



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Relatório Final de Auditoria Operacional

PRIMEIRA INFÂNCIA: PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR CRIANÇA FELIZ E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESTADO)



**Coordenadoria de Auditoria
Operacional e Avaliação de Políticas
Públicas
Belo Horizonte
2026**



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Superintendência de Controle Externo
Diretoria de Auditoria e Avaliação de Políticas Públicas
Coordenadoria de Auditoria Operacional e Avaliação de Políticas Públicas

Relatório Final de Auditoria Operacional

**PRIMEIRA INFÂNCIA: PROGRAMAS DE VISITAÇÃO
DOMICILIAR CRIANÇA FELIZ E ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA (ESTADO)**

Processo n.º

Relator:

Ato de designação da equipe: Portaria nº 25/DAAP/2025 retificada pela Portaria nº 50/DAUD/2025

Objetivo da auditoria: Avaliar em que medida o Estado de Minas Gerais e os municípios estruturam e executam, no âmbito da ESF e do PCF, os mecanismos de governança, coordenação, incluindo planejamento, monitoramento, avaliação, capacitação, bem como a articulação intersetorial, recursos e ferramentas relacionados à implementação das ações voltadas à Primeira Infância, com ênfase na visita domiciliar.

Período abrangido pela auditoria: 2024 e 2025

Período de realização da auditoria: abril de 2025 a junho de 2026

Equipe de auditoria: Cristiane Vanessa Lehnem, Daniel Auad Gama, Igor Marques Leão, Lia Amanda Menezes, Ryan Brwnner Lima Pereira (supervisor da auditoria) e Vinicius Borges Miatelo

O QUE TCEMG FISCALIZOU?

Período de realização: A auditoria foi realizada de abril de 2025 a junho de 2026.

Objetivo:

Identificar e avaliar em que medida o Estado de Minas Gerais e os municípios estruturam e executam, no âmbito da ESF e do PCF, os mecanismos de governança, coordenação, incluindo planejamento, monitoramento, avaliação, capacitação, assim como a articulação intersetorial, recursos e ferramentas relacionados à implementação das ações voltadas à Primeira Infância, com ênfase na visita domiciliar.

Motivação: Essa auditoria foi motivada principalmente pela relevância das políticas públicas voltadas à primeira infância e o papel dos programas PCF e ESF nesse contexto. Dessa forma, o TCEMG integrou esforço nacional conduzido por diversos Tribunais de Contas, com o objetivo de avaliar a efetividade das

ações de visita domiciliar dos programas PCF e ESF, bem como o alinhamento entre eles para assegurar atenção integral às crianças de zero a seis anos.

Metodologia utilizada:

- Análises *Stakeholders*, SWOT e DVR;
- Pesquisa documental, solicitação de documentos aos jurisdicionados,
- Questionário eletrônico pelo formulário Lime Survey aos 853 municípios mineiros;
- Entrevistas com servidores e gestores da SES, Sedese, Secretarias municipais, CRAS, UBS, visitantes, ACS e famílias atendidas pelo PCF e ESF;
- Trabalho de campo em 12 municípios.

O QUE O TCEMG ENCONTROU?

Inexistência de Plano Estadual Pela Primeira Infância; Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância incipiente e pouco estruturado; deficiências na intersetorialidade das políticas públicas relacionadas à primeira infância; Estado de Minas Gerais não participa do PCF, deixando os municípios participantes sem coordenação, apoio e monitoramento estaduais; capacitações dos profissionais do ESF insuficientes e desatualizadas;

QUAL A PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO?

Recomendou-se entre outras: Aderir ao Programa Criança Feliz já reformulado denominado Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC); Elaborar um planejamento das ações de implementação do SPSBD-GC no Estado, considerando as competências estaduais de gestão do serviço; Implementar e operacionalizar as competências do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, previstas no Decreto nº 48.829/2024, mediante a retomada de suas reuniões; Elaborar e implementar o Plano Estadual pela Primeira Infância; Criar um Plano Estadual de Capacitação permanente para o Programa ESF.

ALGUNS NÚMEROS VERIFICADOS NESTA AUDITORIA:

**PLANO
MUNICIPAL**

Municípios Mineiros
sem Plano Municipal
para a Primeira
Infância

84,71%

**COMITÊS
INTERSETORIAIS**

Ausência de Comitês
Municipais
Intersectoriais para a
Primeira Infância

88,29%

**ADESÃO
AO PCF**

Adesão ao Programa
Criança Feliz nos
Municípios Mineiros

34%

**CAPACITAÇÃO
DE SAÚDE**

Profissionais de Saúde
nos Municípios sem
Capacitações
Integradas

79,06%

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1 A Missão Institucional do TCEMG e a Auditoria Operacional.....	7
1.2 Identificação Simplificada do Objeto de Auditoria	7
1.3 Antecedentes	8
1.4 Objetivos e Escopo da Auditoria	10
1.5 Escopo e Delimitações.....	11
1.6 Critérios	12
1.7 Síntese Metodológica.....	13
1.8 Organização do Relatório	15
2. VISÃO GERAL.....	16
2.1 Primeira Infância no tempo.....	16
2.2 Primeira infância nos programas PCF e ESF.....	18
2.3 Responsáveis.....	22
2.4 Beneficiários	24
2.5 Intersetorialidade na Primeira Infância.....	26
2.6 Metas e indicadores de desempenho.....	28
2.7 Sistemas de controle e monitoramento	29
3. MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E GOVERNANÇA.....	31
3.1 Mecanismos de coordenação e governança para apoiar os municípios na condução do Programa Criança Feliz (PCF), sobretudo instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação.	32
3.2 Mecanismos de coordenação e governança estaduais voltados à primeira infância na condução do Estratégia Saúde da Família (ESF)	45
4. RECURSOS FINANCEIROS E LOGÍSTICOS PARA A EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR PCF E ESF	57
4.1 Recursos Financeiros e Logísticos para o Programa Criança Feliz (PCF)	57
4.2 Recursos Financeiros e Logísticos para o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF).....	62
5. INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL	65
6. CONCLUSÃO.....	74
7. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
AGRADECIMENTOS	90
APÊNDICE A– APÊNDICE METODOLÓGICO.....	92

APÊNDICE B- ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES.....	98
--	-----------

1.1 A Missão Institucional do TCEMG e a Auditoria Operacional

O Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG) tem como missão institucional exercer o controle externo e avaliar o desempenho da administração pública, buscando a responsabilidade fiscal e efetividade das políticas públicas para a sociedade.

Para isso, a auditoria operacional se destaca como instrumento central avaliando a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações governamentais.

De acordo com a NBASP 3000 – Auditoria Operacional, com base nos padrões da Intosai, é definida como: “O exame independente, objetivo e confiável da gestão de programas, projetos, atividades, operações ou entidades do setor público com o propósito de fornecer informações úteis para a melhoria da gestão pública”.

Além de atender às normas técnicas, as auditorias operacionais realizadas pelo TCEMG estão alinhadas com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com destaque para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). As políticas públicas destinadas à primeira infância demonstram estreita convergência com a Agenda 2030, especialmente com os ODS 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11 e 16, ao priorizarem o desenvolvimento integral da criança, a redução das desigualdades e o fortalecimento institucional. As ações estruturadas para crianças de 0 a 6 anos contribuem diretamente para a erradicação da pobreza, a garantia de saúde e educação de qualidade, a promoção da igualdade de gênero, a proteção contra violências e a construção de ambientes seguros e socialmente inclusivos.

Dessa forma, a auditoria operacional representa não apenas uma atividade de controle, mas também uma ferramenta de accountability ampliada, contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas públicas estaduais e municipais, para a transparência na gestão pública e para o engajamento da sociedade no processo de fiscalização e melhoria dos serviços públicos.

1.2 Identificação Simplificada do Objeto de Auditoria

Esta auditoria operacional ocorreu, no ano de 2025, e avaliou como o Estado de Minas Gerais e municípios selecionados estruturam e executam ações de atenção à primeira infância no âmbito do Programa Criança Feliz (PCF) e do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), com ênfase na visita domiciliar e na articulação

intersectorial. A Figura 1 demonstra a lógica de governança intersectorial dos dois programas em relação avaliados.

Figura 1- Lógica de governança intersectorial dos Programas PCF e ESF



Fonte: TCEMG

Destaca-se que este relatório apresentará os resultados da fiscalização em âmbito estadual. Os resultados das fiscalizações ocorridas em âmbito municipal serão apresentados em relatório específico de cada município selecionado.

1.3 Antecedentes

Em 2024, o Instituto Rui Barbosa (IRB) e o Tribunal de Contas do Estado do Amazonas (TCE-AM) organizaram o 1º Encontro Nacional da Primeira Infância (ENAPI), ocasião em que foi divulgada a “Carta da Amazônia”, recomendando a realização de Auditoria Operacional Coordenada na Primeira Infância no ano de 2025.

A auditoria coordenada, organizada em parceria com a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon), pelo IRB, pelo Conselho Nacional dos Presidentes dos Tribunais de Contas (CNPTC) e pela Rede Integrar, teve como objetivo avaliar em que medida as gestões municipais e estaduais são eficazes na implementação das ações previstas em programas de visitas domiciliares, especificamente o Programa Primeira Infância no SUAS/Programa Criança Feliz (PCF) e o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), com foco na atenção integral a crianças de 0 a 6 anos.

A auditoria integrou iniciativa coordenada nacional na temática da primeira infância, conduzida por múltiplos Tribunais de Contas, sob coordenação do CTPI-IRB/Atricon e da Rede Integrar.

No TCEMG, a auditoria operacional foi prevista no Plano Anual de Fiscalização (PAF/2025), sob a Ação nº 120 e posteriormente sob a Ação nº 109 no PAF de 2026, e foi constituída em duas fases. A 1ª fase contribuindo para o relatório nacional consolidado e a 2ª fase para relatórios próprios do TCEMG. A instauração foi formalizada por meio das Portarias nº 025/DAAP/2025 e nº 050/DAUD/2025, as quais designaram a equipe de auditoria e o período (01/04/2025 a 30/06/2026) para conclusão dos trabalhos, com o objetivo de avaliar, na Primeira Infância, os “Programas Nacionais com visitação domiciliar: Estratégia Saúde da Família (ESF) e Primeira Infância no SUAS/Criança Feliz (PCF)”, no âmbito do Estado e dos municípios de Minas Gerais.

Além disso, o TCE-MG, reafirmando o compromisso da instituição com a proteção e o desenvolvimento integral das crianças de zero a seis anos, lançou em outubro de 2025, o Portal Primeira Infância¹, com objetivo de garantir transparência e acesso à informação à população.

Diante da relevância do tema, registra-se que outros Tribunais de Contas realizaram trabalhos com recorte semelhante. Dentre eles, o Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (TCE-ES), que, em 2023, executou auditoria operacional com ênfase em planos, intersetorialidade e orçamento, tomando como referência a necessidade de coordenação intersetorial e de instrumentos de governança previstos na legislação. Ainda, destaca-se a atuação do TCU, que, em 2024, realizou levantamento das principais políticas públicas relacionadas à primeira infância no âmbito nacional, identificando riscos, fragilidades e oportunidades de melhorias nos programas avaliados.

Portanto, a presente auditoria foi motivada pela relevância dos programas PCF e ESF no contexto das políticas públicas voltadas à primeira infância, buscando-se avaliar o alinhamento entre os dois programas para garantir a atenção integral das crianças de zero a seis anos de idade, considerando a estruturação e a execução de ações de visitação domiciliar e de articulação intersetorial.

¹ Disponível em: [Primeira Infância - TCEMG](#). Acesso em: 08 jan. 2026.

1.4 Objetivos e Escopo da Auditoria

Objetivo geral.

Avaliar em que medida o Estado de Minas Gerais e os municípios estruturam e executam, no âmbito da ESF e do PCF, os mecanismos de governança, coordenação, incluindo planejamento, monitoramento e avaliação, capacitação, assim como a articulação intersetorial, recursos e ferramentas relacionados à implementação das ações voltadas à Primeira Infância, com ênfase na visita domiciliar.

Objetivos específicos.

Para fins de delimitação operacional e de rastreabilidade metodológica, a auditoria buscará:

(a) **Examinar** a existência e o funcionamento de mecanismos de governança e coordenação, incluindo arranjos interfederativos, relacionados à Primeira Infância, voltados a orientar, apoiar e integrar a execução municipal da ESF e do PCF no território estadual.

(b) **Analisar** a previsão e a operacionalização de processos de suporte técnico e de capacitação/educação permanente destinados às equipes que realizam e supervisionam visitas domiciliares, considerando responsabilidades atribuídas às esferas de governo e à natureza continuada das políticas.

(c) **Verificar** a articulação intersetorial no que se refere à visita domiciliar e aos encaminhamentos/retornos necessários à atenção integral, considerando diretrizes federais aplicáveis ao ESF, PCF e diretrizes gerais da política de primeira infância.

(d) **Examinar** a estrutura de monitoramento e avaliação da implementação dos programas de visita domiciliar (cobertura, regularidade, registros e uso gerencial de informações), incluindo disponibilidade, qualidade e uso de sistemas de informação pertinentes, em conformidade com responsabilidades previstas para as esferas de governo.

(e) **Analisar** o suporte à execução municipal (fluxos de recursos, critérios, previsibilidade e instrumentos de acompanhamento), naquilo que se relaciona diretamente ao funcionamento das visitas domiciliares e à coordenação intersetorial.

Diante desses aspectos, as questões de auditoria direcionadas à atuação estadual se apresentaram da seguinte forma:

Questão 1. Em que medida os principais componentes de governança dos programas nacionais de visitação domiciliar estão alinhados para garantir a atenção integral das crianças de zero a seis anos de idade?

- **Subquestão 1.1:** O estado possui mecanismos de coordenação e governança para apoiar os municípios na condução dos programas de visitação domiciliar PCF e ESF?
- **Subquestão 1.2:** O estado assegura recursos financeiros e logísticos para a execução dos programas de visitação domiciliar PCF e ESF?
- **Subquestão 1.3:** O estado fomenta a integração intersetorial entre saúde, assistência social e educação para fortalecer os programas de visitação domiciliar PCF e ESF?

1.5 Escopo e Delimitações

À luz do Manual de Auditoria Operacional do TCU (2020), a definição do escopo deve responder, de forma explícita, às dimensões o que, quem, onde e quando, além de explicitar o não-escopo quando pertinente para reduzir mal-entendidos e expectativas indevidas.

Recorte temporal: o período de análise compreende os exercícios de 2024 e 2025, no entanto, considerou-se, para a auditoria em âmbito estadual, informações pontuais de outros períodos para compreender de maneira mais abrangente as evidências analisadas.

Quanto à abrangência institucional, integram o escopo:

- **Estado de Minas Gerais**, no âmbito das secretarias estaduais com atribuições correlatas, considerando responsabilidades de coordenação, apoio, pactuação interfederativa e indução/fortalecimento de políticas públicas, conforme aplicável aos marcos normativos de cada programa.
- **Municípios selecionados**, no âmbito das secretarias municipais correlatas, **como** executores diretos das ações territoriais e das visitas domiciliares (tanto no SUS quanto no SUAS), incluindo registros, planejamento local e articulação com serviços do território.

Delimitação temática: A auditoria concentra-se nos componentes estruturantes das ações de Primeira Infância no âmbito dos dois programas:

- **Visitação domiciliar:** periodicidade prevista, planejamento, registro, supervisão e integração com serviços do território;
- **Governança e coordenação:** instâncias, processos e instrumentos que estruturam a orientação, supervisão e alinhamento das ações;
- **Articulação intersetorial:** integração entre políticas para resposta integral às necessidades das famílias, além de coordenação de esforços entre entes federativos, conforme diretrizes específicas;
- **Capacitação e educação permanente:** organização, oferta e continuidade de processos formativos relacionados à visita domiciliar e à atenção integral;
- **Monitoramento e avaliação:** instrumentos, indicadores, relatórios, uso de dados e tratamento de limitações de qualidade/disponibilidade de informações;
- **Recursos e suporte à execução:** disponibilização de recursos, suficiências para execução, na medida em que se relacionem diretamente com capacidade operacional e sustentabilidade das ações.

Exclusões metodológicas: para preservar a aderência aos objetivos desta auditoria operacional, não constitui escopo:

- A avaliação de resultados clínicos individuais (casos) nem a análise de prontuários individuais com finalidade clínica;
- A realização de avaliação de impacto com desenho contrafactual em nível individual;
- O exame exaustivo de conformidade formal de todos os atos (licitatórios, contratuais e administrativos), sem prejuízo de utilização de normas como critérios para avaliar processos de governança, gestão e desempenho.

1.6 Critérios

Foram adotados como principais critérios para a presente fiscalização os seguintes instrumentos normativos e documentos técnicos:

Constituição Federal de 1988 (CF/88): art. 227, que estabelece o dever do Estado de garantir, com prioridade absoluta, os direitos da criança e do adolescente, incluindo a formulação de políticas públicas eficazes;

Lei nº 13.257/2016: dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e outras normas;

Lei nº 8.080/1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Decreto nº 12.574/2025: institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância;

Portaria MC nº 664/2021: consolida os atos normativos que regulamentam o Programa Criança Feliz/Primeira Infância no Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

Portaria GM/MS nº 2.436/2017: regulamenta a Atenção Primária à Saúde (APS) e o papel das Equipes de Saúde da Família (ESF) nas visitas domiciliares;

Resolução CIT nº 30/2025: dispõe sobre a regulamentação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos e pactua suas ações no Sistema Único de Assistência Social;

Manual do Visitador (2021) e Guia para Visita Domiciliar (2019): estabelecem boas práticas para a execução das visitas domiciliares do Programa Criança Feliz;

Manual de Gestão Municipal do PCF (2019): define requisitos para a estruturação das equipes e disponibilização de insumos e equipamentos;

Critérios específicos e dispositivos complementares são apresentados nos capítulos de achados, conforme sua aplicação a cada questão de auditoria.

1.7 Síntese Metodológica

Importa destacar que esta Auditoria Operacional foi realizada em duas fases. Na primeira fase, realizada no primeiro semestre de 2025, foram selecionados cinco municípios, distribuídos em cinco mesorregiões distintas, observados os critérios metodológicos e operacionais definidos nacionalmente. Para a segunda fase, realizada no segundo semestre de 2025, foram selecionados mais sete municípios, a fim de

complementar a cobertura das mesorregiões ainda não contempladas, totalizando a representação das 12 mesorregiões do Estado de Minas Gerais no conjunto da auditoria.

A etapa de planejamento da auditoria, no âmbito nacional (1ª fase), envolveu o Grupo de Auditoria na Primeira Infância (GAPI), responsável pela elaboração da matriz de planejamento, dos questionários destinados a gestores, visitantes e famílias, bem como da metodologia de seleção amostral dos municípios.

Nas duas fases, o planejamento envolveu técnicas de obtenção de dados que se basearam em pesquisa documental, mediante consulta à legislação, bibliografia especializada e documentos administrativos solicitados à Secretaria de Estado de Saúde (SES), à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedese) e os municípios selecionados. Além disso, foram realizadas entrevistas com órgãos e instituições envolvidos no desenho e na execução de políticas voltadas à primeira infância, tais como: Rede Primeira Infância Minas Gerais, Rede Nacional pela Primeira Infância, Fundação Visconde de Cabo Frio e Ministério do Desenvolvimento Social.

Com a finalidade de identificar áreas prioritárias de investigação, foram aplicadas as seguintes técnicas: análise de *Stakeholders*, Análise *SWOT* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), Diagrama de Verificação de Riscos (DVR)

No que se refere à etapa de execução da auditoria, aplicaram-se os procedimentos estabelecidos na matriz de planejamento. Foram também solicitados dados, informações e documentos necessários às análises por meio de ofício de requisição encaminhado aos gestores envolvidos nos municípios, na SES, (sede e unidades regionais de saúde Ponte Nova, Januária e Belo Horizonte) e Sedese, bem como por meio de entrevistas.

O trabalho *in loco*, realizado entre maio e outubro de 2025 se deu a partir de entrevistas semiestruturadas nos municípios selecionados. Adicionalmente, foram ouvidas famílias que recebem visitas domiciliares nesses municípios, com o objetivo de captar percepções sobre os programas.

Além disso, foram encaminhados questionários eletrônicos aos 853 municípios, abrangendo os seguintes órgãos e serviços: secretarias municipais de saúde, secretarias municipais de assistência social, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Após a aplicação dos questionários eletrônicos e a realização de entrevistas, procedeu-se à análise do conteúdo das declarações, bem como dos documentos e informações solicitados.

Concluída a compilação e a análise dos dados, foi elaborada a Matriz de Achados, a qual orientou a elaboração dos Relatórios de Achados e Medidas Preliminares. O Relatório de Achados e Medidas Preliminares do Estado foi encaminhado à Sedese e à SES para conhecimento e manifestação, configurando a etapa de comentários do gestor, cuja íntegra consta do apêndice B deste Relatório Final.

Os achados decorrentes da 1ª fase (nacional) foram registrados no Sistema de Coleta de Informações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (SCI), destinado à consolidação das informações nacionais e ao subsídio à elaboração do relatório nacional consolidado. Dados detalhados da metodologia e informações sobre as limitações desta auditoria estão no Apêndice A - Apêndice metodológico.

1.8 Organização do Relatório

Além deste primeiro capítulo, de conteúdo introdutório, este relatório encontra-se estruturado em mais 7 capítulos. No capítulo 2, apresenta-se a visão geral do objeto de auditoria, apresentando os programas de visitação domiciliar PCF e ESF e informações gerais relacionadas à temática da primeira infância dentro do contexto analisado. Nos capítulos 3, 4, 5 são apresentados os principais achados de auditoria e suas evidências, seguido pelo capítulo 6, contendo a conclusão da auditoria e o capítulo 7, com a proposta de encaminhamento. Ainda, este relatório elenca as Referências Bibliográficas, os Agradecimentos, o Apêndice A, com a metodologia e as limitações e o Apêndice B com os comentários dos gestores.

2.1 Primeira Infância no tempo

A primeira infância (que abrange crianças de 0 a 6 anos) é um período decisivo para o desenvolvimento humano, nessa fase o cérebro apresenta alta plasticidade, o que torna as experiências iniciais, como vínculos, afeto, alimentação adequada, estímulos, interação e proteção, fatores determinantes para a formação cognitiva, emocional e social da criança.

Experiências positivas e estímulos de qualidade durante esses anos aumentam significativamente as chances de a criança desenvolver plenamente seu potencial, trazendo benefícios que se estendem por toda a vida: melhor desempenho intelectual, maior facilidade no processo de escolarização e redução da repetência e da evasão, além de favorecer a formação de adultos mais preparados para enfrentar os desafios cotidianos. Por outro lado, situações de pobreza, negligência, violência, doenças, falta de saneamento e estresse tóxico comprometem o desenvolvimento saudável e aumentam riscos futuros de doenças crônicas, transtornos mentais, agressividade, dificuldades de aprendizagem e problemas sociais. Além disso, conforme estudos do prêmio Nobel de Economia James Heckman (2012), investir cedo é mais eficiente e econômico do que remediar danos na vida adulta.²

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabeleceu a prioridade absoluta aos direitos da criança em seu art. 227, que assim dispõe:

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. (BRASIL, 1988)

Em 1990, é publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069/1990), normatizando, reforçando e assegurando, mais detalhadamente, a proteção integral e a prioridade absoluta dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Ele garante acesso à saúde, educação, convivência familiar/comunitária, liberdade, dignidade e proteção contra qualquer forma de abuso ou negligência. (BRASIL, 1990)

² Disponível em: https://heckmanequation.org/wp-content/uploads/2017/01/D_Heckman_FMCSV_ReduceDeficit_012215.pdf Acesso em: 08. jan. 2026

Em 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) instituiu, por meio da Resolução nº 113/2006, o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), que assegurava e fortalecia a implementação do ECA e a proteção integral à criança e ao adolescente.

Em 2016, no contexto de fortalecimento das políticas voltadas às crianças, impulsionado pelo acúmulo de evidências científicas sobre a importância dos primeiros anos de vida de um indivíduo, surge o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), que estabelece diretrizes para garantir o desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade no Brasil. A lei foca em saúde, educação, assistência social, cultura e proteção contra violência, priorizando políticas públicas para a primeira infância e altera normas do ECA, da Consolidação das Leis do Trabalho e do Código de Processo Penal, compreendendo uma política pública transversal e intersetorial. (BRASIL, 2016a)

Por fim, recentemente, foi instituída a Política Nacional Integrada da Primeira Infância – PNPI (Decreto nº 12.574/2025), que visa assegurar o cumprimento do Marco Legal da Primeira Infância, estabelecendo e reforçando coordenações intersetoriais e integradas de políticas setoriais em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. (BRASIL, 2025a) A Figura 2 resume os principais normativos relacionados ao contexto histórico da proteção à criança no Brasil.

Figura 2- Resumo Marcos Legais da Proteção à criança

Marcos Legais da Proteção à Criança		
Ano	Marco / Instrumento	Foco
1988	Constituição Federal	Garante direitos fundamentais e proteção integral
1990	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	Normatiza e assegura mais detalhadamente a proteção integral
2006	Resolução 113/2006 – CONANDA	Institucionaliza o SGDCA e fortalece a proteção integral
2016	Marco Legal da Primeira Infância	Políticas públicas e diretrizes intersetoriais
2025	Política Nacional Integrada da Primeira Infância	Coordenação nacional e integração federativa

Fonte: TCEMG

2.2 Primeira infância nos programas PCF e ESF

Como consequência do esforço de proteção e garantia do desenvolvimento integral da primeira infância, foi instituído, pelo Decreto nº 8.869/2016, o programa Primeira Infância no SUAS ou Programa Criança Feliz (PCF). Trata-se de uma política pública do governo federal voltada a gestantes e crianças de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade e estruturado em uma atuação intersetorial que busca integrar políticas de assistência social, saúde, educação, cultura e direitos humanos. (BRASIL, 2016b). A Figura 3 resume os objetivos do PCF.

Figura 3- Resumo dos objetivos do Programa Criança Feliz

Objetivos do Programa Criança Feliz	
Eixo de Atuação	Descrição do Objetivo
Desenvolvimento Humano	Promover o desenvolvimento humano apoiando e acompanhando o desenvolvimento infantil integral na primeira infância.
Apoio à Gestante	Apoiar gestantes e famílias na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais.
Parentalidade Positiva	Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo vínculos e o papel das famílias no cuidado, proteção e educação de crianças até 6 anos.
Acesso a Políticas Públicas	Mediar o acesso de gestantes, crianças e famílias aos serviços e políticas públicas de que necessitem.
Integração de Políticas Públicas	Integrar, ampliar e fortalecer ações voltadas para gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias.

Fonte: TCEMG

A principal ferramenta do PCF é a visita domiciliar realizada por profissionais que orientam as famílias sobre cuidados essenciais para o desenvolvimento infantil. Durante as visitas, os cuidadores recebem informações e apoio sobre estímulos cognitivos, motores e socioemocionais, alimentação adequada, práticas de cuidado, fortalecimento de vínculos e a importância do brincar.

O programa se tornou uma das maiores iniciativas de visita domiciliar do mundo, tendo alcançado mais de 3.000 municípios e superado a marca de 57 milhões de visitas, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome³.

³ Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz> Acesso em: 08 jan. 2026.

Ressalte-se que, em outubro de 2025, o PCF foi reformulado pela Resolução CIT nº 30/2025, passando a ser uma política pública contínua tipificada do SUAS, com o nome Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos (SPSBD-GC)⁴. A partir de 2026, ele será oferecido diretamente pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e será articulado ao Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), com o intuito de garantir que gestantes, crianças e famílias recebam apoio contínuo, planejado e mais próximo da realidade de cada território.

O SPSBD-GC surge como proposta de reordenamento e substituição do PCF e tem por objetivo assegurar a proteção social de famílias com gestantes e crianças até 6 anos, inclusive com deficiência, por meio da prevenção de situações de vulnerabilidade, desproteção e riscos sociais que possam comprometer o desenvolvimento. O foco do serviço é fortalecer a função protetiva da família, garantindo o acesso às seguranças socioassistenciais e o reconhecimento do direito ao brincar como prática do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2025b).

Portanto, observa-se uma mudança estrutural importante: o SPSBD-GC é tipificado como serviço socioassistencial vinculado ao SUAS, ao contrário do PCF que não possuía essa vinculação, o que representa sua incorporação definitiva ao SUAS. Com isso, as visitas domiciliares deixam de ter caráter programático e passam a ser institucionalizadas, o que reforça a estabilidade da oferta e confere maior previsibilidade ao financiamento e ao repasse de recursos.

Quanto aos aspectos operacionais, as mudanças mais significativas concentram-se na composição da equipe de referência e na definição da frequência mínima das visitas domiciliares. A Figura 4 apresenta, de forma resumida e simplificada, os principais aspectos operacionais antes e após o reordenamento, permitindo visualização comparativa.

⁴ Este relatório manterá em parte das ocorrências o uso da expressão “Programa Criança Feliz” pelo fato de a auditoria ter sido realizada no período anterior ao reordenamento do programa.

Figura 4– Aspectos operacionais do PCF vs. SPSBD-GC

Programa Criança Feliz (PCF)	Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças (SPSBD-GC)
Equipe de Referência: - Supervisor (nível superior) + Visitadores (nível médio) 1 supervisor para até 15 visitadores (40h semanais)	Equipe de Referência: - Técnico de Referência (Psicólogo/Assistente Social) + Educadores Sociais (nível médio) - Equipe referenciada ao CRAS 1 Técnico para até 16 educadores sociais
Quantitativo de Profissionais: - Nº mínimo de visitadores = Meta pactuada ÷ 30 - Nº máximo de beneficiários por visitador = Meta ÷ nº de profissionais	Quantitativo de Profissionais: - Mantém referência do PCF - Cada educador social pode acompanhar até 40 beneficiários
Frequência Mínima de Visitas: - Crianças 0–36 meses: 4 visitas/mês - Gestantes: 2 visitas/mês - Crianças 37–72 meses (BPC e demais): 2 visitas/mês	Frequência Mínima de Visitas: - Mínimo 2 visitas/mês - Pode ser ampliado pelo Plano de Desenvolvimento da Criança e da Família
Cofinanciamento Federal: - R\$ 75 por beneficiário/mês - Exigência: mínimo 30% da meta mensal - Equipe cadastrada no CadSUAS e sistema eletrônico - Registro da visita até o último dia do mês seguinte - Acréscimo de 40% para municípios de difícil acesso às famílias	Cofinanciamento Federal: - R\$ 75 por beneficiário/mês - Exigência: mínimo 60% da meta mensal (com marcador visual de destaque) - Técnico cadastrado no CadSUAS - Registro da visita até o último dia do mês seguinte
Metas: - Meta expressa em nº de beneficiários - Pactuação via Termo de Aceite e Compromisso - Possibilidade de ampliação ao atingir 90% da meta nos últimos 3 meses	Metas: - Mantém metas pactuadas no PCF - Possibilidade de redução na adesão, respeitando mínimos: - Pequeno Porte I: 100 beneficiários - Pequeno Porte II: 150 beneficiários - Médio/Grande Porte/Metrópole: 200 beneficiários

Fonte: TCEMG com base na Portaria MC nº 664/2021 e na Resolução CIT nº 30/2025.

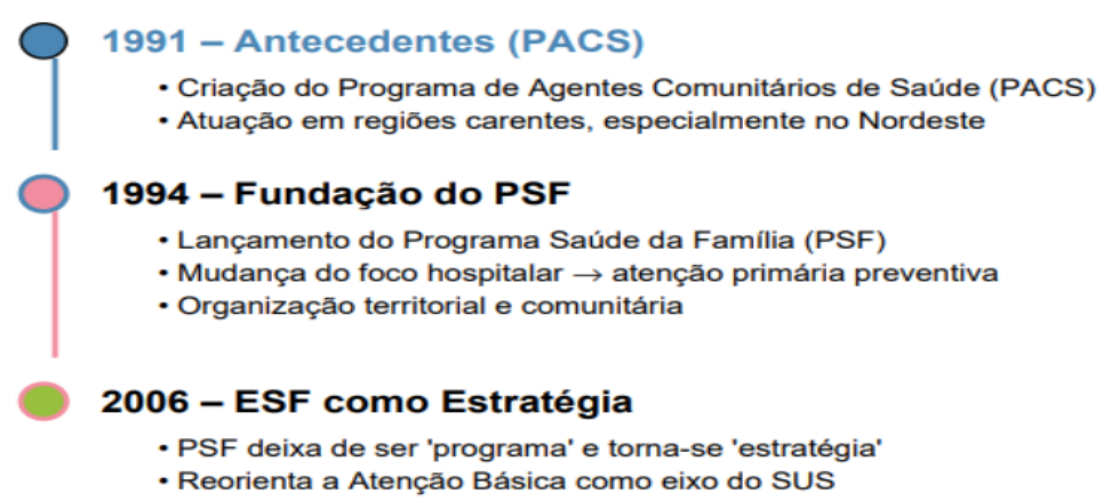
No contexto de fortalecer a proteção e garantia do desenvolvimento integral da primeira infância, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regida pela Portaria nº 2.436/2017, define a ESF como prioridade para expansão da Atenção Básica, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, promover a integralidade do cuidado ao longo do tempo, melhorar a resolutividade e aproximar os serviços às comunidades, considerando determinantes sociais e culturais (BRASIL, 2017).

O referido programa se iniciou com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e, em 1994, seguiu com a criação do Programa Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, para reorganizar o modelo de atenção básica do SUS. Seu objetivo era superar a exclusão social, a falta de médicos em municípios e focar na prevenção, atuando diretamente na casa das famílias com equipes multidisciplinares, focando em territórios definidos e no vínculo comunitário.

Desde 2006, a ESF é o modelo prioritário de Atenção Primária à Saúde no Brasil, focado em reorganizar o SUS através de equipes multidisciplinares que atuam no território. Ela promove ações preventivas, cura e reabilitação, priorizando o vínculo com a família e a comunidade e melhorando a qualidade de vida da população através de um

cuidado humanizado e de fácil acesso. A Figura 5 demonstra a evolução temporal do histórico do ESF.

Figura 5- Evolução temporal do histórico do ESF



Fonte: TCEMG

Nesse cenário, importa conhecer as principais características do Programa ESF:

- Equipes compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS);
- Territorialização, com atuação definida em uma área geográfica específica para conhecer a realidade local;
- Visitas domiciliares, com ações frequentes no domicílio para monitorar doenças crônicas e condições de risco;
- Atendimento integral, focado na prevenção de doenças e promoção da saúde, reduzindo a necessidade de hospitais;
- Vínculo e acolhimento, com estabelecimento de relações de confiança e longas, focando no paciente e não apenas na doença.

Diante da proteção integral direcionada ao público da primeira infância, os dois programas possuem papel fundamental, sobretudo na execução das visitas domiciliares, por estarem inseridas no ambiente das famílias.

Em termos operacionais, as equipes do PCF atuam a partir do CRAS, enquanto a ESF opera a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Como ambos têm atuação territorializada e orientada por vulnerabilidades, essas políticas frequentemente convergem no atendimento às mesmas famílias e podem acabar compartilhando informações e encaminhamentos, ainda que de maneira não formalizada. O PCF depende de encaminhamentos e suporte da rede de saúde, incluindo a identificação de situações

de risco, acompanhamento nutricional e orientações perinatais. Ainda, fundamenta-se em ações intersetoriais, que incluem as políticas de saúde como parte indissociável do cuidado integral. A Figura 6 dispõe a relação PCF x ESF.

Figura 6- Relação PCF x ESF

Relação PCF x ESF			
	Programa Criança Feliz (PCF)	Estratégia Saúde da Família (ESF)	Relação / Complementaridade
Público-alvo	Gestantes, crianças de 0 a 6 e suas famílias	Gestantes, puérperas, crianças e demais grupos da Atenção Primária	Ambos atendem o mesmo público, especialmente os mais vulneráveis
Visitas domiciliares	Visitas estruturadas com foco em desenvolvimento e parentalidade	Visitas para vigilância e promoção da saúde materno-infantil	Ações no mesmo território, com metodologias diferentes e complementares

Fonte: TCEMG

2.3 Responsáveis

Quanto à execução do Programa Criança Feliz, cada ente federativo tem suas atribuições delimitadas pela Portaria nº 664/2021, do Ministério da Cidadania, que consolida os atos normativos que regulamentam o Programa Criança Feliz/Primeira Infância no SUAS.

A União, por meio da Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância (SNAPI), exerce a gestão e coordenação nacional do programa; expede normas e diretrizes; oferece apoio técnico e capacitação aos atores; promove a articulação intersetorial com outras políticas públicas; realiza o monitoramento e avaliação dos resultados; é o principal financiador do programa; promove estudos e pesquisas sobre o tema.

Os Estados desempenham papel de coordenação e apoio técnico aos municípios na execução do programa, incluindo orientação, articulação regional e acompanhamento do uso de recursos conforme as regras de cofinanciamento e de prestação de contas aplicáveis.

Os municípios, por sua vez, são os executores diretos do Programa Criança Feliz no território. Entre suas principais atribuições estão: gestão e planejamento do programa; instituição de comitê intersetorial e elaboração de plano de ação; execução das visitas domiciliares; articulação intersetorial em âmbito local, com integração entre UBS, creches, escolas e CRAS; registro e atualização de informações nos sistemas informatizados para monitoramento dos indicadores de desenvolvimento infantil. A Figura 7 demonstra as principais atribuições dos entes.

Figura 7- Principais atribuições dos entes no PCF

União	Estados	Municípios
 Coordenação nacional, normas e financiamento principal.	 Apoio técnico, pedagógico e capacitação das equipes municipais.	 Gestão local, plano de ação e execução das visitas domiciliares.
 Monitoramento, avaliação geral e pesquisa sobre a infância.	 Articulação regional e monitoramento do uso dos recursos.	 Contratação de visitantes e atualização de registros locais.
 Articulação intersetorial em nível nacional.	 Suporte administrativo e avaliação da execução municipal.	 Instituição de Comitê Intersectorial e cofinanciamento.

Fonte: TCEMG

Na execução do programa Estratégia Saúde da Família, os entes federativos também possuem atribuições próprias e bem definidas. A União atua como órgão coordenador e normativo do SUS e da ESF. Suas funções principais são formular diretrizes nacionais (como o PNAB) e normas da Atenção Primária à Saúde (APS) e da ESF; repassar recursos aos municípios para custeio dos serviços e investimento nas equipes; fornecer capacitações, educação permanente e materiais técnicos aos profissionais; monitorar e avaliar o programa através de indicadores de saúde e de desempenho da atenção básica nacionalmente.

Os Estados desempenham um papel intermediário, articulador e de apoio aos municípios. Em termos gerais, eles planejam e acompanham pactuações regionais; oferecem capacitações, suporte técnico e acompanhamento às equipes municipais; negociam a organização de fluxos regionais; estabelecem mecanismos de regulação, controle e avaliação das ações regionalmente; complementam o financiamento.

Os Municípios, por fim, são os principais responsáveis pela execução direta da Estratégia Saúde da Família. Agem, principalmente, na implementação e gestão direta

das equipes do ESF; no planejamento e organização das ações, rotinas e agendas dos serviços de saúde; na complementação do financiamento e na execução do orçamento; na alimentação dos sistemas federais com dados atualizados para monitoramento; no acompanhamento e avaliação de indicadores; na realização de planejamento em saúde baseado em dados do território. A Figura 8 resume as principais atribuições dos entes no ESF.

Figura 8-Principais atribuições dos entes no ESF

União	Estados	Municípios
 Definição de diretrizes nacionais e financiamento de recursos.	 Apoio técnico regional e capacitação de profissionais.	 Execução das ações no território e planejamento local.
 Coordenação da pactuação nacional.	 Educação permanente e cofinanciamento complementar.	 Organização de unidades, equipes e visitas domiciliares.
 Provimento de recursos financeiros federais.	 Atuação como articuladores intermediários.	 Alimentação de sistemas de informação e cofinanciamento.

Fonte: TCEMG

2.4 Beneficiários

A Lei nº 13.257/2016 define a Primeira Infância como o período que compreende os primeiros 6 (seis) anos completos de vida da criança, além de estabelecer como dever do Estado a formulação de políticas públicas específicas para essa etapa, consideradas as particularidades de cada faixa etária e assegurado o desenvolvimento integral. Embora a definição legal não mencione expressamente o período gestacional, as ações voltadas à Primeira Infância devem abranger também a gestação, etapa essencial ao desenvolvimento infantil e de caráter eminentemente preventivo.

Nesse contexto, o art. 2º da Portaria MC nº 664/2021 estabelece como público prioritário do Programa Criança Feliz (PCF) gestantes e crianças de até 72 (setenta e dois) meses e suas famílias, compreendendo:

- I – gestantes e crianças de até 36 (trinta e seis) meses inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico;
- II – crianças de até 72 (setenta e dois) meses e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada;

III – crianças de até 72 (setenta e dois) meses afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no art. 101, caput, incisos VII e VIII, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e suas famílias; e IV – crianças de até 72 (setenta e dois) meses inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, que perderam ao menos um de seus responsáveis familiares, independente da causa de morte, durante o período Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. (BRASIL, 2021)

Em decorrência do reordenamento aprovado pela Resolução CNAS/MDS nº 117/2023, o art. 4º da Resolução CIT nº 30/2025 ampliou o rol de beneficiários estabelecendo grupos prioritários do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos (SPSBD-GC) abrangendo gestantes e crianças em múltiplas situações de vulnerabilidade social, como pobreza inscrita no CadÚnico, recebimento de benefícios socioassistenciais, rompimento de vínculos familiares, pertencimento a povos e comunidades tradicionais, situação de rua, migração, violência, trabalho infantil, insegurança alimentar, exclusão escolar e contextos familiares marcados por deficiência, dependência, baixa escolaridade, adolescência ou monoparentalidade dos cuidadores. (BRASIL, 2025b)

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Lei nº 11.350/2006 define como atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde (ACS), entre outras:

- IV – a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento: (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
 - a) da **gestante**, no pré-natal, no parto e no puerpério;
 - b) da **lactante**, nos seis meses seguintes ao parto;
 - c) da **criança**, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura;
 - (...)
 - V – realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento:
 - b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde;
- (BRASIL, 2006)

Embora a ESF não tenha sido concebida especificamente para a Primeira Infância, sua atuação revela-se central para o desenvolvimento infantil. Como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia possibilita, por meio das visitas domiciliares, a identificação precoce de fatores de risco ao desenvolvimento infantil, especialmente em famílias em situação de vulnerabilidade social.

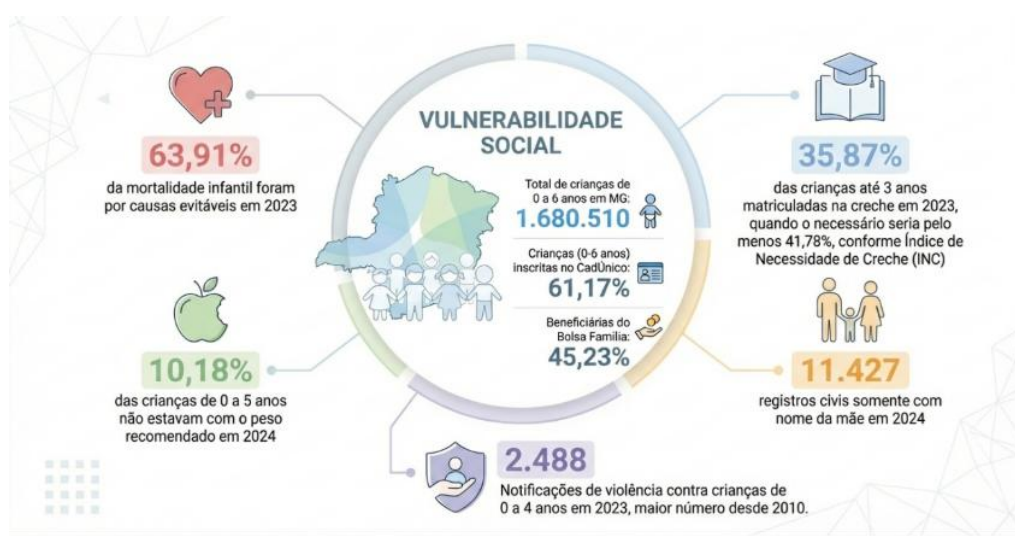
Segundo estudo do Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI) (2019), a ESF, ao longo de três décadas de implementação, contribuiu para a redução da mortalidade infantil e materna, a melhoria da nutrição, a ampliação da cobertura vacinal, o aperfeiçoamento da saúde materna durante a gestação e o aumento da frequência e do

desempenho escolares. Nesse sentido, a ESF configura-se como plataforma relevante para a promoção da Primeira Infância, ao reduzir fatores de risco, fortalecer o vínculo entre famílias e serviços de saúde e favorecer a articulação com outras políticas públicas, criando condições propícias ao desenvolvimento integral.

2.5 Intersetorialidade na Primeira Infância

A intersetorialidade é crucial para o atendimento integral à criança porque o desenvolvimento infantil é condicionado por múltiplos determinantes, como saúde, educação, nutrição, parentalidade e segurança. Nenhum desses domínios é suficiente de forma isolada e o desalinhamento de um deles compromete o sistema como um todo (NCPI, 2024). Dessa forma, compreender o panorama da Primeira Infância em Minas Gerais permite dimensionar as demandas existentes e fundamentar a necessidade de políticas públicas efetivas em diferentes áreas. A Figura 9 evidencia a realidade de Minas Gerais e reforça a relevância de políticas intersetoriais como a ESF e o PCF.

Figura 9– Panorama da Primeira Infância em Minas Gerais.



Fonte: informações extraídas do portal Primeira Infância em Dados⁵, de iniciativa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

Os indicadores reunidos na Figura 9 revelam um panorama desafiador da primeira infância em Minas Gerais: muitas crianças dependem de programas sociais, como o Bolsa Família, persistem taxas elevadas de mortalidade evitável, coexistem subnutrição e obesidade, registram-se certidões sem declaração de paternidade, há aumento de violência notificada e matrículas insuficientes em creches.

A atuação da ESF e do PCF está diretamente relacionada aos dados apresentados, na medida em que ambos operam no território e junto às famílias mais vulneráveis. A ESF contribui para a redução da mortalidade infantil evitável e para a ampliação da qualidade do pré-natal por meio do acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças, além de ações de vigilância nutricional e identificação precoce de situações de violência. O PCF, por sua vez, fortalece vínculos familiares e práticas de cuidado por meio de visitas domiciliares, com foco no desenvolvimento infantil, estímulo adequado e orientação às famílias. Em conjunto, os programas podem atuar tanto na mitigação de riscos socioeconômicos quanto na promoção do desenvolvimento integral, especialmente nos territórios de maior vulnerabilidade.

Alves (2022) afirma que segundo o Marco Legal, a criança como “prioridade absoluta” implica o dever do Estado de estabelecer instrumentos para atender as especificidades do período que vai dos 0 aos 6 anos, sendo a elaboração de planos uma dessas ferramentas. Enquanto elemento político e técnico, um plano de primeira infância deve direcionar decisões, investimentos e ações intersetoriais com vistas ao

O Plano Nacional pela Primeira Infância⁵ foi constituído em 2010, e encontra-se atualizado até 2030. No estado de Minas Gerais ainda não há Plano Estadual pela Primeira Infância.

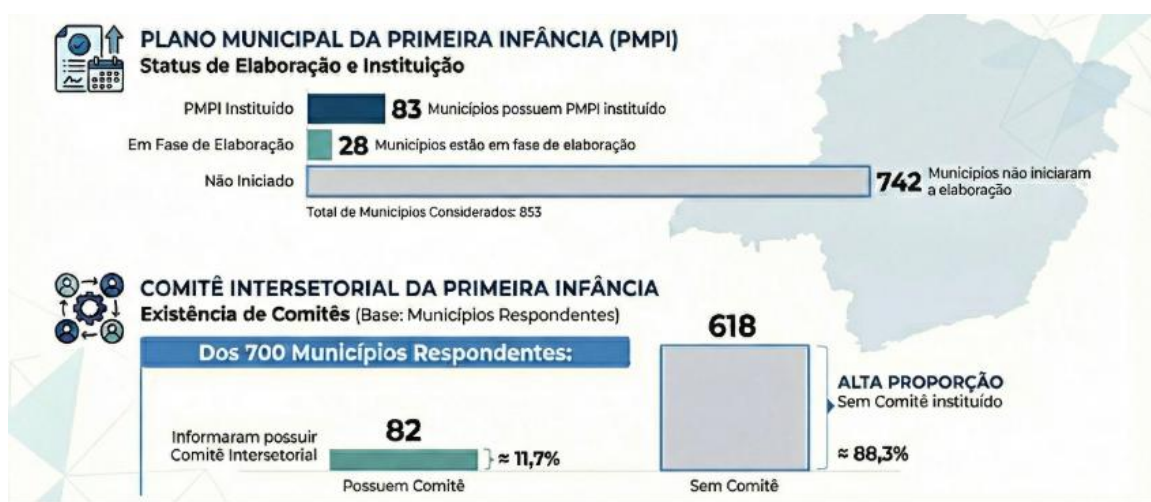
No âmbito municipal, o Plano Municipal da Primeira Infância (PMPI) é apontado pelo Guia Prático MaPI – Minas pela Primeira Infância, do Ministério Público de Minas Gerais, como um documento político e técnico indispensável a todos os municípios: ele reúne informações sobre a situação local da primeira infância e estabelece metas e ações para melhorar as condições de vida das gestantes e das crianças de zero a seis anos. O guia orienta que a elaboração do PMPI comece com a adesão formal da autoridade municipal, o envolvimento de todas as secretarias e a criação de um Comitê Intersetorial para a Primeira Infância, composto por representantes das diferentes secretarias, dos conselhos de direitos, do conselho tutelar e da sociedade civil, para coordenar os trabalhos. (MINAS GERAIS, 2025a).

A Figura 10 apresenta um panorama do estado de Minas Gerais quanto à existência de PMPI, bem como quanto à constituição de Comitê Intersetorial para a Primeira Infância nos municípios. Nesse cenário, 742 municípios ainda não iniciaram a

⁵ Plano Nacional Pela Primeira Infância. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/plano-nacional-pela-primeira-infancia-pnpi>- Acesso em: 27 fev. 2026.

elaboração dos seus PMPIs e 618 municípios não possuem Comitê Intersectorial para a Primeira Infância instituído.

Figura 10 - PMPI e Comitês Intersectoriais da Primeira Infância em Minas Gerais



Fonte: TCEMG- questionário enviado aos municípios

2.6 Metas e indicadores de desempenho

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, acordada pelas Nações Unidas em 2015, estabelece uma série de objetivos interdependentes para erradicar a pobreza, assegurar segurança alimentar, promover saúde e bem-estar, fornecer educação de qualidade e reduzir desigualdades, entre outros compromissos (ONU, 2015). Esse pacto global orienta políticas públicas no Brasil, especialmente aquelas voltadas à primeira infância. Nessa perspectiva, o PCF e a ESF contribuem para a realização desses objetivos ao promoverem o desenvolvimento humano de gestantes e crianças, fortalecerem laços familiares e ampliarem o acesso a serviços de saúde.

Considerando o SPSBD-GC, previsto na Resolução CIT nº 30/2025 (reordenamento), as metas estão atreladas ao cofinanciamento federal aos municípios e Distrito Federal, sendo dividido em uma parcela fixa + uma parcela variável. A parcela fixa continua tendo o valor partindo de R\$ 75,00 por beneficiário, sendo distribuída da seguinte maneira: valor mensal da parcela fixa = $(75,00 \times 60\%) \times (\text{número de educadores sociais designados para o Serviço de Proteção Social Básica em Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos tendo como limite o denominador/número de referência de educadores sociais do município})$ e valor mensal da parcela variável = $(75,00 \times 40\%) \times (\text{número beneficiários visitados ao menos 2 vezes pelo Serviço de Proteção Social Básica})$

em Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos tendo como limite o denominador/meta física aceita. A Resolução CIT nº 30/2025 determina ainda que, para fazer jus ao cofinanciamento federal, os municípios deverão atingir no mínimo 60% da meta pactuada (BRASIL, 2025b).

No que se refere à saúde, a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 institui uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde, reorganizando o Previne Brasil. A Portaria define que o cofinanciamento federal será constituído por componentes, dentre os quais está o componente de qualidade, que tem por finalidade estimular o alcance de metas pactuadas e a melhoria contínua da atenção (BRASIL, 2024).

Dessa forma, o repasse do componente de qualidade está vinculado ao desempenho das equipes, medido por indicadores previamente definidos. As equipes são classificadas em categorias como ótimo, bom, suficiente e regular, recalculado quadrimestralmente (BRASIL, 2024). São acompanhados diversos indicadores, destacando-se os indicadores de **Cuidado no Desenvolvimento Infantil e Cuidado na Gestação e Puerpério**, no contexto do cuidado materno-infantil.

Nos termos das Notas Metodológicas C2 e C3 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025c; BRASIL, 2025d), o indicador **Cuidado no Desenvolvimento Infantil** monitora crianças até dois anos, considerando a realização de consultas, registros de peso e altura, visitas domiciliares por ACS e vacinação com todas as doses recomendadas; já o indicador **Cuidado na Gesta o e Puerpério** avalia o ciclo gravídico-puerperal, incluindo captação precoce da gestante, número de consultas, exames laboratoriais, visitas domiciliares, vacinação e acompanhamento pós-parto (BRASIL, 2025c; BRASIL, 2025d). O desempenho das equipes nesses indicadores compõe o cálculo do componente de qualidade, reforçando a atenção   saúde da mulher e da criança na primeira infância.

2.7 Sistemas de controle e monitoramento

Os sistemas de controle e de monitoramento são fundamentais para assegurar a execução adequada das políticas públicas de primeira infância e o cumprimento das metas estabelecidas.

No PCF, o principal sistema de informação para registros das visitas é o e-PCF, no qual são inseridas informações básicas relativas à gestão local, aos atendimentos e acompanhamentos realizados junto a beneficiários e suas famílias (BRASIL, 2020).

Já em relação à ESF e nos termos da Portaria GM/MS nº 1.412, utiliza-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) como plataformas oficiais de registro. O e-SUS AB instrumentaliza a coleta de dados que serão inseridos no SISAB e é composto por dois softwares: o Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (BRASIL, 2013). Os municípios devem enviar regularmente as bases de dados ao SISAB e manter registros completos, pois o Governo Federal utiliza essas informações para calcular o componente de qualidade do cofinanciamento, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 (BRASIL, 2024).

3. MECANISMOS DE COORDENAÇÃO E GOVERNANÇA

Para compreender a dimensão do impacto dos mecanismos de coordenação e governança nas políticas públicas para a Primeira Infância, importa conhecer o conceito de governança em políticas públicas.

De acordo com o TCU (2014), a Governança em políticas públicas consiste nos arranjos institucionais (estruturas, normas, princípios, regras, processos e mecanismos) que condicionam a forma pela qual as políticas são formuladas, implementadas e avaliadas, em benefício da sociedade. A abordagem sobre a governança em políticas públicas orienta esforços de controle para aspectos estruturantes, os quais condicionam a intervenção governamental visando focalizar a qualidade dos fatores estruturais que aumentam a probabilidade de que os resultados previstos sejam alcançados, ao mesmo tempo em que fomenta a criação de um melhor ambiente para o uso dos recursos públicos.

Em convergência, a coordenação nas políticas significa fazer com que os diversos sistemas institucionais e gerenciais que formulam políticas trabalhem juntos.

Nesse contexto, instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação fazem parte do arcabouço de ferramentas essenciais da coordenação e governança. Além do mais, uma política pública deve possuir rotina para acompanhar suas ações, para aferir seus resultados e os utilizar para promoção de aperfeiçoamentos na política. O andamento das operações inerentes à política pública deve ser constantemente monitorado e os seus resultados periodicamente avaliados, com vistas à concretização dos objetivos programados e ao aperfeiçoamento do desempenho governamental. (TCU, 2014)

A fim de compreender em que medida os principais componentes de governança dos programas nacionais de visitação domiciliar estão alinhados para garantir a atenção integral das crianças de zero a seis anos de idade, buscou-se avaliar neste capítulo se o estado de Minas Gerais possui mecanismos de coordenação e governança para apoiar os municípios na condução dos programas PCF e ESF, com foco sobre a existência e o funcionamento de instrumentos de planejamento, monitoramento, avaliação.

Sendo assim, nos subtítulos 3.1 e 3.2 são apresentados os principais achados de auditoria relacionados às fragilidades e lacunas identificadas nesses mecanismos, à luz dos critérios utilizados nesta auditoria.

3.1 Mecanismos de coordenação e governança para apoiar os municípios na condução do Programa Criança Feliz (PCF), sobretudo instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação.

As Portarias MC nº 431/2019 e nº MC 664/2021 estabelecem as competências estaduais na atuação do PCF, em seus artigos 12 e 73 respectivamente, enfatizando o papel de coordenação estadual como intermediário entre União e Municípios. Nesse mesmo sentido, a Resolução CIT nº 30/2025 (reordenamento do PCF) elenca em seu art. 22 as atribuições do órgão estadual. Realizando um comparativo entre os dispositivos da competência estadual após o reordenamento do Programa, ficou evidente a continuidade da importância do papel estadual de coordenação e governança. A Tabela 1 compara os dispositivos antes e após o reordenamento.

Tabela 1- Comparativo dos dispositivos antes e após o reordenamento do PCF

Inciso	Portaria 431/2019 – Art. 12 e Portaria 664/2021 Art. 73- (Coordenação Estadual)	Resolução CIT 30/2025 – Art. 22 (Gestão Estadual/DF)
I	prestar apoio técnico aos municípios	prestar apoio técnico, administrativo e financeiro aos Municípios, inclusive com acompanhamento in loco, apoiando a implementação da metodologia, a articulação dos serviços e a composição da equipe de referência.
II	formular, em conjunto com a equipe técnica, o Plano de Ação de implantação do Programa, além da formulação de orientações técnicas que subsidiem o processo de implementação local;	formular, em conjunto com a equipe técnica estadual e municipal, orientações que subsidiem o processo de implementação local, observadas as diretrizes nacionais
III-	encaminhar o Plano de Ação intersetorial para a SNPDH	coordenar, viabilizar e monitorar processos de capacitação e educação permanente das equipes de referência municipais, abrangendo a metodologia do SPSBD-GC, o

		PAIF e o SCFV, sempre que necessário
IV-	coordenar e viabilizar a capacitação dos supervisores municipais pelos multiplicadores nos cursos do "Guia de Visita Domiciliar" e na metodologia "Cuidados para o Desenvolvimento da Criança - CDC", sempre que necessário e de forma a não prejudicar a execução do Programa no município	- realizar cursos, seminários e ações contínuas de educação permanente e capacitação sobre a Primeira Infância, fortalecendo o papel dos profissionais e da rede socioassistencial
V	realizar cursos, seminários e ações contínuas de educação permanente e capacitação sobre o Programa e metodologia das visitas domiciliares, além de ações de mobilização intersectorial	utilizar, obrigatoriamente, o material didático e a metodologia nacional dos serviços, podendo elaborar materiais complementares que incluam especificidades da realidade estadual, desde que observados os princípios e diretrizes da PSB
VI	utilizar, obrigatoriamente, o material didático e a metodologia do Programa	disseminar as orientações e materiais produzidos ou validados pela Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS
VII	disseminar as orientações e materiais produzidos ou validados pela SNPDH	produzir relatórios situacionais, técnicos e financeiros a serem enviados à SNAS, incluindo informações sobre as atividades realizadas pelos serviços em cada município
VIII	elaborar materiais complementares àqueles disponibilizados pela União, que incluam especificidades da realidade em âmbito estadual, observados os princípios das ações do Programa	prestar informações técnicas, administrativas e financeiras à SNAS, sempre que solicitado, assegurando a transparência na execução dos recursos

IX	realizar o monitoramento técnico, administrativo e financeiro dos municípios participantes do Programa, inclusive com acompanhamento in loco, verificando se estão cumprindo adequadamente a metodologia e a periodicidade das visitas definida pelo Programa, a composição da equipe técnica de visitadores e supervisores e a execução	participar das reuniões, encontros, cursos e eventos, quando convocados pela SNAS, garantindo a interlocução federativa
X	prestar informações técnicas, administrativas e financeiras à SNPDH, sempre que solicitado, para fins de avaliação do Programa	articular ações intersetoriais com as diversas políticas públicas, em especial as de educação, saúde, direitos humanos, cultura, dentre outras, com o Sistema de Justiça e Garantia de Direitos, Comitê Gestor do Programa Bolsa Família e conselhos de políticas setoriais e de direitos
XI	participar das reuniões, encontros, cursos e eventos, quando convocados pela SNPDH	articular com conselhos estaduais e municipais de políticas setoriais e de direitos, bem como com outros parceiros locais, visando ampliar a participação social e agregar contribuições ao planejamento, regulamentação, implementação e acompanhamento dos serviços da PSB
XII	produzir relatório situacional e financeiro, a ser enviado trimestralmente à SNPDH, prestando informações também sobre as atividades realizadas pelo Programa em cada município	
XIII	articular ações intersetoriais com as diversas políticas públicas, em	

	especial as de educação, saúde, direitos humanos, cultura, dentre outras, com o Sistema de Justiça e Garantia de Direitos, Comitê Gestor do Programa Bolsa Família e conselhos de políticas setoriais e de direitos	
XIV	articular com conselhos setoriais e outros parceiros locais, visando ampliar a participação e agregar contribuições ao planejamento, regulamentação, implementação e acompanhamento do Programa	
XV	orientar os municípios a elaborarem seus respectivos Planos de Ação intersetorial.	

Fonte: TCEMG

Nota-se, segundo a Tabela 1, que a Resolução CIT nº 30/2025, apesar de elencar quantidade menor de incisos, amplia o escopo das atribuições, conferindo mais ênfase à dimensão administrativa e financeira no apoio aos municípios, não prevista de forma tão explícita na Portaria nº 431/2019.

Há maior integração com serviços da PSB (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)) no modelo 2025, indicando expansão da lógica intersetorial.

Critérios:

- Constituição Federal de 1988 (CF/88), art. 227;
- Lei nº 13.257/2016 - Marco Legal da Primeira Infância: dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância;
- Portaria nº 431, de 6 de março de 2019- Dispõe sobre a adesão do estado ao Programa Criança Feliz/Primeira Infância no SUAS;
- Portaria MC nº 664/2021: Consolida os atos normativos que regulamentam o Programa Criança Feliz/Primeira Infância no Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

- Resolução CIT nº 30/2025: dispõe sobre a regulamentação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos e pactua suas ações no Sistema Único de Assistência Social;
- Estudo do Núcleo Ciência pela Infância- Fundação Maria Cecília Souto Vidigal- Visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância.

Achado:
Inexistência de mecanismos de coordenação e governança para apoiar os municípios na condução do PCF, sobretudo instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação.

Situações encontradas:

- O estado de Minas Gerais não realizou adesão ao PCF;
- Os municípios mineiros que aderiram ao programa não possuem uma coordenação estadual do PCF, operando de forma isolada, sem apoio do nível estadual, ficando a coordenação e o suporte a cargo do governo federal (Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS);
- Ausência de Plano Estadual para a Primeira Infância;
- Não há monitoramento ou avaliação da implementação do PCF por parte do estado;
- O Estado de Minas Gerais não oferece suporte técnico e capacitação aos municípios para realização das visitas domiciliares do PCF.

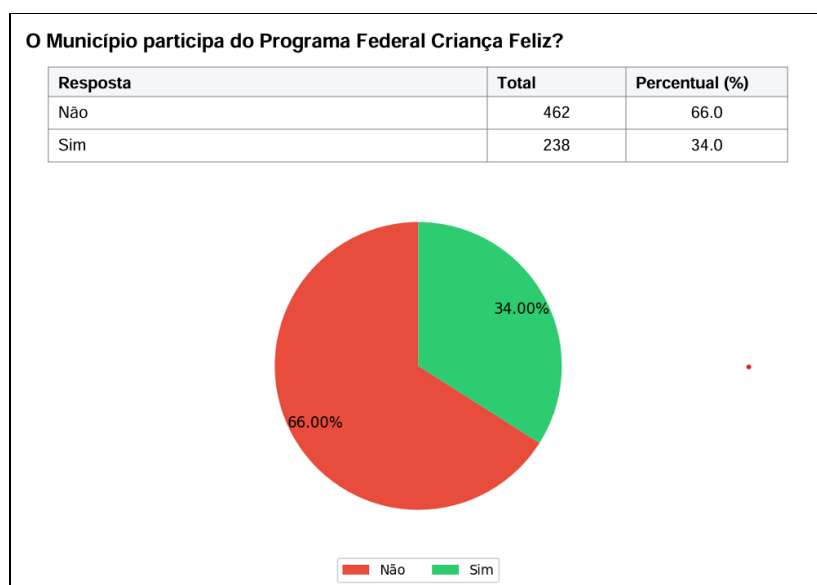
Evidências e análises:

O art. 1º da Portaria nº 431/2019 estipula que a adesão do estado ao Programa Criança Feliz/Primeira Infância no SUAS, dar-se-á por meio da assinatura do Termo de Aceite no sistema, com a respectiva aprovação pelo Conselho Estadual de Assistência Social. (BRASIL, 2019). No caso do Estado de Minas Gerais, em resposta ao Ofício CAOP nº 11692/2025, a Sedese informou que não foi realizada adesão ao PCF, o que foi corroborado pelos gestores da Sedese em entrevista realizada. À época inicial das adesões ao Programa, logo após o seu lançamento, discussão do Conselho Estadual de Assistência Social de Minas Gerais (CEAS –MG), deliberou pela não adesão.

A Resolução nº 583/2017 – CEAS-MG expôs os motivos pela não adesão, dentre eles, argumentou que haveria possibilidade de precarização das relações de trabalho ao ser prevista a contratação de profissionais por entidades, por facultar a contratação de profissionais de nível médio ou de sobrecarregar as equipes dos CRAS. Ainda, em seu art. 2º recomenda aos Conselhos Municipais de Assistência Social de Minas Gerais (CMAS/MG) que, no momento da discussão do Programa Primeira Infância no SUAS, seja analisada a possibilidade da não adesão ao PCF pelos municípios. (MINAS GERAIS, 2017).

Diante do desincentivo para a adesão ao PCF por parte da deliberação do CEAS-MG, foi constatado, por meio de questionário eletrônico enviado aos municípios mineiros, a baixa adesão ao PCF. O Gráfico 1 demonstra que apenas 238 municípios, de um total de 700 que responderam o questionário, informaram participação no PCF, o que representa apenas 34% de participação/adesão.

Gráfico 1- Municípios que informaram participação do PCF em Minas Gerais



Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

Além disso, os municípios de Minas Gerais que optaram pela adesão devem tratar suas demandas diretamente com o governo federal, já que pela não adesão do Estado, o Programa ficou sem gestão estadual. Nas entrevistas realizadas com gestores municipais, foi relatada a dificuldade de comunicação do município com o ente federal na tentativa de suprir a lacuna de atuação estadual. Essa informação também foi corroborada por

Especialista e atuante no governo federal na implementação do PCF nos municípios mineiros entrevista. Essa relatou que, durante sua atuação, enfrentava grandes dificuldades para apoiar os municípios mineiros, justamente pela ausência de uma instância estadual que assumisse a coordenação local do PCF. Segundo ela: *“a diversidade territorial de Minas, com regiões como o Norte de Minas, Jequitinhonha e Vale do Mucuri, exigiria uma gestão estadual capaz de articular e regionalizar as ações do programa, promovendo respostas mais qualificadas conforme as especificidades de cada território”*.

A ausência da adesão estadual também deixou Minas Gerais fora da possibilidade de participação de seus municípios no projeto piloto ocorrido em abril de 2024, parte do processo de reestruturação do programa.

Mesmo diante da relevância do PCF para a concretização das ações públicas voltadas à Primeira Infância, apenas em 2024, o Estado demonstrou intenção de adesão ao PCF, de acordo com o Ofício Gab. nº 449/2024, enviado ao Governo Federal. De acordo com entrevista realizada, foi informado pela Sedese que essa estaria aguardando a possibilidade de adesão disponibilizada pelo Governo Federal para reabrir a discussão no CEAS, vislumbrando uma possível aprovação de adesão.

Entretanto, em entrevista com o Ministério do Desenvolvimento Social (Secretaria Responsável pela gestão de PCF) foi informado que a possibilidade de adesão pelos estados esteve sempre aberta, mesmo após a recusa de adesão ocorrida por Minas Gerais em 2017. Também foi destacado que a não adesão do estado prejudica a proximidade com os municípios, e com isso não há monitoramento estadual, nem apoio técnico aos municípios. O apoio à ação de capacitação também é inexistente, deixando os municípios sem esse suporte estadual.

Entrevista realizada com integrantes da Rede Primeira Infância Minas Gerais (REPI-MG) e especialistas, foi enfatizado o impacto negativo da não adesão estadual. *“A ausência de coordenação estadual em Minas Gerais impacta diretamente a execução do PCF nos municípios e essa ausência gera uma lacuna de orientação, apoio técnico e integração, deixando os municípios mais frágeis, isolados, sem apoio e desencorajados a aderir ao programa, gerando prejuízos relevantes para a concretização dos objetivos do programa.”*

“Além disso, aspectos como a promoção de capacitações, o monitoramento do programa e a avaliação de seu impacto ficam comprometidos, comprometendo a consolidação do PCF em Minas Gerais.”

Quanto aos aspectos de planejamento estadual, desde 2016, com a vigência do Marco Legal da Primeira Infância, havia indicação de o ente estadual elaborar o Plano Estadual pela Primeira infância (PEPI). Passados quase 10 anos do Marco Legal, Minas Gerais ainda não possui um plano para demonstrar a busca pelo cumprimento da prioridade absoluta que a CF/88 estabelece à temática.

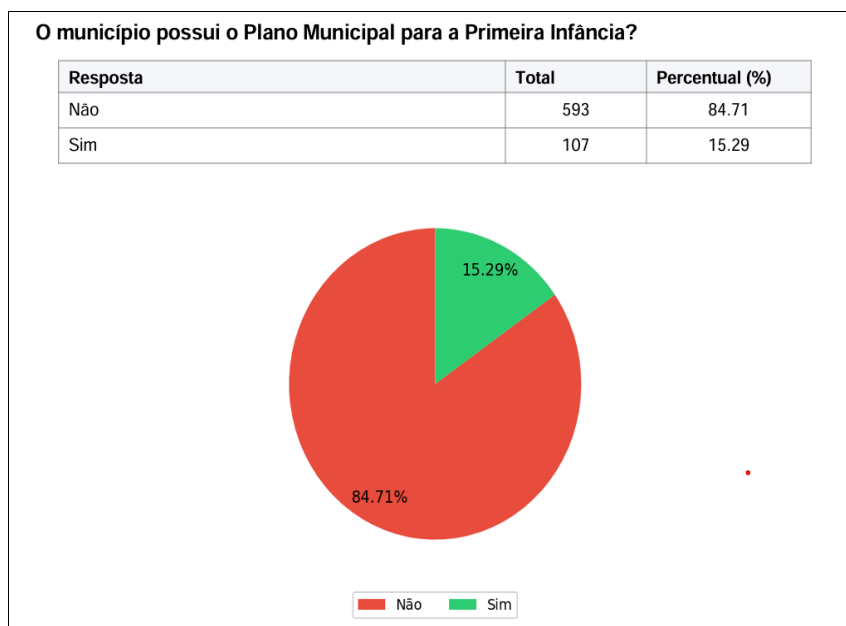
É pertinente que os programas e ações destinadas à Primeira Infância como o PCF e outros façam parte de um planejamento integrado dentro de um Plano para a Primeira Infância, o qual possui como função principal orientar, organizar e integrar as ações, garantindo que as políticas públicas sejam planejadas de forma contínua, articulada e baseada em evidências. O PEPI atua como um instrumento estruturante da gestão pública estadual e produz impactos diretos na formulação, coordenação e execução das políticas voltadas às crianças de 0 a 6 anos dentro do ente estadual, gerando efeitos significativos nos municípios do seu território.

Importa ressaltar que, após o período de execução da auditoria, em dezembro de 2025, foi publicada a Lei nº 25.610/2025, que instituiu a Política Estadual da primeira infância no estado de Minas Gerais, o que foi considerado um sinal de avanço da atuação estadual. Em seu art. 8º, a Lei citada estipula que a implementação da Política Pública Estadual da Primeira Infância se dará por meio do Plano Estadual pela Primeira Infância. (MINAS GERAIS, 2025b). Além disso, em entrevista com a Sedese, foi demonstrado um Relatório Técnico sobre a Primeira Infância em Minas Gerais, que seria parte do diagnóstico que está sendo realizado no Estado, o qual teria o objetivo de subsidiar a elaboração do Plano Estadual para a Primeira Infância.

Cumprir informar que, apesar do dispositivo legal aprovado e da elaboração de Relatório Técnico da Primeira Infância no território estadual, Minas Gerais ainda está sem um diagnóstico finalizado e sem PEPI.

Sem atuação do Estado, não há incentivo estadual como referência para os municípios, visto que sequer o estado possui seu PEPI, refletindo no cenário de baixa elaboração de Planos Municipais no território mineiro, constatado por meio de requisição de informações. Conforme demonstra o Gráfico 2, apenas 15 % possuem um Plano Municipal para a Primeira Infância.

Gráfico 2- Quantidade de municípios com Plano Municipal pela Primeira Infância



Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

A ausência dos Planos Estadual e Municipais pela Primeira Infância compromete a coordenação, a continuidade e a efetividade das políticas públicas destinadas às crianças de 0 a 6 anos. Sem esses instrumentos, as ações tornam-se fragmentadas, desarticuladas e pouco orientadas por metas, dificultando a priorização orçamentária, a padronização de práticas, o monitoramento de resultados e a redução das desigualdades territoriais. Além disso, a inexistência de planejamento formal enfraquece a institucionalização das políticas como o PCF, aumenta o risco de descontinuidade entre gestões e limita a participação social e o controle, resultando em menor capacidade do Estado de assegurar proteção integral e desenvolvimento pleno na primeira infância.

Especialista, que também atuou na implementação do PCF nos municípios mineiros, refletiu em entrevista que: “a ausência de adesão estadual compromete a indução de políticas públicas estruturantes, como a elaboração de planos municipais pela primeira infância”. Ainda, mencionou que, à época da reunião, poucos municípios mineiros possuíam planos formalizados. Na sua avaliação, isso decorre diretamente da omissão do Estado, que deveria exercer papel ativo na mobilização dos municípios.

Além de o planejamento das ações do PCF dever estar contido em um plano específico focado na Primeira Infância, o monitoramento do Programa Criança Feliz é fundamental para assegurar a efetividade, a continuidade e a qualidade das ações de promoção do desenvolvimento infantil realizadas por meio das visitas domiciliares. Por

meio de mecanismos sistemáticos de acompanhamento, o gestor consegue verificar se a metodologia está sendo aplicada corretamente, se as equipes estão cumprindo as rotinas previstas e se as famílias estão recebendo o atendimento com a periodicidade e a qualidade estabelecidas pelo programa. Além disso, o monitoramento permite identificar precocemente falhas operacionais, como baixa cobertura; inconsistências nos registros; descontinuidade das visitas ou inadequações na composição das equipes, possibilitando intervenções tempestivas que evitam prejuízos ao desenvolvimento das crianças.

Tanto as portarias MC nº 664/2021 e MC nº 431, de 6 de março de 2019 quanto a Resolução CIT nº 30/2025 (reordenamento) estabelecem a realização de monitoramentos do PCF como atribuição do ente estadual. (BRASIL, 2019 e BRASIL 2025b). Assim como o art. 11. do Marco Legal da Primeira Infância estabelece que as políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços à criança e divulgação dos seus resultados. (BRASIL, 2016a)

No Estado de Minas Gerais esse monitoramento fica prejudicado, não sendo realizado monitoramento sistemático por parte do Estado sobre a implementação do PCF, devido à não adesão.

Especialistas entrevistados destacaram que um dos principais desafios da consolidação do PCF é *“a falta de monitoramento e avaliação de impacto do programa em muitos municípios, que muitas vezes focam na avaliação e monitoramento de indicadores de processo (quando fazem); lamentando o fato de que o Estado não aderiu ao Programa Criança Feliz e, por isso, não exerce o papel fundamental de coordenação e monitoramento junto aos municípios”*.

Um dos pilares para uma visita domiciliar de qualidade é a qualificação dos profissionais, principalmente dos visitadores, os quais estão diretamente em contato com as crianças e famílias atendidas. As competências normativas estaduais de coordenação quanto à capacitação dos profissionais do PCF já descritas na Tabela 1, encarregam o estado da missão fundamental de promover e difundir ações de capacitação.

Em entrevista com especialista e atuante na implementação do PCF nos municípios foi relatado, como ponto de atenção central, a questão da formação dos profissionais. A especialista destacou que há capacitações previstas para os supervisores e, após realizarem, esses devem replicar o conteúdo para os visitadores. Porém, na prática, os gestores muitas vezes não autorizam a participação dos profissionais nas capacitações integrais, seja por falta de diárias suficientes ou por dificuldades logísticas. Isso

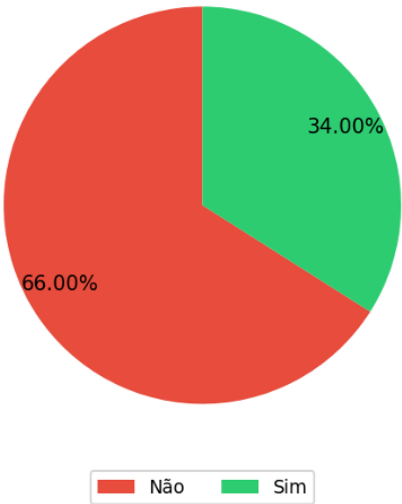
compromete a qualificação das equipes e, consequentemente, a qualidade da execução do programa no território.

Nesse cenário, informações solicitadas aos municípios mineiros, por meio de questionário eletrônico, evidenciaram que, conforme o Gráfico 3, a baixa participação em ações de capacitações nas temáticas da Primeira Infância. Sendo as capacitações do PCF inclusas nas capacitações sobre a temática, 66% dos municípios informaram que não realizaram ação de capacitação.

Gráfico 3 - Realização de capacitação na temática da Primeira Infância

O Município realizou ou participou de alguma ação de capacitação na temática da primeira infância?

Resposta	Total	Percentual (%)
Não	462	66.0
Sim	238	34.0



Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

Além disso, nos 12 municípios selecionados para execução da auditoria *in loco*, foram identificadas deficiências quanto à qualificação dos profissionais e carência de capacitações adequadas. Em todos eles, não há Plano de capacitação dos profissionais do PCF.

Segundo estudo do Núcleo Ciência pela Infância (2024), a realização de visitas domiciliares de forma sistematizada, liderada por profissionais qualificados e com estreita articulação intersetorial, pode contribuir sobremaneira para ampliar as competências de cuidado da família com a criança.

Diante do exposto, conclui-se que a ausência de mecanismos estaduais de coordenação e governança compromete de forma significativa a implementação qualificada do Programa Criança Feliz em Minas Gerais, enfraquecendo a articulação federativa, a oferta de suporte técnico aos municípios, a formação continuada das equipes e a institucionalização das políticas para a primeira infância.

A inexistência de adesão estadual, somada à falta de instrumentos estruturantes de planejamento, monitoramento e avaliação, como o Plano Estadual pela Primeira Infância, resulta em execução fragmentada, baixa indução de políticas municipais, fragilidade no acompanhamento das ações e desigualdade na capacidade de resposta dos territórios.

Causas:

- Baixa priorização da política voltada à Primeira Infância em nível estadual com desinteresse pelo PCF;
- Divulgação insuficiente sobre o PCF;
- Comunicação deficiente em 2016/2017 - À época, faltou diálogo efetivo entre o governo federal e o governo estadual gerando dúvidas não sanadas sobre a execução do PCF, o que contribuiu para a postura contrária de Minas Gerais em integrar o programa;
- Revisão tardia da decisão de não adesão - Apenas em 2024/2025 o Estado buscou reverter a não adesão, formalizando intenção de ingressar no PCF, mas sem concretizar a adesão;
- Dificuldade de mobilização de equipe técnica para elaboração de instrumentos de planejamento e monitoramento.

Efeitos:

- Fragilidades na implementação do programa no território estadual - A ausência de coordenação estadual gerou desarticulação, visto que os municípios executam o PCF sem integração regional ou diretrizes unificadas, enfraquecendo os resultados do programa;
- Dificuldade em avaliar impactos e resultados, prejudicando transparência e accountability o que também compromete a consolidação do PCF e a qualidade do acompanhamento às famílias em Minas Gerais;
- Perdas de recursos federais advindos do PCF e oportunidades de cooperação técnica;

- Apoio informal substituindo o apoio institucional - Gestores municipais recorrem a redes informais (grupos de supervisores municipais, apoio de entidades civis etc.) para suprir a falta de orientação e troca de experiências oficiais, evidenciando a carência de suporte institucional;
- Impacto limitado sobre o público-alvo - A não participação do Estado prejudica o pleno alcance dos objetivos do PCF no Estado, deixando famílias vulneráveis possivelmente desassistidas ou com acompanhamento aquém do ideal por falta de apoio e coordenação em nível estadual;
- Aumento do risco de irregularidades, visto que não há controle estadual ou verificação de cumprimento das visitas;
- Baixa adesão dos municípios do Estado ao PCF;
- Risco de descontinuidade ou sobreposição de ações por falta de acompanhamento sistemático.

Recomendações:

- Realizar a adesão ao Programa Criança Feliz já reformulado denominado Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC), articulando com o Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS);
- Elaborar um planejamento das ações de implementação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC) no Estado, considerando as competências estaduais de gestão do serviço (capacitações, apoio técnico);
- Instituir sistema de monitoramento estadual para acompanhar a implementação do SPSBD-GC nos municípios iniciantes e a transição do PCF para o SPSBD-GC nos municípios que já são participantes. O Sistema de Monitoramento deve incluir rotina de avaliação pelo menos anual do SPSBD-GC, com participação dos municípios e representantes da comunidade;
- Elaborar e implementar o Plano Estadual pela Primeira Infância;
- Criar mecanismos de acompanhamento da implementação e execução do Plano Estadual pela Primeira Infância;

Benefícios esperados:

- Ampliação da capacidade de oferecer atendimento integral à criança e suporte às famílias;
- Fortalecimento da governança e a articulação intersetorial;
- Municípios amparados por apoio estadual, promovendo redução de incertezas e fortalecendo a capacidade de gestão municipal do PCF;
- O Estado será visto como referência para os municípios estruturarem seus próprios planos pela Primeira Infância, promovendo padronização e alinhamento com políticas nacionais e estaduais;
- Produção de avaliação sistemática, facilitando a correção de desvios e tomada de decisão baseada em evidências, aumentando a efetividade das ações;
- Uniformização da qualidade dos serviços prestados no Estado, mitigando disparidades entre municípios com diferentes capacidades de gestão;
- Melhoria da qualidade dos atendimentos domiciliares devido a capacitações adequadas e apoiadas pelo Estado.

3.2 Mecanismos de coordenação e governança estaduais voltados à primeira infância na condução do Estratégia Saúde da Família (ESF)

Sendo a saúde organizada no Brasil por meio de Sistema Único de Saúde, em que todos os entes devem trabalhar em sinergia na busca de objetivos comuns a todos, a Lei nº 8.080/90 em seu art. 15 elenca como atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo: “I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde”. No contexto estadual, o Decreto nº 48.661/2023, o qual dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde, em seu art. 17 elenca como competência da Diretoria de Políticas de Atenção Primária a definição das ações relacionadas à melhoria do acesso, à atenção à saúde e ao cuidado da população na Atenção Primária à Saúde, com atribuições de:

- I – gerenciar a implementação da Política Estadual de Atenção Primária à Saúde;
- II – promover processos de organização e de gerenciamento dos serviços referentes à Estratégia Saúde da Família;
- III – acompanhar a implementação da Política Nacional de Atenção Básica no Estado. (MINAS GERAIS, 2023)

Diante da ampla extensão territorial do estado e da grande quantidade de municípios, a regionalização é ainda fator mais relevante na proximidade com os territórios, sendo assim o art. 69 do Decreto nº 48.661/2023 direcionou a atuação regional nas Superintendências Regionais de Saúde e nas Gerências Regionais de Saúde, denominadas Unidades Regionais de Saúde (URS), que são unidades administrativas da SES e têm como competência gerir as políticas e ações de saúde no âmbito de sua área de abrangência, com atribuições de:

- I – coordenar a implementação das redes e as ações de saúde;
 - II – promover ações de vigilância em saúde;
 - III – coordenar a regulação da atenção à saúde e do acesso aos insumos e aos serviços de saúde;
 - IV – coordenar a governança regional em saúde;
 - V – coordenar as ações administrativas e financeiras internas, de prestação de contas e relacionadas à ouvidoria;
 - VI – coordenar e implementar a assistência farmacêutica;
 - VII – executar as atividades necessárias ao planejamento, à instauração e à instrução das contratações públicas, incluindo a fiscalização e a gestão de contratos ou instrumentos congêneres, no âmbito de sua atuação.
- (MINAS GERAIS, 2023)

O Relatório técnico “A Primeira Infância em Minas Gerais” elencou áreas de atuação prioritárias para Primeira Infância em Minas Gerais e, de acordo com os dados levantados, a Saúde foi a prioridade nº 1, a partir da premissa de que olhar para a saúde na primeira infância é olhar também para a condição familiar, sobretudo, materna (CEIP, 2023).

Diante da prioridade da saúde na Primeira Infância, o programa ESF, por ser pilar da atenção básica, exerce papel chave na busca pelos objetivos traçados no Marco Legal da Primeira Infância. Mecanismos de coordenação e governança estaduais desempenham funções estruturantes que impactam diretamente o desempenho das equipes e a organização da rede de serviços.

Representante da REPI-MG, em entrevista, evidenciou que: “*a ESF possui grande importância para a efetividade das Políticas públicas voltadas à primeira infância. Como principais pontos destacados, temos: a base da atenção primária em saúde, visto que a ESF é reconhecida como a estratégia oficial de organização da atenção primária no Brasil e deve coordenar toda a rede de saúde, oferecendo o cuidado mais próximo da criança; o acompanhamento integral desde o início da vida, pois a ESF atua desde o planejamento familiar, passando pelo pré-natal, puericultura, vacinação e redução da*

mortalidade infantil, garantindo bases sólidas para o desenvolvimento saudável; o ambiente domiciliar como centro das atividades, visto que, assim como o PCF, a ESF se fortalece pelo caráter de visitas domiciliares, e é no espaço da casa da criança que melhor se avalia o desenvolvimento integral e se identificam vulnerabilidades.”

O Plano Estadual de Saúde (PES) (2024-2027) do Estado de Minas Gerais, elenca diretrizes, objetivos e metas relacionadas à atenção primária (insere-se a ESF). A Figura 11 apresenta os objetivos 01, 05 e 06, todos atrelados à Diretriz 01, para fortalecer e ampliar a atenção primária.

Figura 11- Objetivos 01, 05 e 06- Diretriz 1- PES



Fonte: Plano Estadual de Saúde (2024-2027)

Critérios:

- Constituição Federal de 1988 (CF/88), art. 227;
- Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância): dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância;
- Lei nº 8.080/1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Decreto nº 48.661/2023: dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde;
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Plano Estadual de Saúde (PES) (2024-2027)

Achado:
Fragilidades nos mecanismos de coordenação e governança voltados à primeira infância na condução do ESF

Situações encontradas:

- Capacitações insuficientes dos profissionais que atuam no ESF, inclusive em aspectos da saúde mental das crianças (Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), depressão infantil, atrasos de desenvolvimento);
- Ausência de um plano estadual de capacitações;
- Ausência de Plano Estadual pela primeira Infância;
- Planejamento estadual de saúde ainda não contempla dimensão específica de ações para a primeira infância de forma destacada.

Evidências e Análises:

a) Planejamento

Considerando a necessidade de planejamento das ações de saúde em instrumento formal, o Estado de Minas Gerais instituiu o Plano Estadual de Saúde 2024–2027, que contempla diretrizes voltadas ao fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde, organizada prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

No que se refere aos aspectos avaliados quanto ao planejamento, o PES, prevê diretrizes, objetivos e metas para a APS, sendo esse o principal instrumento de planejamento utilizado. Diante da ausência de um Plano Estadual pela Primeira Infância (PEPI), conforme exposto no subtítulo 3.1, identificou-se que o PES não traz uma atuação específica detalhada voltada à primeira infância de forma destacada. As atuações são pulverizadas e permeiam todos os níveis de atenção. Percebeu-se oportunidade de melhoria nesse aspecto, no que se refere a identificar metas e objetivos específicos para o público da primeira infância, realizando adequação de identificação para melhor refletir o que é direcionado para esse público.

O direcionamento em destaque para o público da Primeira Infância, considerando a atenção integral ao desenvolvimento infantil, é sustentada pelo Marco Legal da Primeira infância, sendo a saúde considerada em seu art. 5º área prioritária de atuação das políticas públicas. (BRASIL, 2016a).

Além disso, as ações de capacitação dos profissionais que atuam na ESF, fazem parte das ações de planejamento que devem ser promovidas pelo Estado. De acordo com o art. 7º da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o Estado de Minas Gerais possui juntamente com os outros entes atribuições relevantes quanto às capacitações dos profissionais que atuam no ESF, inclusive os ACSs, que assim dispõe:

VII -desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas.

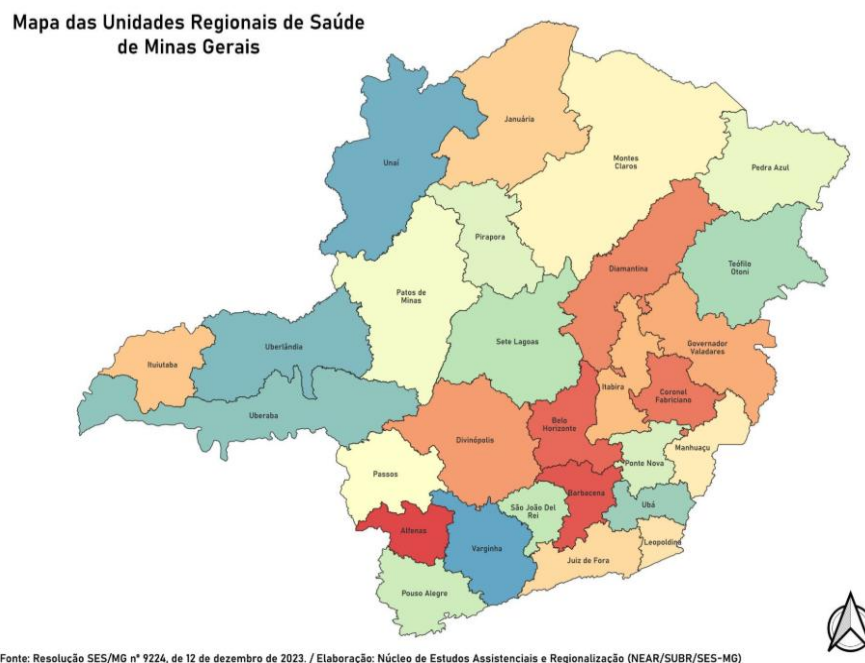
XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica. (BRASIL, 2017)

Além disso, o art. 9º estabelece que compete à Secretaria de saúde do ente estadual:

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017)

Em entrevista com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), foi informado que a capacitação das equipes da ESF é organizada por meio das Unidades Regionais de Saúde (URS), que funcionam como estruturas intermediárias descentralizadas. Em consonância com o princípio da regionalização, Minas Gerais se organiza em 28 regionais. Conforme a Figura 12, as regionais estão distribuídas por todo o Estado de forma estratégica para uma atuação mais próxima dos 853 municípios mineiros.

Figura 12- Distribuição das Unidades Regionais de Saúde em Minas Gerais



Fonte: SES-MG

50

curso foi organizado em ondas (iniciou em julho de 2019), depois vieram 3 ondas de capacitações: 1ª em maio de 2021, 2ª em novembro de 2021 e 3ª em novembro de 2023 a julho de 2024). Em 2025, deveria iniciar uma nova rodada de capacitações, com ciclo de melhoria das capacitações. Entretanto, não foi identificada ou informada sobre a realização dessa nova onda em 2025.

No entanto, as capacitações do Projeto Saúde em Rede não são ofertadas de forma continuada para os profissionais da ESF, sobretudo os ACS. A capacitação citada trouxe conteúdos básicos de nivelamento, não sendo suficiente para uma qualificação que faça frente às demandas atuais. Não há um plano/planejamento estruturado de capacitações com regularidade, datas de realização e cronograma.

Em entrevistas realizadas com as regionais de saúde do estado, em 2025, foi informado que não estão ocorrendo capacitações promovidas pelo Estado por motivo de falta de pessoal, o que, de acordo com eles, afeta a possibilidade de planejamento de ações de capacitação.

A regional X, informou que promovem reuniões, o que não são capacitações. *“Realizamos reuniões com os coordenadores municipais de saúde da família e coordenadores municipais de saúde bucal e outros da atenção especializada hospitalar. Dependendo da pauta, há temas de atenção primária, da saúde bucal, não temos uma reunião específica para a primeira infância.”*

Já a Regional Y relatou que situações como capacitações que exigem salas com computadores ou dinâmicas em grupo também enfrentam restrições por falta de infraestrutura apropriada. E também que outro ponto crítico é a conectividade. *“Embora exista internet para os computadores, ela não atende às necessidades atuais, especialmente considerando que ferramentas como WhatsApp se tornaram essenciais para comunicação com os municípios. Muitas vezes, os profissionais utilizam internet própria, devido à baixa potência da rede disponível.”*

Entretanto, o maior desafio apontado foi a falta de recursos humanos. Destacaram que o quadro é extremamente reduzido, e essa realidade se repete em outras regionais do Estado. Na Coordenação de Redes, relataram que a sobrecarga é ainda maior, pois a equipe é responsável por múltiplas políticas e redes, incluindo saúde da criança, da mulher, pessoa com deficiência, saúde bucal, saúde mental e outras, além de serviços não vinculados diretamente às redes. Essa amplitude de responsabilidades, somada à necessidade de responder a várias superintendências e coordenações estaduais,

compromete a capacidade de manter proximidade com os municípios e realizar ações mais qualificadas.

Nota-se que novamente o destaque são para reuniões e encontros técnicos e os temas são diversos. Ainda assim, foi pontuado que nem sempre é possível que ocorram devido a limitações de recursos humanos e disponibilidade de tempo para organização. Isso demonstra que não há planejamento fixo de capacitações, nem capacitação específica para a primeira infância ou direcionada ao ESF.

Entrevista com ACS e gestores de saúde nos municípios (questionário e visita *in-loco*) evidenciaram que muitos profissionais não receberam capacitação específica de temas relacionados à Primeira Infância e nem sobre saúde mental desse público (Não há padronização de capacitações, nem plano de capacitação estruturado nos municípios visitados.) Uma parte dos ACS entrevistados relataram que a única ação de capacitação foi o curso técnico de ACS ofertado pelo Ministério da Saúde, iniciativa externa que não substitui a necessidade de estratégias locais municipais e estaduais voltadas à qualificação permanente.

Em entrevistas com representantes da REPI-MG e especialistas foi destacado que: *“os principais desafios enfrentados pelas equipes da ESF na execução das visitas domiciliares é o despreparo para lidar com saúde mental infantil, já que os profissionais muitas vezes não têm formação para reconhecer e conduzir situações de sofrimento mental na primeira infância (TEA, TDAH, depressão, atrasos de desenvolvimento) que têm sido cada vez mais frequentes. O foco em indicadores básicos como peso, altura e vacinas, sem a utilização sistemática de instrumentos disponíveis para avaliação do desenvolvimento infantil integral, o que resulta em um acompanhamento limitado, restrito à sobrevivência da criança, sem incorporar saúde mental, aspectos cognitivos, sociais e afetivos. ”*

As demandas atuais relacionadas à saúde mental exigem uma qualificação adequada e atualizada para fazer frente a esses desafios. Condições de saúde mental na infância afetam muitas crianças e famílias. Quase uma em cada cinco crianças de 3 a 17 anos (21%) já foi diagnosticada com uma condição de saúde mental, emocional ou comportamental (LEEB et al., 2024).

Salientaram também que a atenção à saúde mental infantil deve começar de forma precoce no nível da Estratégia Saúde da Família (ESF), ou seja, na atenção primária. Tal demanda não pode ficar restrita a serviços especializados como CAPS, uma vez que estes têm como principal atribuição o cuidado de casos de maior complexidade, devendo atuar

de forma articulada e complementar à atenção básica. Dessa forma, a ESF precisa assumir a responsabilidade pelo cuidado das condições mais prevalentes de saúde mental.

Frente à dificuldade de muitos municípios em estruturar um plano de capacitações, o papel do Estado torna-se crucial e pode gerar reflexos em todo o território estadual, melhorando a qualidade e a completude dos atendimentos realizados para o público da Primeira Infância.

A falta de capacitação específica para a primeira infância limita a atualização dos profissionais e compromete a qualidade das visitas domiciliares. Essa lacuna evidencia fragilidade na gestão da formação, contrariando as diretrizes da PNAB e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

b) Monitoramento

No que se refere aos aspectos avaliados quanto ao monitoramento estadual do ESF em Minas Gerais, identificou-se que está atrelado em grande parte à Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PEFAPS) instituída pela Resolução SES/MG nº 9.635/2024, que define as regras de financiamento da política continuada, instituída pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.795/2024. O indicador do percentual de equipes de Saúde da Família e Equipes da Atenção Primária pagas em relação ao teto de equipes de Saúde da Família é monitorado quadrimestralmente e impacta os valores repassados ao município. (MINAS GERAIS, 2024a)

Além disso, há o componente fixo denominado Ações de Gestão dos Serviços de APS e Apoio Multiprofissional. Esse componente busca identificar fragilidades e potencialidades na organização e funcionamento das ações e serviços de APS sob responsabilidade da gestão municipal. A principal ferramenta utilizada para esse fim é o preenchimento quadrimestral de um formulário eletrônico, no qual as Secretarias Municipais de Saúde declaram as ações de gestão desenvolvidas no âmbito da APS.

No que se refere ao monitoramento desses indicadores, a SES informou que realiza reuniões com os municípios com baixo desempenho, no intuito de conhecer justificativas e prestar auxílios buscando melhora dos resultados para os próximos quadrimestres. Para complementar o monitoramento estadual, há a Comissão Macrorregional Bipartite, composta por representantes das regionais e dos municípios. Essa comissão analisa os resultados, avalia justificativas para metas não alcançadas e delibera sobre ajustes e aceitação de justificativas.

Além disso, há o preenchimento dos dados dos indicadores federais, destacando o indicador de Cuidado no Desenvolvimento Infantil e de Cuidado na Gestação e Puerpério, no contexto do cuidado materno-infantil.

Ainda, há o monitoramento relacionado ao cumprimento do PES, o qual é disponibilizado por meio do painel de monitoramento do PES⁶. Nesse aspecto o monitoramento é focado em apresentar o cumprimento das metas do PES, as quais, conforme já mencionado não destacam de forma separada as metas relacionadas à Primeira Infância.

Diante do exposto, conclui-se que apesar de o Estado de Minas Gerais dispor de instrumentos formais de planejamento e de mecanismos de monitoramento, como o Plano Estadual de Saúde e o monitoramento da PEFAPS, do PES, ainda persiste uma lacuna importante no direcionamento específico das ações voltadas à primeira infância, marcada pela ausência de um Plano Estadual pela Primeira Infância e de programa estadual estruturado para capacitação das equipes municipais da ESF, principalmente no que se refere a temáticas relacionadas à primeira infância, inclusive saúde mental desse público. A pulverização das iniciativas no PES, limita a capacidade estadual de orientar, acompanhar e ajustar estratégias focadas na Primeira Infância.

Ainda, elementos como estrutura das regionais e disponibilidade de profissionais para atuar no gerenciamento das capacitações influenciam a capacidade de o Estado disponibilizar as capacitações para os profissionais dos municípios.

Causas:

- Subdimensionamento de equipes regionais frente à complexidade das atribuições;
- Baixo investimento em conectividade e espaços adequados para capacitação;
- Comunicação mais verticalizada (Estado → coordenadores), sem mecanismos para garantir capilaridade até os ACS;
- Capacitações históricas voltadas à sobrevivência infantil, não ao desenvolvimento integral;

⁶Painel do Plano Estadual de Saúde. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiazGYyMGNmZWUtMWNjNy00YjdjLWEwZjgtZTg4M2VkOGI5MWM1IiwidCI6Ijg3ZTRkYTJiLTgyZGYtNDhmNi05MTU3LTU5YzNjYTYwMGRmMiIsImMiOiR9>
Acesso em: 10. Fev. 2026.

- Não incorporação de diretrizes prioritárias relacionadas à Primeira Infância, principalmente no planejamento.

Efeitos:

- Dificuldade de acompanhamento das ações estaduais voltadas à Primeira Infância, por não haver planejamento integrado e identificado, dificultando o controle social;
- Profissionais desatualizados, com práticas defasadas e despreparados para lidar com TEA, TDAH, depressão e aspectos relacionados à saúde mental infantil;
- Não identificação precoce de TEA, TDAH, depressão e atrasos de desenvolvimento, gerando sobrecarga futura nos serviços especializados;
- Sobrecarga dos profissionais, comprometendo qualidade das ações;
- Falta de padronização nas práticas entre municípios, gerando desigualdades na qualidade dos atendimentos, impactando os resultados no território estadual;
- Aumento do custo para o sistema de saúde e impacto social;
- Perda de confiança dos municípios no suporte estadual.

Recomendações:

- Institucionalizar um Programa Estadual de Educação Permanente, criando um Plano Estadual de Capacitação com cronograma fixo, metas e indicadores. Garantir que a capacitação seja contínua, não apenas pontual, com ciclos regulares (ex.: semestrais). Incluir temas prioritários relacionados à saúde mental infantil, desenvolvimento integral, parentalidade, prevenção de agravos. Incluir também capacitações conjuntas dos profissionais ligados ao desenvolvimento na Primeira Infância. Ex: profissionais da saúde e profissionais da assistência social, com vistas a promover a intersetorialidade das ações;
- Elaborar estratégias de alocação de pessoal nas URS para que haja disponibilização de equipe para promover o planejamento e acompanhamento das capacitações;

- Identificar e promover adequações no Plano Estadual de Saúde (PES) para atender de forma mais específica e destacada o público da primeira infância, identificando as ações relacionadas, os objetivos, as metas.

Benefícios Esperados:

- Redução de dependência de ações pontuais, garantindo padronização das práticas;
- Aprimoramento das competências técnicas das equipes, especialmente em temas críticos da Primeira Infância, como saúde mental infantil e desenvolvimento integral;
- Melhoria na qualidade do atendimento prestado nas visitas;
- Planejamento mais aderente à prioridade da Primeira Infância;
- Fortalecimento da gestão baseada em evidências, com maior efetividade das políticas voltadas à primeira infância;
- Melhoria da qualidade das decisões estratégicas, assegurando intervenções mais direcionadas e impacto positivo nos indicadores de saúde infantil;
- Fortalecimento da transparência e da accountability na gestão;
- Maior confiabilidade e segurança dos dados.

4. RECURSOS FINANCEIROS E LOGÍSTICOS PARA A EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR PCF E ESF

Estudo do Núcleo Ciência pela Infância (2024) aponta que a melhora das condições de desenvolvimento objetivada por visita domiciliar, com foco no desenvolvimento infantil e parentalidade, impactam as características socioemocionais das crianças que, por sua vez, podem ter efeitos mais duradouros como maior aderência à escolarização, aumento na chance de sucesso escolar, diminuição de ocorrência de episódios de violência e drogadição. Na vida adulta, este “círculo virtuoso” pode se realizar na forma de maior satisfação conjugal e sucesso profissional aliado a maior renda salarial. Portanto, investir na promoção do desenvolvimento infantil e na parentalidade é fundamental para aumentar as chances de atingir um desenvolvimento pleno, sadio e adaptado ao longo do ciclo vital.

Diante do impacto destacado, torna-se imprescindível a garantia de recursos para a execução dos programas PCF e ESF, contribuindo para a continuidade e a efetividade das iniciativas de visitação domiciliar. Nesse contexto, este capítulo buscou avaliar se o estado de Minas Gerais assegura recursos financeiros e logísticos para a execução dos programas de visitação domiciliar PCF e ESF. As análises serão apresentadas nos subtítulos 4.1 e 4.2.

4.1 Recursos Financeiros e Logísticos para o Programa Criança Feliz (PCF)

A Lei nº 8.742/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, prevê em seu art. 13 que aos estados compete: “II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local.” (BRASIL, 1993). Comando semelhante está previsto também na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social -NOB/SUAS aprovada pela Resolução 33/2012, em seu art. 15 elenca como responsabilidade dos estados: “II- cofinanciar, por meio de transferência regular e automática, na modalidade fundo a fundo os serviços, programas, projetos e benefícios eventuais e o aprimoramento da gestão, em âmbito regional e local” (BRASIL, 2012)

Nesse sentido, a destinação de recursos próprios do estado, por meio de transferências automáticas, tem a função de apoiar financeiramente os municípios, que podem se utilizar dos recursos para a manutenção das equipes; os custos operacionais das

visitas domiciliares; materiais de trabalho e logística; sistemas de informação e monitoramento; capacitação das equipes técnicas, contribuindo para a garantia de estabilidade e previsibilidade financeira aos municípios.

Ademais, o art. 22 da Resolução CIT nº 30/2025, prevê que o estado participante do programa deve prestar apoio financeiro aos municípios. (BRASIL, 2025b). Esse cofinanciamento deve complementar o repasse federal, sendo essencial para que os municípios disponham de recursos suficientes para prover adequada execução do programa.

Critérios:

- Constituição Federal de 1988, art. 227;
- Lei nº 13.257/2016 - Marco Legal da Primeira Infância: dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância;
- Lei nº 8.742/1993, art. 13;
- Portaria nº 431/2019- Dispõe sobre a adesão do estado ao Programa Criança Feliz/Primeira Infância no SUAS;
- Portaria MC nº 664/2021: Consolida os atos normativos que regulamentam o Programa Criança Feliz/Primeira Infância no Sistema Único de Assistência Social – SUAS;
- Resolução CIT nº 30/2025: dispõe sobre a regulamentação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos e pactua suas ações no Sistema Único de Assistência Social.

Achado:
Ausência de repasses financeiros e apoio logístico por parte do Estado para execução do PCF

Situação encontrada:

- Não há financiamento estadual específico para as ações do Programa Criança Feliz em Minas Gerais. Em função da não adesão do Estado ao PCF, não são destinados recursos próprios nem existe cofinanciamento estadual para a execução do programa nos municípios;
- Municípios dependentes apenas do repasse federal.

Evidências e análises:

Entrevista com a Sedese confirmou a inexistência de aporte Estadual ao PCF. Na ocasião, a pergunta sobre cofinanciamento do programa foi respondida negativamente, indicando que o Estado não cofinancia a execução do PCF, nem presta apoio logístico aos municípios para a realização das visitas domiciliares do programa. Foi destacado que a ausência de apoio financeiro e logístico se dá pela não adesão do Estado ao PCF, conforme já foi mencionado no subcapítulo 3.1.

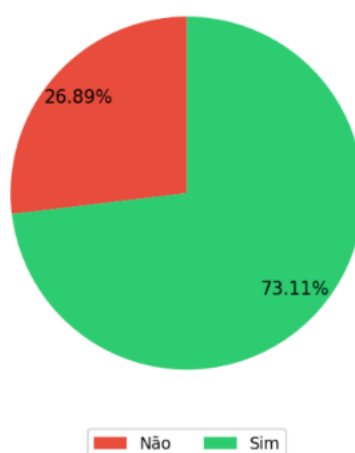
Nesse cenário, os municípios dependem do repasse federal, o qual é realizado do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) para aos fundos de assistência social dos municípios. Até a vigência da Portaria MC nº 664/2021, o repasse estava atrelado ao registro da visita no sistema E-PCF e levava em consideração a meta física pactuada, repassando R\$75,00/mês por beneficiário. (BRASIL, 2021). No entanto, após o reordenamento, ocorrido em 2025, a resolução CIT nº 30/2025 manteve o valor total e o requisito de repasse por beneficiário, até R\$ 75/mês, mas incorporou um componente variável ao cálculo, sendo 60% fixo (equipe) + 40% variável (metas e registros). (BRASIL, 2025b)

Dada a faculdade do município destinar também recursos municipais para a execução do programa, em resposta ao questionário eletrônico enviado aos municípios mineiros, constatou-se que 27 % dos municípios participantes do PCF não destinam orçamento específico municipal para complementar os valores federais, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4- Destinação municipal para a execução do PCF

O município destina orçamento específico para a execução do Programa Criança Feliz?

Resposta	Total	Percentual (%)
Não	64	26.89
Sim	174	73.11



Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

Além disso, no questionário eletrônico, foi perguntado aos municípios, os quais informaram participação no PCF (238 municípios), quais os principais desafios enfrentados na implementação e manutenção do programa. Dentre as respostas mais recorrentes na análise de conteúdo, foi destacada a dificuldade quanto aos recursos financeiros, situação relatada em 83 respostas, correspondendo a 35 %.

A escassez de recursos para o PCF limita a atuação municipal para abrangência de atendimentos. Nas visitas *in loco* nos municípios fiscalizados, foram observadas dificuldades significativas para a realização das visitas e coleta de armazenamento de informações; como logísticas de deslocamento e limitações tecnológicas.

Nesse cenário, a ausência do aporte Estadual é uma perda de fonte de financiamento para os municípios e se dá principalmente pela não participação estadual no PCF, o que já foi detalhado no subtítulo 3.1.

Causas:

- Não adesão Estadual ao PCF, consequentemente, o PCF não foi incluído no rol de ações cofinanciadas pelo Estado (como é, por exemplo, o “Piso Mineiro” de assistência social destinado a outras iniciativas);

- Prioridades políticas e restrições financeiras - Restrições orçamentárias e prioridades do governo estadual voltadas a outras áreas possivelmente contribuíram para a falta de destinação de recursos à primeira infância via PCF, não havendo, até o período auditado, iniciativa estadual de financiamento dessa política.

Efeitos:

- Limites à expansão e à qualidade - A falta de cofinanciamento estadual impõe limitações ao crescimento e à qualidade do PCF. Municípios com menor capacidade financeira ficam dependentes exclusivamente do repasse federal, que pode ser insuficiente para cobrir custos essenciais (transporte para visitas, materiais pedagógicos, capacitações etc.). Isso pode levar a menor cobertura do programa ou dificuldade em reter equipes, especialmente em cidades de pequeno porte;
- Engajamento municipal reduzido - Sem um incentivo financeiro do Estado, alguns gestores municipais podem dar menor prioridade ao PCF, concentrando esforços em programas que contam com financiamento assegurado. Assim, a ausência de recurso estadual deixa de estimular uma maior adesão e comprometimento local com o programa;
- Desigualdades entre municípios - Ao não aportar recursos próprios, o Estado deixa de alavancar o PCF, mantendo-o restrito às fontes federal e municipal e contribuindo para disparidades na implementação entre os municípios. Cidades com menos recursos têm mais dificuldade de expandir ou qualificar o atendimento às famílias, aprofundando diferenças regionais.

Recomendação:

- Após a adesão ao Programa já reformulado denominado Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC), instituir mecanismos de apoio financeiro estadual aos municípios participantes, destinados a auxiliar o custeio das equipes, capacitações, transporte, dentre outros.

Benefícios esperados:

- Expansão do alcance e melhoria da qualidade: com recursos estaduais complementares, os municípios poderão ampliar o número de famílias atendidas e aprimorar a qualidade das visitas domiciliares, especialmente nas localidades de menor capacidade financeira;
- Sustentabilidade do Serviço: o ingresso de financiamento estadual conferirá maior estabilidade ao serviço em longo prazo, reduzindo a dependência exclusiva dos repasses federais e assegurando a continuidade das ações mesmo em cenários de variação de prioridades federais;
- Redução de desigualdades regionais: o cofinanciamento contribuirá para nivelar as condições de implementação do Serviço entre os municípios, permitindo que localidades mais vulneráveis mantenham equipes e atendimentos em padrão semelhante às de maior porte;
- Mais engajamento dos gestores locais: com apoio financeiro do Estado, espera-se um incentivo adicional para que os gestores municipais aderentes intensifiquem a execução do serviço e o integrem às políticas locais de primeira infância, sabendo que haverá contrapartida estadual para sustentação das atividades.

4.2 Recursos Financeiros e Logísticos para o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)

Os recursos direcionados ao ESF fazem parte do universo de recursos do Sistema único de saúde (SUS), os quais são organizados nos Fundos de Saúde. Cada esfera de governo possui seu próprio fundo, que funciona como uma conta bancária específica para a saúde. O Fundo Nacional de Saúde (FNS), administrado pelo Ministério da Saúde, transfere recursos de forma regular e automática para os Fundos Estaduais e Municipais, que também recebem verbas dos orçamentos locais.

No âmbito do Estado, a Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PEFAPS), instituída pela Resolução SES/MG nº 9.635/2024 transfere recursos aos municípios. Essa política estrutura o apoio estadual aos municípios com base em incentivos financeiros atrelados a indicadores e metas. Para 2024–2025, a resolução estabeleceu montante anual de R\$ 435 milhões e disciplina a adesão formal por meio de Termo. (MINAS GERAIS, 2024a)

A situação encontrada destacada a seguir não gerou achado de auditoria, visto que não há discrepância considerando o critério avaliado, mas será descrita como informação complementar diante da importância do conhecimento pelo ente estadual das dificuldades encontradas em âmbito municipal.

Situação encontrada:

- Municípios ainda possuem dificuldades logísticas para a realização das visitas;
- Municípios ainda possuem dificuldades de equipamentos para atendimento nas visitas. A coleta de informações é manual em parte dos municípios avaliados.

Evidências e análises:

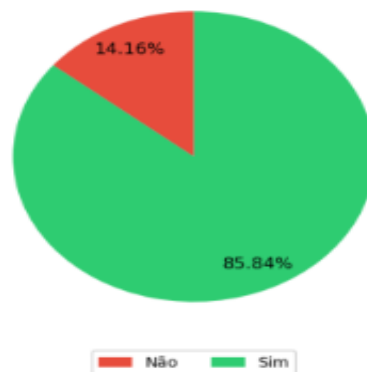
Os recursos destinados por meio da PEFAPS devem ser utilizados exclusivamente para despesas correntes destinadas ao custeio e manutenção de ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), conforme previsto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Isso inclui financiamento de equipes, insumos, atividades assistenciais, gestão da APS e apoio multiprofissional. Além disso, conforme autorizado pela própria resolução, esses recursos podem também ser usados para a aquisição de equipamentos, desde que estritamente necessários para alcançar os objetivos da política estadual de financiamento da APS.

O questionário eletrônico enviado aos 853 municípios, evidenciou, conforme o Gráfico 5, que 14,16% dos municípios declararam não possuir infraestrutura (materiais, transporte, equipes) suficiente para a realização das visitas. Entretanto, 85% dos municípios informaram possuir infraestrutura suficiente.

Gráfico 5- Suficiência de infraestrutura para a realização das visitas domiciliares do ESF

Há infraestrutura suficiente (materiais, transporte, equipes) para realizar as visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família?

Resposta	Total	Percentual (%)
Não	96	14.16
Sim	582	85.84



Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

Nos doze municípios fiscalizados *in loco*, foram identificadas situações como coleta das informações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de forma manual, por meio de formulários em papel, os ACS não possuem equipamentos digitais, como *tablets* ou smartphones, para apoio às atividades realizadas durante as visitas domiciliares, assim como, meio de transporte adequado para realizar visitas em áreas de difícil acesso.

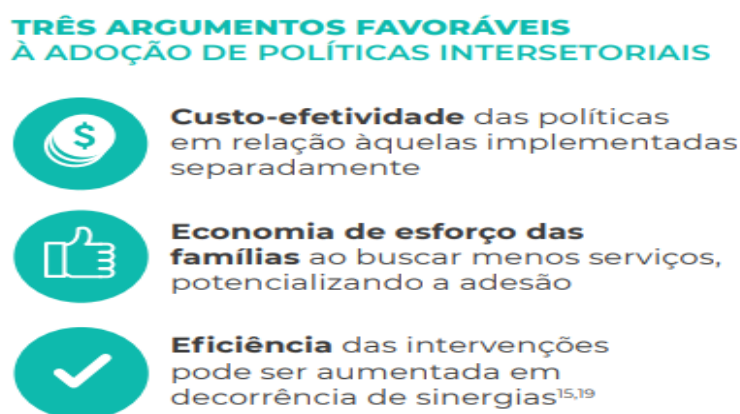
Nesse aspecto, os achados serão direcionados a solução e recomendação aos municípios (Relatório de Auditoria Municípios) juntamente com outras oportunidades de melhorias essenciais na atuação municipal, diante da competência municipal identificada.

Diante do exposto, conclui-se que o Estado assegura recursos financeiros diretamente e logísticos indiretamente para a execução do ESF no território Estadual, quando permite o uso dos recursos disponibilizados para aquisições logísticas. No entanto, persistem limitações logísticas e de infraestrutura na execução das visitas domiciliares em parte dos municípios. Essas dificuldades decorrem, principalmente, de restrições na capacidade local de gestão e priorização dos recursos, resultando em impactos na eficiência e na qualidade das ações, sem configurar descumprimento direto dos critérios avaliados.

5. INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL

De acordo com o Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2024), as políticas intersetoriais são opções mais adequadas para lidar com os fatores de risco ao desenvolvimento infantil. Isso porque, além de possuir múltiplos determinantes, os fatores de risco ao desenvolvimento infantil interagem de forma complexa e tendem a atuar de forma conjunta, persistente e acumulada ao longo do tempo. A integração de ações de diversos setores requer a cooperação entre as áreas e a comunicação entre profissionais. Esse diálogo é relevante para que haja, no âmbito da política de primeira infância com base no modelo do cuidado integral, uma troca de saberes entre os atores envolvidos na política e maior capacidade de cooperação e coordenação entre todas as ações previstas, gerando confluência entre elas. A Figura 13 apresenta três argumentos favoráveis à adoção de Políticas Intersetoriais.

Figura 13- Três argumentos favoráveis à adoção de Políticas Intesetoriais



Fonte: Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2024).

Nesse contexto, cumpre destacar o Comitê Intersetorial para a Primeira Infância, que se constitui como instância essencial de articulação intersetorial das políticas voltadas à primeira infância, prevista e incentivada pelo Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016). Seu papel envolve integrar ações dos diferentes setores governamentais, elaborar e monitorar o Plano pela Primeira Infância, estruturar fluxos intersetoriais de atendimento, apoiar a formação das equipes, fortalecer a participação social e promover decisões baseadas em evidências.

No âmbito do Estado de Minas Gerais, o Decreto Estadual nº 48.829/2024 institui o Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância.

Diante do impacto das políticas intersetoriais na promoção das ações para a primeira infância, buscou-se avaliar se o Estado de Minas Gerais fomenta a integração intersetorial entre saúde, assistência social, educação e toda as políticas públicas voltadas para a primeira infância para fortalecer os programas de visita domiciliar PCF e ESF.

Critérios:

- Constituição Federal de 1988, art. 227;
- Lei nº 13.257/2016 - Marco Legal da Primeira Infância: dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância;
- Lei 25.610/2025: Institui a Política Estadual da Primeira Infância;
- Decreto Estadual nº 48.829/2024: dispõe sobre as diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância e institui o Comitê Estadual Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância;
- Portaria GM/MS nº 2.436/2017 (Política Nacional da Atenção Básica): princípios e diretrizes da atenção básica;
- Portaria Interministerial nº 1/2018: diretrizes de integração e atuação em rede;
- Portaria nº 1.130/2015: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Decreto nº 9.579/2018: reitera o caráter intersectorial do PCF;
- Decreto nº 12.574/2025- Institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância;
- Guia para Orientar Ações Intersectoriais na Primeira Infância do Ministério da Saúde;
- Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância: Intersetorialidade nas políticas públicas para a primeira infância: desafios e oportunidades.

Achado:
Deficiências nas ações de promoção à intersectorialidade das áreas que contribuem para o desenvolvimento integral da criança

Situação encontrada:

- Baixa articulação entre ESF e demais políticas; encaminhamentos sem integração e sem contrarreferência. A articulação para fortalecimento do PCF é inexistente devido à não adesão;
- Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância incipiente e com funcionamento limitado;
- Ausência de Plano Estadual para a Primeira Infância.

Evidências e análises:

No que se refere à integração entre os programas PCF e ESF, já foi citado no capítulo 3 que o estado de Minas Gerais não aderiu ao PCF, situação encontrada que torna a integração entre os dois programas inexistente no que se refere à esfera estadual.

Já sobre a articulação intersetorial da saúde com outras políticas públicas, especialmente entre a Assistência Social, a aplicação de questionário e visita *in loco* nos municípios demonstrou que é insuficiente e pouco observada nos municípios. Não há protocolos formais de encaminhamento ou troca de informações entre a ESF e o PCF, e os ACS demonstraram desconhecimento sobre a existência do PCF. Essa ausência de integração compromete a abordagem integral das necessidades da primeira infância, limitando a efetividade das políticas públicas.

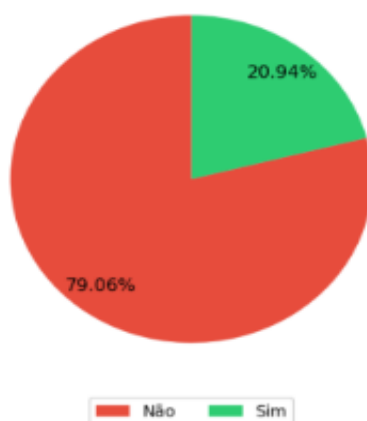
Além disso, foi identificado que há insuficiências ou inexistência de diretrizes ou protocolos formalizados para viabilizar a atuação em rede da ESF com outras políticas públicas. Essa lacuna foi evidenciada por relatos de ACS que, ao identificar demandas sociais durante as visitas, ora repassam a necessidade para a enfermeira, ora realizam encaminhamentos por conta própria para outras instituições. As situações encontradas nos municípios comprometem a continuidade das ações e a integralidade do cuidado, contrariando as diretrizes da Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que prevê articulação intersetorial na Atenção Básica.

Em resposta ao questionário eletrônico enviado aos 853 municípios, foi identificado que, no território estadual, a intersectorialidade precisa se difundir, sendo ainda destaque de fragilidades. Conforme os Gráficos 6, 7 e 8, quase 80 % dos municípios responderam que os profissionais de saúde não recebem capacitação integrada, 95% responderam que não existem protocolos de encaminhamento de gestantes e crianças vulneráveis e 60% não possuem nenhum planejamento para essa integração das áreas.

Gráfico 6- Capacitação integrada da saúde com PCF e assistência social

Os profissionais da saúde recebem capacitação sobre o Programa Criança Feliz e a articulação intersectorial com a Assistência Social?

Resposta	Total	Percentual (%)
Não	536	79.06
Sim	142	20.94

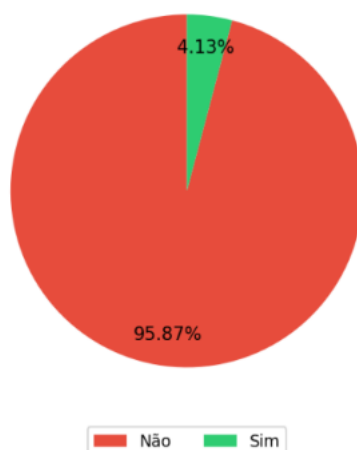


Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

Gráfico 7- Existência de protocolos de encaminhamento de gestantes e crianças vulneráveis entre ESF e Assistência Social

Existe protocolo para encaminhamento de gestantes e crianças vulneráveis entre a ESF e a Assistência Social?

Resposta	Total	Percentual (%)
Não	650	95.87
Sim	28	4.13

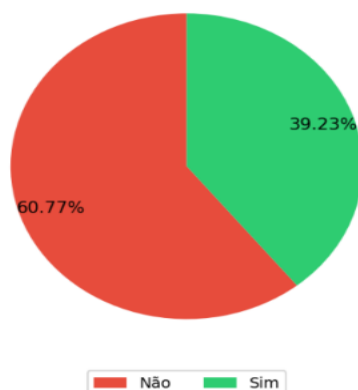


Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

Gráfico 8- Existência de planejamento para integração entre ESF, UBS e PCF

O município possui um planejamento para integração entre a ESF, as UBS e o Programa Criança Feliz (PCF)?

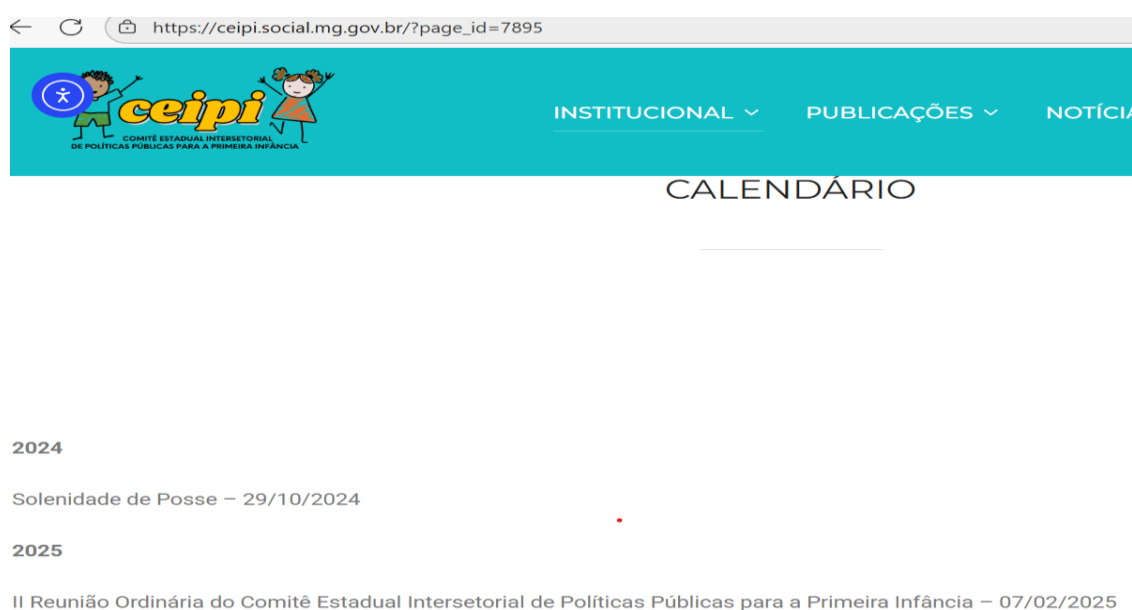
Resposta	Total	Percentual (%)
Não	412	60.77
Sim	266	39.23



Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

No tocante ao Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, embora o Comitê já esteja criado e em funcionamento, observa-se que as reuniões ainda estão em estágio de procedimentos iniciais, visto que, de acordo com as atas publicadas, somente duas reuniões ocorreram até junho de 2025. A primeira para a posse dos membros (outubro de 2024) e a segunda para tratar da elaboração do Regimento interno do Comitê (fevereiro de 2025), conforme demonstra a Figura 14.

Figura 14- Divulgação das reuniões do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância



Fonte: Site do CEIPI

Apesar do Decreto Estadual nº 48.829/2024 prever em seu art. 11 que o Regimento Interno do Comitê conterà normas complementares relativas ao seu funcionamento e será elaborado por seus membros no prazo de até 90 dias a contar da data de publicação do decreto, até outubro de 2025, não houve finalização e publicação do Regimento.

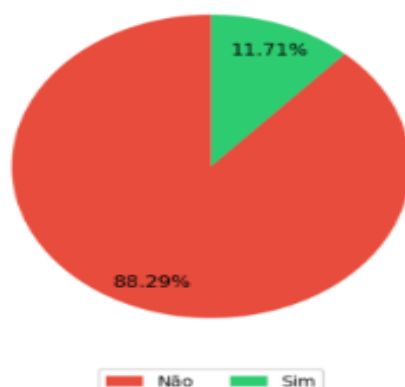
Em entrevistas com profissionais gestores das regionais de saúde foi declarado que não sabem da existência do Comitê Intersetorial. Sendo a saúde uma das principais áreas para o atendimento integral da criança, é relevante que os gestores conheçam sobre a atuação do Comitê.

Em resposta ao questionário eletrônico enviado aos 853 municípios, foi constatada a baixa presença de comitês intersetoriais municipais, conforme o Gráfico 9, o que

Gráfico 8- Presença de Comitês Intersectoriais de Políticas públicas para a Primeira Infância nos Municípios Mineiros

O Município possui comitê intersectorial de políticas públicas para a primeira infância?

Resposta	Total	Percentual (%)
Não	618	88.29
Sim	82	11.71



Fonte: Questionário Eletrônico. Elaboração: Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA)
TCEMG, 2025

Em Entrevista com membros da REPI-MG e especialistas, foi enfatizado que: “a presença dos comitês intersectoriais é considerada o primeiro passo para viabilizar a articulação entre políticas públicas. ”

Ainda, como ação primordial do Comitê Estadual Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, o art. 5º do Decreto Estadual nº 48.829/2024 dispõe que “Compete ao Comitê Estadual Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância: I – elaborar o Plano Estadual para a Primeira Infância”. (MINAS GERAIS, 2024 b). A deficiência simultânea dessas duas estruturas (Comitê e PEPI) reduzem a efetividade das políticas públicas e limitam a aderência do Estado às diretrizes estabelecidas no Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016). A ausência do PEPI Estadual já foi demonstrada no capítulo 3, e juntamente com a atuação ainda incipiente e pouco estruturada do Comitê Estadual está relacionada com o cenário identificado no território estadual de fragmentação das ações entre as áreas setoriais, falta de diretrizes estratégicas conjuntas.

Em entrevista com especialista e atuante nas ações relacionadas à Primeira infância, foi relatado que: “o governo estadual constituiu o Comitê, nós da sociedade civil, ficamos ali cobrando uma participação e o nosso último encontro foi final do ano

passado (2024) e estamos até hoje (setembro de 2025) esperando um convite, que seria uma reunião para contribuir e colaborar com a elaboração do Plano Estadual pela Primeira Infância, que ainda não existe. ”

O Comitê deve ser espaço formal de participação de conselhos, sociedade civil, academia e especialistas, sem a devida participação envolvida, não há canal estruturado de diálogo com a sociedade, prejudicando o controle social e a legitimidade das ações desenvolvidas.

Causas:

- Inexistência de mecanismos institucionais que promovam integração efetiva entre os órgãos, dificultando a coordenação intersetorial;
- Cultura institucional fragilizada em relação ao trabalho em rede e cooperação entre setores;
- Falta de capacitação e sensibilização dos gestores locais sobre o papel da articulação no cuidado integral da criança.

Efeitos:

- Fragmentação das ações e perda de continuidade no cuidado, comprometendo a integralidade e a resolutividade das intervenções;
- Redução da efetividade das políticas públicas voltadas à primeira infância, com risco de sobreposição ou lacunas nos atendimentos às famílias;
- Estado de Minas Gerais sem um direcionador integrado de políticas públicas para a Primeira Infância;
- Descontinuidade do cuidado e baixa rastreabilidade, comprometendo a integralidade e a coordenação das ações;
- Duplicidade ou omissão de atendimentos, dificultando a resolução das demandas sociais e de saúde das famílias;
- Limitações na promoção da participação popular e controle social.

Recomendações:

- Implementar orientação técnica para protocolo intersetorial com definição de fluxos integrados, registro obrigatório dos encaminhamentos e

mecanismos de contrarreferência para serem utilizados de maneira padronizada pelos municípios;

- Retomar as reuniões do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, procedendo com as tratativas iniciais de funcionamento, como a finalização do Regimento Interno do Comitê, com vistas a especificar suas regras de funcionamento;
- Implementar as competências do Comitê previstas no Decreto nº 48.829/2024, **sobretudo a elaboração do Plano Estadual para a Primeira Infância**, bem como criar mecanismos de monitoramento da implementação e execução do referido plano.

Benefícios esperados:

- Fortalecimento da rede de proteção social e promoção do desenvolvimento integral;
- Melhorias na eficácia e efetividade das ações do programa Estratégia Saúde da Família;
- Aumento da capacidade de resposta a situações de vulnerabilidade social de forma coordenada;
- Desenvolvimento da política intersetorial nos municípios e no Estado de Minas Gerais.

A presente auditoria operacional teve como objetivo avaliar em que medida o Estado de Minas Gerais estrutura e executa, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Criança Feliz (PCF), mecanismos de governança, coordenação, incluindo planejamento, monitoramento e avaliação relacionados às ações de visita domiciliar voltadas à primeira infância.

Os achados consolidados neste relatório evidenciam que, embora o Estado de Minas Gerais disponha de iniciativas estaduais relevantes, persiste um conjunto de fragilidades estruturais que comprometem a efetividade, a integração e a coordenação das políticas públicas dirigidas às crianças de zero a seis anos. As conclusões a seguir respondem três subquestões de auditoria formuladas no planejamento.

6.1 Subquestão 1.1 – Mecanismos de coordenação e governança para apoio aos municípios

No âmbito do Programa Criança Feliz, a principal fragilidade identificada é a ausência de adesão estadual ao programa, situação que retira do Estado o papel de coordenador e indutor da política junto aos municípios mineiros participantes. Ao não aderir ao PCF (atualmente SPSBD-GC), o Estado não exerce as atribuições de apoio técnico, capacitação, monitoramento e cofinanciamento previstas nas Portarias MC nº 431/2019 e nº 664/2021 e na Resolução CIT nº 30/2025. Essa omissão resulta em execução fragmentada por parte dos municípios participantes, sem orientação uniforme, sem suporte especializado e sem mecanismos de supervisão estadual.

No âmbito da ESF, verificou-se que o Estado exerce formalmente o papel de coordenação previsto na Portaria GM/MS nº 2.436/2017 por meio das 28 Unidades Regionais de Saúde. Contudo, a capacidade operacional dessas estruturas está fragilizada pelo subdimensionamento de equipes, pela deficiência de infraestrutura tecnológica e pela ausência de programas estruturados de capacitação contínua. As capacitações identificadas, vinculadas ao Projeto Saúde em Rede, com última onda ocorrida entre novembro de 2023 e julho de 2024, são pontuais e insuficientes para qualificar os profissionais frente às demandas atuais da primeira infância, especialmente nas temáticas de saúde mental infantil e desenvolvimento integral.

Adicionalmente, a inexistência de um Plano Estadual pela Primeira Infância (PEPI), instrumento previsto no art. 5º, inciso I, do Decreto Estadual nº 48.829/2024 e alinhado ao Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), representa lacuna

central de planejamento. A ausência desse instrumento estruturante impede a definição de diretrizes integradas, metas mensuráveis e indicadores específicos para o público infantil, mantendo as ações setoriais dispersas no Plano Estadual de Saúde (PES 2024–2027) sem articulação suficiente e sem foco específico no desenvolvimento integral das crianças.

Nessa análise, o Estado de Minas Gerais não possui mecanismos suficientes de coordenação e governança para apoiar os municípios na condução do PCF/SPSBD-GC, dado que não aderiu ao programa. No âmbito da ESF, existem mecanismos formais, mas sua operacionalização é insuficiente em decorrência de limitações de pessoal, infraestrutura e ausência de plano estadual de capacitação e de planejamento específico para a primeira infância.

6.2 Subquestão 1.2 – Recursos financeiros e logísticos para os programas de visitação domiciliar

Em relação ao PCF, constatou-se que o Estado não destina recursos próprios para o programa, nem presta apoio logístico aos municípios participantes. A ausência de cofinanciamento estadual, decorrente da não adesão ao programa, deixa os municípios dependentes exclusivamente dos repasses federais.

Em relação à ESF, verificou-se que o Estado assegura repasse financeiro aos municípios por meio da Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PEFAPS), instituída pela Resolução SES/MG nº 9.635/2024, que prevê montante anual, vinculado ao cumprimento de indicadores. Os recursos permitem, de forma indireta, o custeio logístico das visitas domiciliares, incluindo a aquisição de equipamentos quando estritamente necessários. Não obstante, foram identificadas dificuldades municipais persistentes quanto a transporte, conectividade e equipamentos, especialmente em áreas rurais e de difícil acesso, o que reforça a importância do apoio estadual orientado para as especificidades do território.

6.3 Subquestão 1.3 – Integração intersetorial entre saúde, assistência social e educação

A auditoria evidenciou que a integração intersetorial constitui a dimensão mais crítica do sistema estadual de políticas para a primeira infância em Minas Gerais. Três vetores de fragilidade foram identificados de forma convergente pelas evidências coletadas.

Primeiro, os dados do questionário eletrônico apontam que cerca de 80% dos municípios declararam que os profissionais da saúde não recebem capacitação integrada

com as equipes da assistência social; 95% indicaram não haver protocolos formais de encaminhamento de gestantes e crianças vulneráveis entre a ESF e o PCF; e 60% não possuem planejamento para integração entre as áreas. Essa realidade contraria diretamente as diretrizes da Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que prevê a intersetorialidade como atributo essencial da Atenção Básica, e do Marco Legal da Primeira Infância, que impõe abordagem integrada entre os setores de saúde, assistência social e educação, dentre outros.

Segundo, o Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, instituído pelo Decreto Estadual nº 48.829/2024, encontra-se em funcionamento incipiente: até junho de 2025, apenas duas reuniões haviam ocorrido, a de posse dos membros (outubro de 2024) e a de início de elaboração do Regimento Interno (fevereiro de 2025), sem que este último houvesse sido concluído no prazo de 90 dias previsto no próprio decreto de criação. Gestores das regionais de saúde declararam, em entrevista, desconhecimento sobre a existência do Comitê, o que revela fragilidade de comunicação institucional e de engajamento intersetorial.

Terceiro, a não adesão estadual ao PCF elimina a possibilidade de integração formal entre os dois principais programas de visita domiciliar no âmbito estadual, fragmentando as ações e inviabilizando a construção de uma rede de atenção coordenada à primeira infância entre as Secretarias de Saúde e de Desenvolvimento social.

Nesse cenário, o Estado de Minas Gerais não fomenta de forma efetiva a integração intersetorial entre saúde, assistência social e educação para fortalecer os programas de visita domiciliar. O Comitê Intersetorial existe formalmente, mas opera de forma incipiente. Não há protocolos formais, capacitações conjuntas ou fluxos integrados de encaminhamento institucionalizados.

6.4 Síntese geral dos achados das subquestões para resposta à Questão 1.0

Em que medida os principais componentes de governança dos programas nacionais de visita domiciliar estão alinhados para garantir a atenção integral das crianças de zero a seis anos de idade?

A análise conjunta das três dimensões avaliadas (governança e coordenação, recursos financeiros e logísticos, e integração intersetorial) revela que as fragilidades identificadas não são isoladas, mas se articulam de forma sistêmica. A ausência do PEPI fragiliza o planejamento integrado; a não adesão ao PCF elimina uma fonte de financiamento, de coordenação e de intersetorialidade; o Comitê Estadual Intersetorial

atua de forma incipiente; e a ESF, embora sustentada por financiamento estadual regular, carece de qualificação específica para a primeira infância.

Esse conjunto de fragilidades resulta em uma política estadual para a primeira infância que existe em dispositivos normativos, mas que ainda não se efetivou como prática coordenada, financiada e avaliada de forma integrada.

É importante registrar, contudo, que o Estado demonstrou disposição institucional ao instituir o Comitê Estadual Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância (Decreto nº 48.829/2024), a Política Estadual da Primeira Infância (Lei nº 25.610/2025) e ao desenvolver instrumentos de financiamento da APS (PEFAPS), indicando que há condições institucionais para avanços, desde que haja priorização política e alocação de recursos adequados.

6.5 Impactos para o público prioritário

As fragilidades identificadas impactam diretamente as crianças de zero a seis anos de Minas Gerais, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade social. A ausência de coordenação estadual efetiva no PCF/SPSBD-GC priva essas famílias de visitas domiciliares regulares e qualificadas, que a literatura científica, incluindo os estudos do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI, 2024), aponta como intervenção de alta efetividade para o desenvolvimento infantil, redução da mortalidade, melhoria nutricional e ampliação do desempenho escolar. A defasagem na capacitação dos profissionais da ESF compromete a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e a qualidade do cuidado prestado nas visitas. A ausência de intersetorialidade limita a abordagem integral, perpetuando lacunas no cuidado que poderiam ser endereçadas de forma coordenada entre saúde, assistência social e educação.

6.6 Perspectiva final

Diante dos achados consolidados, conclui-se que o Estado de Minas Gerais, embora disponha de arcabouço normativo e de algumas estruturas institucionais relevantes, ainda não efetivou uma política estadual integrada, coordenada e suficientemente financiada para a visitação domiciliar voltada à primeira infância. As recomendações apresentadas no Capítulo 7 visam superar essas fragilidades de forma estruturada, com foco na adesão ao SPSBD-GC, na elaboração e implementação do PEPI, no fortalecimento do Comitê Estadual Intersectorial, na criação de um Plano Estadual de Capacitação Permanente para a ESF e no direcionamento do Planejamento das ações estaduais. Espera-se que a implementação das medidas recomendadas contribua para o cumprimento da prioridade absoluta conferida às crianças pela Constituição Federal de

1988 (art. 227), pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e pelo Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), promovendo melhores condições de desenvolvimento integral para as crianças mineiras.

7. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto, submete-se este relatório à consideração superior com as seguintes propostas:

a. Visando unir esforços para a concretização dos objetivos das políticas públicas direcionadas à primeira infância, implementando a coordenação e governança estadual do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC), bem como prover auxílio financeiro para os municípios, recomenda-se à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedese):

1. Realizar a adesão ao Programa Criança Feliz já reformulado denominado Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC) articulando com o Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS);
2. Elaborar um planejamento das ações de implementação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC) no Estado, considerando as competências estaduais de gestão do serviço (capacitação e apoio);
3. Instituir sistema de monitoramento estadual para acompanhar e apoiar a implementação do SPSBD-GC nos municípios iniciantes e a transição do PCF para o SPSBD-GC nos municípios que já são participantes. O Sistema de Monitoramento deve incluir rotina de avaliação pelo menos anual do SPSBD-GC, com participação dos municípios e representantes da comunidade;
4. Após a adesão ao Programa já reformulado denominado Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio (SPSBD-GC), instituir mecanismos de apoio financeiro estadual aos municípios participantes, destinados a auxiliar o custeio das equipes, capacitações, transporte dentre outros.

Justificativa para monitoramento:

As quatro recomendações formuladas compõem um conjunto estruturado e interdependente de medidas voltadas à implementação da coordenação e governança estadual do SPSBD-GC em Minas Gerais, justificando um monitoramento integrado e articulado.

A adesão ao SPSBD-GC (Recomendação 1) é a medida estruturante do conjunto, visto que sem ela nenhum dos demais instrumentos (planejamento, sistema de

monitoramento estadual e apoio financeiro aos municípios) pode ser regularmente instituído. Há risco de não implementação, dado que a intenção de adesão manifestada pelo Estado em 2024 não se concretizou, tornando o acompanhamento pelo Tribunal indispensável para que a decisão formal seja efetivada.

A partir da adesão, o planejamento das ações de implementação (Recomendação 2) é o instrumento que confere organicidade à atuação estadual. O monitoramento verificará se os instrumentos elaborados contêm os requisitos essenciais (cronograma, competências, responsáveis e previsão de capacitações) e se produzem o efeito indutor esperado sobre os municípios, medido principalmente pelo aumento da taxa de adesão municipal, que atualmente é de apenas 34% dos municípios respondentes do questionário.

A instituição de sistema de monitoramento estadual (Recomendação 3) é condição para que a atuação do Estado se converta em resultados concretos sobre o público alvo atendido. O acompanhamento pelo Tribunal verificará não apenas a criação formal do sistema, mas seu efetivo funcionamento, incluindo a realização da avaliação anual com participação dos municípios e da comunidade.

Por fim, os mecanismos de apoio financeiro estadual (Recomendação 4) são a condição de viabilidade material das ações anteriores. A qualidade das visitas domiciliares depende diretamente da qualificação dos visitantes e da regularidade das visitas, ambas comprometidas pela falta de recursos para capacitação e transporte (cenário que afeta 66% dos municípios participantes). O monitoramento verificará se, após a adesão, o apoio financeiro foi efetivamente instituído e se os recursos chegaram aos municípios, tornando mensuráveis os benefícios na redução de deficiências operacionais, como baixa cobertura, descontinuidade de visitas e inadequação das equipes.

Em síntese, o monitoramento conjunto das quatro recomendações é imprescindível, pois o acompanhamento articulado das medidas (da adesão formal ao suporte financeiro) é capaz de incentivar que a coordenação estadual do SPSBD-GC se traduza em melhoria efetiva da política pública para a Primeira Infância em Minas Gerais.

- b. Visando fortalecer a qualificação contínua das equipes envolvidas nas ações voltadas à primeira infância, sobretudo dos profissionais do ESF, assegurando padrões homogêneos de formação, aprimoramento técnico e integração intersetorial, sobretudo, entre saúde e assistência social, recomenda-se à Secretaria de Estado de Saúde (SES):**

5. Institucionalizar um Programa Estadual de Educação Permanente, criando um Plano Estadual de Capacitação com cronograma fixo, metas e indicadores. Garantir que a capacitação seja contínua, não apenas pontual, com ciclos regulares (ex.: semestrais). Incluir temas prioritários relacionados à saúde mental infantil, desenvolvimento integral, parentalidade, prevenção de agravos. Incluir também capacitações conjuntas dos profissionais ligados ao desenvolvimento na Primeira Infância. Ex: profissionais da saúde e profissionais da assistência social, com vistas a promover a intersetorialidade das ações;

Justificativa para monitoramento:

O monitoramento desta recomendação é necessário pela amplitude da lacuna de capacitação identificada na auditoria. As capacitações promovidas pelo Estado para as equipes da ESF ocorreram de forma pontual e não continuada. Não há plano estruturado de capacitações com regularidade, cronograma, datas e metas definidas, e as entrevistas com gestores das regionais de saúde confirmaram a ausência de capacitações em curso sobretudo por insuficiência de pessoal. Esse cenário é agravado pela ausência de formação específica para a primeira infância, em especial para temas de saúde mental infantil, demanda crescente que, segundo especialistas ouvidos na auditoria, não pode ficar restrita aos serviços especializados e deve ser assumida pela atenção primária.

O monitoramento verificará se o Programa Estadual de Educação Permanente foi institucionalizado com os requisitos essenciais (Plano de Capacitação com cronograma fixo, metas, indicadores, ciclos regulares e inclusão de temas prioritários da primeira infância), se as capacitações conjuntas entre profissionais de saúde e de assistência social foram efetivamente realizadas, e se houve redução da heterogeneidade de práticas entre os municípios. Há potencial direto de melhoria na qualidade das visitas domiciliares, na identificação precoce de condições de saúde mental infantil e na redução da sobrecarga futura sobre os serviços especializados.

6. Elaborar estratégias de alocação de pessoal nas URS para que haja disponibilização de equipe para promover o planejamento e acompanhamento das capacitações.

Justificativa para monitoramento:

O monitoramento desta recomendação é necessário porque a insuficiência de pessoal nas Unidades Regionais de Saúde (URS) foi identificada como causa estrutural direta da incapacidade de o Estado planejar e executar as capacitações para a ESF. Gestores de regionais declararam, em entrevista, que não estão ocorrendo capacitações

por falta de pessoal, e que o quadro extremamente reduzido das equipes regionais, responsáveis simultaneamente por múltiplas políticas e redes, compromete a capacidade de manter proximidade com os municípios e realizar ações mais qualificadas. Sem enfrentamento dessa causa, a institucionalização do Programa de Educação Permanente previsto na Recomendação 5 corre risco de não se efetivar operacionalmente, tornando as duas recomendações interdependentes do ponto de vista do monitoramento.

O monitoramento verificará se foram elaboradas e implementadas estratégias formais de alocação de pessoal nas URS com atribuições específicas para o planejamento e acompanhamento das capacitações, se houve redução da sobrecarga identificada nas equipes regionais e se as regionais passaram a dispor de profissionais com dedicação ao tema da primeira infância.

c. Visando aprimorar o planejamento estadual da saúde, bem como adequar a atuação estadual para a busca da prioridade que requer o público da primeira infância, recomenda-se à Secretaria de Estado de Saúde (SES):

7. Identificar e promover adequações no Plano Estadual de Saúde (PES) para atender de forma mais específica o público da primeira infância, identificando as ações relacionadas, objetivos e metas respectivos.

Justificativa para monitoramento:

O monitoramento desta recomendação é necessário pela relevância da lacuna identificada no planejamento da SES quanto ao público da primeira infância. As ações voltadas à primeira infância constantes do Plano Estadual de Saúde (PES) 2024–2027 estão pulverizadas e não destacadas de forma específica, dificultando o controle social e o acompanhamento dos resultados pelo próprio Estado. O monitoramento verificará se a SES procedeu à identificação das ações, objetivos e metas relacionadas à primeira infância no PES e se promoveu as adequações necessárias para que esse público figure com visibilidade própria no instrumento de planejamento.

d. Visando aprimorar a articulação intersetorial das políticas públicas direcionadas à primeira infância, fortalecendo os mecanismos de coordenação integrada, recomenda-se às Secretarias Estaduais de Estado da Saúde e de Desenvolvimento social, no que couber:

8. Implementar e operacionalizar as competências do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, previstas no Decreto nº 48.829/2024, mediante a retomada de suas reuniões e a adoção das providências iniciais para seu pleno funcionamento, incluindo a finalização e aprovação do Regimento Interno, a elaboração do Plano Estadual para a Primeira Infância e a criação de mecanismos de monitoramento e acompanhamento da implementação e execução do referido Plano;

Justificativa para monitoramento:

O monitoramento da Recomendação 8 é imprescindível dada a incipiência do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância e a centralidade de suas atribuições para a política estadual. O monitoramento se justifica pela materialidade das competências não implementadas, principalmente a elaboração do Plano Estadual para a Primeira Infância (PEPI), o que gera efeito em cascata sobre a fragmentação das ações intersetoriais e sobre a baixa indução de políticas municipais. O funcionamento adequado do Comitê, bem como a elaboração e execução do PEPI impactam positivamente todo o sistema de proteção à primeira infância no Estado.

9. Implementar orientação técnica direcionada aos municípios para protocolo intersetorial com definição de fluxos integrados, registro obrigatório dos encaminhamentos e mecanismos de contrarreferência para promover acompanhamento integral do atendimento.

Justificativa para monitoramento:

O monitoramento desta recomendação é necessário pelo potencial de impacto direto na qualidade e integralidade do cuidado prestado às crianças e famílias atendidas. A auditoria constatou que 95% dos municípios respondentes do questionário não possuem protocolos de encaminhamento de gestantes e crianças vulneráveis entre a ESF e a Assistência Social, 80% não oferecem capacitação integrada entre saúde, PCF e assistência social, e 60% não possuem qualquer planejamento para integração entre as áreas.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) relataram encaminhamentos realizados de forma informal e sem contrarreferência, comprometendo a continuidade do cuidado e a integralidade das ações. O monitoramento verificará a elaboração e disseminação da orientação técnica aos municípios, a adoção de protocolos com fluxos integrados e mecanismos de contrarreferência.

e. Visando à efetividade da implementação das medidas sugeridas, considerando as justificativas para a realização de monitoramento descritas para as recomendações 1 a 9, conforme a resolução nº 23/2025, solicita-se:

- A determinação de prazo para que os gestores encaminhem plano de ação, em conformidade com o modelo anexo da resolução 16/2011;
- A realização de monitoramento das recomendações, após envio e aprovação do plano de ação.

Importa destacar que, conforme o art. 8º da resolução 16/2011, considera-se plano de ação o documento elaborado pelo órgão ou entidade auditada que contemple as ações que serão adotadas para o cumprimento das recomendações, com indicação dos responsáveis, fixação de prazos para implementação de cada ação, e registro dos benefícios previstos após a execução dessas ações.

Belo Horizonte, 22 de julho de 2026

Cristiane Vanessa Lehnem

TC 3177-9

Daniel Auad Gama

TC 3595-2

Lia Amanda Menezes

TC 3270-8

Vinicius Borges Miatelo

TC 3567-7

Igor Marques Leão

TC 3625-8

Ryan Brwnner Lima Pereira
Coordenador CAOP

TC 2191-9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Marcelo K O. **Plano Estadual pela Primeira Infância: uma proposta de estruturação a partir da experiência do Comitê de Políticas Públicas de São Paulo.** São Paulo: 2022. Disponível em: <https://repositorio-api.insper.edu.br/server/api/core/bitstreams/18bef439-836e-41cc-8d5a-b5e528f674a2/content>. Acesso em: 27 fev. 2026.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (NCPI). **Estudo nº V: Impactos da Estratégia Saúde da Família e desafios para o desenvolvimento infantil.** São Paulo: NCPI, 2019.

_____. **Intersetorialidade nas políticas públicas para a primeira infância: desafios e oportunidades.** São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2024.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016a.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. **Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006.** Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/2732/1/resolucao-no-113.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. **Decreto nº 12.574 de 5 de agosto de 2025a.** Institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/D12574.htm. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. **Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 664, de 10 de março de 2021.** Institui o Programa Primeira Infância no SUAS – Criança Feliz. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/termoaceite/crianca_feliz_aditivo_2021/documentos/Portaria_MC_664-09-2021.pdf. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 30, de 06 de outubro de 2025b**. Dispõe sobre a regulamentação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos e pactua suas ações no Sistema Único de Assistência Social. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=6982>. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. **Plano Nacional Pela Primeira Infância**. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/plano-nacional-pela-primeira-infancia-pnpi-> Acesso em: 27 fev. 2026.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Resolução CNAS/MDS nº 218, de 25 de novembro de 2025**. Inclui na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais o público Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos completos no Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cnas/mds-n-218-de-25-de-novembro-de-2025-671036324>. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Resolução 33 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social -NOB/SUAS. Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/files/10152015094600-norma.operacional.do.suas.nobsuas.2012.resolucao.cnas.no.33.de.12.de.dezembro.de.2012.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. Ministério da Cidadania. **Guia para Visita Domiciliar**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/02_Guia_Visita_Domiciliar_Manual.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Resolução CNAS/MDS nº 117, de 28 de agosto de 2023**. Aprova o reordenamento das ações de Assistência Social do Programa Criança Feliz, em consonância com o Programa Primeira Infância no Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=6617>. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. Casa Civil. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11350.htm. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 fev. 2026.

_____. **Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016b.** Institui o Programa Criança Feliz. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8869.htm. Acesso em: 17 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 17 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica C2 – Cuidado no desenvolvimento infantil, 2025c.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c2-cuidado-no-desenvolvimento-infantil/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica C3 – Cuidado na gestação e puerpério, 2025d.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c3-cuidado-na-gestacao-e-puerperio/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013.** Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 23 fev. 2026.

_____. Ministério da Cidadania. **Manual de Instruções Sistema e-PCF.** Brasília: Ministério da Cidadania, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/publicacoes/desenvolvimento-social/ManualdeInstruesSistemaePCF.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

HECKMAN, James J. **Investir no desenvolvimento na primeira infância: reduzir déficits, fortalecer a economia. A Equação Heckman.** Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2012. Disponível em: <https://www.heckmanequation.org>. Acesso em: 08. jan. 2026.

MELO, E. A., LIMA, A. A., BORBA, P. A., CARDOSO, M. A. M., BEZERRA, A. C. V. **A atuação da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica ao idoso: da prevenção de doenças ao cuidado paliativo.** Saúde debate, 43(spe2), 120-132, 2019.

MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais (MPMG). **Guia prático MaPI – Minas pela Primeira Infância.** Belo Horizonte: MPMG, 2025a. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/areas-de-atuacao/cidadania/criancas-e-adolescentes/mapi-minas-pela-primeira-infancia/guia-de-implementacao.shtml>. Acesso em: 23 fev. 2026.

_____. Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para Primeira Infância (CEIPI-MG). **Relatório Técnico – A Primeira Infância em Minas Gerais.** Belo

Horizonte: CEIP-MG, 2023. Disponível em: https://ceipi.social.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/Relatorio-Tecnico_Primeira-Infancia.pdf. Acesso em: 09 mar. 2026.

_____. **Lei 25.610 de 09 de dezembro de 2025b**. Institui a política estadual da primeira infância. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=25610&ano=2025>. Acesso em: 09 mar. 2026.

_____. **Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48661/2023/?cons=1>. Acesso em: 09 mar. 2026.

_____. CIB-SUS-MG. **Resolução 9.635 de 17 de julho de 2024a**. Define as regras de financiamento da política continuada, referente a Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituída pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.795, de 17 de julho de 2024. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%209635%20-%20CIB.pdf> Acesso em: 09 mar. 2026.

_____. **Decreto nº 48.829, de 24 de maio de 2024b**. Dispõe sobre as diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância e institui o Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48829/2024>. Acesso em: 09 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2026.

Painel de Monitoramento do Plano Estadual de Saúde. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZGYyMGNmZWUtMWNjNy00YjdjLWEwZjgtZTg4M2VkOGI5MWM1IiwidCI6Ijg3ZTRkYTJiLTgyZGYtNDhmNi05MTU3LTU5YzNjYTYwMGRmMiIsImMiOjR9>. Acesso em: 10 fev. 2026.

PREVENTING CHRONIC DISEASE. **Tendências em Transtornos Mentais, Comportamentais e do Desenvolvimento entre Crianças e Adolescentes nos EUA, 2016–2021**. Disponível em: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2024/24_0142.htm. Acesso em: 08. jan. 2026.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas**. Brasília: TCU, 2014. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/16/B0/CB/52/F8488710D5D7F787E18818A8/Referencial%20para%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Governan%C3%A7a_web.pdf Acesso em: 08 jan. 2026.

_____. **Manual de Auditoria Operacional**. 4. ed. Brasília: TCU, 2020. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/manual-de-auditoria-operacional.htm>. Acesso em: 15 dez. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TCEMG). **Portal**
Primeira Infância. Disponível em:
<https://primeirainfancia.tce.mg.gov.br/planejamento.php>. Acesso em: 08 jan. 2026.

AGRADECIMENTOS

O sucesso desta auditoria relaciona-se, entre outros fatores, à parceria que se estabelece entre a equipe de auditoria e as entidades, órgãos, associações, cidadãos envolvidos na operacionalização das políticas públicas relacionadas à Primeira Infância. Nesse sentido, compete agradecer:

- aos gestores, servidores e colaboradores da Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo Sede e Unidades Regionais de Saúde de Belo Horizonte, Ponte Nova e Januária;
- aos gestores, servidores e colaboradores da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedese);
- aos gestores, servidores e colaboradores dos Municípios visitados no trabalho de campo;
- aos visitantes e supervisores do PCF, bem como aos ACS e coordenadores do ESF pela cordialidade, compartilhamento de experiências e relatos relevantes;
- aos gestores, servidores e colaboradores do Ministério do Desenvolvimento Social da Secretaria Nacional de Assistência Social pela disponibilidade e compartilhamento de conhecimentos específicos do programa federal PCF;
- às famílias atendidas pelos programas PCF e ESF que nos receberam nas suas residências ou nos atenderam nos CRAS;
- aos membros da Secretaria Executiva da Rede Primeira Infância Minas Gerais (REPI-MG), em especial, Dra. Desirée Ruas; Dr. Rogério Ramos do Prado; Dra. Galdina Arrais e do Grupo Gestor da REPI-MG, em especial, Dr. Ailton Júnior, pelo compartilhamento de conhecimentos especializados e contribuição ativa em todas as fases dessa auditoria;
- à Daniela Santos atuante na Fundação Visconde de Cabo Frio pelo compartilhamento de conhecimentos especializados e experiências vivenciadas;
- aos servidores do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG), em especial, à equipe do Núcleo de Inovação e e Sistemas de Auditoria (NISA) da Diretoria de Auditoria e Avaliação de

Políticas Públicas (DAUD) pelo apoio na sistematização e envio dos questionários eletrônicos aos 853 municípios mineiros e à equipe do Suricato pela criação e disponibilização de dados do indicador Prisma.

APÊNDICE A– APÊNDICE METODOLÓGICO

A presente auditoria operacional foi conduzida com base nas diretrizes estabelecidas no Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU, 2020), e conforme a Resolução 16/2011 do TCEMG.

Importa destacar que esta Auditoria Operacional foi realizada em duas fases. Na 1ª fase, realizada no primeiro semestre de 2025, ocorreu de maneira coordenada, diante de atuação conjunta e articulada de 29 Tribunais de Contas estaduais, como expressão dos esforços para ampliar o alcance e a efetividade do controle externo no país. Essa colaboração multinível foi organizada pelo Comitê Técnico da Primeira Infância do IRB (CTPI-IRB), pela Atricon e pela Rede Integrar.

Na 1ª fase foram selecionados cinco municípios, distribuídos em cinco mesorregiões distintas, observados os critérios operacionais definidos nacionalmente com base nas diretrizes metodológicas da Cartilha GAPI 2025, elaborada pelo Comitê Técnico da Primeira Infância no âmbito do IRB/Atricon.

Nesse contexto, o Indicador Composto da Primeira Infância (ICPI) foi adotado como principal referência para seleção, por reunir variáveis estruturantes para análise das políticas voltadas à primeira infância: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), cobertura de pré-natal, cobertura de creche e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O indicador apresenta valores em escala contínua de 0 a 1, permitindo a classificação relativa dos municípios conforme desempenho agregado nessas dimensões.

Em consonância com a Cartilha GAPI 2025, os municípios foram organizados em cinco grupos, definidos por porte populacional e desempenho no ICPI, para subsidiar análise comparativa:

- Grupo A: capital ou município de grande porte;
- Grupo B: município de médio porte com ICPI alto;
- Grupo C: município de médio porte com ICPI baixo;
- Grupo D: município de pequeno porte com ICPI alto;
- Grupo E: município de pequeno porte com ICPI baixo.

De acordo com as orientações do GAPI, a auditoria operacional coordenada deveria contemplar, no mínimo, cinco municípios com dupla aderência aos programas Primeira Infância no SUAS/Programa Criança Feliz (PCF) e Estratégia Saúde da Família (ESF), preferencialmente um de cada grupo, além da inclusão do Governo Estadual. Com base nessas orientações, a seleção considerou os seguintes critérios técnicos:

- Representatividade territorial e populacional, buscando abranger realidades geográficas e socioeconômicas distintas;
- Comparabilidade, assegurada pela diversidade entre grupos formados a partir da combinação de porte populacional e desempenho; e
- Abordagem baseada em evidências, mediante utilização de indicador sintético para orientar a escolha da amostra.

Considerando as prioridades do Plano de Gestão 2025–2026 do TCE-MG, após a fase da auditoria coordenada (nacional), o TCEMG deu continuidade aos trabalhos, com o objetivo de promover a ampliação da representatividade regional. Diante disso, foram selecionados mais sete municípios, a fim de complementar a cobertura das mesorregiões ainda não contempladas, totalizando a representação das 12 mesorregiões do Estado de Minas Gerais no conjunto da auditoria. Esses sete municípios fizeram parte da 2ª da auditoria, realizada no segundo semestre de 2025.

Para a seleção dos municípios da 2ª fase, além da utilização dos critérios já utilizados na 1ª fase, foi realizado refinamento analítico, utilizando-se a identificação dos municípios segundo o Indicador Prima, desenvolvido pelo TCE-MG, que classifica o desempenho municipal em três dimensões (educação, saúde e proteção) e quatro faixas: Baixo (Laranja), Médio Baixo (Verde), Médio Alto (Azul) e Alto (Violeta). Considerados os critérios definidos, os sete municípios incluídos no 2º ciclo distribuem-se, no Indicador Prima, da seguinte forma: cinco municípios na faixa “Verde” e dois municípios na faixa “Azul”, caracterizados por desempenho com espaço para aprimoramentos, o que reforça a pertinência da seleção para fins de diagnóstico e recomendações.

Além dos critérios técnicos e de desempenho, a seleção considerou aspectos operacionais e de elegibilidade, especialmente a viabilidade de deslocamento e execução das atividades de campo, bem como a confirmação de que os municípios executam efetivamente os dois programas auditados (PCF e ESF), requisito necessário para assegurar aderência ao escopo e consistência analítica.

Dessa forma, a amostra da 2ª fase foi constituída para ampliar a representatividade geográfica (cobertura integral das mesorregiões), fortalecer a análise comparativa entre perfis municipais e aprofundar a compreensão sobre a implementação, execução e articulação intersetorial nas diferentes mesorregiões. A Tabela 2 elenca os municípios visitados por mesorregião e os índices correspondentes a cada um deles no período de seleção da amostra.

Tabela 2- Municípios Fiscalizados

	Município	Mesorregião	ICPI	Grupo	Classificação	Indicador PRISMA
1º fase	Curvelo	Central Mineira	0.659	C	Médio porte e ICPI baixo	Não foi aplicado
	Lagoa Dourada	Campo das Vertentes	0.613	E	Pequeno porte e ICPI baixo	Não foi aplicado
	Santo Antônio do Monte	Oeste de Minas	0.766	D	Pequeno Porte e ICPI alto	Não foi aplicado
	Timóteo	Vale do Rio Doce	0.800	B	Médio Porte e ICPI alto	Não foi aplicado
	Vespasiano	Metropolitana	0.625	A	Grande porte	Não foi aplicado
2º fase	São Francisco	Norte de Minas	0.666	C	Médio porte e ICPI baixo	Verde
	Gouveia	Jequitinhonha	0.764	D	Pequeno porte e ICPI alto	Verde
	Ponte Nova	Zona da Mata	0.707	B	Médio porte e ICPI alto	Azul
	São Vicente de Minas	Sul/Sudoeste de Minas	0.677	E	Pequeno porte e ICPI baixo	Azul
	Rio Paranaíba	Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba	0.693	E	Pequeno porte e ICPI baixo	Verde
	Lagoa Grande	Noroeste de Minas	0.677	E	Pequeno porte e ICPI baixo	Verde
	Teófilo Otoni	Vale do Mucuri	0.654	A	Grande Porte	Verde

Elaboração: TCEMG

A etapa de planejamento da auditoria, no âmbito nacional (1ª fase), envolveu o Grupo de Auditoria na Primeira Infância (GAPI), responsável pela elaboração da matriz

de planejamento, dos questionários destinados a gestores, visitantes e famílias, bem como da metodologia de seleção amostral dos municípios.

Nas duas fases, o planejamento envolveu técnicas de obtenção de dados que se basearam em pesquisa documental, mediante consulta à legislação, bibliografia especializada e documentos administrativos solicitados à Secretaria de Estado de Saúde (SES), à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedese) e os municípios selecionados. Além disso, foram realizadas entrevistas com órgãos e instituições envolvidos no desenho e na execução de políticas voltadas à primeira infância, tais como: Rede Primeira Infância Minas Gerais, Rede Nacional pela Primeira Infância, Fundação Visconde de Cabo Frio e Ministério do Desenvolvimento Social.

A equipe de auditoria também analisou relatórios de auditorias realizadas por outros Tribunais de Contas sobre o tema, bem como documentos de planejamento, incluindo o Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2020) e o Pacto Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2020).

Com a finalidade de identificar áreas prioritárias de investigação, foram aplicadas as seguintes técnicas:

- Análise de Stakeholders, para identificação das partes interessadas, suas percepções, eventuais conflitos de interesse e informações relevantes;
- Análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), para mapeamento do ambiente interno e externo com vistas ao planejamento estratégico;
- Diagrama de Verificação de Riscos (DVR), aprofundando a análise mediante avaliação de probabilidade e impacto dos riscos.

No que se refere à etapa de execução da auditoria, aplicaram-se os procedimentos estabelecidos na matriz de planejamento. Foram também solicitados dados, informações e documentos necessários às análises por meio de ofício de requisição encaminhado aos gestores envolvidos nos municípios, na SES, (sede e unidades regionais de saúde Ponte Nova, Januária e Belo Horizonte) e Sedese, bem como por meio de entrevistas.

O trabalho *in loco*, realizado entre maio e outubro de 2025 se deu a partir de entrevistas semiestruturadas nos municípios selecionados. Adicionalmente, foram ouvidas famílias que recebem ou receberam visitas domiciliares nesses municípios, com o objetivo de captar percepções sobre os programas.

Além disso, com o auxílio do Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria (NISA), foram encaminhados questionários eletrônicos aos 853 municípios, abrangendo os

seguintes órgãos e serviços: secretarias municipais de saúde, secretarias municipais de assistência social, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Foi obtida resposta de 700 municípios (82 %) da área relacionada à assistência social e 678 municípios (80%) relacionada à área da saúde, demonstrando significativa representatividade das informações obtidas.

Após a aplicação dos questionários eletrônicos e a realização de entrevistas, procedeu-se à análise do conteúdo das declarações, bem como dos documentos e informações solicitados.

Concluída a compilação e a análise dos dados, foi elaborada a Matriz de Achados, a qual orientou a elaboração do Relatório de Achados e Medidas Preliminares. O Relatório de Achados e Medidas Preliminares do Estado será encaminhado à Sedese e à SES para conhecimento e manifestação, configurando a etapa de comentários do gestor, cuja íntegra constará do apêndice B deste relatório.

Os achados decorrentes da 1º fase (nacional) foram registrados no Sistema de Coleta de Informações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (SCI), destinado à consolidação das informações nacionais e ao subsídio à elaboração do relatório nacional consolidado.

Durante a realização da auditoria, foram identificadas limitações relacionadas às técnicas e procedimentos de auditoria utilizados, bem como à extensão territorial do Estado.

Em relação às entrevistas realizadas, há informações auto declaratórias, que não puderam ser corroboradas com outras evidências de auditoria, por inexistência de registros documentados e banco de dados disponíveis.

Quanto ao questionário eletrônico, respostas incompletas prejudicaram a qualidade das análises obtidas. Assim como os ofícios enviados aos municípios que não forneceram todas as documentações solicitadas, tendo que ocorrer repetições de solicitações e dilatações de prazos para resposta.

Quanto à documentação solicitada à SES e à Sedese ocorreu pedido de dilação de prazo no encaminhamento de documentos, impactando o cronograma de análise dos trabalhos.

Por fim, especificamente quanto ao PCF, o reordenamento do programa, ocorrido em outubro de 2025, prejudicou algumas análises já realizadas, exigindo novos estudos e adequações. Ainda, a ausência de regulamentações e normativos, os quais possuem previsão de serem elaborados para procedimentos de transição (previsão de transição até

dezembro de 2026) do programa PCF para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças (SPSBD-GC) limitaram a elaboração das recomendações.

APÊNDICE B – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES

Nos termos da Resolução nº 16/2011, que “dispõe sobre os procedimentos a serem adotados em auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais”, bem como da Resolução nº 23/2025, que “estabelece diretrizes para a elaboração de deliberação que contemple medida a ser implementada por órgão ou entidade sujeito à jurisdição do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais”, o Relatório de Achados e Medidas Preliminares referente à Ação nº 120 do PAF 2025 e posteriormente sob a Ação nº 109 no PAF de 2026 (Auditoria Operacional sobre atenção à primeira infância no âmbito dos Programas Criança Feliz e Estratégia Saúde da Família) foi encaminhado dia 05/05/2026 à Secretaria de Estado de Saúde (SES) e à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedese), para manifestação acerca do teor do Relatório elaborado por esta Coordenadoria.

Em atendimento, manifestou-se apenas a Secretaria de Estado de Saúde, por meio do Ofício SES/GAB-AG-PROC nº 367/2026 (SEI nº 142062339), ao qual foram anexados o Memorando SES/SUBR nº 719/2026 (SEI nº 142013161), da Subsecretaria de Regionalização, e o Memorando SES/SUBRAS-SAPS nº 117/2026 (SEI nº 142026891), da Superintendência de Atenção Primária à Saúde, ambos vinculados ao processo SEI nº 1320.01.0060697/2025-79.

Registra-se que a Sedese não apresentou manifestação sobre este Relatório de Achados e Medidas Preliminares. Considerando que, nos termos da Resolução nº 23/2025, a manifestação dos gestores possui natureza facultativa, a ausência de resposta da Sedese não obsta o prosseguimento da auditoria, mas resulta na impossibilidade de avaliação de eventuais providências adotadas ou planejadas pela Sedese quanto às recomendações a ela dirigidas (recomendações 1 a 4 e, no que couber, 8 e 9).

A análise dos comentários apresentados pela SES, item a item, considerando a numeração constante da Proposta de Encaminhamento disposta no capítulo 7, é apresentada a seguir:

- e. Visando fortalecer a qualificação contínua das equipes envolvidas nas ações voltadas à primeira infância, sobretudo dos profissionais do ESF, assegurando padrões homogêneos de formação, aprimoramento técnico e integração intersetorial, sobretudo, entre saúde e assistência social, recomenda-se à Secretaria de Estado de Saúde (SES):**

5. Institucionalizar um Programa Estadual de Educação Permanente, criando um Plano Estadual de Capacitação com cronograma fixo, metas e indicadores. Garantir que a capacitação seja contínua, não apenas pontual, com ciclos regulares (ex.: semestrais, anuais). Incluir temas prioritários relacionados à saúde mental infantil, desenvolvimento integral, parentalidade, prevenção de agravos. Incluir também capacitações conjuntas dos profissionais ligados ao desenvolvimento na Primeira Infância. Ex: profissionais da saúde e profissionais da assistência social, com vistas a promover a intersectorialidade das ações.

Síntese da manifestação do gestor: A SES informou que está desenvolvendo ações estratégicas voltadas à qualificação da atenção à saúde da criança e do adolescente no território mineiro, estando em fase de finalização o Guia de Estratificação de Risco da Criança e do Adolescente e a elaboração da Linha de Cuidado da Saúde da Criança, bem como a previsão de ações de educação permanente para disseminação desses instrumentos junto às equipes municipais, com o objetivo de apresentar, orientar e disseminar os documentos em construção, favorecendo sua apropriação pelos profissionais e sua efetiva implementação nos territórios.

Análise da equipe de auditoria: A manifestação da SES demonstra a existência de iniciativas voltadas ao fortalecimento da qualificação técnica das equipes que atuam na atenção à saúde da criança e do adolescente, notadamente por meio da elaboração do Guia de Estratificação de Risco da Criança e do Adolescente e da Linha de Cuidado da Saúde da Criança, bem como da previsão de ações de educação permanente para disseminação desses instrumentos junto aos municípios.

Entretanto, as medidas informadas atendem apenas parcialmente à recomendação. Embora a **previsão** de ações de educação permanente represente avanço no sentido da qualificação dos profissionais e da disseminação de diretrizes, a manifestação não evidencia a institucionalização de um Programa Estadual de Educação Permanente estruturado e contínuo, contendo cronograma regular de execução, metas e indicadores de monitoramento e avaliação, tampouco a definição de ciclos periódicos de capacitação.

Assim, considera-se que a manifestação da SES sinaliza iniciativas alinhadas ao propósito da recomendação, mas ainda insuficientes para seu atendimento integral e em estágio incipiente. Para a plena implementação da medida, será necessário formalizar e implementar um programa permanente de capacitação, com planejamento estruturado, definição de metas, indicadores e periodicidade das ações formativas, bem como contemplar mecanismos que promovam a integração entre os profissionais dos diferentes

setores envolvidos nas políticas voltadas à primeira infância. Nesse sentido, **a Recomendação 5 será mantida.**

6. Elaborar estratégias de alocação de pessoal nas URS para que haja disponibilização de equipe para promover o planejamento e acompanhamento das capacitações.

Síntese da manifestação do gestor: A SES informou que o concurso público da Secretaria se encontra em fase de homologação e que foi concluído o estudo de Dimensionamento da Força de Trabalho (DFT) das 28 URS, com medidas administrativas de reorganização interna em curso para a futura distribuição dos servidores.

Análise da equipe de auditoria: As iniciativas mencionadas (concurso público e DFT) são medidas estruturantes de fortalecimento geral da força de trabalho das URS, contudo, o gestor não apresentou estratégia específica de alocação de pessoal dedicada ao planejamento e acompanhamento das capacitações.

Além disso, as ações relatadas encontram-se em estágio preliminar de implementação, uma vez que a efetiva disponibilização de novos servidores depende da homologação do certame e da posterior lotação dos profissionais nas unidades regionais. Também não foram apresentados critérios, definição de responsabilidades, quantitativo de pessoal necessário ou modelo organizacional que demonstre como as URS passarão a desempenhar de forma estruturada as atividades relacionadas à gestão das capacitações.

Dessa forma, considera-se que a manifestação demonstra a adoção de medidas estruturantes que podem favorecer futuramente o atendimento da recomendação, mas não comprova, neste momento, a existência de estratégia específica de alocação de pessoal para o planejamento e acompanhamento das ações de capacitação. Para o atendimento da recomendação, será necessária a definição e implementação de mecanismos formais de distribuição e dedicação de recursos humanos nas URS para o desempenho dessas atribuições, com previsão clara de responsabilidades e capacidade operacional para sua execução. **Nesse sentido, a Recomendação 6 será mantida.**

- f. Visando aprimorar o planejamento estadual da saúde, bem como adequar a atuação estadual para a busca da prioridade que requer o público da primeira infância, recomenda-se à Secretaria de Estado de Saúde (SES):**

7. Identificar e promover adequações no Plano Estadual de Saúde (PES) para atender de forma mais específica o público da primeira infância, identificando as ações relacionadas, objetivos e metas respectivos.

Síntese da manifestação do gestor: A SES relatou que o Plano Estadual de Saúde (PES) é instrumento dinâmico, passível de revisão periódica, reconhecendo a possibilidade de aperfeiçoamento dos indicadores relacionados à primeira infância no âmbito do Plano Estadual de Saúde. Também informou que realiza monitoramento contínuo da mortalidade infantil e da mortalidade materna no PES, destacando que esses indicadores representam importante instrumento para avaliação da efetividade das políticas públicas voltadas à primeira infância e para o direcionamento das ações de saúde.

Análise da equipe de auditoria: A manifestação da SES demonstra alinhamento com a necessidade de aperfeiçoamento do PES no que se refere às ações voltadas à primeira infância, ao reconhecer que o instrumento é passível de revisão periódica e que há possibilidade de aprimorar os indicadores relacionados a esse público.

Entretanto, a manifestação não atende integralmente à recomendação, visto que não foram apresentadas ações concretas destinadas a identificar e promover adequações específicas no PES para contemplar de forma mais abrangente e explícita o público da primeira infância.

Ainda, não foram informadas propostas de revisão dos objetivos, diretrizes, metas ou indicadores do PES voltadas especificamente à primeira infância, nem foi demonstrado o mapeamento e a identificação das ações relacionadas a esse público dentro do planejamento estadual da saúde. Além disso, os indicadores de mortalidade infantil e materna, embora relevantes, não contemplam toda a abrangência das políticas voltadas à primeira infância, que envolvem também aspectos relacionados ao desenvolvimento integral, à prevenção de agravos e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Dessa forma, considera-se que a manifestação sinaliza receptividade institucional para o aprimoramento do planejamento estadual, mas não evidencia a adoção de medidas concretas para a adequação do PES nos termos recomendados. Para o atendimento da recomendação, será necessário identificar explicitamente as ações voltadas à primeira infância no Plano Estadual de Saúde, bem como estabelecer objetivos, metas e indicadores específicos que permitam planejar, monitorar e avaliar de forma mais

direcionada as políticas destinadas a esse público. **Diante disso, a Recomendação 7 será mantida.**

- g. Visando aprimorar a articulação intersetorial das políticas públicas direcionadas à primeira infância, fortalecendo os mecanismos de coordenação integrada, recomenda-se às Secretarias Estaduais de Estado da Saúde e de Desenvolvimento social, no que couber:**

8. Implementar e operacionalizar as competências do Comitê Estadual Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, previstas no Decreto nº 48.829/2024, mediante a retomada de suas reuniões e a adoção das providências iniciais para seu pleno funcionamento, incluindo a finalização e aprovação do Regimento Interno, a elaboração do Plano Estadual para a Primeira Infância e a criação de mecanismos de monitoramento e acompanhamento da implementação e execução do referido Plano.

Síntese da manifestação do gestor: A SES informou sua participação no Comitê Estadual Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, destacando que, entre as ações do Comitê, está prevista a elaboração do Plano Estadual para a Primeira Infância (PEPI). A Sedese, órgão coordenador do Comitê, não se manifestou.

Análise da equipe de auditoria: A manifestação da SES limita-se a confirmar sua participação no colegiado e a confirmar a previsão de elaboração do PEPI, sem informar a retomada das reuniões, a finalização/aprovação do Regimento Interno ou a criação de mecanismos de monitoramento do Plano. A ausência de manifestação da Sedese, órgão coordenador, impede verificar a efetiva operacionalização das competências do Comitê. **Nesse sentido, a Recomendação 8 será mantida.**

Por fim, diante das manifestações apresentadas, verifica-se que os apontamentos e as recomendações constantes do Relatório de Achados e Medidas Preliminares não foram refutados pela SES, tendo sido informadas, quanto às recomendações 5, 6, 7 e 8, ações correlatas em estágio de elaboração, planejamento ou execução inicial, ainda insuficientes para caracterizar o pleno atendimento das medidas propostas. Quanto às recomendações 1 a 4, 8 e 9, dirigidas totalmente ou parcialmente à Sedese, não há elementos que permitam avaliar eventual implementação.

Ressalta-se que as ações informadas como já em andamento pela SES deverão ser incluídas no Plano de Ação a ser oportunamente solicitado por este Tribunal, tendo em vista que a efetiva adoção das recomendações será avaliada na fase de Monitoramento desta Auditoria Operacional.

Dessa forma, não houve alteração de redação, nem supressão de recomendações, sendo mantidas, em sua integralidade, as recomendações de nº 1 a 9 constantes da Proposta de Encaminhamento do Relatório de Achados e Medidas Preliminares.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Lógica de governança intersetorial dos Programas PCF e ESF.....	8
Figura 2- Resumo Marcos Legais da Proteção à criança.....	17
Figura 3- Resumo dos objetivos do Programa Criança Feliz.....	18
Figura 4– Aspectos operacionais do PCF vs. SPSBD-GC.....	20
Figura 5- Evolução temporal do histórico do ESF	21
Figura 6- Relação PCF x ESF.....	22
Figura 7- Principais atribuições dos entes no PCF.....	23
Figura 8-Principais atribuições dos entes no ESF	24
Figura 9– Panorama da Primeira Infância em Minas Gerais.	26
Figura 10 - PMPI e Comitês Intersetoriais da Primeira Infância em Minas Gerais	28
Figura 11- Objetivos 01, 05 e 06- Diretriz 1- PES.....	47
Figura 12- Distribuição das Unidades Regionais de Saúde em Minas Gerais	50
Figura 13- Três argumentos favoráveis à adoção de Políticas Intesetoriais	65
Figura 14- Divulgação das reuniões do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Municípios que informaram participação do PCF em Minas Gerais ...	37
Gráfico 2- Quantidade de municípios com Plano Municipal pela Primeira Infância	39
Gráfico 3 - Realização de capacitação na temática da Primeira Infância.....	42
Gráfico 4- Destinação municipal para a execução do PCF.....	60
Gráfico 5- Suficiência de infraestrutura para a realização das visitas domiciliares do ESF	64
Gráfico 6- Capacitação integrada da saúde com PCF e assistência social.....	68
Gráfico 7- Existência de protocolos de encaminhamento de gestantes e crianças vulneráveis entre ESF e Assistência Social	69
Gráfico 8- Existência de planejamento para integração ente ESF, UBS e PCF	69
Gráfico 9- Presença de Comitês Intersetoriais de Políticas públicas para a Primeira Infância nos Municípios Mineiros.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Comparativo dos dispositivos antes e após o reordenamento do PCF ...	32
Tabela 2- Municípios Fiscalizados	94

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
ATRICON – Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CEIPI- Comitê Estadual Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNPTC – Conselho Nacional de Presidentes dos Tribunais de Contas
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTPI – Comitê Técnico da Primeira Infância
DAAP – Diretoria de Auditoria e Avaliação de Políticas Públicas
DAUD – Diretoria de Auditoria e Avaliação de Políticas Públicas
DVR – Diagrama de Verificação de Risco
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ENAPI – Encontro Nacional da Primeira Infância
ESF – Estratégia Saúde da Família
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FNAS – Fundo Nacional de Assistência Social
GAPI – Grupo de Auditoria na Primeira Infância
ICPI – Indicador Composto da Primeira Infância
IRB – Instituto Rui Barbosa
NBASP – Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público
NCPI – Núcleo Ciência pela Infância
NISA – Núcleo de Inovação e Sistemas de Auditoria
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PAF – Plano Anual de Fiscalização
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PCF – Programa Criança Feliz
PEFAPS – Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
PEPI – Plano Estadual Pela Primeira Infância
PES – Plano Estadual de Saúde
PMPI – Plano Municipal Pela Primeira Infância
PNAB – Plano Nacional de Atenção Básica
REPI-MG – Rede Primeira Infância Minas Gerais
SCI – Sistema de Coleta de Informações
SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEDESE – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SGDCA – Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SPSBD-GC – Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Gestantes e Crianças
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de saúde
TCEMG – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
TCU – Tribunal de Contas da União
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA – Transtorno do Espectro Autista
UBS – Unidade Básica de Saúde

URS – Unidade Regional de Saúde