grande porte e inúmeras empresas de pequeno porte que dão grande impulso à economia local. A cidade vem se destacando por ser uma das que mais vêm gerando empregos em todo o território nacional. De acordo com dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, divulgados pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, Arapiraca foi o quarto maior gerador de empregos com carteira assinada no país em 2015, e de acordo com o MTE, a cidade gerou 2.076 empregos em 2016.

Tabela 1 – Dados Arapiraca

Características Geográficas	
Área Territorial [2021]	345,655 hab./km ²
População Estimada	234.306
Densidade Demográfica (Censo 2010)	600,83
Altitude	264m
Clima	Tropical subúmido
Indicadores	
IDHM [2010]	0.649
PIB per capita (2019)	R\$ 21.468,19

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca/panorama>. Acesso em 26/09/2022

HISTÓRIA

Embora a cidade de Arapiraca pareça ser uma cidade recente, há registros de que, por volta de 1848, as terras arapiraquenses pertenciam a Marinho Falcão. Este as vendeu para Amaro da Silva Valente, que passou a habitá-las junto com sua família. Algum tempo depois, o genro de Amaro da Silva, Manoel André Correia, foi adentrando as terras, até que descobriu uma planície fértil e rica em árvores frondosas, principalmente a que dá nome a cidade, a “Arapiraca – palavra que tem origem indígena e significa” ramo que o periquito visita” trata-se de uma espécie de angico-branco, muito comum no agreste e sertão de Alagoas”. Foi embaixo da Arapiraca, localizada as margens do Riacho Seco, que Manoel André Correia descansou e teve a ideia de construir uma cabana.

Gradativamente as terras foram povoadas por seus parentes que se instalaram na região. Uma trilha foi aberta para facilitar o escoamento da produção, e os produtos agrícolas eram levados para os povoados próximos.

No ano de 1855, a esposa de Manoel André faleceu, e em sua homenagem, no ano de 1864, sobre sua sepultura, construiu a capela de Santa Cruz e escolheu como padroeira Nossa Senhora do Bom Conselho (Padroeira até hoje). Em 1875 houve a construção das primeiras casas, em 1880, o povoamento ganhou um novo e importante habitante, o Coronel Esperidião Rodrigues da Silva (sobrinho de Manoel André), ele empreendeu muitas lutas pelo desenvolvimento e emancipação local, junto a Florêncio Apolinário, e a partir de 1912, iniciaram uma campanha pela emancipação de Arapiraca, que pertencia a Limoeiro de Anadia.

Foram vários anos de luta enfrentados pacientemente pelo líder da campanha, realizando reuniões e organizando subsídios para provar que o distrito de Arapiraca, poderia sobreviver emancipado. Enfrentou inclusive dificuldades para o deslocamento, convém frisar que naquela época ainda não existia automóvel no interior e as exaustivas viagens à capital do estado, eram realizadas a cavalo por Esperidião Rodrigues que tinha que inevitavelmente passar por Limoeiro de Anadia, cujas lideranças políticas envidavam esforços tentando a todo custo obstruir o trabalho e a tramitação do processo de emancipação do distrito de Arapiraca. O panorama começa a clarear com a presença oportuna do Deputado Odilon Auto que acompanhando o sacrifício de Esperidião Rodrigues, resolveu apoiar e defender a causa da Emancipação Política do então distrito. Foi uma tarefa árdua enfrentada pelo Deputado Odilon Auto, que durante meses se empenhou com toda capacidade de trabalho, pela justa causa da emancipação do Distrito de Arapiraca, contrariando os interesses dos políticos de Limoeiro de Anadia. Após vários debates e discussões acaloradas, o Projeto de Lei nº 1009, foi finalmente aprovado pela Assembleia Legislativa e sancionado pelo Governador Dr. José Fernandes Lima, no dia 30 de maio de 1924.

EXPANSÃO E URBANIZAÇÃO

Desde o processo de emancipação, Arapiraca passou por longo processo de ocupação e expansão e teve a produção do fumo como a principal atividade econômica; a chegada da empresa Camilo Collier para construir a estrada de ferro, na década de 40 intensificou as atividades comerciais, favorecendo a ampliação de moradias e levando a formação dos primeiros bairros residenciais. Por sua localização estratégica, Arapiraca tornou-se fluxo de circulação entre os demais municípios da região, favorecendo as atividades econômicas diversificadas. A partir da década de 70, por conta da grande área plantada de fumo, que gerou um excesso do produto nas pequenas indústrias de beneficiamento do tabaco que havia na região, e a conseqüente diminuição no preço, seguiu-se um ciclo de decadência da fumericultura. Desde a década de 80, experimenta um crescimento econômico com seu comércio (com destaque para a tradicional feira

livre). A feira livre de Arapiraca foi propulsora para expansão e desenvolvimento da economia local, fazendo parte da identidade do município até meados de 2004, quando a cidade reconfigurou o atual modelo em atendimento às novas necessidades urbanas, relocando-a no Mercado Municipal.

Arapiraca cresceu de forma desordenada e sem um planejamento que gerenciasse a expansão física e urbana do território, tendo um inchaço da zona urbana a partir do fluxo migratório da zona rural, esse processo trouxe consequências negativas que foram agravando os problemas sociais, dentre eles, o aumento de favelas, cortiços.

Porém, muito se tem investido em projetos habitacionais no município, a exemplo dos conjuntos residenciais: Jardim das Paineiras, Brisa do Lago e Nossa Senhora Aparecida.

Atualmente a cidade vivencia os efeitos da globalização e vem se firmando como um polo regional, contando com algumas indústrias instaladas, destacando-se pela forte presença de empresas distribuidoras. Conta também com espaços de lazer e prática de esportes, o Bosque das Arapiracas inaugurado em 2011 e o Ginásio de Esportes João Paulo II inaugurado em 2012, ambos fazem parte de um projeto de intervenção urbanística e social. A obra possui drenagem, pavimentação, jardinagem, academias de ginástica ao ar livre, ciclovias, pistas para caminhadas em torno de cinco mil mudas de árvores nativas e plantas ornamentais plantadas para embelezar ainda mais o local.

A área conhecida antigamente como Açude DNOCS, Departamento Nacional de Obras Contra a Seca, passou por um processo de despoluição do lago, com obras de paisagismo e urbanização no entorno, transformando-se no Lago da Perucaba que também oferece possibilidade de práticas esportivas e lazer, dispondo ainda de um planetário digital, considerado um dos mais modernos do Brasil, inaugurado em 2012.

Figura 2 – Planetário e Casa da Ciência de Arapiraca



Fonte: <https://planetarios.org.br/planetarios/planetario-e-casa-da-ciencia-de-arapiraca/> acesso em 26 de setembro de 2022

O município conta também com uma ampla rede de bibliotecas digitais construídas em várias praças arapiraquenses denominadas de "Arapiraquinhas", que além de promover a convivência das comunidades, amplia a possibilidade de acesso à leitura, a atividades de lazer e acesso à informação.

MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Somos culpados de muitos erros e falhas, porém nosso pior crime é abandonar as crianças, negando-lhes a fonte da vida. Muitas das coisas de que necessitamos podem esperar. A criança não pode. Agora é o momento em que seus ossos estão se formando, seu sangue é produzido, e seus sentidos estão se desenvolvendo.

A ela não podemos responder "amanhã".

Seu nome é hoje.

(Gabriela Mistral)

A partir da Constituição de 1988 foram promulgadas Leis específicas relacionadas aos direitos das crianças, merecendo destaque: O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA- 1990), a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – 1993) e a Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDB – 1996). Em 2010 foi aprovado o Plano Nacional pela Primeira Infância, instrumento norteador das ações governamentais para o desenvolvimento de políticas públicas para a infância. No ano de 2012 foi criada a Frente Parlamentar pela Primeira Infância (FPPI). E em 2016 foi promulgada a Lei do Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257, de 8 de março 2016, uma proposta da Frente Parlamentar Mista pela Primeira Infância.

Vale destacar que o Marco Legal da Primeira Infância é uma Lei pautada em evidências científicas sobre o desenvolvimento das crianças, posto que há vários estudos científicos de diversas áreas, como neurociência, psicologia do desenvolvimento e sobre os impactos de políticas públicas voltadas para a infância, confirmando que é na primeira infância que ocorre o período das janelas de oportunidades, ou seja, é um período de grande produção de conexões neurais, as quais irão formar a arquitetura cerebral e assim neste período há maiores possibilidades para a formação das competências humanas e desenvolvimento pleno.

A Lei do Marco Legal estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a Primeira Infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida, do desenvolvimento infantil, para a formação humana.

Outro avanço considerável no campo do desenvolvimento da primeira infância foi a criação do Programa Criança Feliz, através do Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016. O Programa atua através de visitas domiciliares, tem caráter intersetorial e sua finalidade é promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida, foi implantado em Arapiraca em 2017 e tem por meta atender, no município de Arapiraca, a 800 famílias.

JUSTIFICATIVA

“Descuidar da primeira infância é a mais perdulária e a mais injusta atitude que se pode tomar contra o ser humano e contra o País”.
(PNPI, 2010)

A elaboração do PMPI de Arapiraca foi concluída no final de 2016, há 4 anos e nenhuma revisão havia sido realizada. Considerando a importância deste para a implementação de políticas públicas para a primeira infância, e em decorrência da recomendação do Selo UNICEF voltada a sua existência, foi feita a revisão do referido Plano através do Comitê Gestor do Programa Criança Feliz com a participação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e diversos técnicos das áreas afins.

As discussões se pautaram na importância das intervenções intersetoriais em saúde, educação e assistencial social nos primeiros anos de vida, visando garantir o pleno desenvolvimento da criança e assim futuramente contribuir para incluir aqueles que tradicionalmente são excluídos e reduzir as disparidades sociais e econômicas que dividem a sociedade.

Estudos mostram que crianças que passaram por programas de desenvolvimento na primeira infância, apresentam melhores resultados na escola do que crianças que não tiveram as mesmas oportunidades. Sendo assim, dar melhor atenção à primeira infância significa criar oportunidades de crescimento e desenvolvimento integral do indivíduo e de toda a sociedade arapiraquense. Logo, a atenção adequada nesta fase possibilita benefícios sociais, redução de gastos e geração de renda. Isso implica na necessidade da implantação de políticas públicas de atendimento, de forma compartilhada, para o melhor enfrentamento desse desafio, pois sabemos que no Brasil ainda não foram consolidadas políticas públicas de atenção à Primeira Infância na proporção da demanda existente.

Este Plano Municipal pela Primeira Infância se pauta nos seguintes conceitos:

- A saúde compreendida como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença” (OMS).

- A Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado. No que diz respeito à criança pequena, com o dever de garantir a proteção à família, à maternidade e à infância; o amparo a crianças carentes e a promoção da inclusão das crianças com deficiência à vida comunitária (LOAS).

- A Educação como direito de todos, sendo dever do Estado e da família, essencial ao desenvolvimento humano, com destaque na Educação Infantil, primeira etapa da Educação Básica, período dos primeiros 6 anos de vida, durante o qual são construídas as estruturas psicomotoras, afetivas, sociais e cognitivas (LDBEN).

A revisão e a efetiva execução do Plano Municipal pela Primeira Infância de Arapiraca contribuirá com a qualidade do desenvolvimento infantil, mediante o atendimento adequado à família gestante e/ou com criança até 6 anos, com estratégias voltadas para a melhoria da assistência, saúde, educação e outras áreas pertinentes, através da valorização dessa fase da vida por parte das políticas públicas, dos profissionais e das próprias famílias, entendendo a importância de envidar esforços na construção de uma infância estimulada e amparada em seus direitos básicos.

EIXO I

CRIANÇA COM SAÚDE

Os dados sobre nascimentos são importantes, tanto sob o aspecto demográfico, quanto de saúde por possibilitarem a construção de diversos indicadores, tais como as taxas de natalidade e de fecundidade, e a análise da situação de saúde (TCU, 2015 a 2019). Esses indicadores são úteis nas atividades de vigilância epidemiológica, planejamento e avaliação de políticas de saúde. A Taxa de Natalidade é o número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente.

Desde a década de 1990 com a implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC se tornou possível à obtenção de informações mais fidedignas, que permitem retratar a situação dos nascimentos. Esses dados têm melhorado em cobertura e qualidade com o passar dos anos. Entretanto, vale ressaltar que ainda existe

um caminho muito longo a ser percorrido na busca de informações mais completas e consistentes. Para esta análise foram coletados dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SINASC e DATASUS (Departamento de Informática do SUS), informações referentes a série histórica de 2015 a 2019, considerando número e condições de nascimento expressas pelos indicadores de prematuridade, baixo peso ao nascer, acesso ao pré-natal e assistência ao parto.

Nos últimos cinco anos, o município vem apresentando valores com pequeno decréscimo na Taxa de Natalidade como observamos no ano de 2019, com um crescimento observado nos anos de 2015 e 2018. Esta taxa é influenciada pela estrutura da população, pela idade e sexo.

Em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e aos aspectos culturais da população.

Tabela 2 - Taxa de Natalidade, 2015 a 2019

Ano	Taxa de Natalidade
2015	18,2
2016	16,2
2017	17,1
2018	18,0
2019	15,0

Fonte: DATASUS/SINASC * Dados sujeitos a alterações: Tabulados em 21 de janeiro de 2021

Na série histórica de 2015 a 2019 observamos um aumento observável em 2016 com 201919.583 nascidos vivos, 6273 nasceram de parto vaginal, que representa 32,03% do total de partos, 13.298 nasceram de parto cesáreo, o que equivale a 68% mais da metade do total de partos decorridos ao longo destes cinco anos. Registramos ainda 12 nascimentos sem in formação do tipo de parto o que equivale a 0,06%, que nos aponta uma melhoria quanto ao monitoramento se compararmos ao dado da série histórica de 2010 a 2014 o qual apontou 1,03%, no entanto, persiste a necessidade em priorizar a revisão e correções das inconsistências no Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos – SINASC, apesar de serem realizados os fluxos de retorno com regularidade.

No período de 2015 a 2019 (tabela 3), observa-se expressiva tendência de aumento de partos cesáreos, com aumento nos anos de 2016 com 2734 (69,2%), e 2018 com 2949, equivalente a 71%. Do mesmo modo podemos observar um decréscimo dos partos vaginal, com maior evidência nos anos de 2016 com 1161 (30,7%), 2017 com 1214 (30,7) e 2018 com 1201 (28,89), indo contra a perspectiva do ministério da saúde em promover aumento dos partos vaginal em todo o Brasil através da promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Com objetivo Nacional de Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Tabela 3 – Número e Percentual de nascidos vivos segundo tipo de parto, 2015 a 2019.

Tipo de Parto	2015		2016		2017		2018		2019	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Vaginal	1487	35,4	1161	30,7	1214	30,7	1201	28,89	1210	34,6
Cesário	2716	64,6	2618	69,3	2734	69,2	2949	71,0	2281	65,3
Não Informado	1	0,02	-	0	2	0,05	6	0,1	3	0,08
Total	4204	100	3779	100	2950	100	4156	100	3494	100

Quando observamos os Nascidos vivos na série histórica de 2015 a 2018, em relação ao peso ao nascer (tabela 4), identificamos uma diminuição no número de recém-nascidos de < 2.500g comparado aos demais anos, desta forma observa-se uma diminuição do percentual nos anos de 2018 com 8,1 % e 2019 com 8,4 %, este indicador atua como importante fator de risco para a mortalidade neonatal e infantil.

Em relação aos nascidos vivos com peso normal (2.500g < 4 Kg) observamos um equilíbrio na série histórica dos anos de 2015 a 2019 se mantendo entre 84,41 % em 2016 a 86,8 em 2018. O mesmo equilíbrio observa-se nos Nascidos vivos com peso superior a 4 kg, mantendo um percentual entre 4,5% em 2015 e 5,2% em 2017. O peso ao nascer superior a 4 Kg é considerado de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta como a diabetes, e que merecem atenção especial em relação às orientações às mães destes grupos, em busca do equilíbrio do peso, com incentivo a amamentação e alimentação saudável quando iniciar o desmame.

Tabela 4 - Número e percentual de nascidos vivos segundo peso ao nascer, 2015 a 2019.

Peso ao Nascer	2015		2016		2017		2018		2019	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<2.500g	412	9,8	408	10,8	389	9,8	340	8,1	295	8,4
2.500 < 4	3603	85,7	3190	84,41	3354	85,0	3607	86,8	3022	86,5

> 4	191	4,5	181	4,8	207	5,2	209	5,0	177	5,0
Ignorado	1	0,02	1	0,02	-	-	-	-	-	-
Total	4207		3770		3950		4156		3484	

Quando analisamos os nascidos vivos em relação à faixa etária da mãe (tabela 5), nas mães menores de 14 anos nas séries históricas de 2015 a 2019 observamos um leve acréscimo até o ano de 2018 e uma diminuição do percentual em 2019 com 0,6%. Quanto às mães com idades entre 15 e 19 anos, houve uma diminuição gradativa na série histórica analisada. Nas faixas etárias de 20 a 34 anos, foi a que apresentou os percentuais maiores se compararmos com os percentuais das outras faixas etárias, mantendo um percentual de nascidos vivos entre 68,3% em 2015 e 88,5% em 2016 e na faixa etária de 35 e mais manteve um percentual de nascidos vivos entre 10,4% em 2015 e 12,8 em 2018, mais uma vez surge a necessidade de orientar o trabalho de educação em saúde voltado aos adolescentes, buscando a parceria das escolas e comunidade em geral, para trabalhar da melhor forma a questão da sexualidade entre os jovens, pois o ideal nesta faixa etária é que este grupo esteja dedicado apenas aos estudos.

Tabela 5 - Número e Percentual de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe. 2015 a 2019

Faixa Etária da Mãe	2015		2016		2017		2018		2019	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 14 anos	43	1,02	35	0,93	40	1,01	44	1,05	21	0,6
15 a 19 anos	851	20,2	709	18,8	686	17,4	676	16,26	512	14,6
20 a 34 anos	2871	68,3	3345	88,5	2775	70,3	2902	69,8	2527	72,3
35 e mais	439	10,4	399	10,5	449	11,37	534	12,8	434	12,4
Total	4204	100	4488	100	3950	100	4156	100	3494	100

Com a mesma diretriz de promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, e objetivo nacional de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade. O Brasil sugere mínimo de 65% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. O município de Arapiraca/AL teve como meta pactuada para 2014 53%, e conseguimos alcançar um resultado de 55,8%.

No período de 2015 a 2019 (tabela 6), podemos observar que nos últimos três anos conseguimos retomar o crescimento em relação a Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, passando de 57,1% em 2015 para 95,22% em 2019, sendo fundamental neste alcance fazer a detecção das gestantes no 1º trimestre gestacional, garantindo acesso e a assistência à gestação, possibilitando a realização de no mínimo de 7 consultas de pré-natal e como consequência o alcance do

indicador. Podemos observar também que houve um decréscimo no percentual de gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal na gestação nos últimos cinco anos, passando de 8,66% em 2015 para 0,62% em 2019.

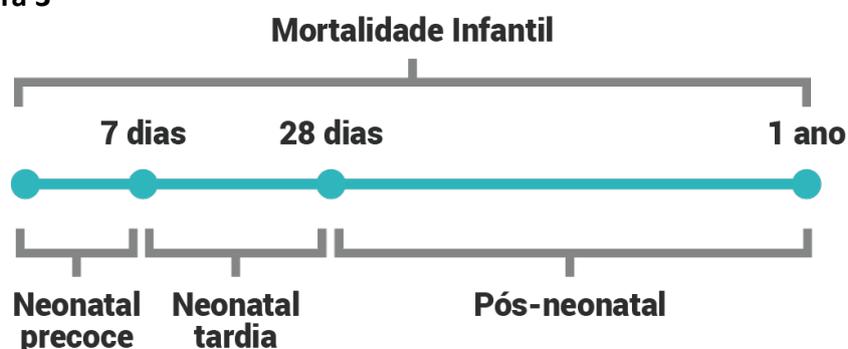
De acordo com Plano Nacional pela Primeira Infância - PNPI, 2010, há muitas prioridades para melhorar a saúde das crianças de 0 a 6 anos. Porém, o maior objetivo é mantê-las vivas e com saúde. O Plano Nacional também aponta para as urgências de ações na luta pela redução da mortalidade infantil.

Tabela 6 - Consultas de Pré-Natal, 2015 a 2019.

Consultas de Pré-Natal	2015		2016		2017		2018		2019	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	364	8,66	90	2,38	86	2,18	98	2,36	22	0,62
1-3 vezes	298	7,08	250	6,61	150	3,80	134	3,22	28	0,80
4-6 vezes	1140	27,1	1089	28,81	656	16,60	650	15,64	113	3,23
7 e mais	2402	57,1	2350	61,18	3022	76,50	3265	78,56	3327	95,22
Ignorado	-	-	-	-	36	-	9	-	4	-

O risco de morte varia ao longo do primeiro ano de vida, especialmente quando se consideram as causas da mortalidade e seus respectivos fatores determinantes. Tal situação é demonstrada de forma mais evidente quando se analisa a mortalidade infantil a partir dos seus componentes neonatal e pós-neonatal. O componente neonatal começa com o nascimento e termina aos 28 dias completos. Esse período compreende as mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e as mortes neonatais tardias, que acontecem entre o sétimo e vigésimo oitavo dia de vida. O componente pós-neonatal compreende a faixa etária de 29 a 364 dias de vida completos (figura 03). A mortalidade infantil neonatal é causada principalmente pela assistência à saúde, ou melhor, por sua ausência ou por um cuidado mal prestado à mãe e ao bebê durante à gestação e no parto.

Figura 3



A mortalidade nos primeiros dias de vida exprime a união de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido fazendo com que o óbito neonatal passe a ser o principal componente da mortalidade

infantil, responsável por mais da metade dos óbitos no primeiro ano de vida. É um indicador negativo da saúde e no Brasil, apresenta níveis elevados não compatíveis com o seu potencial econômico e tecnológico, visto que na maioria das circunstâncias é considerado evitável pela utilização de tecnologias disponíveis. Com incremento no número de equipes para atuar na estratégia de saúde da família. Destacamos nesse contexto a implantação de leitos de UTI e UCI em duas unidades hospitalares de Arapiraca, bem como a implantação do Comitê de Prevenção e Redução da Mortalidade Materna e Infantil, em março de 2008.

Tabela 7 - Tabela de Mortalidade Infantil com os componentes neonatal, precoce, neonatal e pós-neonatal, 2015 a 2019.

	Neonatal Precoce		Neonatal Tardia		Pós-Neonatal		Taxa de Mortalidade Infantil/1000NV	Número de Óbitos
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº
2015	26	49,0	13	24,5	14	26,4	12,6	53
2016	26	46,4	15	26,8	15	26,8	14,8	56
2017	16	38,1	15	35,7	11	26,2	10,6	42
2018	32	50,0	09	14,1	23	36,0	15,4	64
2019	22	42,3	11	21,1	19	36,5	14,9	52

A mortalidade infantil observada na tabela 8 evidencia na série histórica de 2015 a 2019 que as mortes Neonatal Precoce (até 7 dias de vida) apresentou os maiores percentuais nos anos de 2015 com 49,0% e 2018 com o percentual mais elevado com 50,0% e os anos de 2016 com 46,4%, 2017 com 38,1% e 2019 com 42,3%, sendo o ano de 2017 o que teve menor percentual.

Nas mortes neonatais tardias (até 28 dias), observamos que nos anos de 2015 a 2017 o percentual variou de 24,5% a 35,7%, o ano de 2018 obteve o menor percentual de 14,1% e o ano de 2019 com 21,1%. Nos óbitos pós-natal (de 28 dias a um ano) nos anos de 2015 a 2019, apresentou o maior percentual no ano de 2019 com 14,9% e menor percentual no ano de 2017 com 10,6%, observando-se um aumento na taxa de mortalidade a partir de 2018 com 15,4 por 1000 nascidos vivos e em 2019 com 14,9 por 1000 nascidos vivos.

Observamos a necessidade de incremento das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde, com enfoque na prevenção de doenças e promoção da saúde, para a redução desses óbitos, na sua maioria considerados evitáveis.

Tabela 8 - Óbitos menores de 1 ano, residentes no município de Arapiraca-AL, segundo classificação do tipo de causas/evitabilidade, 2015 a 2019

TIPOS DE CAUSAS	2015		2016		2017		2018		2019		TOTAL
	nº	%	-								
1.EVITÁVEIS REDUZÍVEIS ATRAVÉS DE:	39	20,4	41	21,5	31	16,2	47	24,6	33	17,3	191
Red. Atenção à mulher na gestação.	12	30,7	9	22,0	9	29,0	15	32,0	10	30,3	55
Red. Por adequada atenção à mulher no parto.	3	7,70	6	14,6	2	6,4	8	17,0	3	9,09	22
Red. Adequada atenção ao recém-nascido.	15	38,5	17	41,5	17	54,8	12	25,3	13	39,4	74
Red. Ações diagnóstico e tratamento adequado.	5	12,8	6	14,6	-	0,0	9	19,1	4	12,1	24
Red. Ações promoção vinc. Ações de atenção	4	10,2	3	7,3	3	9,7	3	6,4	3	9,1	16
Imunoprevenção.	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	0,0
2- DEMAIS CAUSAS (NÃO CLARAMENTE EVITÁVEIS)	20		17		15		21		19		92
3- CAUSAS MAL DEFINIDAS	01		03		-		3		7		14

Analisando mais detalhadamente os óbitos infantis no município de Arapiraca/AL no período de 2015 a 2019 em relação a classificando do tipo de causas/evitabilidade, observamos que nos anos avaliados uma média de 20% dos óbitos poderiam ser evitáveis/reduzíveis pelas ações de atenção a mulher na gestação, por adequada atenção ao parto, adequada atenção ao recém-nascido, ações de diagnóstico e tratamento e ações de promoção vinculadas a ações de atenção. No item 2 da tabela 8 observamos que nos cinco anos observados uma média de 56,7% dos óbitos poderia ter sido evitáveis. Dos óbitos evitáveis, 64,7% (22 óbitos) poderiam ter sido evitados, por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, 14,7% (5 óbitos) evitados através da adequada atenção ao parto. Os óbitos não evitáveis compreenderam 33,3%, com 20 óbitos, os mal definidos e não classificados com 5,0% cada (3 óbitos).18,4 óbitos apresentaram causa não claramente evitáveis e no item 3 da mesma tabela ao longo dos cinco anos 14 ocorreram por causa mal definida.

É necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação dos óbitos infantis, através da qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência. A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, as

estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que o País diminua as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil.

Tabela 9 - Razão de Mortalidade Materna, 2015 a 2019.

Ano do óbito	nº de óbitos	nº de nascidos vivos	Razão de mortalidade materna/ 100.000 nv
2015	3	4204	71,4
2016	6	3779	158,8
2017	5	3950	126,58
2018	3	4156	72,18
2019	7	3494	200,3

A razão de mortalidade materna para o município de Arapiraca/AL, no período de 2015 a 2019, entre 71,4 a 200,3 por 100 mil nascidos vivos. Valores elevados podem estar retratando os esforços realizados para melhorar a qualidade da informação, sendo o ano de 2019 o que apresentou a maior razão mortalidade materna /100.000 NV com um valor de 200,3. Para que possamos melhorar este indicador será necessária a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, através da Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

“Eu gostaria de deixar a rua limpa, ser policial e médica quando crescer!”

Agatha, 5 anos, CEI Pontes de Miranda



Não gosta do mau cheiro do lixo quando o caminhão do lixo passa
Bernardo, 5 anos, Escola de Ensino Fundamental Jany Camelo Lima

EIXO PRIORITÁRIO: CRIANÇAS COM SAÚDE						
ESTRATÉGIA 1: GARANTIR UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL QUALIFICADA E HUMANIZADA						
AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Implantar o acolhimento com classificação de risco na rede.	100% das UBS/ Unidades de referências	UBS	Recursos Próprios	3	SMS	% de unidades implantadas.
Melhorar o acesso ao pré-natal para as comunidades sem cobertura da ESF.	100% de cobertura de pré-natal para áreas descobertas.	UBS	Recursos Próprios	1 3 10	SMS E APS	% de cobertura de pré-natal para áreas descobertas.
Efetivar a vinculação da gestante à maternidade de referência.	100% das gestantes do SUS vinculadas às maternidades.	UBS	Recursos Próprios	3	SMS	% das gestantes do SUS vinculadas às maternidades.
Assegurar a utilização de “boas práticas” e segurança na atenção ao parto e nascimento nas maternidades.	100% das maternidades.	Maternidades	Recursos Próprios	3	Maternidades	% maternidade que utilizando boas práticas.

Captar precocemente gestantes e RN para acompanhamento na APS.	80% de captação de gestantes no 1º trimestre e 100% dos RN após alta hospitalar e acompanhamento mensal.	Gestantes e RN	Recursos Próprios	3	APS	% de gestantes captadas precocemente.
Garantir a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. (Indicador 1 – Previne Brasil)	45% das gestantes em 2022, com parâmetro de 100%.	Gestantes	FNS	3	APS	% de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas.
Garantir a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. (Indicador 2 – Previne Brasil)	60% das gestantes em 2022, com parâmetro de 100%.	Gestantes	FNS	3	APS	% de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
Garantir a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. (Indicador 3 – Previne Brasil)	60% das gestantes em 2022, com parâmetro de 100%.	Gestantes	FNS	3	APS	% de gestantes com atendimento odontológico realizado.
Garantir a proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite b, infecções causadas por	95% das crianças da APS com vacinas até 1 ano.	Crianças	FNS	3 10	APS	% das crianças da APS com vacinas até 1 ano

haemophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada (Indicador 5 – Previne Brasil)						
--	--	--	--	--	--	--

Incentivar na APS as práticas da consulta conjunta e PTS gestantes e crianças de alto risco.	100% das equipes.	Gestantes e crianças.	Recursos Próprios	3	SMS	% de consulta conjunta na APS.
Incentivar a assistência à gestante e à criança utilizando práticas ampliadas e estímulo ao DPI.	100% das equipes de saúde.	Gestantes e crianças.	Recursos Próprios	3	SMS E APS	% de equipes utilizando práticas ampliadas.
Fortalecer a referência/contra-referência, através de canal de comunicação direta entre a maternidade e a UBS, para os casos de urgência e alto risco.	100% para os casos graves.	UBS e maternidades.	Recursos Próprios	3	SMS	% de casos graves referenciados e contra referenciados.
Articular com Maternidade para que esta comunique à UBS/SMS a vigência da alta da puérpera/RN de alto risco.	100% para os casos graves.	UBS e maternidades.	Recursos Próprios	3	Maternidade	% comunicação de alta dos casos graves.
Garantir carro para visita domiciliar ao RN e puérpera na 1ª semana pós-parto (ideal até o 5º dia).	100% das unidades.	Puérperas e RN.	Recursos Próprios	3 5	SMS	% de visitas realizadas pelas ESF.
Sensibilizar o ACS das micro áreas vizinhas para assumirem as VD às gestantes e crianças < 1 ano, quando o ACS titular estiver de férias.	100% dos ACS comunicados.	Gestantes e puérperas.	Recursos Próprios	3 10	SMS e APS	% dos ACS comunicados.
Monitorar as “famílias em situação de vulnerabilidade” e “crianças e gestantes de alto risco” através de visitas domiciliares na APS.	100% das famílias em situação de Vulnerabilidade.	Famílias em situação de vulnerabilidade.	Recursos Próprios	1 3 10	SMS APS	% das famílias em situação de vulnerabilidade monitorada.

Documentar e comunicar à Coord. de Saúde da mulher os casos de suspeita de violência obstétrica na APS.	100% dos casos suspeitos.	Mulheres e gestantes.	Recursos Próprios	1 3 5	SMS	% dos casos suspeitos documentado.
Assegurar o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto/ parto/pós-parto/alojamento conjunto, conforme a lei nº. 11.108/2005 nas maternidades.	100% das gestantes.	Gestantes.	Recursos Próprios	3 5	Maternidade	% das gestantes com direito a acompanhante garantido.
Ampliar as ações de incentivo ao parto normal.	40 % das gestantes até 2025.	Gestantes.	Recursos Próprios	3 5	SMS APS	% das gestantes com parto normal.
Garantir a assistência hospitalar para as gestantes com urgências obstétricas e crianças de alto risco referenciadas pela ESF.	100% das gestantes e crianças de alto risco.	Crianças e Gestantes.	FNS Recursos Próprios Convênios	3	SMS e Maternidades	% das gestantes com assistência hospitalar garantido.
Realizar a semana 100% mamãe e bebê.	1 x ano.	Usuários das UBS.	Recursos Próprios	3	SMS APS	nº de evento realizado no ano.
Incentivar o planejamento reprodutivo.	100% das UBS.	Usuários das UBS.	Recursos Próprios	3 5 10	SMS APS	% de UBS com grupo de planejamento familiar.
Garantir medicamentos e insumos inerentes ao acompanhamento pré-natal, parto, puerpério, puericultura/pediatria	100% da farmácia básica para esse público.	Usuários das UBS	FNS Recursos Próprios	1 3 10	SMS E APS	% de medicamentos e insumos da farmácia básica para esse público.
Monitorar o percentual de nascidos vivos com anomalia congênita.	100% de monitoramento nos nascidos	Crianças	Recursos Próprios	1 3 10	SMS e APS	% de nascidos vivos com anomalia congênita.

	vivos com anomalia congenita.					
--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

Coordenar e aprimorar ações de cuidados às crianças portadoras da Síndrome Congênita do Zika Vírus e suas famílias através da equipe dedicada municipal.	Encontros intersetoriais realizados anualmente	Crianças e suas famílias	Recursos Próprios	1 3 10	SMS e APS	nº de encontros realizados.
Implantar o comitê municipal de vigilância do óbito materno, infantil e fetal.	1 comitê reativado através de nova portaria.	Gestão de saúde, trabalhadores de saúde e maternidades.	Recursos Próprios	1 3	SMS	nº comitê implantado.
Fortalecer o fórum perinatal da 2ª macro região de saúde.	Reuniões bimestrais.	Gestão de saúde dos municípios da 2ª macro, trabalhadores de saúde e maternidades.	Recursos Próprios	1 3	SMS	nº de reuniões realizadas.
Fortalecer a comunicação com o colegiado gestor das maternidades organizando a assistência.	Reuniões mensais	Gestão de saúde, trabalhadores de saúde e maternidades	Recursos Próprios	3	SMS	nº de reuniões realizadas.
Efetivar a contratualização das ações da rede cegonha	Efetivar 1 contratualização	Maternidades e Prestadores de serviços	MAC	3	SMS	nº de metas pactuadas a contratualização
Monitorar os serviços de atendimento a urgência pediátrica.	Supervisão dos serviços de urgência	Crianças	Recursos Próprios	3	SMS	nº de supervisões realizadas.

	pediátrica.					
--	-------------	--	--	--	--	--

Fortalecer o tratamento de sífilis nas UBS, garantindo kit mínimo de urgência.	100% das UBS	Gestantes	FNS Recursos Próprios	3	SMS	% de casos diagnosticados.
Monitorar as gestantes com DST (diagnóstico e tratamento) visando, principalmente, reduzir os casos de sífilis congênita e HIV na aps.	Tratar e monitorar e 100% dos casos;	Gestantes	Recursos Próprios	3 10	SMS APS	% de casos diagnosticados.
Implantar de leitos de saúde mental nos hospitais gerais	10 leitos até dezembro de 2022	Usuários do SUS	FNS	1 3 10	SMS	nº de leitos implantados.
Efetivar matriciamento em saúde mental para gestantes e puérperas em sofrimento psíquico e/ou uso de substâncias psicoativas;	100% dos casos graves	Gestantes e puérperas	Recursos Próprios	3 5 10	SMS RAPS	% de equipes de saúde com o matriciamento realizados.
Garantir a assistência de gestante com transtornos psíquicos e/ou por uso de substâncias psicoativas na RAPS.	100% dos casos graves	Gestantes	FNS Recursos Próprios	3	SMS/RAPS	% de casos acompanhados.
Fortalecer o apoio técnico institucional às equipes das UBS e referências.	1 visita de apoio técnico/UBS	UBS	Recursos Próprios	3	SMS	nº de visitas realizadas.
Implantar equipe de “consultório na rua”.	1 equipe de consultório na rua	População de rua	FNS	1 3 10	SMS	nº de equipes implantadas.
Capacitar ESF em teste rápido HIV/VDRL/ hepatite B, garantindo os insumos necessários para realização.	100% das equipes	Usuários das UBS	FNS	3	SMS	% das equipes capacitadas.
Monitorar e avaliar o programa	Mensalmente	Crianças	FNS	1	SMS	% de equipes

micronutrientes nas UBS e Creches.				3 10		monitoradas.
Avaliar a situação nutricional das crianças e gestantes através de relatórios do SISVAN enviados pelas ESF e retroalimentá-los com a relação do risco nutricional (sobrepeso, obesidade e baixo peso) para monitoramento.	1x por ano.	Crianças e Gestantes	FNS	1 3 10	SMS	% de equipes monitoradas.
Manter a cobertura de acompanhamento da vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de 5 anos.	Monitoramento através de relatórios do SISVAN	Beneficiários do Programa Auxílio Brasil (PAB).	FNS	1 3 10	SMS	% de equipes monitoradas.
Acompanhar os beneficiados pelo programa bolsa família.	1x a cada 6 meses	Beneficiários do Programa Auxílio Brasil (PAB).	FNS	1 3 10	SMS	% de equipes monitoradas.
Efetivar o “sistema municipal de notificação e monitoramento de agravos por causas externas em menores de 6 anos, gestantes e puérperas”.	100% das unidades notificadoras	Crianças, gestantes e puérperas	FNS	3 5 10	SMS	% das unidades notificadoras.
Intensificar ações voltadas a “rede de assistência às crianças vítima de violência”.	100% das ações	Crianças	FNS	3 5	SMS	% das ações realizadas.
Utilizar as informações das notificações para nortear as “ações intersetoriais para	Utilização de 100% das informações	Crianças, gestantes e puérperas	Recursos Próprios	3 10	SMS	% das informações fornecidas pelas notificações.

prevenção de acidentes e violência em crianças <6anos, gestantes e puérperas”.	fornecidas pelas notificações.					
Comunicar imediatamente à VIGEPI e à rede de proteção os casos de suspeitos de violência contra criança e gestante.	Monitorar 100% dos casos suspeitos de violência.	UBS	FNS	5	SMS	% dos casos suspeitos de violência monitorados.

EIXO PRIORITÁRIO: CRIANÇAS COM SAÚDE						
ESTRATÉGIA 2: REALIZAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE FORMA CONTÍNUA E RESPEITADA PELA COMUNIDADE, COM A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E ENFOQUE INTEGRAL (BIOPSISSOCIAL E CULTURAL).						
AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Levantar as necessidades de grupos e temáticas a serem realizados no território da APS.	1x por mês;	Usuários das UBS.	Recursos Próprios	3 5	APS	nº de grupos realizados.
Acompanhar a efetivação dos grupos prioritários pelo apoio institucional.	Apoiar as equipes de ESF na formação desses grupos.	Usuários das UBS.	Recursos Próprios	3	APS	nº de grupos realizados.

<p>Capacitar os membros do CLS e outros atores dos territórios (escola, associações, creche, igrejas, terreiros de matriz africana, parteiras leigas, rezadeiras, etc.) para que estes auxiliem no monitoramento das famílias/gestantes e crianças em situação de vulnerabilidade para agravos, acidentes e violência.</p>	<p>Articular junto a atenção a saúde as capacitações.</p>	<p>Conselheiros de saúde, trabalhadores das escolas, terreiros e igrejas.</p>	<p>Recursos Próprios</p>	<p>1 3 5 10</p>	<p>SMS</p>	<p>nº de atores capacitados.</p>
--	---	---	--------------------------	-----------------------------	------------	----------------------------------

EIXO PRIORITÁRIO: CRIANÇAS COM SAÚDE						
ESTRATÉGIA 3: DIVULGAR EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM DPI NA MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO MATERNO INFANTIL						
AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Incluir a temática DPI na “mostra de experiências exitosas do município”.	Nos anos que tiver as mostras;	Profissionais de saúde.	Recursos próprios	3 10	SMS	nº temática nas mostras.
Destacar ações inovadoras na qualificação e humanização da assistência materno infantil.	1x ao ano	Gestantes e crianças.	Recursos próprios	1 3	SMS	nº de ações inovadoras.

EIXO PRIORITÁRIO: CRIANÇAS COM SAÚDE

ESTRATÉGIA 4: EFETIVAR E FORTALECER O TRABALHO EM REDE E INTERSETORIAL VOLTADO ÀS FAMÍLIAS COM GESTANTES E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Levantar os casos de família com gestantes e crianças em situação de vulnerabilidade.	Levantamento de 100% dos casos de família com gestantes e crianças em situação de vulnerabilidade.	Gestantes e crianças	Recursos próprios	1 3 5 10	APS	% dos casos de família com gestantes e crianças em situação de vulnerabilidade.
Apoiar as ações do Programa Viver Melhor	Apoio a 100% das ações do eixo saúde no projeto viver melhor.	Beneficiados do Programa Viver Melhor	Recursos próprios	1 3 5 6 10	SMS	% das ações do eixo saúde no projeto viver melhor.
Implementar ações intersetoriais de promoção ao DPI contra a violência materno infantil nos territórios quilombolas.	1X por semestre	Profissionais de saúde.	Recursos próprios	1 3 5 10	SMS	nº de ações implementadas.

EIXO II ASSISTÊNCIA SOCIAL

Segundo o PNPI, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/1993) supera a visão dos programas focalistas, opõe-se à ideia do clientelismo e assistencialismo, promove a descentralização, sobretudo à esfera municipal, e franqueia a formulação da política, dos planos e programas e o controle de sua execução à participação social.

A assistência Social às crianças e suas famílias em Arapiraca se dá por meio de seus equipamentos públicos, através de serviços, programas e projetos desenvolvidos pelos CRAS, CREAS, CadÚnico, SCFV – Serviço de convivência e Fortalecimento de Vínculos, Programa Criança Feliz, entre outros.

A referida Política Pública objetiva a proteção à família, à maternidade e à infância; o amparo a crianças em situação de vulnerabilidade social, tais como: em situação de isolamento social, trabalho infantil, vivência de violência ou negligência, fora da escola ou em defasagem escolar, em situação de acolhimento, em cumprimento de medidas socioeducativas, em situação de abuso e/ou exploração sexual, em medidas de proteção do ECA, em situação de rua e vulnerabilidade; no que diz respeito a pessoa com deficiência a política atua na promoção da integração das crianças com deficiência à vida comunitária, entre outras.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, em seu artigo 4º afirma que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1990) às crianças. Quando a elas não são assegurados os direitos mencionados, se produz um déficit em seu desenvolvimento que impacta negativamente em todos os campos da sociedade, considerando o exposto, é foco da política de assistência à prevenção e cuidados voltados à garantia desses direitos, uma vez que toda criança tem o direito de ser criada e educada no seio de sua família prioritariamente, desta forma a política de assistência visa combater a pobreza, às fragilidades dos vínculos e a falta de acesso aos serviços públicos de qualidade, criando oportunidades de desenvolvimento para as crianças e suas famílias.

Atualmente Arapiraca dispõe de 38.593 (Ago/2022) famílias inscritas no cadastro único, das quais 24.345 recebem o Programa Auxílio Brasil (PAB).

Considerando os grupos etários, tendo por referência, os dados coletados em agosto de 2022, o município apresenta os seguintes números:

Tabela 10 – Distribuição de inscritos no CadÚnico por faixa etária

Faixa etária	Quantidade
0 a 4 anos	6807
5 a 6 anos	3893
7 a 15 anos	19532
16 a 17 anos	4352
18 a 24 anos	11562
25 a 34 anos	12154
35 a 39 anos	6535
40 a 44 anos	6686
45 a 49 anos	6035
50 a 54 anos	5315
55 a 59 anos	4576
60 a 64 anos	3035
64+	8374
TOTAL	98856

Fonte: CadÚnico, Ago. 2022.

O trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) é organizado em dois eixos de atuação: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). Na PSB se encontram os CRAS – Centro de Referência da Assistência Social e o Cadastro Único e na PSE o CREAS, CRAMSV, Centro Dia, Centro Pop. e Unidade de Acolhimento Institucional.

A PSB – Proteção Social Básica é desenvolvida mediante a atuação dos 09 (nove) CRAS existentes no município, localizados em comunidades com alto índice de vulnerabilidade social, são as portas de entrada da Política de Assistência Social. As equipes de cada CRAS são compostas por 1 coordenador do CRAS; 2 assistentes sociais; 2 psicólogos/as 1 profissional de serviços gerais, 1 agente administrativo, orientadores sociais e operador do CadÚnico. As ações desenvolvidas nesses espaços têm como objetivo prevenir situações de risco, utilizando-se de estratégias de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

A universalização dos direitos das crianças na primeira infância tem como condição primordial a superação da pobreza extrema e das desigualdades sociais. O Estado brasileiro tem empenhado esforços na implementação de políticas de transferência e garantia de renda a famílias em situação de vulnerabilidade social, com impacto direto na vida da população entre zero e seis anos. Destacam-se, nesse sentido, os Programas Auxílio Brasil e Criança Feliz e o Benefício de Prestação Continuada – BPC.

Em Arapiraca/AL, o Programa Auxílio Brasil alcança 90,5% das crianças de até 06 anos em situação de pobreza; além dele foi instituído em Alagoas o Programa Criança Alagoana para gestantes e crianças de 0 a 60 meses, em situação de pobreza e extrema pobreza, e atualmente atende 6.064 crianças e gestantes arapiraquenses dentro desse perfil, oferecendo a estas e suas famílias a garantia de uma renda mínima, que incide diretamente na melhoria da qualidade de vida das famílias.

Tabela 11 – Distribuição das áreas de abrangência dos CRAS

Batingas	Canafístula	Itapoã	Primavera	Cazuzinhas	Manoel Teles	Jardim das Paineiras	Mangabeiras	Planalto
Alazão	Barro Vermelho	Alto do Cruzeiro	Cacimbas	Olho D'água dos Cazuzinhas	Baixão	Sen. Nilo Coelho	Brasiliana	Bom Sucesso
Batingas	Canafístula	Brasília	Guaribas	Padre Antônio Lima Neto	Cavaco	Vila São Francisco	Baixa do Capim	Canaã
Baixa da Onça	Cangandú	Itapoã	Ouro Preto	Primavera	Manoel Teles	Vila Fernandes	Caititus	Carrasco
Bananeiras	Jardim Tropicall	Novo Horizonte	João Paulo II	Mata da Umbelina	Poço Frio	Sítio Breu	Capiatã	Massaranduba
Boa Vista	Nova Esperança	Poção	São Luiz I	Mulungu	Vale das Águas	Sítio Lagoa Cavada	Genipapo	Planalto
Bálsamo			São Luiz II	Pau Ferro	Zélia Barbosa Rocha	Sítio Capim	Mangabeiras	Sítio Quati
Barrocoão			Verdes Campos				Poço da Pedra	Serra dos Ferreiras
Cajarana							Santa Edwirges	Vila São José
							Sen. Arnon de	

Flexeiras							Melo	Valentim
Furnas							Vila Aparecida	
Gruta D'água								
Pau D'arco								

Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2022.

Nos CRAS são ofertados vários serviços, dentre eles o PAIF-Proteção e Atendimento Integral à Família, o SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e o Programa Criança Feliz.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é oferecido em todos os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e tem como objetivo apoiar as famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das famílias referenciadas no território.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é desenvolvido através da formação de grupos de crianças, adolescentes e idosos, tendo por finalidade prevenir as situações de risco social; ampliar trocas culturais e de vivências; desenvolver sentimentos de pertença e de identidade; fortalecer vínculos e incentivar a socialização e a convivência comunitária. O SCFV possui caráter preventivo e é pautado na defesa dos direitos e desenvolvimento das capacidades e potencialidades de cada indivíduo, prevenindo situações de risco social. As atividades em grupo ocorrem semanalmente em diversas comunidades de Arapiraca. É operacionalizado por: 01 coordenador e 14 orientadores sociais. Os grupos são compostos por crianças, adolescentes entre 0 e 17 anos e idosos que participam das oficinas e reuniões ofertadas pelo serviço através de sua equipe técnica.

O Programa Criança Feliz (PCF) é um programa de visita domiciliar destinado às gestantes, crianças de 0 a 3 anos e crianças de até 6 anos que recebem o benefício de prestação continuada (BPC). Foi instituído pelo Governo Federal, em outubro de 2016 através do Decreto nº 8.869, posteriormente revogado pelo Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, como um programa de apoio às famílias para promoção do desenvolvimento integral na primeira infância e se pauta nas descobertas das neurociências sobre o desenvolvimento cerebral no início da vida,

As visitas são quinzenais para gestantes e crianças com mais de 3 anos, inscritas no BPC, e semanais para crianças menores de 3 anos. As visitas domiciliares são previamente agendadas com as famílias e tem por objetivo fortalecer os vínculos familiares, ajudando-as a estimular o desenvolvimento integral das crianças durante os seus primeiros anos de vida.

As intervenções no início da vida ajudam a reduzir as disparidades sociais, econômicas e as de gênero que dividem a sociedade e contribuem para incluir aqueles

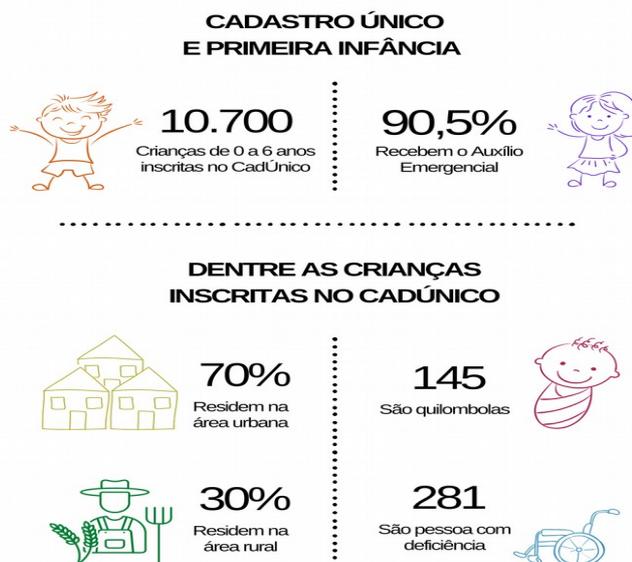
que tradicionalmente são excluídos. Estudos mostram que crianças que passaram por programas de desenvolvimento na primeira infância, apresentam melhores resultados na escola do que crianças que não tiveram as mesmas oportunidades, logo, é neste contexto que se pauta o Programa Criança Feliz.

O PCF dispõe de uma equipe composta por 01 coordenadora, 03 supervisoras e 27 visitantes e tem por meta pactuada com o Ministério da Cidadania atender a 800 famílias/mês.

O Programa surge como um suporte que fortalece a rede de cuidado integral direcionada à primeira infância por meio da realização das visitas domiciliares. Em Arapiraca/AL, a proporção de indivíduos (crianças e gestantes) visitados pelo programa no último ano, em relação à meta prevista, foi de 100%.

O Cadastro Único é um serviço do Governo Federal destinado a promoção dos direitos socioassistenciais às famílias em situação de vulnerabilidade social e ao acesso a programas sociais, considerando situações específicas. Ele também funciona como base de dados para visualizar o quadro geral dos perfis das famílias referenciadas nos municípios. Alguns dos programas mais conhecidos ofertados através do CadÚnico são o auxílio Brasil, as tarifas sociais de energia elétrica e água, a carteira da pessoa idosa e mais recentemente, a vinculação ao benefício de prestação continuada (BPC). Atualmente o município de Arapiraca tem 10.700 crianças de até 6 anos cadastradas, de acordo com o gráfico abaixo 90,5% (9.685) crianças cadastradas são beneficiárias do Programa Auxílio Brasil.

Figura 4 – Cadastro Único e Primeira Infância.



Fonte: CadÚnico, Ago. 2022.

A PSE – Proteção Social Especial se divide em média e alta complexidade. Fazendo parte da média complexidade encontra-se o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), oferecendo os seguintes serviços: Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI), Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida socioeducativa de L.A. e P.S.C., Centro POP, um Centro de Referência Especializado para atender a população em situação de rua, Centro de Referência, Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAMSV) e o Centro Dia.

O PAEFI conta com uma equipe composta por profissionais de diversas áreas, como assistentes sociais, psicólogos e advogados, é voltado para famílias e crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência, que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Oferece apoio, orientação e acompanhamento para a superação dessas situações por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais. O público atendido pelo PAEFI vivenciou algum tipo de violação de direito, como violência física e/ou psicológica, negligência, violência sexual (abuso e/ou exploração sexual), adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas ou sob medidas de proteção, tráfico de pessoas, situação de rua, abandono, trabalho infantil, discriminação por orientação sexual e/ou raça/etnia, entre outras. O PAEFI tem sempre por objetivo contribuir para o fortalecimento da família no seu papel de proteção; incluir famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos; combater as violações de direitos na família; e prevenir a reincidência de violações de direitos.

O Centro POP (Centro de referência especializado para a população em situação de rua) é um serviço destinado para as pessoas que usam a rua como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária, por poucos dias, ou de forma permanente. O trabalho é desenvolvido por uma equipe composta por: coordenação, assistente social, psicólogo/a, monitores, orientadores sociais, auxiliar de cozinha, serviços gerais e uma equipe de abordagem social.

O Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAMSV) atua no fortalecimento de mulheres em situação de violência doméstica, tem por objetivo prevenir e reduzir a violência física, moral, psicológica, patrimonial ou sexual, por meio do acolhimento, atendimento e acompanhamento realizado por uma equipe de profissionais das áreas de psicologia, serviço social e direito. O trabalho desenvolvido visa o fortalecimento dos aspectos psicológicos e sociais para que a mulher possa enfrentar e superar a situação de violência através da articulação em rede visando à garantia dos seus direitos.

O Centro Dia é um serviço especializado para pessoas com deficiência em situação de dependência de cuidados e suas famílias, contribuindo para evitar o isolamento social da pessoa com deficiência e do cuidador familiar e outras situações de risco e violações de direitos, como a discriminação, negligência, maus-tratos, abandono, violência física e psicológica, uso indevido da imagem, convivência com extrema pobreza, dentre outros riscos, promovendo autonomia, inclusão social e melhoria na qualidade de vida, através do fortalecimento do papel protetivo da família. O centro dia dispõe de uma equipe composta por Assistente Social, Psicóloga e coordenadora.

Tabela 12 – atendimentos realizados pela PSE em Arapiraca

SERVIÇO	META PACTUADA	MÉDIA MENSAL	MÉDIA ANUAL
---------	---------------	--------------	-------------

PAEFI	80	117,92	1.415
L.A/PSC	40	86,17	1.034
Centro POP	100	98,83	1.186
Centro Dia	30	16	192

Fonte: RAG/SMDS 2021

Com relação aos serviços da alta complexidade, Arapiraca possui uma rede composta por quatro unidades de acolhimento institucional organizada para atender os usuários da política de assistência social.

Nas unidades de acolhimento institucional e proteção a crianças e adolescentes temporariamente afastadas do convívio familiar, incluindo crianças na primeira infância, encontra-se o Abrigo Simone Emídio, de execução direta, que atende crianças de 0 a 6 anos, além de outros três que atendem crianças e adolescentes de 7 a 18 anos incompletos, sendo estes: o Abrigo Maria das Neves Borges, de execução direta; o Lar São Domingos Sávio e o Abrigo Mãe Rainha, conveniados. As principais causas do acolhimento são: violência, negligência, abandono, abuso e exploração sexual.

Figura 5 – Proteção Social Especial – Alta Complexidade.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL ALTA COMPLEXIDADE

ARAPIRACA POSSUI 4 UNIDADES DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL
PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PRÓPRIOS



MARIA DAS NEVES
Próprio, municipal, 20
crianças faixa 7 a 18 anos



SIMONE EMÍDIO
Próprio, municipal, 20
crianças faixa 0 a 6 anos

CONVENIADOS



LAR SÃO DOMINGOS
Conveniados, 15 vagas
faixa 7 a 18 anos



MÃE RAINHA
Conveniados, 15 vagas
faixa 7 a 18 anos

A média de ocupação é de 65%.

.....

Fonte: Sistema Guardião Município, 2022.

Fazendo parte da estrutura de trabalho da SMDS, com atuação específica voltada ao Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) encontra-se também o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), no qual representantes do governo e representantes de organizações da sociedade civil dialogam e deliberam conjuntamente sobre prioridades e programas de ação para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Entre suas atribuições encontra-se diagnosticar e definir prioridades locais, elaborar planos de ação municipais de garantia de direitos, registrar e autorizar o funcionamento de entidades e programas de atendimento socioassistenciais e socioeducativos, além de acompanhar e monitorar o trabalho dos Conselhos Tutelares e buscar fomentar o trabalho integrado na rede de proteção.

Ainda no campo da garantia de direitos às crianças e adolescentes o município dispõe de 1 conselho tutelar dividido em 2 regiões administrativas, que tem por finalidade zelar pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes. É importante ressaltar que o Conselho tutelar deve manter uma interação constante com as demais instâncias do SGDCA – CMDCA, Secretarias Municipais que operam políticas sociais básicas, órgãos dos sistemas judiciários e de segurança pública – também deverá ser frequente, visto que os direitos à saúde, à educação, à liberdade, ao respeito e à dignidade, entre outros, devem ser zelados pelos conselheiros tutelares, que poderão demandar ações, requisitar medidas ou efetuar encaminhamentos a todas as instâncias do SGDCA.

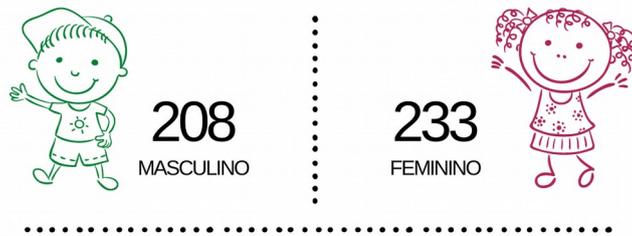
É importante salientar que o Conselho Tutelar deve atender a crianças e a adolescentes sempre que houver risco de violação dos seus direitos, seja por ação ou omissão do Estado, da sociedade ou dos pais e responsáveis. De acordo com as diretrizes do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda, cada município deve ter um Conselho Tutelar para cada 100 mil habitantes. Atribui-se, dessa forma, aos municípios mais populosos, a responsabilidade pela instituição de um número maior de Conselhos. Considerando essa proporção, a cobertura de Conselho Tutelar no Arapiraca/AL é de 86,3%, de acordo com os dados apresentados pelo observatório do Marco Legal da Primeira Infância.

Figura 6 – Dados SIPIA janeiro a dezembro de 2021.

Fonte: SIPIA. 2022.

**DADOS SIPIA
JANEIRO A DEZEMBRO DE 2021**

ATENDIMENTOS REALIZADOS



O Sistema de informação para a Infância e Adolescência – SIPIA é uma plataforma nacional qualificada de apoio e retaguarda às ações federativas de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas relacionadas à infância e adolescência. Atua diretamente a serviço do pacto federativo com base em eixos temáticos de ações, nos quais realiza a capacitação, sistematização, análise e distribuição de informações analíticas com recortes municipais, regionais e nacional sobre o cenário de violações dos direitos humanos de crianças e adolescentes no Brasil, subsidiando também o controle social exercido pela sociedade civil brasileira das garantias preconizadas no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Nesse sistema, os conselhos tutelares informam os dados de atendimentos realizados às crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de violação de direitos.

De acordo com os dados extraídos do SIPIA, referência jan. a dez./2021, o total de atendimentos realizados pelos Conselhos Tutelares I e II, e registrados no SIPIA, totalizaram 441 crianças e adolescentes, sendo 233 do sexo feminino, ou seja, 53% dos casos, e 208 do sexo masculino, com 57% dos casos. Os bairros com maiores casos de violação de direitos de crianças e adolescentes são: Olho D'Água dos Cazuzinhas com 70 casos, Primavera com 68 casos, Área Rural de Arapiraca com 53 casos, Senador Nilo Coelho 33 casos, Manoel Teles com 27 casos e Cacimbas 26 casos.

Em sua natureza o SIPIA é um instrumento estratégico descentralizado, de interesse público à garantia dos direitos da criança e do adolescente, que inclui, dentre outras temáticas, módulos para Conselhos Tutelares e Instituições do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).

Em todos os equipamentos públicos, serviços e programas executados pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SMDS) há ações direcionadas ao

desenvolvimento da primeira infância, posto que, estas estão intrínsecas na maioria das situações encontradas nos serviços, assim demandando conhecimento e atuação específica de vários profissionais que fazem parte do SGDCA, culminando na necessidade da atuação intersetorial com encaminhamentos de acordo com o que a situação demandar, considerando sempre a criança uma cidadã de direitos.



Quer uma casa grande

Leticia, 5 anos, Escola de Ensino Fundamental Jany Camelo Lima (zona rural de Arapiraca)



Não gosta de briga

Leticia, 5 anos, Escola de Ensino Fundamental Jany Camelo Lima (zona rural de Arapiraca)

EIXO PRIORITÁRIO: ASSISTÊNCIA SOCIAL ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS.

ESTRATÉGIA 1: GARANTIR PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA ÀS FAMÍLIAS COM GESTANTES E CRIANÇAS DE ATÉ 6 ANOS DE IDADE, ASSISTINDO-AS EM SUA INTEGRALIDADE E ASSEGURANDO O ACESSO A SEUS DIREITOS.

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Orientar a comunidade e equipamentos públicos sobre o direito ao Registro Civil de Nascimento gratuito e a forma de como obtê-lo.	Realizar 1 atividade quadrimestral sobre o acesso ao Registro Civil de Nascimento gratuito.	Comunidade em geral.	PSB	1 10	Equipe técnica dos CRAS (PAIF, SCVF e PCF).	nº de atividades realizadas.
Viabilizar a retirada da 2ª Via do Registro de Nascimento em caso de perda; (Nas situações de vulnerabilidade social).	100% das famílias em vulnerabilidade social.	Famílias em situação de vulnerabilidade e social.	Recursos Próprios	1 10	Setor de Benefícios Eventuais.	nº de registros realizados de forma gratuita.
Promover a realização de atividades complementares voltadas às crianças e suas famílias inscritas do Programa Criança Feliz (PCF) e Criança Alagoana (CRIA).	Realizar 1 atividade complementar do PCF e Criança Alagoana (CRIA) bimestralmente.	Famílias e crianças inscritas no PCF e CRIA.	PSB	1 10	Equipe técnica dos CRAS (PAIF, SCVF e PCF).	nº de atividades realizadas.

<p>Promover atividades socioassistenciais nos âmbitos dos serviços: PAIF (Proteção e Atendimento Integral à Família), SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo) e PCF (Programa Criança Feliz), com foco na parentalidade positiva e prevenção da negligência e da disciplina punitiva, tendo por finalidade combater o abuso, a exploração, o tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças.</p>	<p>Realizar 1 atividade quadrimestral por serviço (PAIF, SCFV e PCF) sobre a referida temática.</p>	<p>Famílias atendidas pelos serviços ofertados no CRAS.</p>	<p>PSB PAIF SCFV PCF</p>	<p>10 16</p>	<p>Equipe técnica dos CRAS (PAIF, SCFV e PCF).</p>	<p>nº de atividades realizadas.</p>
<p>Realizar Campanhas para sensibilização sobre as “Diversas formas de violência contra a criança” (Semana do aniversário do ECA; Campanha do Dia Nacional de Combate ao Abuso e a Exploração Sexual, Combate ao Trabalho Infantil, Combate ao racismo, com vistas para a prevenção da discriminação e promoção aos direitos de igualdade racial, etc.).</p>	<p>1 campanha de cada temática/ano.</p>	<p>Comunidade em geral.</p>	<p>PSB</p>	<p>10 16</p>	<p>Equipe técnica dos CRAS (PAIF, SCFV e PCF).</p>	<p>nº de indivíduos participantes das campanhas.</p>

Realizar ciclo de palestras sobre a temática “Gravidez na Adolescência e seus impactos sociais, realidade e expectativas”, voltada a adolescentes.	Realizar 1 atividade quadrimestral sobre a temática em foco.	Adolescentes participantes do SCFV.	PSB/SCFV	3 10 16	Equipe técnica dos CRAS (PAIF, SCVF e PCF).	nº de palestras realizadas.
Orientar as famílias com crianças de 0 a 6 anos sobre as consequências do descumprimento das condicionalidades do PAB.	Realizar 1 atividade de orientação bimestral às famílias sobre as consequências do descumprimento das condicionalidades do PAB.	Famílias inscritas no CadÚnico com crianças na faixa etária da primeira infância.	PSB/ IGD SUAS	1 10 16	Equipe técnica dos CRAS e Cadastro Único.	nº de famílias orientadas.

Acompanhar, prioritariamente, famílias com crianças até 6 (seis) anos de idade, do Programa PAB, em descumprimento de condicionalidade.	Acompanhar 80% famílias com crianças até seis anos de idade, do Programa PAB, em descumprimento de condicionalidade.	Famílias com crianças de até 6 anos, beneficiária do PAB, em descumprimento de condicionalidade.	PSB/PAB	1 10 16	Equipe técnica dos CRAS (PAIF).	% de famílias acompanhadas.
Implantar brinquedotecas nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) para atendimento às crianças da primeira infância.	Implantar 9 brinquedotecas nos CRAS.	Famílias com crianças na Faixa etária na primeira infância.	PSB/PCF	10	Equipe técnica dos CRAS (PAIF e PCF)	nº de brinquedotecas implantadas.
Solicitar a realização de Concurso Público ou Processo Seletivo para ampliação do quadro da SMDS, além de incrementar estrutura e equipamentos.	Implementar em 50% a capacidade técnica até o final da vigência deste plano.	Comunidade em geral.	Municipal	16	SMDS/PMA.	Concurso realizado.
Promover periodicamente a busca ativa das crianças de até 6 anos beneficiárias do BPC para inclusão no PCF.	Fazer 1 busca ativa, por quadrimestre, das crianças beneficiárias do BPC.	Famílias com crianças beneficiárias do BPC.	PSB/PCF	10	Equipe técnica dos CRAS (PAIF, SCVF e PCF).	nº de busca ativa realizadas.

<p>Inserir, em acompanhamento prioritário, no PAIF e PCF, as famílias de crianças de até 5 (cinco) anos beneficiárias do BPC, em situação de vulnerabilidade social.</p>	<p>Acompanhar 80% das famílias de crianças de até 6 anos beneficiárias do BPC, em situação de vulnerabilidade social.</p>	<p>Famílias de crianças de até 6 anos beneficiárias do BPC, em situação de vulnerabilidade e social.</p>	<p>PSB/PAIF</p>	<p>1 10 16</p>	<p>Equipe técnica dos CRAS (PAIF e PCF).</p>	<p>% de famílias acompanhadas.</p>
<p>Implementar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para Crianças de 0 a 6 anos nos territórios dos CRAS.</p>	<p>Implementar o SCFV para crianças de 0 a 6 anos em 5 territórios com alto índice de vulnerabilidade social.</p>	<p>Crianças de 0 a 6 anos.</p>	<p>PSB/SCFV</p>	<p>10</p>	<p>Equipe técnica dos CRAS (PAIF e SCFV).</p>	<p>nº de territórios com alto índice de vulnerabilidade social, com o SCFV implantado.</p>

<p>Desenvolver ações intersetoriais voltadas ao combate a evasão escolar, trabalho infantil, abuso e exploração sexual, acesso aos serviços de saúde, negligência, vulnerabilidade relacionada a criança com deficiência.</p>	<p>Realizar 1 reunião intersetorial por quadrimestre com representantes das secretarias de Saúde, Educação, CT, CMDCA, PCF, PAIF e SCFV.</p>	<p>Profissionais que trabalham com famílias com crianças na faixa etária de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade.</p>	<p>PSB e PSE</p>	<p>1 10 16</p>	<p>Equipe técnica dos CRAS (PAIF, SCFV e PCF).</p>	<p>nº de ações intersetoriais realizadas.</p>
<p>Realizar formação continuada, para os profissionais e coordenadores dos serviços, em Desenvolvimento da Primeira Infância (PDI), com foco na prevenção, identificação e acompanhamento de casos de violência na primeira infância – incluindo negligência, violência verbal, psicológica, física e sexual.</p>	<p>Realizar 1 encontro de formação continuada por bimestre</p>	<p>Profissionais e coordenadores dos serviços.</p>	<p>PSB</p>	<p>10 16</p>	<p>Equipe técnica da SMDS (PSB)</p>	<p>nº profissionais e coordenadores participantes das formações.</p>

<p>Realizar inclusão das famílias com crianças de até seis anos de idade, que tem algum membro familiar usuário de drogas, ou respondendo por processo criminal ou infracional nos diversos benefícios, serviços e programas socioassistenciais.</p>	<p>Acompanhar 100% das famílias que se enquadrem na descrição da ação.</p>	<p>Famílias com crianças de até seis anos de idade, que tem algum membro familiar usuário de drogas, ou respondendo por processo criminal ou infracional.</p>	<p>PSB</p>	<p>10</p>	<p>Equipe técnica dos CRAS (PAIF)</p>	<p>% de famílias acompanhadas</p>
<p>Combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional, atendendo prioritariamente às necessidades nutricionais de gestantes, lactantes e crianças na faixa etária da primeira infância dos territórios com maior índice de vulnerabilidade através da inclusão nos serviços socioassistenciais.</p>	<p>Atender 100% das gestantes, lactantes e crianças na faixa etária da primeira infância dos territórios com maior índice de vulnerabilidade.</p>	<p>Gestantes, lactantes e criança na faixa etária da primeira infância</p>	<p>PSB</p>	<p>1 3 10</p>	<p>Equipe técnica da SMDS (PSB)</p>	<p>% de famílias acompanhadas</p>

EIXO PRIORITÁRIO: ASSISTÊNCIA SOCIAL ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS

ESTRATÉGIA 2: GARANTIR PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL ÀS FAMÍLIAS COM GESTANTES E CRIANÇAS DE ATÉ 6 ANOS DE IDADE, ASSISTINDO-AS EM SUA INTEGRALIDADE E ASSEGURANDO O ACESSO A SEUS DIREITOS.

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Atender, através do CREAS, de forma individualizada, ofertando apoio e orientação psicossociojurídica, para as crianças que forem expostas às diversas formas de negligência e violência física, psicológica, sexual e patrimonial, tendo sido encaminhadas através de denúncia formal ou informal.	100% das crianças expostas às diversas formas de negligência e violência física, psicológica, sexual e patrimonial.	Crianças expostas às diversas formas de negligência e violência física, psicológica, sexual e patrimonial.	PSE	10 16	Equipe técnica do CREAS	RMA RPM
Disponibilizar atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos que tenham crianças em situação de acolhimento institucional através de equipe técnica psicossocial das unidades de acolhimento institucional.	Acompanhar 100% das famílias de crianças em situação de acolhimento institucional, enquanto perdurar o acolhimento, até seis meses após a reintegração	Famílias de crianças em situação de acolhimento institucional.	PSE	10 16	Equipe técnica das unidades de acolhimento	RPM

	familiar					
Estabelecer, intrasetorialmente, o fluxo de atendimento dos casos que vão demandar atenção especializada, padronizando e formalizando os instrumentos de atenção à criança, na faixa etária da primeira infância, vítima de violência.	Realizar 1 ação ao ano do Café com CREAS com a PSB e unidades de acolhimento.	Equipe técnica da PSE/CREAS	PSE	10 16	Equipe técnica da SMDS	Fluxo instituído Relatório de criação do fluxo, com o fluxo em anexo.
Propor a criação de um fluxo intersetorial para o atendimento integrado, de crianças na primeira infância, vítimas ou testemunhas de violência, objetivando a efetiva atuação da rede de garantia de direitos.	Realizar 1 ação ao ano do Café com CREAS com o sistema judiciário (conforme plano operativo do CREAS)	Equipe técnica da PSE/CREAS	BLOCO DA PSE	10 16	Equipe técnica da PSE e CREAS	Fluxo instituído Relatório de criação do fluxo, com o fluxo em anexo.
	Realizar 1 ação ao ano do Café com CREAS com saúde e a educação (incluir no plano operativo do CREAS)	Equipe técnica da PSE/CREAS	PSE	10 16	Equipe técnica da PSE e CREAS	Fluxo instituído Relatório de criação do fluxo, com o fluxo em anexo.
Promover capacitação profissional na política de assistência com conteúdos voltados à prevenção, tendo por base as metodologias da escuta especializada e depoimento especial de crianças na primeira infância,	Realizar 1 capacitação ao ano	Equipe técnica da PSE/CREAS	IGD SUAS FIA	10 16	SMDS e Gestão do trabalho.	Relatório de monitoramento quadrimestral e anual da Gestão do Trabalho.

vítimas ou testemunhas de violência, para uma escuta empática, acolhimento e apoio nas questões sociais.						
Realizar Campanhas e criar programas de orientação com conteúdo de prevenção e combate, com vistas ao enfrentamento da Violência contra Crianças na faixa etária da primeira infância.	Realizar 2 Campanhas ao ano 18 de maio 12 de junho	População arapiraquense.	PSE	10 16	PSE e CREAS	RMA RPM
Promover formação continuada de conselheiros tutelares em Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI), qualificando a atuação dos CTs para o atendimento à criança na faixa etária da primeira infância, vítima de violência.	Realizar 3 capacitações ao ano.	Conselheiros Tutelares.	FIA	10 16	CMDCA	Frequência Registro fotográfico.
Sistematizar anualmente os dados sobre violência contra crianças na faixa etária da Primeira Infância, com vistas à elaboração de planejamento operacional e políticas públicas, pautadas na realidade vigente.	Emitir 1 Boletim técnico no 1º quadrimestre referente ao ano anterior.	Serviços que atendem gestantes e crianças na primeira infância.	IGD SUAS	10 16	Vigilância Socioassistencial	Relatório publicizado.
Incentivar a denúncia de qualquer tipo de violência contra crianças na faixa etária da primeira infância, divulgando e/ou criando canais oficiais de denúncia.	Realizar salas de espera nas unidades públicas ao longo do ano.	Servidores públicos e usuários das políticas.	PSE	10 16	PSE e equipe técnica do PAEFI	RMA RPM

Garantir de forma efetiva o funcionamento do sistema de notificação de violência contra a criança (SIPIA), promovendo formação dos profissionais e aperfeiçoamento do sistema.	Realizar 3 capacitações ao ano.	Conselheiros Tutelares e Profissionais da PSE e PSB.	FIA	10 16	CMDCA SIPIA Municipal	Frequência Registro fotográfico.
Realizar formação e capacitação continuada para os servidores de acolhimento institucional e para as unidades de acolhimento conveniadas com foco na promoção e desenvolvimento da primeira infância.	Realizar 3 formações ao ano.	Profissionais dos serviços de acolhimento institucional e das unidades de acolhimento conveniadas.	PSE IGD SUAS	10 16	PSE e Gestão do trabalho	Relatório de monitoramento quadrimestral e anual.

EIXO III EDUCAÇÃO INFANTIL

“Educar é crescer. E crescer é viver. Educação é assim, vida no sentido mais autêntico da palavra”.
(Anísio Teixeira)

Pesquisas recentes apontam que as intervenções na educação infantil são caracterizadas como uma estratégia inteligente, eficaz e eficiente, de modo a garantir que as crianças tenham uma infância feliz e segura. O aprendizado no ensino fundamental, no ensino médio, na educação superior, ou seja, em toda a trajetória de vida escolar do sujeito depende do desenvolvimento nessa etapa escolar.

A Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº 9.394/1996 garantem a educação infantil como um direito das crianças do 0 aos 5 anos de idade. Sua finalidade é desenvolver plenamente a criança, a partir de ações que envolvam a família e a comunidade.

Afirmamos, portanto, que, no Brasil, a educação das crianças menores de 7 anos tem uma história de cento e cinquenta anos. Uma história marcada por desafios e perspectivas de atuação que vão desde o conceito de criança até as abordagens mais recentes sobre o desenvolvimento infantil, segundo a Base Nacional Comum Curricular – BNCC.

Seu crescimento, no entanto, deu-se principalmente a partir dos anos 70 do século XX e foi mais acelerado até 1993. Ainda, no século passado, precisamente em 1998, estava presente em 5.320 Municípios, que correspondem a 96,6% do total de municípios brasileiros. A mobilização de organizações da sociedade civil, decisões políticas e programas governamentais têm sido caminhos eficazes de expansão das matrículas e de aumento da consciência social sobre o direito, a importância e a necessidade da educação infantil. Essa é uma oferta educacional, porém, proporcionalmente muito limitada, mesmo nos anos recentes, com a Busca Ativa Escolar – BAE.

Nesse sentido, com o objetivo de garantir o acesso e a permanência dos alunos de 0 aos 5 de idade na educação infantil, há a necessidade de mobilizar instituições parceiras, como os Conselhos Municipais de Educação. Os processos são analisados a partir da Lei do Sistema Municipal de Ensino nº 270/2000 e das Resoluções nº 009/2004 e nº 003/2011 do Conselho Municipal de Educação CME.

Essa representatividade garante as adequações de infraestrutura, colaboradores habilitados, propostas pedagógicas concretas, pautadas nos campos de experiência e direitos de aprendizagem específicas da faixa etária, formação continuada na primeira infância.

O compromisso de oferecer acesso à Educação Infantil se consolidou mais a partir da Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013 (que altera a Lei nº 9394/1996), a qual torna obrigatório o ensino de 4 a 17 anos.

Dessa forma, a atuação da educação infantil deverá obedecer às necessidades de atendimento educacional, de bem-estar social e desenvolvimentos atendidos de cada faixa etária: a primeira fase de desenvolvimento, de zero a três anos, as crianças são atendidas nas creches ou instituições equivalentes. A partir dos quatro anos frequentam a pré-escola. Assim, o município deve, progressivamente, oferecer e ampliar o atendimento da Educação Infantil para as crianças de 0 a 5 anos em creches e pré-escola.

O número de crianças na educação infantil, no município de Arapiraca, vem caindo durante os últimos anos em Arapiraca, conforme os dados dessa população. Durante o ano de 2020, em decorrência da pandemia provocada pelo novo coronavírus, muitos alunos da educação infantil não retornaram para as Unidades Educacionais, em virtude da modalidade remota emergencial de ensino. Os dados foram calculados pela equipe do Programa Prefeito Amigo da Criança com base na proporção encontrada no Censo Demográfico de 2010, nos resultados da estimativa populacional de 2012 e no Plataforma de Qualidade da Educação – QEDu, da Fundação Lemann.

Tabela 13 – População alvo da educação infantil, 2020 a 2021

ANOS	FAIXA ETÁRIA DE 0 A 3 ANOS DE IDADE - CRECHE	FAIXA ETÁRIA DE 4 A 5 ANOS DE IDADE – PRÉ-ESCOLA	TOTAL
2020	11.423	6.142	
2021	11.169	6.026	

Fonte: População estimada 2021 – IBGE / mapa de criança e do adolescente (Fundação Abrinq)

Dessa maneira, observa-se, a partir dos dados do Censo Escolar (Tabela 1 e 2), um aumento gradual no número de matrículas na Educação Infantil na rede municipal no período de 2010 a 2015, no entanto na rede particular vem reduzindo. O INEP até o presente momento não disponibilizou os resultados por dependência, assim não consta nas tabelas dados de 2015 da rede particular.

Tabela 14 – Atendimento de crianças em creches, 2018 e 2021

ANOS	FAIXA ETÁRIA DE 0 A 3 ANOS DE IDADE - CRECHE	FAIXA ETÁRIA DE 4 A 5 ANOS DE IDADE – PRÉ-ESCOLA	TOTAL
2018	2.102	1.021	3.123
2019	2.090	1.029	3.119
2020	1.940	804	2.744
2021			

Fonte: QEDU, 2022

O atendimento em Pré-Escola aumentou no município de Arapiraca, apesar da redução na rede privada.

Tabela 15 – Atendimento de crianças em pré-escola, 2018 e 2021

ANOS	FAIXA ETÁRIA DE 0 A 3 ANOS DE IDADE - CRECHE	FAIXA ETÁRIA DE 4 A 5 ANOS DE IDADE – PRÉ-ESCOLA	TOTAL
2018	3.987	1.953	5.940
2019	4.176	1.963	6.139
2020	4.026	1.633	5.689
2021			

Fonte: QEDU, 2022

Observa-se, a partir dos dados do Censo Escolar (Quadros 1 e 2), um aumento gradual no número de matrículas na Educação Infantil na rede municipal no período de 2018 a 2021, no entanto na rede particular esses dados vêm reduzindo. O INEP até o presente momento não disponibilizou os resultados por dependência, assim não consta nas tabelas dados de 2021 da rede particular.

Tabela 16 – Atendimento da educação infantil por dependência administrativa, 2018 a 2021

ANOS	MUNICIPAL	PARTICULAR	TOTAL
2018	3.123	5.940	9.063
2019	3.119	6.139	9.258
2020	2.744	5.689	8.433
2021			

Fonte: QEDU, 2022

Dessa forma, diante dessa realidade, é importante que analisemos a meta 1 do PNE – Plano Nacional de Educação e do PNPI – Plano Nacional de Primeira Infância, dividindo a educação infantil em duas faixas etárias: as que frequentam as creches (0 a 3 anos de idade) e as que frequentam a pré-escola (4 e 5 anos de idade), em virtude da diferença de componentes.

O componente 1 “universalizar, até 2026, a educação infantil na pré-escola para crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade”. Ou seja, por força da lei todas as crianças classificadas nessa faixa etária devem estar matriculadas na pré-escola até o ano supracitado, independente do percentual de atendimento atual.

O componente 2 “ampliar a oferta de educação infantil em creches de forma a atender no mínimo 50% das crianças de até 3 anos até o final da vigência do Plano Municipal de Educação – PME e do Plano Municipal pela Primeira Infância-PMPI”. Com relação ao percentual de alunos atendidos, na faixa etária de 0 a 5 anos no município, dados apresentados no Quadro 3, demonstra o número de atendimento dessa faixa etária, possibilitando relacionar com o cenário estadual e nacional.

Figura 7 – Percentual da população de 0 a 3 anos que frequentam a escola



Arapiraca - AL

23,26%

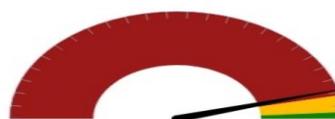
Ruim - Abaixo da média Nacional - 0% a 35,6%

INEP | Organizado por Datapedia.info

Fonte: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2022

A figura está demonstrada que a creche é um poderoso meio de socialização e estímulos que colaboram para o desenvolvimento pleno dos indivíduos. Isso é ainda mais evidente para as crianças de famílias mais vulneráveis, que em geral recebem menos proteção e estímulos em casa. Por isso, a meta do Plano Nacional de Educação (PNE) é atingir pelo menos 50% de matrículas em creches, para crianças de 0 a 3 anos, até o ano de 2024. Cada município, no entanto, tem necessidades diferentes. Por isso, este índice deve ser observado em combinação com o índice local de necessidade de creche.

Figura 8 – Percentual da população de 4 a 5 anos que frequentam a escola



Arapiraca - AL

91,29%

Ruim - Abaixo da Média Nacional 92,9%

INEP | Organizado por Datapedia.info

Fonte: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2022

Para a pré-escola, a meta é de 100% de matrículas das crianças de 4 e 5 anos. Trata-se da primeira etapa obrigatória da educação básica e de uma medida essencial para nivelar as oportunidades das crianças mais vulneráveis com as daquelas que, ao ingressar no ensino fundamental, já receberam muito mais estímulos.

Observando-se os dados referentes ao atendimento da população de 0 a 3 anos verifica-se que o município está distante do que determina a meta nacional, atendendo atualmente a 23,26% dessa população em creches, segundo dados da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV (2019). No que se refere à universalização da Educação Infantil na pré-escola crianças de 4 e 5 anos, os números também estão próximos ao que determina a meta, alcançando um total de 91,29% de crianças matriculadas. Nessa análise, cabe destacar que não há oferta de vagas para essas etapas da Educação Básica na rede municipal.

A universalização da educação dos alunos de 4 a 5 anos gera preocupação, uma vez que são necessários planejamento e investimentos adequados para que essa faixa etária seja atendida em estruturas e equipamentos, com profissionais qualificados e projeto pedagógico consistente. O artigo 29 da LDB estabelece que a educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até cinco anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da sociedade. Segundo as normas legais hoje em vigor, as creches atenderão crianças de zero a três anos, ficando a faixa de 4 a 5 para a pré-escola, devendo ser adotados objetivos educacionais, os quais as fazem instituições de educação.

Essa natureza pedagógica da educação infantil é ainda mais reforçada e tornada precisa pela Base Nacional Comum Curricular – BNCC emanadas do Conselho Nacional de Educação (CNE). Essa determinação é relevante, porque é nessa idade, precisamente, que os estímulos educativos têm maior poder de influência sobre a formação da personalidade e sobre o desenvolvimento da criança. Portanto, de posse da situação de atendimento educacional para essa faixa etária e da demanda, o poder público deve realizar um esforço de ampliação da oferta e de expansão das unidades de educação infantil.

Em relação à infraestrutura dos estabelecimentos de ensino de Educação Infantil em Arapiraca, importa afirmar que, em sua maioria, eles não atendem às exigências da legislação, apresentando, por exemplo, salas pequenas, sem ventilação, sem parque infantil, sem espaço para que se possam dinamizar as aulas, sendo as crianças, assim, privadas de realizar atividades que possibilitem um bom desenvolvimento cognitivo e psicomotor que, nesta faixa etária, são de fundamental importância, além de prescritos por lei.

“Quería um carro para eu e os meninos irem comigo para a escola”

Lucas, 5 anos, do CEI Pontes de Miranda

*“Esse carro aqui é para ajudar todo mundo, para todo mundo ir para o canto
que a pessoa quiser”*

Gustavo, 5 anos, do CEI Pontes de Miranda



Ônibus e seus colegas

Nicolas, 5 anos, CEI Pontes de Miranda

EIXO PRIORITÁRIO: EDUCAÇÃO INFANTIL

ESTRATÉGIA: OPORTUNIZAR QUE AS CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS DE IDADE SEJAM MATRICULADAS EM CEI'S (CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL)

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSOS	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
--------------	-------------	---------------------	--------------------------	------------	---------------------	-----------------------------------

Solicitar à SMS que os ACS's realizem levantamento nos Bairros, da população de 0 a 3 anos incompletos fora de Creche para análise de demanda reprimida e definição das áreas prioritárias para construção/ampliação de CEI's.	50% do público-alvo em 10 anos	Crianças de 0 a 3 anos de idade	Recursos próprios	1 4 10	Busca Ativa Escolar – SMEDE	Documento de monitoramento de matrículas.
Construir e ampliar os CEI' com estrutura física preconizada e seguindo as regras de acessibilidade.	Construção de 12 CEI's	Crianças de 0 a 5 anos	Recursos próprios e Gov. Federal	1 4 10	Prefeitura Municipal de Arapiraca	Creches construídas.
Garantir o acesso à Educação Infantil de qualidade em Período Integral, pautada na ação indissociável do cuidar e educar, com vistas à afetividade, alimentação saudável, descanso, higiene, desenvolvimento cognitivo, emocional e motor, com profissionais qualificados, estrutura física adequada com acessibilidade e, material pedagógico de qualidade em quantidades suficientes.	100% dos CEI's	Crianças de 0 a 5 anos e profissionais	Recursos próprios e Gov. Federal	1 4 10	Prefeitura Municipal de Arapiraca	Creches construídas.
Atualizar o PPP (Projeto Político Pedagógico/Regimento Interno), de modo a garantir os direitos e aprendizagens, organizados a partir dos campos de experiências como preconiza a BNCC. (Instituições de Educação Infantil).	100% dos CEI's	CEI's	Recursos próprios	1 4 10	SMEDE	PPPs construídos
Discutir com a Comunidade Escolar (Instituição/Pais) a importância de cumprir com as responsabilidades compartilhadas. (CEI's).	Mensal	Comunidade Escolar (profissionais e famílias)	Recursos próprios e	1 4 1	SMEDE	Relatório descritivo sobre a reunião realizada

Executar Formação Continuada para professores dos CEI's.	Mensal	Colaboradores	Recursos próprios	1 4 10	SMEDE	Planilha de monitoramento das ações
Realizar momentos de HTPC (Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo) e HTPL (horário de trabalho pedagógico livre. (Direção dos CEI's).	Semanal	Professor	Recursos próprios	1 4 10	SMEDE	Folha de frequência Pautas
Elaborar cardápio variado, adequado às necessidades da faixa etária, regionalizado, respeitando a sazonalidade e adaptado às necessidades que surgirem no dia a dia (Baixo peso, Obesidade, Intolerâncias, etc.). (Nutricionistas da SMEDE).	Mensal	Crianças	Próprios Gov. Federal	1 4 10	SMEDE SMS	Cardápios construídos
Ampliar o quadro de Articuladores da Educação Infantil.	Anual	CEI's	Próprios Gov. Federal	1 4 10	SMEDE	Contratação efetivada
Ampliar o quadro técnico da SMEDE, disponibilizando Assistente Social, Psicólogo, Coordenador Pedagógico, Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta educacional Enfermeiro e Técnico de Enfermagem para atender a demanda da educação.	Anual	CEI's	Próprios Gov. Federal	1 4 10	SMEDE	Contratação efetivada
Incentivar que os CEIs tenham uma perspectiva intersetorial e integrada com UAPS e CRAS.	Bimestral	Comunidade escolar	Próprios	1 4 10	SMEDE SMS	Relatório de monitoramento
Realizar ciclos de autoavaliação utilizando os indicadores de qualidade na educação infantil, considerando a participação da comunidade	Semestral	Comunidade escolar	Próprios	1 4 10	SMEDE	Relatório de realização das autoavaliações

escolar.						
Proporcionar acessibilidade a crianças com deficiência, transtorno do espectro autista e / ou altas habilidades, promovendo o seu desenvolvimento e oferecendo múltiplas formas de expressão e interação a todas as crianças.	Anual	Crianças com deficiência	Próprios Gov. Federal	1 4 10	SMEDE	Relatórios de acompanhamento e execução

EIXO IV PROTEÇÃO À CRIANÇA

“Brincar desenvolve as habilidades da criança de forma natural, pois brincando aprende a socializar-se com outras crianças, desenvolve a motricidade, a mente, a criatividade, sem cobrança ou medo, mas sim com prazer”

(Cunha 2001, p. 14).

O Brincar é contemplado na BNCC da Educação Infantil como um dos seis direitos de aprendizagem e desenvolvimento que pautam os Campos de Experiências das crianças. Considerando o exposto é importante evidenciar que precisam ser garantidos em cada um dos campos de experiências das crianças: O eu, o outro e o nós; Escuta, fala, pensamento e imaginação; Traços, sons, cores e formas; Corpo, gestos e movimentos e Espaços, tempos, quantidades, relações e transformações.

O PNPI acentua que apesar de o brincar ser um ato livre e espontâneo da criança, é preciso que o adulto o potencialize para que alcance resultados mais profundos. Não se trata de, apenas, “deixar brincar”, como se a espontaneidade realizasse a plenitude do brincar. A mediação do adulto pode prolongar o caminho trilhado pela criança. E essa função mediadora requer preparação que tenha por finalidade favorecer a construção e o desenvolvimento do seu potencial de atenção, memória, imaginação e socialização, por meio da interação, utilização e experimentação de regras e papéis sociais, para que ela, no futuro, se torne um cidadão saudável e em equilíbrio e harmonia com seu meio.

Para PIAGET (1971) o desenvolvimento da criança acontece através do lúdico, ela precisa brincar para crescer. O brincar proporciona a criança vivenciar diferentes contextos, realizar seus desejos e explorar o mundo a seu redor, além de desenvolver hábitos de cooperação e de solidariedade. Brincando a criança experimenta, descobre, inventa, aprende e confere habilidades. O brincar além de estimular a curiosidade, a autoconfiança e autonomia, proporciona o desenvolvimento da linguagem, do pensamento, da concentração e da atenção.

A Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada por unanimidade em 20 de novembro de 1959, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU estabelece em seu Princípio VII o “direito à educação gratuita e ao lazer infantil”. Em 1990 temos a aprovação do ECA que estabelece dentre os direitos fundamentais “o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade”, que inclui, em seu Art. 16, o direito de “brincar, praticar esportes e divertir-se”.

O espaço físico tanto interno quanto externo tem sido tema de debate pelos que primam pela qualidade das práticas pedagógicas em educação infantil e que procuram proporcionar melhor desenvolvimento e aprendizagem para as crianças. A organização do espaço físico, segundo ABRAMOWICZ e WAJSKOP (1999) “interfere na qualidade das relações e interações que a criança estabelece com o meio no qual convive”. Portanto destaca-se que através do brincar essas relações e interações se intensificam, posto que, o brincar é o principal modo de expressão da criança.

Vale ressaltar, conforme REFERENCIAL CURRICULAR, 1998, p.22, que nas brincadeiras as crianças podem desenvolver capacidades importantes tais como a atenção, a imitação, a memória, a imaginação. Amadurecem também algumas capacidades de socialização, por meio da interação e da utilização e experimentação de regras e papéis sociais. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990) preconiza no seu artigo 4º que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária”. E no Artigo 16, parágrafo IV: “O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos: ...Brincar, praticar esportes e divertir-se”.

Em Arapiraca encontramos espaços lúdicos instalados em ambientes abertos, com ênfase no movimento, na interação e sociabilidade a exemplo dos playgrounds nas praças e parques, bem como em pátios de órgãos públicos tais como: Arapiraquinhas (bibliotecas de bairro), Creches, UBS - Unidades Básicas de Saúde e CRAS -Centros de Referência em Assistência Social. Nas instituições públicas é mais comum o espaço lúdico em meio fechado voltado para atividade de maior concentração e atenção, oportunizando prioritariamente as atividades de estímulos às crianças, através de diversos jogos educativos, fantoches, fantasias, livros infantis, etc..

As UBS's iniciaram em 2015 o processo de ambientação e criação de brinquedotecas e espaços lúdicos para as crianças em atendimento junto com o Programa AGAPI, oportunizando a interação dela com o ambiente da Unidade Básica de Saúde (UBS), proporcionando um ambiente enriquecedor que oferece estímulos de socialização entre crianças. Os brinquedos foram confeccionados por servidores da UBS em oficinas realizadas pelo Programa AGAPI e Sec. Mun. de Educação, através do Projeto Mães Leitoras e Biblioteca SESI, a partir de materiais recicláveis considerando a faixa em foco e de fácil higienização, tendo por finalidade melhorar a receptividade das crianças ao atendimento médico, tornando o momento da espera menos tenso e mais prazeroso.

Atualmente já foi incorporado pelo setor de construção e reformas dos equipamentos públicos municipais a ambientação dos espaços com foco no desenvolvimento da criança, com intervenções artísticas, pinturas, murais, amarelinhas no piso, além de áreas externas com espaços lúdicos e de interação para a primeira infância, considerando suas características físicas e cognitivas.

Não gosta de arma de munição, de luta, de pessoas chatas e de briga.
João Gabriel, 5 anos, Escola de Ensino Fundamental Jany Camelo Lima (zona rural de Arapiraca)



EIXO PRIORITÁRIO: PROTEÇÃO DA CRIANÇA

ESTRATÉGIA 1: DEFENDER E DIVULGAR A IMPORTÂNCIA DO DIREITO DE BRINCAR DE CADA CRIANÇA.

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Adquirir material pedagógico e lúdico, de boa qualidade, adequado à faixa etária e às necessidades do trabalho relacionado às crianças na primeira infância.	1 kit ao ano	Crianças	Convênios e Próprios	3	SMS SMEDE SMDS	Nota de atesto do recebimento dos materiais Registro fotográfico
Criar o “Dia do Brincar” através de Lei Municipal, estabelecendo um cronograma, promovendo nos equipamentos públicos, praças e parques públicos atividades lúdicas e culturais voltadas às crianças pequenas e suas famílias.	1 ao ano	Crianças e suas famílias	Convênios e Próprios	3	Gabinete e Secretarias Municipais	Relatório com registro fotográfico
Reestruturar e colocar em funcionamento as Arapiraquinhas que estão desativadas.	05 Arapiraquinhas funcionando até 2026	Crianças e suas famílias	Convênios e Próprios	3	Gabinete e SMEDE	Relatório com registro fotográfico
Produzir publicação resgatando a memória cultural das brincadeiras e fomentar esse regaste.	1 publicação e 1 encontro anual	Crianças e suas famílias	Próprios	3	SMEDE Sec. Mun. de Cultura	Relatório com registro fotográfico

EIXO PRIORITÁRIO: PROTEÇÃO DA CRIANÇA

ESTRATÉGIA 2: FAVORECER O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS DE FORMA PLENA, SEGURA E LIVRE DE ACIDENTES

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Promover a centralização das denúncias e notificações de acidentes e violência contra criança na primeira infância,	100% dos acidentes notificados mensalmente	Profissional dos serviços de atendimento a criança	Recursos Próprios	3	SMS SME SMDS	% de notificações.
Realizar educação popular aos usuários e comunidades, sobre o DPI, com ênfase na temática “Acidentes na Primeira Infância”.	5 atividades de grupo/mês	Público em geral	Recursos Próprios	3 4	SMS SME SMDS SMTT	nº de atividades realizadas.

EIXO PRIORITÁRIO: PROTEÇÃO DA CRIANÇA

ESTRATÉGIA 3 - GARANTIR QUE OS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS, VOLTADOS AO ATENDIMENTO À PRIMEIRA INFÂNCIA, PROMOVAM RESPEITO, IGUALDADE ÉTNICA E VALORIZAÇÃO CULTURAL DAS FAMÍLIAS, GESTANTES E CRIANÇAS AFRODESCENDENTES.

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Garantir atenção plena e integral às gestantes e crianças até 6 anos de idade em suas respectivas comunidades quilombolas	100% da população alvo	Profissionais dos serviços de atenção às comunidades quilombolas.	Recursos Próprios	1 3 10	SMS SME SMDS	nº de população atendida
Elaborar e divulgar Normativa Técnica para assegurar que propostas pedagógicas, materiais didáticos e ambientação nos equipamentos públicos promovam a compreensão da riqueza étnica e cultural brasileira, fortalecendo o combate ao racismo.	1 normativa elaborada	Responsáveis pelos equipamentos públicos.	Recursos Próprios	3 4 10	APS	Relatório de divulgação e implementação da normativa

EIXO PRIORITÁRIO: PROTEÇÃO DA CRIANÇA

ESTRATÉGIA 4 - IMPLEMENTAR E FORTALECER AÇÕES INTERSETORIAIS, RESOLUTIVAS E HUMANIZADAS VOLTADAS PARA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA E SUAS FAMÍLIAS NA FAIXA ETÁRIA DA PRIMEIRA INFÂNCIA.

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Acolher e acompanhar as famílias de crianças com deficiência, garantindo o atendimento as necessidades apresentadas.	100% das famílias	Família das crianças com deficiência	Recursos próprios	3 10	SMS CER UNIDADES ESPECILIAZADAS SMDS	% de família assistidas
Garantir acessibilidade adequada nas unidades de saúde, fortalecendo a inclusão da 100% das novas construções criança com deficiência.	100% das novas construções	UBS	Recursos próprios	3 10	SMS CDU SMDUMA	% das novas construções
Qualificar os profissionais da atenção primária em “diagnóstico precoce, referência oportuna e acompanhamento de crianças com atraso no DNPM”.	2 oficinas por ano	UBS	Recursos próprios e Gov. Federal	3 4 10	SMS	nº de oficinas realizadas por ano

EIXO 5

A CRIANÇA E O ESPAÇO

O ambiente é o “terceiro professor” da criança, no dizer do fundador da pedagogia de educação infantil (abordagem) de Reggio Emilia, Loris Malaguzzi, para quem o primeiro são os pais; o segundo, os professores nas escolas”.
(PNPI, 2010)

A criança interage diretamente com o meio em que vive, inicialmente no cenário doméstico para em seguida ampliar sua adaptação/exploração no mundo para além das paredes de sua moradia.

O ambiente no qual ela se desenvolve, portanto é um espaço educativo com qual a criança constrói suas experiências e este deve fornecer a ela as condições necessárias para se desenvolver.

Arapiraca é uma cidade que cresce a cada dia. Compreender a dinâmica do crescimento municipal é fundamental para a formulação e implementação de políticas públicas para o desenvolvimento da primeira infância, pensar nos espaços onde essas crianças estão crescendo e o que esses espaços oportunizam para elas, considerando desde o saneamento básico até as áreas de lazer e convivência comunitária.

O ritmo de crescimento de Arapiraca é acelerado, segunda maior do Estado, é uma das cidades que mais cresceu na região Nordeste nos últimos 15 anos. É perceptível o esforço dos governos, em todos os níveis, com investimento para a qualidade de vida de sua população, criação de áreas de lazer, parques e praças que favorecem a recreação, lazer e integração entre as famílias e suas crianças.

Segundo a Constituição Federal, a função social da cidade é o princípio fundamental da política de desenvolvimento urbano, visando à garantia de bem-estar de seus habitantes, esta deve ser implementada pelo Poder Executivo Municipal por meio do plano diretor, que é instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana que deve ser pensado a luz do desenvolvimento infantil.

É importante considerar que a cidade cresce desordenadamente, principalmente na periferia, áreas onde a população mais pobre consegue levantar suas moradias, há uma precarização dos serviços públicos, como transporte e

saneamento, lixo e esgoto a céu aberto, inexistência ou precariedade de áreas de lazer e espaço do brincar que afetam significativamente o desenvolvimento infantil.

O PNPI enfatiza que na cidade, há dois principais espaços destinados às crianças, os parques, creches e pré-escolas, isso demonstra que as crianças ocupam o lugar que os adultos reservam para elas e que as crianças passam mais tempo nos espaços privados do que nos públicos, o que restringe sua interação com o meio em que vive. Cabe então ao poder público, em especial as instituições de ensino, apresentar a cidade, o espaço a suas crianças, integrando a escola aos espaços públicos – ruas, parques, praças, museus, possibilitando a criança conhecer a sua cidade e interagir com ela, reconhecendo o espaço construído pelo Ser humano e suas implicações ao meio natural, gerando aprendizagem reflexiva que vise à conservação do meio e que ela se sinta parte dele.

À medida que a cidade cresce novos problemas surgem, mais agressões ao meio natural acontecem, o que implica diretamente na qualidade de vida das pessoas e principalmente das crianças, portanto, é na educação que a educação ambiental deve começar, integrando a escola a cidade, extrapolando os limites dos muros, reconhecendo o meio ambiente natural e construído, estimulando assim o uso racional dos recursos naturais e conservação do ambiente para se ter qualidade de vida. Essa integração segundo PNPI se sustenta em três pilares promovidos pela escola: conhecimento, ocupação, participação e intervenção das crianças nos espaços e equipamentos urbanos.

Nesse sentido o primeiro passo é possibilitar às crianças passeios urbano para que conheçam os espaços e equipamentos urbanos de sua cidade. Na medida em que realizam estes passeios, elas vão ocupando os espaços urbanos dando visibilidade a sua presença na cidade. A partir do momento em que as crianças conhecem a cidade, elas começam a participar e intervir nos espaços e equipamentos urbanos, participando da (re) criação da cidade.

É preciso evidenciar ainda que é na família que a criança tem suas primeiras vivências e aprendizado, onde se desenvolve e deve ser cuidada e protegida, assim sendo a família deve oportunizar a criança passeios pelo seu bairro e sua cidade.

Arapiraca tem espaços privilegiados para o lazer, a exemplo do parque Ceci Cunha, da Área verde, Lago da Perucaba, museus e Arapiraquinhas, planetário, etc. e ainda dispõem de diversas praças localizadas em diferentes bairros, porém, vale citar que devido ao desenvolvimento acelerado da cidade, há muitas áreas da periferia e do meio rural sem infraestrutura urbana (pavimentação, saneamento e iluminação pública), que implicam de certa maneira na restrição do interagir da criança com o meio. Outro fator que requer atenção é a questão da mobilidade, neste caso o meio de

transporte é também meio de sobrevivência. Em Arapiraca a frota de motocicletas é consideravelmente alta, e estas fazem o transporte de muitas crianças pequenas, que neste caso estão sendo colocadas em situação de risco, daí evidencia-se um fator preocupante, o transporte de crianças em veículos motocicletas, na grande maioria sem equipamentos de proteção, sendo um fator de risco eminente de acidentes muitas crianças.

“Não gosto que as motos passem rápido na rua, fazem moto barulho que faz medo, me assusta e pulo da escada”.

Ruth Kelly, 05 anos, do CEI Pontes de Miranda

“Gosto do parque, mas onde moro não tem!”

Leticia, 5 anos, da Escola de Ensino Fundamental Jany Camelo Lima

“Gostaria de um parque com pula-pula, escorrega e balanço.”

Lourena, 5 anos, da da Escola de Ensino Fundamental Jany Camelo Lima

“Não gosto de pedra e lixo, porque se eu bater me machuco!”

Lucas, 05 anos, do CEI Pontes de Miranda



Piscina

Parquinho com escorrega

EIXO PRIORITÁRIO: CRIANÇA E ESPAÇO

ESTRATÉGIA 1: FOMENTAR A EDUCAÇÃO AMBIENTAL OPORTUNIZANDO A INTERAÇÃO DA CRIANÇA PEQUENA COM MEIO AMBIENTE NATURAL.

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Implantar o Núcleo de Educação Ambiental para a promoção de cursos, oficinas e atividades com foco no Meio Ambiente.	Até a vigência do plano	Servidores públicos e população em geral	Recursos próprios	4 11	SMDUMA	Relatório descritivo com o quantitativo de oficinas e atividades oferecidas no Núcleo.
Realizar plantio participativo de mudas em comunidades vulneráveis do município.	1 ação por semestre	Comunidades vulneráveis	Recursos próprios	4 11	SMDUMA	Relatório descritivo com o quantitativo de mudas plantadas em cada Comunidade.
Promover visitas aos espaços públicos a fim de conhecer espécies de plantas nativas da região.	1 ação por semestre	Servidores públicos	Recursos próprios	4 11	SMDUMA SMEDE	Relatório descritivo com o quantitativo de visitas realizadas.
Tornar o Viveiro Municipal “Fiscal José Raimundo da Silva” espaço de realização de atividades educativas voltadas à preservação do meio ambi-	1 ação mensal	Crianças das Comunidades vulneráveis	Recursos próprios	4 11	SMDUMA SMEDE	Relatório descritivo com o quantitativo de Crianças visitantes.

ente.						
Levar oficinas com as mais diversas manifestações culturais regionais para praças e parques com foco na interação com o meio ambiente natural.	1 ação por bimestre	População em geral	Próprios	4 11	SMDUMA SMS	Relatório descritivo sobre as oficinas realizadas crianças participantes.

EIXO PRIORITÁRIO: CRIANÇA E ESPAÇO

ESTRATÉGIA 2: GARANTIR QUE AS POLÍTICAS MUNICIPAIS PARA OS ESPAÇOS URBANOS DEEM ATENÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, SOCIAIS E DE APRENDIZAGEM DAS CRIANÇAS DE ATÉ SEIS ANOS DE IDADE.

AÇÕES	META	PÚBLICO-ALVO	FONTE DE RECURSO	ODS	RESPONSÁVEIS	INDICADOR DE MONITORAMENTO
Elaborar um Manual para criação de Espaços Lúdicos com orientações aos profissionais e os cidadãos que pretendem realizar a implantação destes em equipamentos públicos ou privados e disponibilizar nas redes sociais.	Até dezembro de 2024	Servidores públicos e comunidade em geral	Próprios	4 11	SMDUMA	Manual elaborado Relatório de visualização e dowload do Manual.
Desenvolver seminários com profissionais que desenham, organizam e administram o espaço urbano e com as crianças visando o bom entendimento e compreensão, por parte do público infantil sobre o funciona-	1 por ano		Próprios	3 4 11	SMDUMA	Relatório descritivo referente ao Seminário realizado

mento da cidade, bem como oportunizar aos profissionais a possibilidade de conhecer os desejos, anseios e opiniões dos cidadãos de até seis anos de idade para sua cidade.						
Publicar Cartilha de promoção da Acessibilidade do município.	Até dezembro de 2024	População em geral	Próprios	4 10 11	SMDUMA	nº de Cartilhas produzidas e distribuídas
Implantar a fiscalização de passeios públicos no que diz respeito a acessibilidade conforme cartilha.	Até a vigência do plano	População em geral	Próprios	11	SMDUMA SEINFRA	Relatório descritivo da fiscalização com o quantitativo de espaços fiscalizados e autuados.
Implementar a Norma de Acessibilidade 9.050 nos espaços públicos existentes e nos que venham a ser criados.	Até a vigência do plano	População em geral	Próprios	3 10 11	SMDUMA	Relatório descritivo com o quantitativo de espaços públicos adequados conforme a norma 9.050.
Reformar as seis Bibliotecas Digitais Municipais "Arapiraquinhas".	Até a vigência do plano	População em geral	Próprios	4 11	SMDUMA SEINFRA SMEDE	Bibliotecas reformadas.
Reformar pontos de ônibus a fim de viabilizar acessibilidade e conforto para crianças de até 6 anos.	Até a vigência do plano	População em geral	Próprios	10 11	SMDUMA SEINFRA SMTT	Pontos de ônibus reformados e com acessibilidade

Implantar ciclovias em áreas de lazer	Até a vigência do plano	População em geral	Próprios	3 11	SMDUMA SEINFRA	Ciclovias implantadas
Integrar a Educação Patrimonial, como proposta pedagógica escolar, com uma dimensão de preservação de valores cívicos, morais e de pertencimento.	Até a vigência do Plano	Crianças na faixa etária da primeira infância	Próprios	4 11	SMDUMA SMEDE	Proposta implementada
Implementar o City Tour Kids com o intuito de proporcionar às crianças o conhecimento dos espaços públicos e dos marcos culturais e históricos do Município.	Até a vigência do plano.	Crianças na faixa etária da primeira infância	Próprios	11	SMDUMA SMD- TUR SMEDE	Relatório com a quantidade de crianças participantes.
Implantar o saneamento básico em todo o território municipal até 2026.	100% do saneamento básico implantado.	População em geral.	Próprios	3 9 11 16	SMDUMA SEIN- FRA	Saneamento básico implementado.
Instalar lâmpadas LED nos equipamentos de iluminação pública em todo o município.	100% da iluminação pública do município com lâmpadas LED.	População em geral.	Próprios	4 11	SMSP	Lâmpadas instaladas.
Atualizar o Plano Diretor do município contemplando a inclusão das crianças na faixa etária primeira infância visando atender seus direitos em todas as esferas, com destaque	Até a vigência do plano.	Crianças na faixa etária da primeira infância	Próprios	3 8 10 11 16	SMDUMA	Atualização realizada

aos espaços urbanos.						
Desenvolver educação continuada sobre o trânsito nas escolas e centros de educação infantil (CEIS).	Anual até a vigência do Plano.	Crianças na faixa etária da primeira infância.	Próprios	4 11	SMTT SMEDE	Educação continuada implementada
Promover ações educativas de conscientização e segurança no trânsito (Agente Amigo da Criança).	Anual até a vigência do Plano.	Crianças na faixa etária da primeira infância.	Próprios	4 11	SMTT SMEDE	Ações educativas realizadas
Propor ao Legislativo a elaboração de instrumento normativo que determine aos loteamentos novos, e aos já existentes, a reserva de espaços de lazer e integração dotados de equipamentos adequados para crianças de 0 a 6 anos.	Até a vigência do plano.	Crianças na faixa etária da primeira infância	Próprios	11	SMDUMA	Instrumento legal criado.
Realizar a instalação e revitalização de sinalização semafórica (semáforos).	100% até a vigência do plano.	População em geral	Próprios	11	SMTT	Relatório descritivo sobre a instalação e revitalização dos Semáforos.
Realizar a instalação e revitalização de sinalização vertical (placas).	100% até a vigência do plano.	População em geral	Próprios	11	SMTT	Relatório descritivo sobre a instalação e revitalização das sinalizações verticais.
Realizar a instalação e revitalização de sinalização horizontal (pintura de via).	100% até a vigência do plano.	População em geral	Próprios	11	SMTT	Relatório descritivo sobre a instalação e revitalização das sinalizações horizontais

Transporte público dotado de acessibilidade para as crianças.	100% até a vigência do plano.	População em geral	Próprios	11	SMTT	Relatório descritivo sobre a Acessibilidade implementada
Estabelecer limite de velocidade próximo a serviços de primeira infância e sinalizar para o cumprimento desta.	100% até a vigência do plano.	População em geral	Próprios	11	SMTT	Relatório descritivos sobre as ações implementadas nos locais identificados

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

No presente esforço para entregar a sociedade arapiraquense mais esse importante instrumento de garantia da atenção à primeira infância no município, se faz necessário a definição de procedimentos para o monitoramento e avaliação do Plano Municipal pela Primeira Infância, assim sendo é preciso a instituição de uma Rede de Assistência Técnica para Monitoramento e Avaliação do mesmo e do acompanhamento dos indicadores de gestão das estratégias e metas.

A exemplo do que preconiza o Plano Nacional pela Primeira Infância, o Plano Municipal pela Primeira Infância em Arapiraca, recomenda que a avaliação tenha em vista duas funções, que se tornam pertinentes também na avaliação do referido plano municipal:

1. Uma função prática imediata: fornecer dados para a correção, ajustes e tomada de decisões ao longo do processo. Ela colhe dados de processo em vista dos objetivos e metas finais. Para esta função, ela funciona articuladamente com Acompanhamento e Controle.

2. Uma função de envergadura maior: a retenção de conhecimentos e experiências acerca das boas práticas, políticas e ações exitosas e atualizações de procedimentos a serviço da causa da primeira infância.

Ao final deste Plano, em 2026, o Município de Arapiraca deverá ter um conjunto de conhecimentos construído por todos os participantes do Plano que servem de referência para a elaboração de um novo Plano.

Alertamos, entretanto, para a importância de revisões dos processos de articulação, gestão e acompanhamento das estratégias, metas e indicadores de monitoramento relacionadas às políticas desse PMPI, sejam feitas a cada dois anos, possibilitando a correção e ajustes, que se percebam necessários, para garantia de maior efetividade dessas políticas públicas, bem como a atualização da rede de parceiros engajados na causa da primeira infância.

As revisões devem ocorrer a cada dois anos e essa regularidade deve evidenciar o comprometimento com as práticas que promovam os direitos das crianças pequenas e evidencia ainda a importância que o gestor dedica à primeira infância e, conseqüentemente, à sociedade que está em formação.

ANEXO I



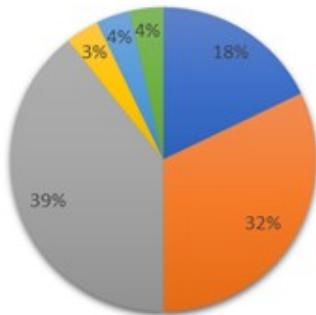
ANEXO II

**RELATÓRIO DE ANÁLISE
DAS PRODUÇÕES DA OFICINA DE ESCUTA DAS CRIANÇAS**

Quando perguntadas sobre o que não gostam, o que gostam, e o que gostariam que a cidade tivesse, foi possível fazer uma constatação das demandas das principais políticas públicas necessárias de acordo com a visão das crianças. Estas apresentam as citações de saneamento, trânsito, violência, habitação, alimentação e escola como exposto a seguir pelos gráficos das análises das produções das crianças.

ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL JANY CAMELO LIMA

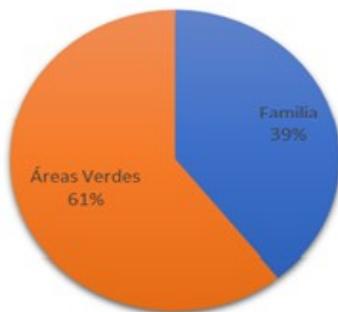
O que não gosta na cidade que mora?



■ Saneamento ■ Trânsito ■ Violência ■ Habitação ■ Alimentação ■ Clima

Podendo fazer uma equiparação com relação aos dados no gráfico de pizza podemos perceber em destaque a questão da violência, sendo exposto pelas crianças a questão de brigas de pessoas e colegas. Em seguida outra colocação em destaque foi relacionada ao trânsito evidenciando o barulho dos carros e motos e ainda teve uma forte citação à situação do lixo nas ruas o que nos remete para a importância do saneamento.

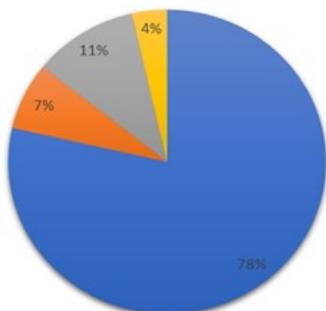
O que gosta na cidade que mora?



■ Família ■ Áreas Verdes

Quando perguntadas, desta vez, sobre o que gostam em sua comunidade podemos perceber com grande evidência dois fatores: Áreas Verdes e Família. Com isso podemos constatar que há uma necessidade da presença de espaços de áreas verdes com playgrounds e recreação, onde pudessem aproveitar bons momentos com seus familiares.

O que queria que tivesse na cidade que mora?

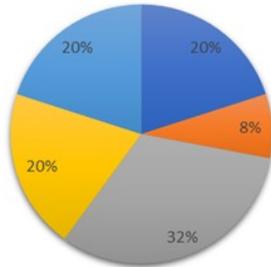


■ Áreas Verdes ■ Trânsito ■ Habitação ■ Família

Podemos perceber no gráfico ao lado, que quando indagadas sobre o que gostariam que tivesse em sua cidade, é possível verificar que áreas verdes e arborizadas são as principais solicitações dos pequenos cidadãos, com espaços de lazer e parquinhos. Observa-se também a presença de outros quesitos importantes para o desenvolvimento da comunidade como: semáforos de trânsitos, unidades habitacionais maiores e confortáveis e a temática da harmonia familiar.

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL PONTES DE MIRANDA

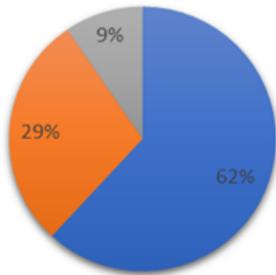
O que não gosta na cidade que mora?



■ Poluição Sonora ■ Espaços públicos ■ Trânsito ■ Saneamento ■ Convívio familiar

Através da escuta realizada com as crianças da CEI Pontes de Miranda sobre o que não gostam, tivemos como destaque as citações relacionadas à poluição sonora, barulho do trânsito, falta de saneamento e convívio familiar com conflitos. Podendo fazer uma equiparação com relação aos dados no gráfico de pizza ao lado podemos constatar que todos os pontos citados aparecem em proporções simétricas com relação às questões elencadas.

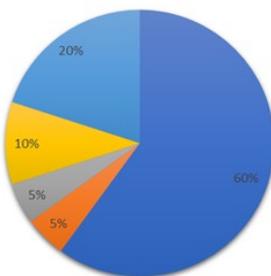
O que gosta na cidade que mora?



■ Lazer e esporte ■ Trânsito ■ Família

Quando perguntadas, desta vez, o que gostam em sua comunidade podemos perceber três fatores em destaque: lazer e esporte, trânsito e família. Com isso podemos constatar que há uma necessidade da presença de espaços de lazer para a prática de atividades esportivas com recreação onde pudessem aproveitar momentos com seus familiares.

O que queria que tivesse na cidade que mora?



■ Lazer ■ Família ■ Habitação ■ Escola ■ Transporte

Podemos perceber no gráfico ao lado que ao perguntadas sobre o que gostariam que tivesse em sua cidade, é possível verificar que políticas públicas voltadas ao incentivo e implantação de espaços de lazer presentes na comunidade e na escola são as principais solicitações das crianças, havendo também a presença de outros quesitos importantes para o desenvolvimento da comunidade como: atividades que possibilitem momentos em família, condições habitacionais.