



# PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

2022 – 2032

**SEMCAT**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA,  
ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO

  
**ANANINDEUA**  
É TRABALHO  
PREFEITURA



### INFORMAÇÕES GERAIS

Prefeito  
**Daniel Barbosa Santos**

Vice-Prefeito  
**Erick da Costa Monteiro**

Secretária Municipal de Cidadania, Assistência Social e Trabalho  
**Marisa Elenice Silva Lima**

Secretária Municipal de Educação  
**Leila Carvalho Freire**

Secretário Municipal de Saúde  
**Dayane da Silva Lima**

Presidente da Câmara Municipal  
**Rui Begot da Rocha**



Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente  
**Marisa Elenice Silva Lima**

Comitê Gestor Intersectorial para a Política Municipal Integrada pela Primeira Infância  
**SEMCAT**

**Elaine Cristina Almeida de Oliveira**  
**Simone Maria Wanzeler Neves**  
**Grace de Nazareth Rodrigues Soares Ramalho**  
**Maria Cristina Rodrigues de Sousa**  
**Liliane Sant Ana Cunha Gaia**  
**Glaucimara Silva do Rosário Oliveira**  
**Tatiane Lourinho da Silva Santano de Brito**  
**Nairim Brenda Silva da Luz**  
**Ana Carolina Sousa Maciel**

Mobilizadores Selo UNICEF

**SEMCAT**

**Elaine Cristina Almeida de Oliveira**  
**Simone Maria Wanzeler Neves**  
**Grace de Nazareth Rodrigues Soares Ramalho**  
**Alessandra Martins Lopes**

**SESAU**

**Wanderson Carneiro Moreira**

**SEMED**

**Daniel Azevedo dos Santos**

---

## O que é bom para as crianças?

“Gosto de brincar, estudar, correr e ir para igreja. Quero que todas as crianças tenham uma boa educação, que sejam saudáveis e tudo que uma criança tem que ser.”

**Adriel de Souza**, 11 anos, Ilha de João Pilatos.

“Eu gosto de brincar, gosto de andar de bicicleta, de passear, gosto de pular, andar, nadar e gosto de estudar.”

**Gabriel Batista Lopes**, 4 anos, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS.

“Estudar, ter uma boa casa, ter direito a comer e ter uma boa educação.”

**Tabata Maysla da Silva Lima**, de 8 anos, Escola Gregório de Almeida Brito.





---

## Agradecimentos

A elaboração deste documento não seria possível sem a participação e colaboração de diferentes atores do poder público e da sociedade civil.

A Prefeitura Municipal de Ananindeua agradece a todos os envolvidos no processo de construção do Plano Municipal pela Primeira Infância, em especial:

Às Secretarias Municipais de Cidadania, Assistência Social e Trabalho (SEMCAT), Saúde (SESAU) e Educação (SEMED);

À Câmara dos Vereadores;

Ao Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes, em especial ao Ministério Público pelas contribuições;

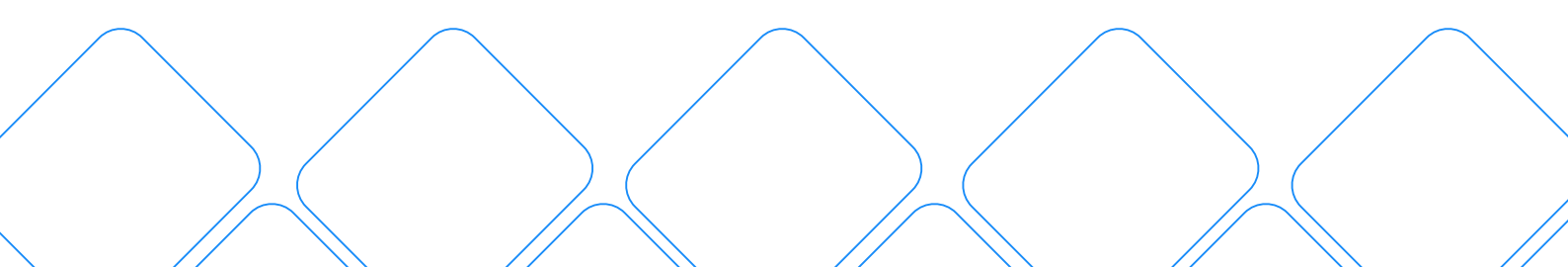
Às Organizações da Sociedade Civil que compõem o Conselho Municipal de Assistência Social e o Conselho Municipal de Direitos da Crianças e Adolescentes;

Às Organizações da Sociedade Civil que contribuíram ativamente nos Encontros com a Rede Socioassistencial, I Fórum Comunitário (SELO UNICEF) com a equipe técnica da Prefeitura;

À equipe técnica das Escolas, Unidades de Saúde e equipamentos da SEMCAT, responsáveis pela rede de proteção do município;

Aos cidadãos e às instituições que participaram dos Encontros com a Rede Socioassistencial, I Fórum Comunitário (SELO UNICEF), enviaram comentários e sugestões para a elaboração deste Plano Municipal pela Primeira Infância;

Às crianças, para quem este plano foi feito e que, por meio da manifestação do seu olhar para a cidade, forneceram subsídios importantes para sua elaboração.



## Sumário

Introdução	07
Princípios e Diretrizes	08
Caracterização e Demografia	09
Informações Socioeconômicas de Ananindeua	10
Escuta de crianças para elaboração do Plano da Primeira Infância	17
Pensando as Primeiras Infâncias de Ananindeua	18
Saúde	25
Nutrição Adequada	36
Parentalidade	44
Segurança e Proteção	48
Assistência Social	49
Tipos de violência contra crianças e adolescentes	51
Como identificar sinais de violência	54
O papel do profissional de saúde	59
Fluxo de atendimento e redes de atenção intra e intersetoriais	62
Rede intrassetorial	64
Rede intersetorial	66
Educação infantil	69
Índice de Necessidade por Creche	70
Eixo Estratégico I	79
Eixo Estratégico II	81
Eixo Estratégico III	84
Eixo Estratégico IV	87
Monitoramento e Avaliação	91
Governança de Monitoramento e Avaliação	94
Referências	96

## Introdução

Com um pouco mais de 38.652 (trinta e oito mil e seiscentos e cinquenta e dois) crianças com idade entre 0 e 6 anos, o município de Ananindeua, por meio deste Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI/Ananindeua), busca traçar metas e estratégias que, transformadas em ações, promoverão uma primeira infância plena, estimulante e saudável para as crianças no Município.

Como instrumento técnico-político, que visa contribuir para assegurar os direitos e o desenvolvimento integral das crianças nessa faixa etária, o PMPI/Ananindeua tem dupla função: ser um guia para a atuação do poder público, da sociedade e das famílias, corresponsáveis na garantia das condições para o pleno desenvolvimento das crianças; e ser uma ferramenta de acompanhamento e controle dessa atuação, uma vez que dispõe sobre as metas e estratégias necessárias para o cumprimento de seus eixos estratégicos.

São quatro os eixos estratégicos do PMPI/Ananindeua:

- I. Garantir as condições para a articulação intersetorial dos programas, projetos e ações para o atendimento integral na primeira infância.
- II. Garantir a todas as crianças na primeira infância educação, cuidados e estímulos que contribuam para seu desenvolvimento integral.
- III. Garantir a proteção e dar condições para o exercício dos direitos e da cidadania na primeira infância.
- IV. Garantir o direito à vida, à saúde e à boa nutrição a gestantes e crianças na primeira infância.

Apoiado em evidências científicas<sup>2</sup> que demonstram a importância do desenvolvimento integral na primeira infância para toda a vida – e, portanto, para toda a sociedade, a longo prazo.

## Princípios e Diretrizes

O PMPI é permeado por dois importantes princípios para o atendimento na primeira infância: a prioridade absoluta da criança e a corresponsabilidade entre Estado, município, sociedade e famílias na promoção e proteção dos direitos da criança.

Aprioridade absoluta da criança, como já visto, está disposta no art.227 da Constituição Federal, e foi regulamentada e reforçada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA), Lei nº8.069/90, no parágrafo único do art.4º:

*A garantia de prioridade compreende:*

- a) Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;*
- b) Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;*
- c) Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;*
- d) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.*

No mesmo art.227 da Constituição Federal, está definido o princípio da corresponsabilidade da sociedade, das famílias e do poder público pelo desenvolvimento, cuidado e proteção das crianças. Dele, decorrem vários direitos regulamentados em lei. Por exemplo, o dever dos pais de prover alimentos aos seus filhos e o dever das empresas de oferecer creche aos filhos de funcionárias ou funcionários.

Seguindo tal princípio, os eixos estratégicos do PMPI/ Ananindeua só serão alcançados por meio de um esforço conjugado, que inclui a participação do Estado, da sociedade, das famílias, das organizações da sociedade civil e do setor privado. Portanto, as metas e estratégias aqui estipuladas não se dirigem apenas ao poder público, mas também aos demais responsáveis pela promoção e proteção dos direitos da criança. Para isso, o PMPI prevê estratégias específicas que visam ampliar e fortalecer o envolvimento desses diferentes atores na garantia das condições necessárias para o desenvolvimento integral na primeira infância. É a articulação dos trabalhos de cada um que fará a diferença na vida das crianças.

O Plano de Metas e Estratégias do PMPI está alinhado, em termos temporais e de conteúdo, aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), fixados em acordo internacional promovido pela Organização das Nações Unidas(ONU), em agosto de 2015, do qual o Brasil é signatário.





# CARACTERIZAÇÃO E DEMOGRAFIA

## Informações Socioeconômicas de Ananindeua

### ÁREA E POPULAÇÃO

O município de Ananindeua possui 190.451 Km, correspondendo a 11% da região de integração do Guajará e 0,02% da área do Pará. A região de Integração do Guajará é uma das 12 regiões político-administrativa do Estado do Pará constituída por cinco municípios: Ananindeu, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará.-

Com uma população de 540. 410 habitantes, segundo estimativa do IBGE/2021 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Representando 24% da população da região de integração do Guajará e 6% do Estado do Pará, resultando em uma densidade demográfica de 2.759 hab/km<sup>2</sup>. Sendo que 99,75% da população vive no meio urbano e 0,25% no meio rural, e desse total, 48% da população é masculina e 52% feminina.

### PIB E EMPREGOS

Segundo dados do IBGE de 2020, o PIB de Ananindeua atingiu o montante de R\$ 7,52 bilhões, em 2018 assegurando a 4ª posição no ranking estadual, representando 18% do PIB total da região de integração do Guajará e 5% do Pará. De janeiro a julho de 2022, foram registradas 16,9 mil admissões formais e 14,5 mil desligamentos, resultando em um saldo positivo de 2429 novos trabalhadores. Este desempenho é superior ao do ano passado, quando o saldo foi de 2403.

No estado do Pará, este é o 2º melhor desempenho em termos absolutos, considerando a geração de vagas pelo tamanho da população. Destacam-se positivamente a construção de rodovias (431), a coleta de resíduos (367) e a locação de mão de obra temporária (353).

Ao longo do ano, a geração de emprego da cidade é bem equilibrada, sendo que o mês de outubro costuma apresentar um maior número de contratação e abril normalmente tem o menor saldo de emprego. Estima-se, segundos dados de pesquisa feita pela Caravela Dados e Estatística, que até agosto de 2022 houve registro de 209 novas empresas em Ananindeua, sendo que 14 atuam pela internet. No ano de 2021 inteiros, foram registradas 575 empresas, nos último dois meses 39 novas empresas se instalaram, sendo uma com atuação pela internet.

Até agosto de 2022 houve registro de 209 novas empresas em Ananindeua, sendo que 14 atuam pela internet. No ano de 2021, foram registradas 575 empresas e nos últimos dois meses, 39 empresas se instalaram. Na região, somam-se 778 novas empresas, valor que superior ao desempenho do ano passado.

## POTENCIAL DE CONSUMO

O município possui 69,4 mil empregos com carteira assinada, a ocupação predominante destes trabalhadores é a de assistente administrativos (6678), seguido de faxineiro (4269) e de vendedor de comercio varejista (3180). A remuneração média dos trabalhadores formais do município é de R\$ 1,7 mil, valor abaixo da média do Estado, de R\$ 2,5 mil.

A concentração de renda entre as classes econômica em Ananindeua pode ser considerada normal e é relevante superior a média estadual. As faixas com menor poder aquisitivo (E D), participam com 72,1% do total da remuneração da cidade, enquanto as classes mais altas representam 5,6%, destacam-se que as composições de renda das classes mais baixas da cidade têm uma concentração 23,3 pontos percentuais maiores que a média estadual, já as faixas de alta renda possuem participação 10,5 pontos baixo da média.

Do total de trabalhadores, as três atividades que mais empregam são: regulação de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais (3746), apoio a educação 3085) e comércio varejista de supermercado (2999). Entre outros setores característicos da cidade, também destacam as atividades de apoio à educação e cultivo de coco-da-baía.

## ASPECTOS BIOFÍSICOS

O Clima em Ananindeua é tropical. Só existe uma curta época seca e não é muito eficaz, enquanto na maioria dos meses do ano existe uma pluviosidade significativa, o clima é classificado como Am, segundo a Koppen e Geiger. 26.6 ° C é a temperatura média e a pluviosidade média anual é de 2447 mm. Em Ananindeua, a estação com precipitação é de céu encoberto; a estação seca é de céu parcialmente encoberto.

Durante o ano inteiro, o clima é quente e opressivo e ao longo do ano, em geral a temperatura varia de 24° C a 32 °C. E o solo no município é caracterizado como Concrecionários, Lateríticos Indiscriminados distróficos, textura indiscriminada, Latossolo Amarelo distrófico e de textura média.



## QUANTO A SUA HIDROGRAFIA

A hidrografia do município é representada pelo Rio Guamá ao Sul, fazendo limite com Belém; o Maguari- Açu, ao Norte e o Benfica a Nordeste Limitando com Benevides. Situado a 20m de altitude, de Ananindeua têm as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 1° 21' 59" Sul, Longitude: 48° 22' 20" Oeste.

Limites: Ao Norte – Município de Belém. Ao Sul- Rio Guamá. A Leste o município de Benevides. O Oeste- Município de Belém.

## E EM RELAÇÃO AO SOLO

Os mesmos são caracterizados como concrecionários lateríticos indiscriminados distróficos de textura indiscriminada, latossolo, amarelo distrófico, textura média. A inteperização dos sedimentos deu origem a formação dos solos mapeados nestes.

## QUANTO A GEOLOGIA E RELEVO

O arcabouço geológico é representado pelos sedimentos terciários da formação barreiras, e do quaternário sub atual e recente. O relevo apresenta níveis baixos representados pelas várzeas, terraços e, predominantemente, pelos baixos platôs, inseridos na unidade morfo estrutural do planalto rebaixado da Amazônia (Baixo Amazonas).

## A VEGETAÇÃO

Caracterizada pela floresta secundária, em vários estágios, proveniente do desmatamento executado nas áreas sujeitas à inundação margeando os rios, está presente a vegetação de várzea, com suas espécies típicas, como a virola ou ucuuba, a andiroba, o açaí e o miriti ou buriti. O desmatamento alcançou 78,03% até o ano de 1986, de acordo com as imagens LANDSAT-TM. Durante os anos de 2001 e 2006, a região que mais perdeu sua cobertura vegetal foi a região insular, mais precisamente na ilha de João Pilatos e Sororoca. Nos ambientes insulares do município de Ananindeua (PA), a busca pela subsistência econômica com a coleta de frutos de açaí para venda e derrubada de árvore para a produção de carvão vegetal.

## SITUAÇÃO FUNDIÁRIA

O município de Ananindeua não difere da triste realidade de precariedade na moradia do resto da sociedade brasileira, mais de 36% da população vive abaixo da linha da pobreza e a necessidade de novos domicílios em função da inadequação da moradia, que já existe fruto de um crescimento desordenado de mais de 75 anos, corresponde 35.860 unidades habitacionais (IBGE, 2018).

Com o intuito de combater a exclusão e a desigualdade social, assegurar o uso e a ocupação do solo de forma organizada e melhorar as condições de vida da população dos assentamentos informais, a Prefeitura Municipal criou em 2021 o Programa Ananindeua Legal, que visa legitimar a posse de áreas ocupadas irregularmente por meio do título real de propriedade. Atualmente, a gestão já entregou cerca de 21 mil títulos às famílias municipais.

## CARACTERIZAÇÃO GERAL DA ÁREA

Em termos políticos, econômicos e demográficos, Ananindeua é um dos principais municípios do estado do Pará, com aproximadamente 530.598 habitantes e extensão territorial de 190.451 km<sup>2</sup> (densidade demográfica de 2.477,55 hab./km<sup>2</sup>), constituindo-se de 23 bairros. Além disso, compõe a Região Metropolitana de Belém (RMB), junto a Belém, a Marituba, a Santa Izabel do Pará, a Santa Bárbara do Pará, a Benevides e a Castanhal (IBGE, 2019). Entre 1980 e 2018, observa-se um aumento de aproximadamente 704% em seu contingente, o que o coloca como o segundo mais populoso do estado do Pará, com 530.598 habitantes, atrás somente de Belém.

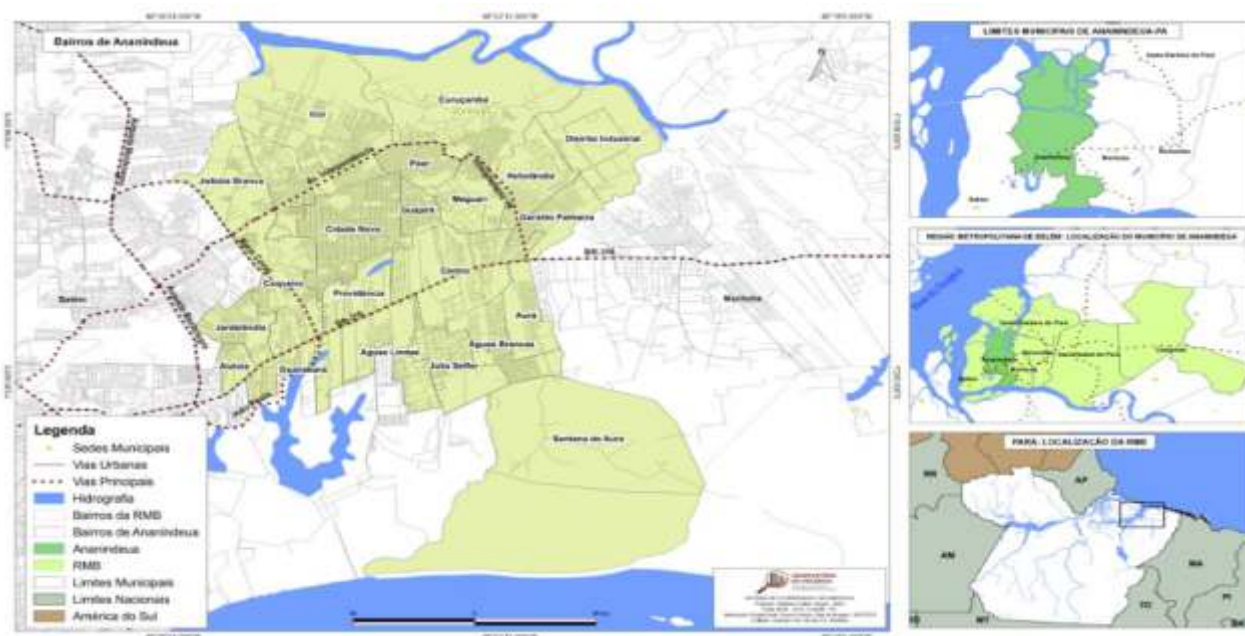


Figura 1- Localização da Região Metropolitana de Belém

Fonte: Estudos cartográficos e cartografia na Amazônia oriental, com base em CODEM e IBGE 2019.

Tabela 1 – Evolução da população de Ananindeua (PA)

População (1980)	População (1991)	População (2000)	População (2010)	População (2019)
66.027	244.442	393.569	471.980	530.598

Fonte: elaborado pelos autores, com base em IBGE (1980, 1991, 2010 e 2019)

Neste quadro, alocam-se dois processos: o grande contingente de trabalhadores rurais, que “obrigados” a deixar suas terras, procuram espaços de sobrevivência nas grandes cidades; e, a existência e trabalhadores urbanos à procura de terra para fixar moradia e realizar sua reprodução ou sobrevivência. Podemos afirmar que uma das principais razões que sustentam o crescimento populacional é o processo de periferização, iniciado nos anos 1980, a partir, sobretudo, da expansão urbana de Belém, com uma série de políticas habitacionais.

O fluxo de pessoas, em direção à Ananindeua, tornou-se comum e, como uma das consequências, esta se tornou uma cidade-dormitório. Se a desconcentração é um fato, no mesmo viés, o processo de concentração urbana nas cidades circunvizinhas a Belém é evidente, sobretudo, em Ananindeua, o que aprofundou a aglomeração e a segregação socioespacial. Desse modo, ao se considerar tais dinâmicas, observa-se o crescimento da população urbana, representado pelo total de 99,75% de taxa de urbanização no período em questão. Assim, Ananindeua, atrelada à capital paraense, assumiu novas funções, frente à divisão territorial do trabalho, a partir de seu crescimento populacional, o que, conseqüentemente, suscitou o processo de descentralização das atividades.

Ananindeua passou a desempenhar importante papel na arrecadação do estado. Em **2017**, o município representou a 46ª maior receita do Pará, com **R\$ 13.523,96** e, mais especificamente a respeito do PIB, relacionado ao setor industrial, posicionou-se em oitavo lugar, entre os 144 municípios paraenses (IBGE, 2019). Além disso, em **2018**, reunia o segundo maior quantitativo de empresas em seus limites, atrás somente de Belém, com 4.568 unidades (IBGE, 2018), o que fortalece o seu papel de agente dinamizador o espaço metropolitano da RMB e da Economia do Estado.



E já em 2020, segundo dados do IBGE, o PIB de Ananindeua atingiu o montante de **R\$ 7,52 bilhões**, em 2018 assegurando a 4ª posição no ranking estadual, representando 18% do PIB total da região de integração do Guajará e 5% do Pará. De janeiro a julho de 2022, foram registradas 16,9 mil admissões formais e 14,5 mil desligamentos, resultando em um saldo positivo de 2.429 novos trabalhadores.

Além disso, pode-se destacar, em Ananindeua, a modernização, atrelada a serviços, como a presença de importantes redes supermercadistas do estado, de linhas de restaurantes e de dois *shoppings centers*. Ressalta-se que, em sua extensão territorial, situam-se muitos empreendimentos imobiliários, que refletem a tendência da busca pela moradia não mais limitada a Belém, mas em novos espaços da RMB. Frise-se, ainda, o papel desempenhado na circulação de produtos, de mercadorias e de serviços, possuindo algumas das principais vias urbanas, com destaque para a rodovia BR-316, que centraliza grande parte das dinâmicas econômicas, associadas a Belém.

## FORMAÇÃO DE ANANINDEUA NO CONTEXTO METROPOLITANO DE BELÉM

As metrópoles são cidades que exercem papel fundamental, apresentando-se como um núcleo urbano, por exercer influência em seu entorno, atraindo a si as principais atividades e ações. E são marcadas pela grande intensidade de fluxos de pessoas, mercadorias e capitais, do crescimento das atividades, de serviços e de cada vez maior demanda do trabalho, da concentração de atividades de gestão e administração, da construção de um novo modo de vida e de consumo.

Em Ananindeua, tais dinâmicas se deram, basicamente, em duas direções, à medida que se constituíam novos empreendimentos, indústrias, ocupações espontâneas e a fundação de projetos habitacionais no sentido da Av. Augusto Montenegro, que liga Belém a Icoaraci e a Outeiro, distritos administrativos do município de Belém, no sentido da rodovia BR-316, que comunica Belém e os municípios de Ananindeua, de Marituba, de Benevides, de Santa Izabel do Pará e de Castanhal.

O estudo dos eventos ocorridos nos anos de 1980 e de 1990 apresenta o alargamento das fronteiras do capital regional, provocando a elevação de índices demográficos, com o processo de periferização como corolário. Neste íterim, dá-se o processo de formação da cidade de Ananindeua, da forma como esta se apresenta, atualmente. Antigamente, Belém se apresentava como central nas dinâmicas do estado, sobretudo, as econômicas.

Ananindeua assumiu uma divisão territorial de funções, a partir do grande adensamento ocorrido em Belém, que culminou na necessidade de descentralização das atividades, trazendo mais serviços para o município, o que definiu novas relações econômicas com o núcleo metropolitano. No entanto, com a descentralização da capital para Ananindeua, agravaram-se as desigualdades socioespaciais, o que, demonstra um semblante peculiar da ampla desigualdade imposta pela dinâmica de expansão vivida na região amazônica. Dessa forma, configuraram-se estratégias diferenciadas de apropriação, em relação à terra urbana, e redes de articulação locais de agentes produtores do urbano, que passaram a revelar ações de poder, mediadas pelo espaço.

As iniciativas produtivas no município de Ananindeua possuem limitações físicas quanto sua área para produção, por causa da plena expansão urbana em busca de novas áreas para instalação e construções urbanas. Apesar dessa limitação física os trabalhadores rurais permanecem no espaço delimitado e considerado periurbano, em que por meio da agricultura familiar que se torna um importante segmento estratégico para uma parcela da população que produz essa atividade para o sustento socioeconômico das suas famílias.

Das estratégias de comercialização da sua produção verificou-se que os agricultores familiares escolhem os melhores mercados promissores na RMB, aumentando seu rendimento em níveis de renda. Os agricultores do Curuçambá utilizam dois tipos de feiras, a feira fixa no espaço, como é no caso da feira do Ver-o-Peso, a mais importante da RMB e a Feira da Cidade Nova são mais frequentadas pelos agricultores. Outro tipo de feira é a feira itinerante que proporciona ganhos no acesso a novos mercados e socialização com novos clientes, colocando em trânsito seus produtos. A venda também é realizada na própria residência, nesse mercado já estabelecido os clientes a maioria os vizinhos ou moradores no bairro buscam produto agrícola com preço mais em conta e também na melhor qualidade, pois sai direto da horta para o consumidor.

## Escuta de crianças para elaboração do Plano da Primeira Infância

O Plano da Primeira Infância foi pensado com a participação das crianças do município de Ananindeua e contou com a Secretaria de Cidadania, Assistência Social e Trabalho (SEMCAT) e Secretaria de Educação (SEMED) para compreender sobre como as crianças veem a cidade.

A escuta das crianças, enquanto cidadãos de direitos e deveres, foi materializada após as conversas, passeios e contação de história através de desenhos e frases.





## Pensando as Primeiras Infâncias de Ananindeua

### WARAO

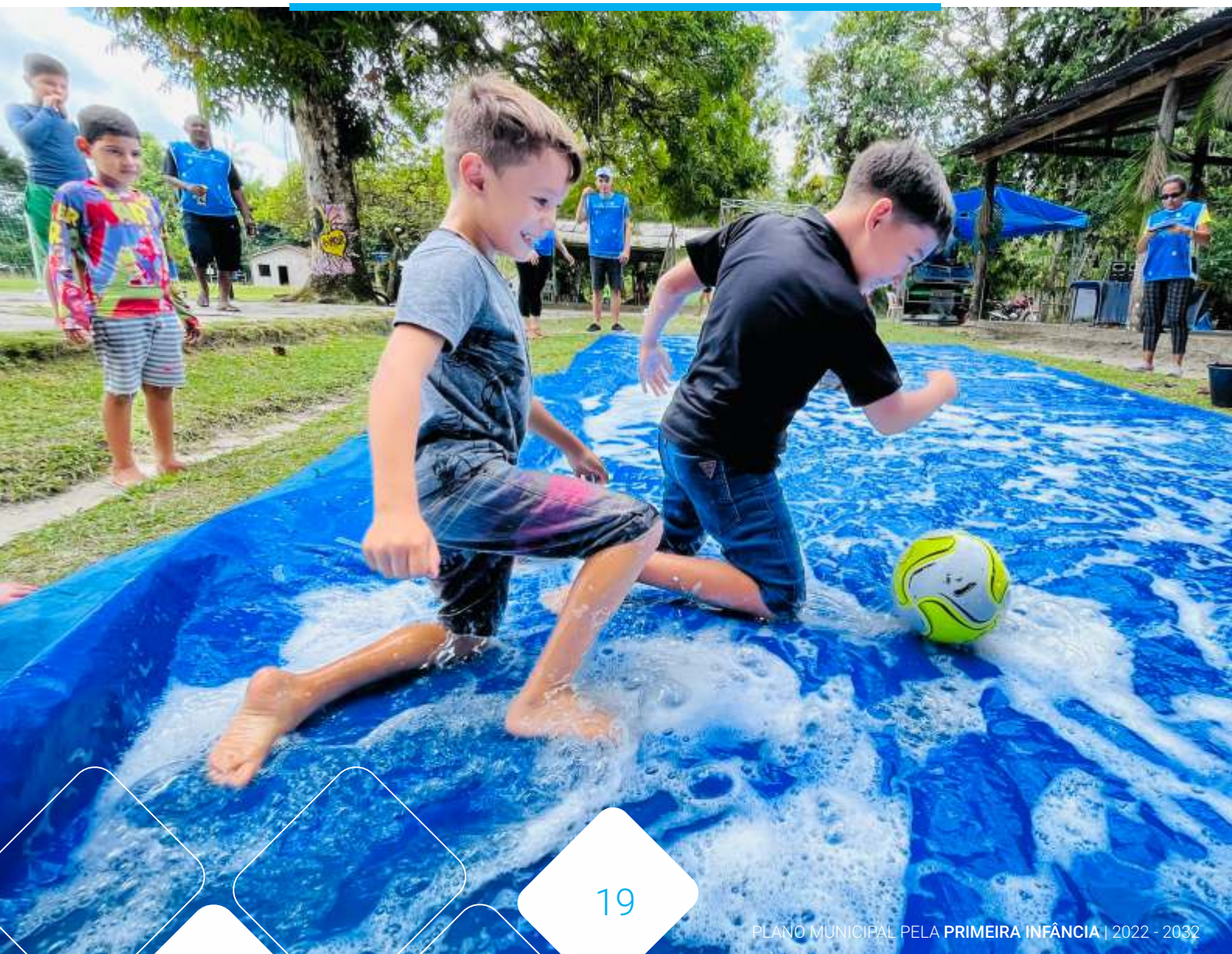
A partir de 2020, indígenas venezuelanos da etnia Warao se estabeleceram em Ananindeua. Diante da chegada dessa população, o município tem desenvolvido iniciativas em diferentes áreas. E para compreender e melhor acolher as crianças Warao, fez-se necessário rodas de conversas com as mesmas, as quais, por meio de desenhos, puderam expor suas vivências, o que foi primordial para o entendimento do processo de diáspora e re-existência do povo indígena. Os desenhos apresentam uma complexidade por serem portadores das representações que as crianças têm acerca dos processos que passaram e passam, das lembranças e esperanças, desde o momento que se sentiram obrigados a sair de seus lares. Para trabalhar com a criança, fazendo com que a mesma exponha seu ponto de vista, faz-se necessário ter em mãos ferramentas que possam contribuir para sua expressão própria, criando um ambiente seguro e sensível para que a criança possa colocar em sua fala e em seus desenhos seus sentimentos, seus anseios e suas alegrias.





## RIBEIRNHOS

As crianças ribeirinhas da Amazônia têm um jeito peculiar de viver suas meninices. Elas sobem e descem de árvores, constroem barracas com folhas de açazeiros, fazem escultura de barro, tomam banho de rio, enfim, vivem suas infâncias em "interação com múltiplos contextos histórico-culturais, [...] constroem conhecimento e cultura a partir das condições materiais de vida e educação, que lhes são proporcionadas, constituindo-se como sujeitos amazônicos" (TEIXEIRA, 2013, p. 6). Os trabalhos realizados com gestantes e crianças ribeirinhas busca atender as necessidades desse público, nas áreas da assistência social, educação, saúde, infraestrutura, entre outras, sem interferir na sua cultura e hábitos.





## QUILOMBOS

A criança quilombola é um sujeito lúdico que cria brinquedos e brincadeiras enquanto anuncia modos de vida, concepções de mundo, aprendizagens, educação. Suas brincadeiras são espaços e tempos de trocas acerca de percepções sobre a comunidade, a história, a identidade negra e quilombola e a relação com o campo mítico-religioso. Esse universo lúdico mostra também a participação e a agência infantil na organização de propostas coletivas, as quais revelam valores do grupo, tais como: união, solidariedade e cumplicidade.

Essas crianças, nas suas vivências e nos seus contextos, também são criadoras dos seus repertórios lúdicos, os quais não são criações fechadas na individualidade do criador, pois esse processo criativo emana diferentes aspectos que reafirmam relações culturais, sociais e históricas, além de perpassar constantemente por situações de validação, seja pela aceitação ou negação do próprio grupo. As criações envolvidas nos brinquedos e brincadeiras são consideradas manifestações do coletivo, pois os saberes lúdicos dessas crianças são a todo instante testemunhados pelos seus criadores e por aqueles que também buscam aprender com os outros e brincar com as criações.

Em Ananindeua, a comunidade quilombola do Abacatal foi criada em 1710. Inicialmente era uma fazenda de cana-de-açúcar e cacau, onde o dono era o Conde Coma Mello de Portugal, que teve um relacionamento com a escrava Olímpia. Eles tiveram 3 filhas, que deram início à comunidade. Hoje, mais de 170 famílias vivem no quilombo e a base de sustento é a agricultura familiar.

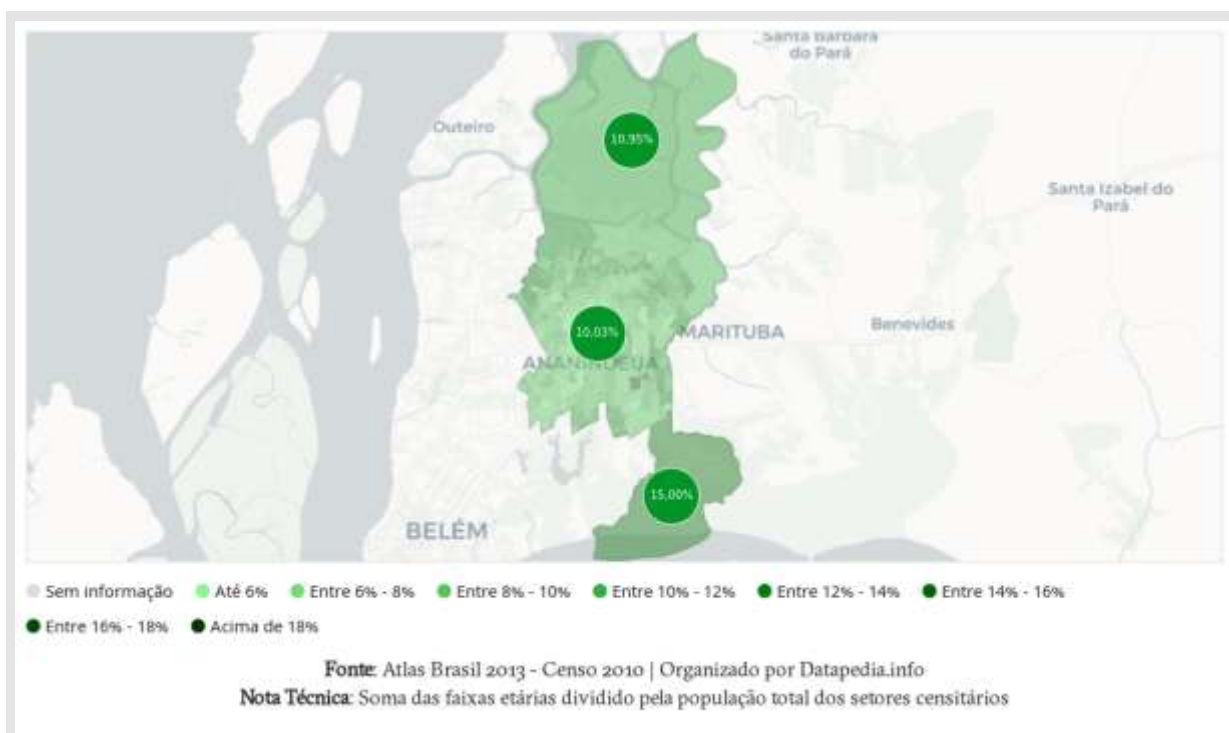
A comunidade conta com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Estrela Ananin, que oferece o acolhimento e promove um atendimento diferenciado às famílias, fortalecendo os fatores protetivos, os vínculos familiares e comunitários, além de estimular o processo de emancipação e de autonomia. O quilombo também conta com Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) que oferece os serviços de atenção primária à saúde



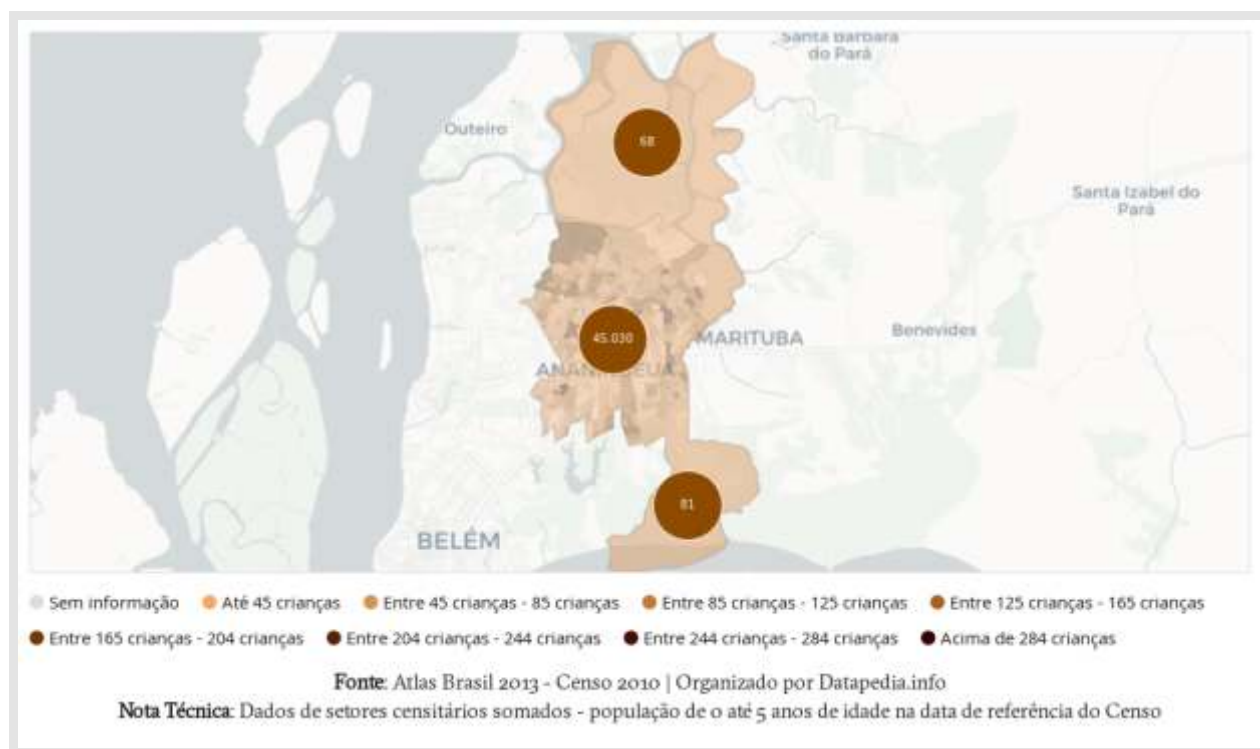


## PERCENTUAL DE POPULAÇÃO PRIMEIRA INFÂNCIA – 0 A 6 ANOS

Permite visualizar a proporção de crianças no município, o mapa ajuda a visualizar quais áreas têm maior concentração de crianças. Isso ajuda a entender onde as medidas pró-primeira infância são mais urgentes, que tipo de políticas públicas devem ser direcionadas para quais bairros. Fornece também um importante argumento para ações, como a construção de parques em determinada área, redução da velocidade máxima dos carros, etc.

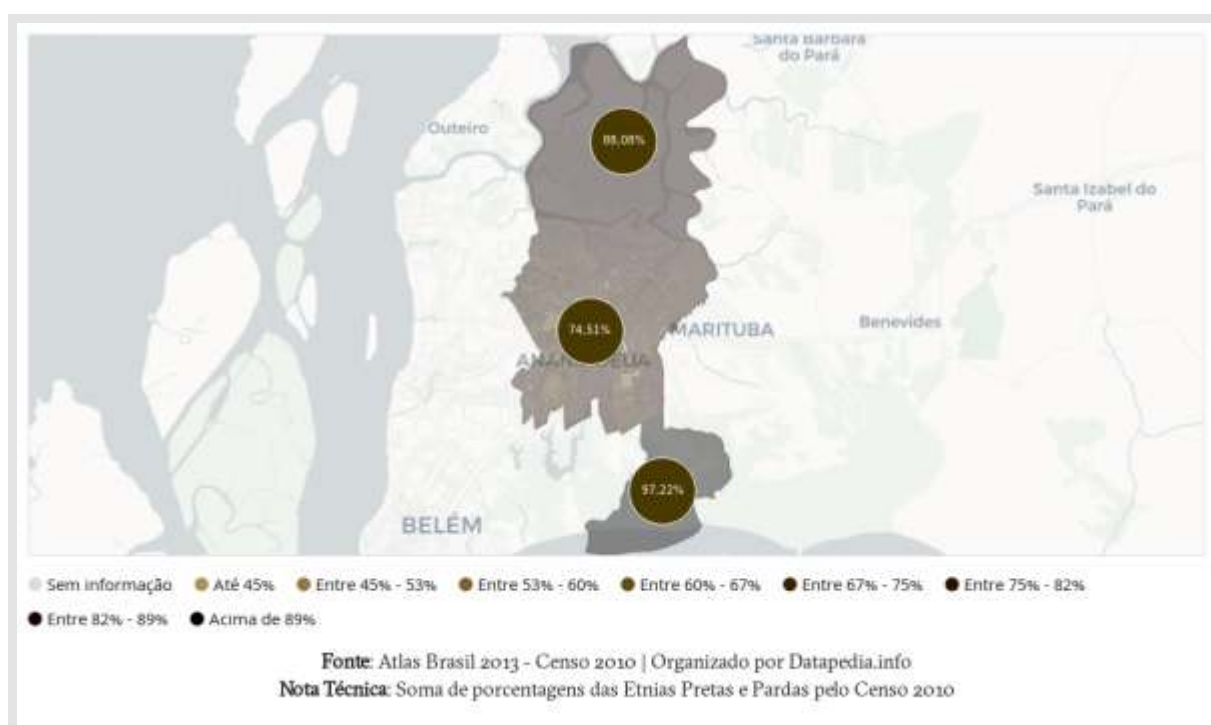


## PERCENTUAL DE POPULAÇÃO PRIMEIRA INFÂNCIA – 0 A 6 ANOS



## PORCENTAGEM DO TOTAL DE PESSOAS RESIDENTES DE COR/RAÇA PRETA E PARDA

Aqui se pode ter uma noção de como está a miscigenação ou segregação étnica no município. Como historicamente as etnias preta e parda abrigam uma porcentagem bem maior de famílias vulneráveis, o mapa fornece também uma visualização das áreas mais necessitadas de ações em prol da primeira infância.











PROJETO  
*Fluxo*  
com  
respeito.

Absorventes íntimos  
são uma necessidade  
e para a saúde e  
para quem

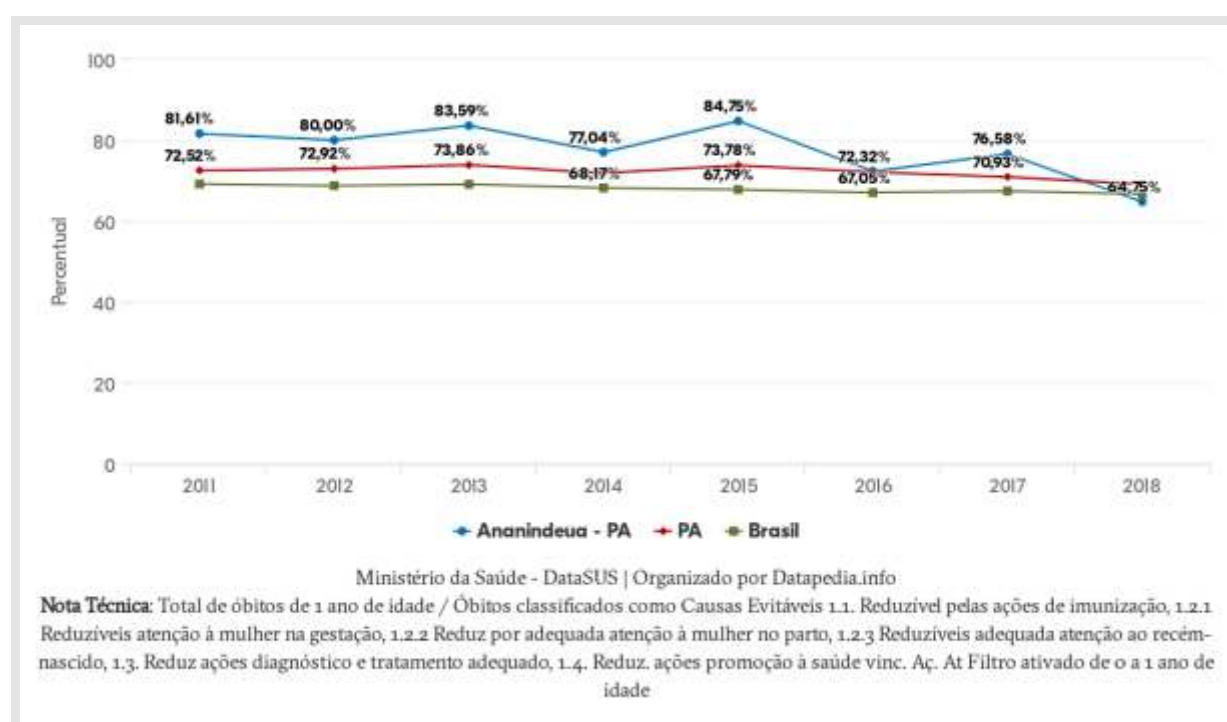
\* Projeto  
atenção a estudantes de baixa renda  
em Ananindeua.

Tellm  
#

# 2 SAÚDE

## PERCENTUAL DE MORTALIDADE INFANTIL (ATÉ 1 ANO) POR CAUSAS EVITÁVEIS(2011-2018)

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





## COBERTURA VACINAL EM % – CRIANÇAS DE 00 A 06 ANOS.

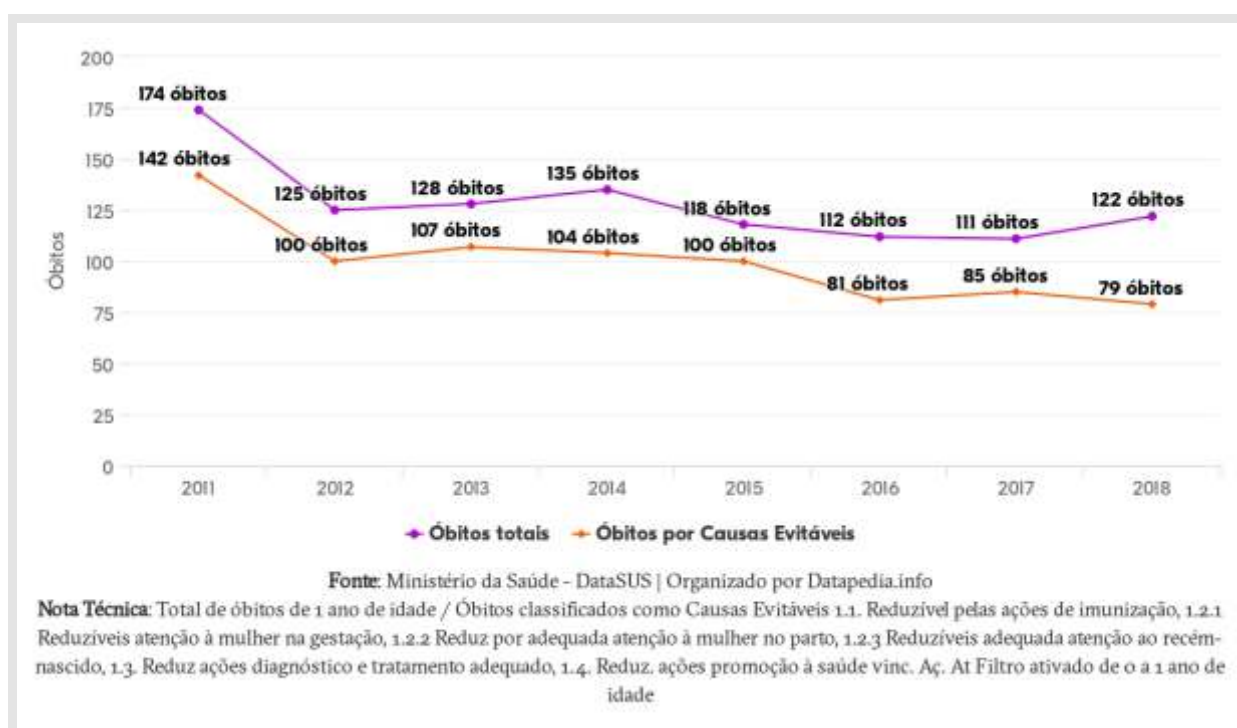
	BCG (POPULAÇÃO)	BCG (Doses)	BCG (Cobertura)	Hepatite B(<1 ano) - População	Hepatite B(<1 ano) - Doses	Hepatite B(<1 ano) Cobertura
2019	7.940	3.557	44,80	7.940	3.378	42,54
2020	7.940	2.089	26,31	7.940	3.133	39,46
2021	7.408	460	6,21	7,408	1,951	26,34

Dados da Secretaria Municipal de Saúde – SESAu – Ananindeua



## TOTAL DE ÓBITOS DE ATÉ 1 ANO X ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS (2011-2018)

Aqui se dão números às porcentagens. Normalmente, quanto mais perto as duas curvas estão, menor o nível de desenvolvimento da região – países desenvolvidos dificilmente apresentam mortes por falta de cuidado ou de condições de tratamento da gestante e do bebê. Infelizmente, os municípios brasileiros estão muito distantes da realidade desses países.



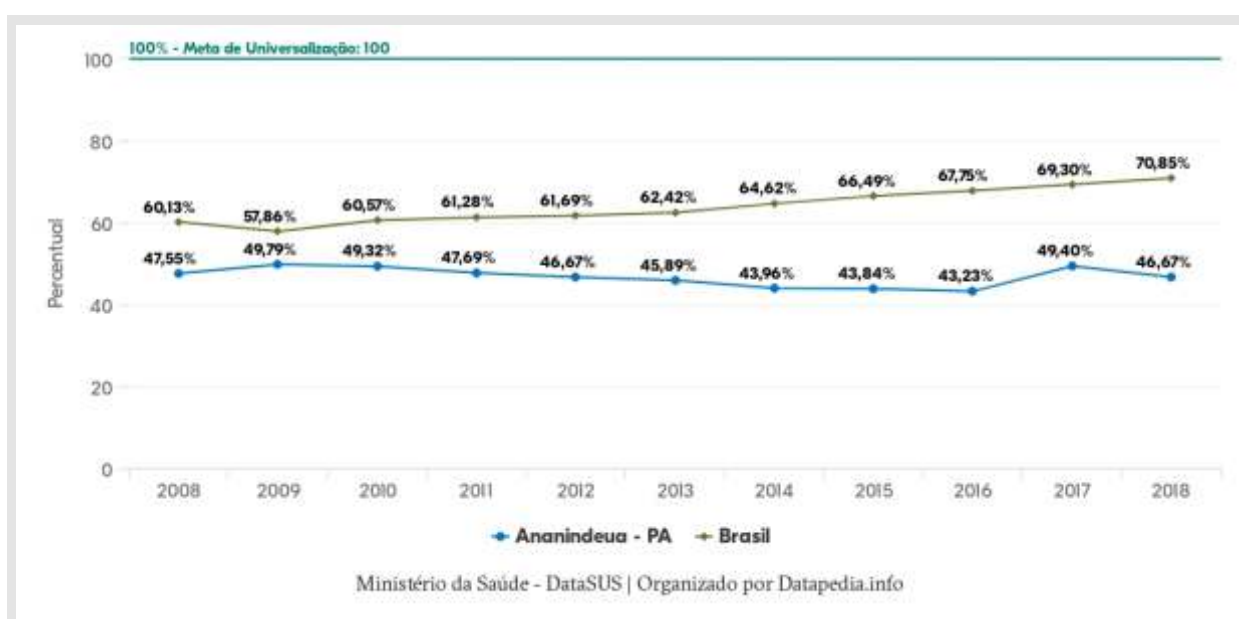
## NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS DE 0 A 06 ANOS.

2019	2020	2021
110	102	120

Dados da Secretaria Municipal de Saúde – SESau – Ananindeua

## EVOLUÇÃO-PERCENTUAL DE GESTANTES COM MAIS DE 7 CONSULTAS PRÉ-NATAL (2008-2018)

O aumento das consultas pré-natais está diretamente relacionado à diminuição da mortalidade infantil e da mortalidade materna. Daí vem a meta, que 100% das gestantes façam pelo menos sete consultas, o que pode ajudar a melhorar vários outros indicadores, como aleitamento, mortalidade infantil por causas evitáveis e bebês de baixo peso. Este gráfico permite visualizar o quão distante o município está da meta e como está em relação à média brasileira.



## NASCIDOS VIVOS – ACIMA DE 7 CONSULTAS NO PRÉ-NATAL.

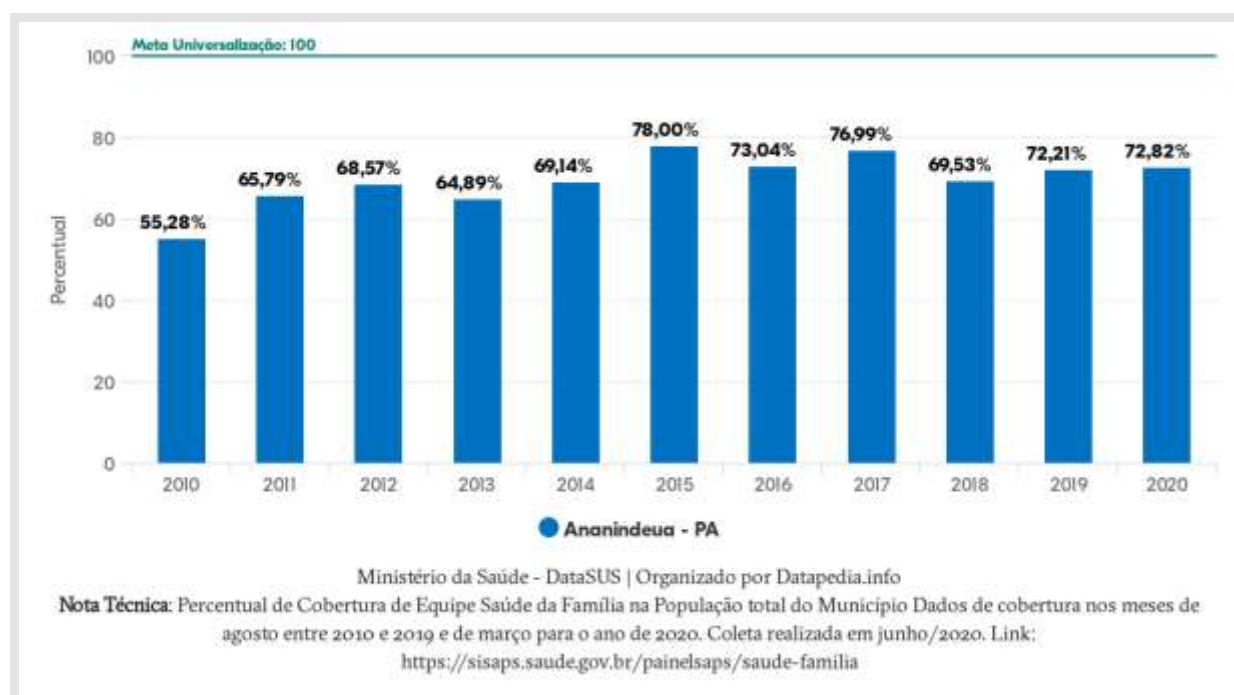
2019	2020	2021
3.429	2.326	2.551

Dados da Secretaria Municipal de Saúde – SESAu – Ananindeua



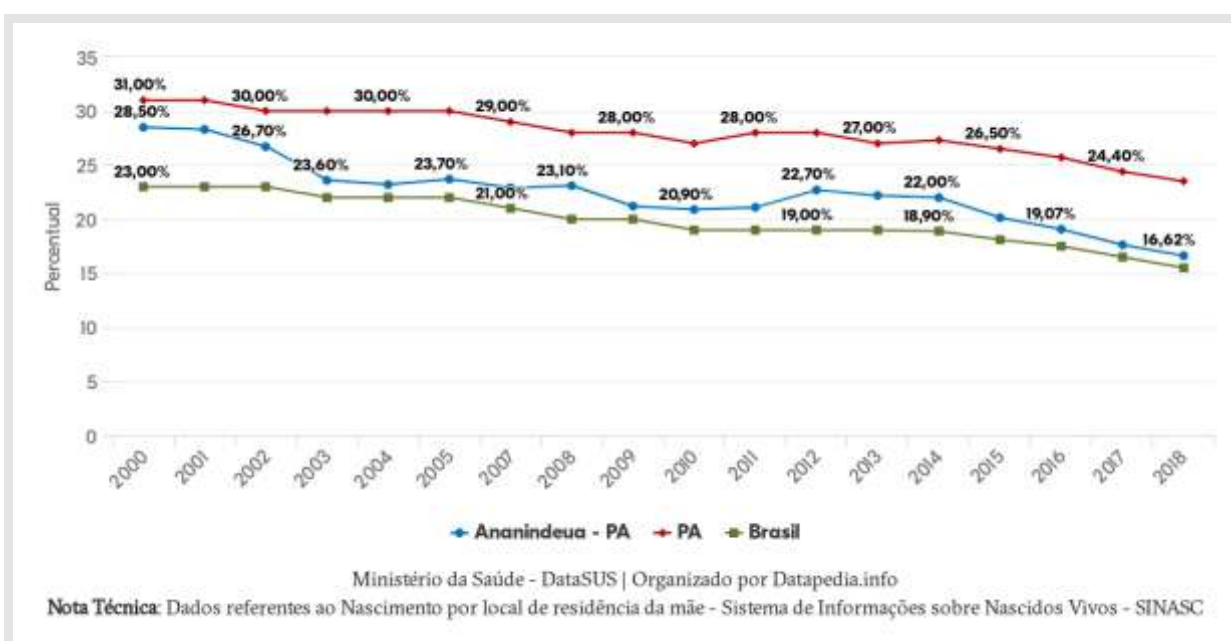
## PERCENTUAL DE COBERTURA DE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA (2010 -2020)

O gráfico representa uma comparação entre o município de Ananindeua, o estado do Pará e o Brasil, pode-se observar que ao longo do tempo o índice diminuiu. É importante analisar este indicador em conjunto com os dois anteriores, especialmente o do total de partos de mães adolescentes, porque a taxa de natalidade do país vem caindo, o que pode dar a falsa impressão de que o problema está sendo bem equacionado.



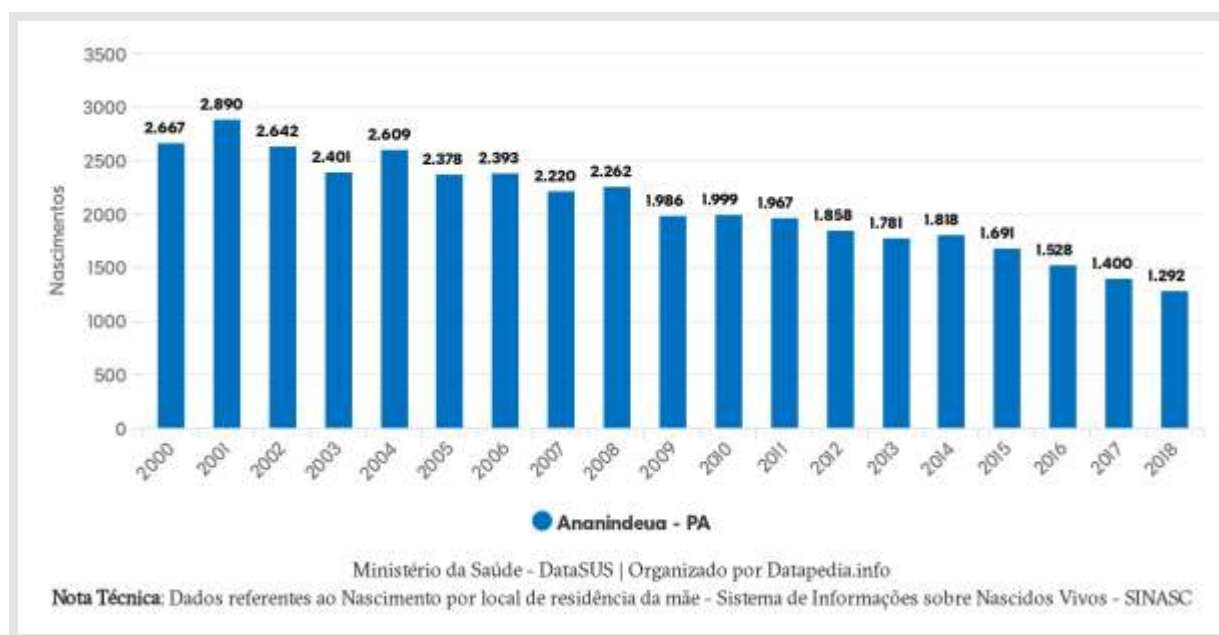
## EVOLUÇÃO-PERCENTUAL DE PARTOS DE MÃES ADOLESCENTES (ATÉ 19 ANOS) (2000 - 2018)

Idealmente, este índice diminui bastante ao longo do tempo. Mas no geral deve diminuir muito mais. Para uma rápida comparação, o gráfico apresenta as curvas do estado e do país. É importante analisar este indicador em conjunto com os dois anteriores, especialmente o de total de partos de mães adolescentes, porque a taxa de natalidade do país vem caindo, o que pode dar a falsa impressão de que o problema está sendo bem equacionado.



## TOTAL DE PARTOS DE MÃES ADOLESCENTES (ATÉ 19 ANOS) POR ANO (2000 - 2018)

Este indicador aponta para duas preocupações interligadas: a gravidez de adolescentes, que em grande parte dos casos não foi planejada, interrompe estudos e planos de vida; e a alta probabilidade de o bebê viver em um arranjo familiar instável, menos capaz de lhe oferecer os cuidados necessários para seu desenvolvimento pleno.



### Nascidos vivos ocorridos por Ano.

2019	2020	2021
10.561	9.969	10.290

Dados da Secretaria Municipal de Saúde – SESAu – Ananindeua

### Nascidos vivos – idade da mãe: 12 a 17 anos.

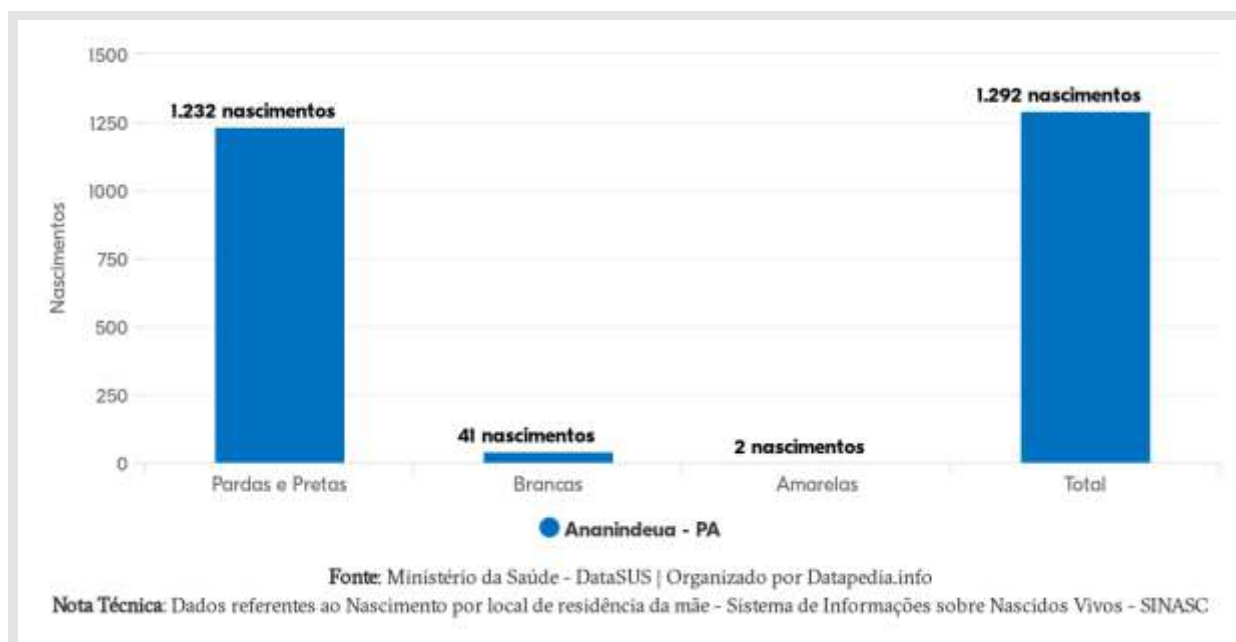
2019	2020	2021
482	440	418

Dados da Secretaria Municipal de Saúde – SESAu – Ananindeua



## TOTAL DE PARTOS DE MÃES ADOLESCENTES (ATÉ 19 ANOS) - POR COR/RAÇA (2018)

Por este indicador se percebe o quanto a desigualdade se traduz em respostas comportamentais que favorecem sua perpetuação. Quanto maior a concentração de mães adolescentes entre as etnias identificadas como as mais vulneráveis, maior a necessidade de ações públicas voltadas para essas populações específicas.



### BOAS PRÁTICAS EM ANANINDEUA

A Prefeitura de Ananindeua vem ao longo dos anos elaborando diversas políticas, programas, projetos e serviços intersetoriais voltados para gestante e a primeira infância no município, entendendo e atendo cada peculiaridade em que o público alvo está inserido, seja nas comunidades quilombola, ribeirinha, Warao ou urbana. Entre os programas realizados na cidade, estão o Fluxo com Respeito e o Mãe Ananin.

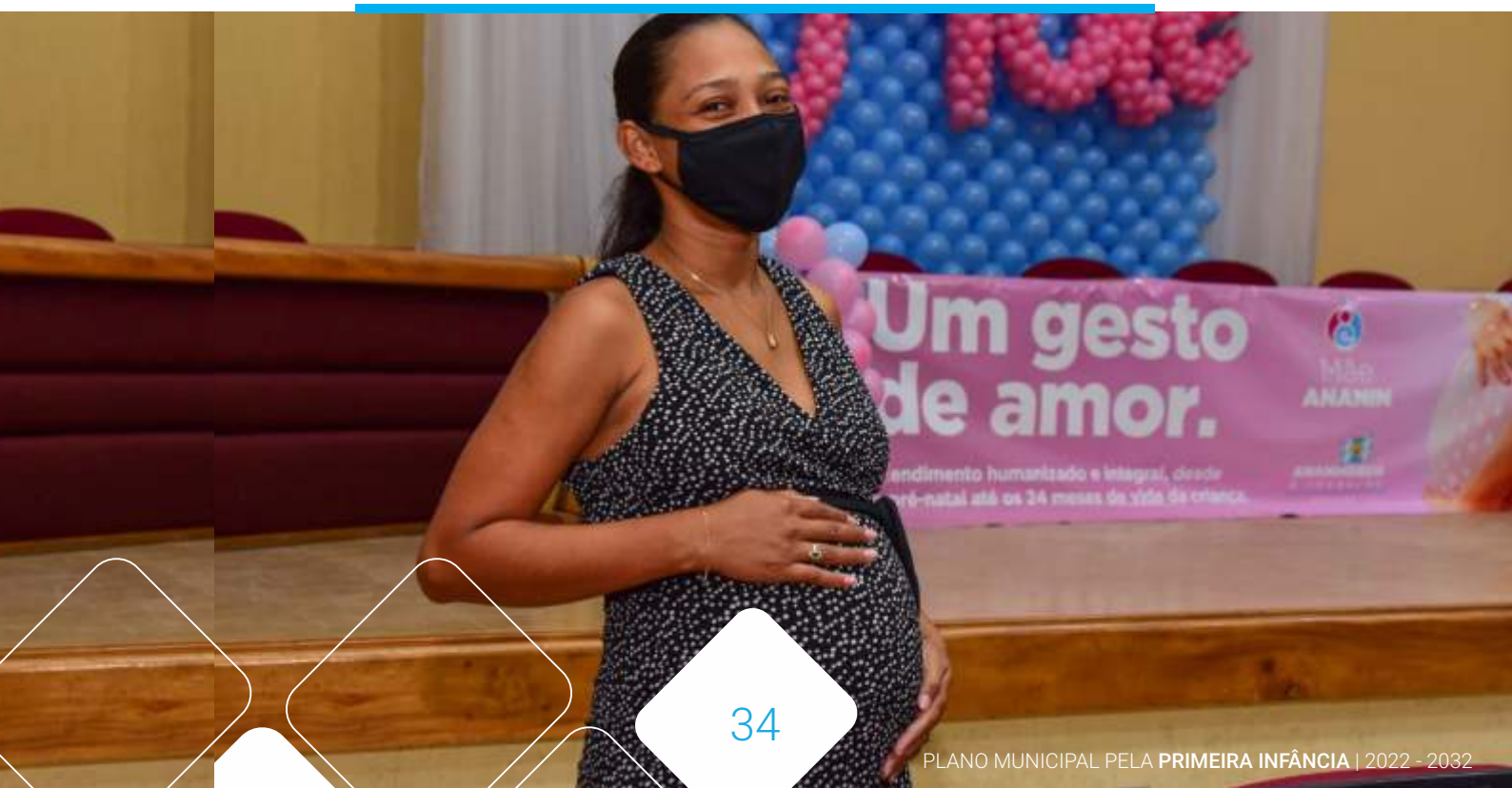
No mês de dezembro de 2021, foi lançado o Projeto Municipal Fluxo com Respeito, por meio da Lei nº 3.201, que dispõe sobre a distribuição de produtos de higiene íntima feminina e saúde básica, no âmbito do município, além de garantir informações sobre o assunto, através da Secretaria de Saúde (SESAU), Secretaria de Educação (Semed) e Secretaria de Cidadania, Assistência Social e Trabalho (Semcat). O objetivo é criar e fomentar políticas públicas para combater a pobreza menstrual. Atualmente, o projeto já alcançou cerca de 10 mil adolescentes e jovens.

Outro programa municipal é o Mãe Ananin, que desde quando foi criado (24/05/2022) vem ganhando destaque nacional no âmbito da promoção da Primeira Infância. O programa intersetorial, que até então envolve Sesau, Semcat e a Secretaria de Transporte e Trânsito (Semutran), tem o objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil em Ananindeua e aprimorar a qualidade do atendimento para as gestantes e crianças de 0 a 24 meses de vida.

Por meio do programa, as mulheres até a 12ª semana de gestação recebem acompanhamento e atenção ainda mais específica nos exames e consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. As mães inseridas no programa têm plano individual de parto, avaliação da vitalidade fetal – Cardiotocografia e acompanhamento do trabalho de parto, com partograma e assistência humanizada. Além dos serviços de clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele mãe e filho, aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido, alojamento conjunto, assistência puerpério, encaminhamento para UBS de referência para a assistência necessária durante o puerpério e planejamento reprodutivo e da criança.

As crianças até 2 anos também terão acesso ao Programa de apoio a meninos e meninas (Proame), ao processo de triagem neonatal, imunização, crescimento e desenvolvimento e vigilância nutricional.

Durante o período gestacional e pós-parto, as mães e crianças são acompanhadas pelas equipes da Semcat, por meio de serviços socioassistenciais, para que as mesmas tenham uma infância saudável e a garantia de seus direitos. Para facilitar a locomoção das mães durante os atendimentos, reuniões e consultas, a Semutran disponibiliza vale digital, cada gestante recebe um cartão digital que contém 10 (dez) passagens para ônibus intermunicipais e 10 (dez) passagens para ônibus urbanos.









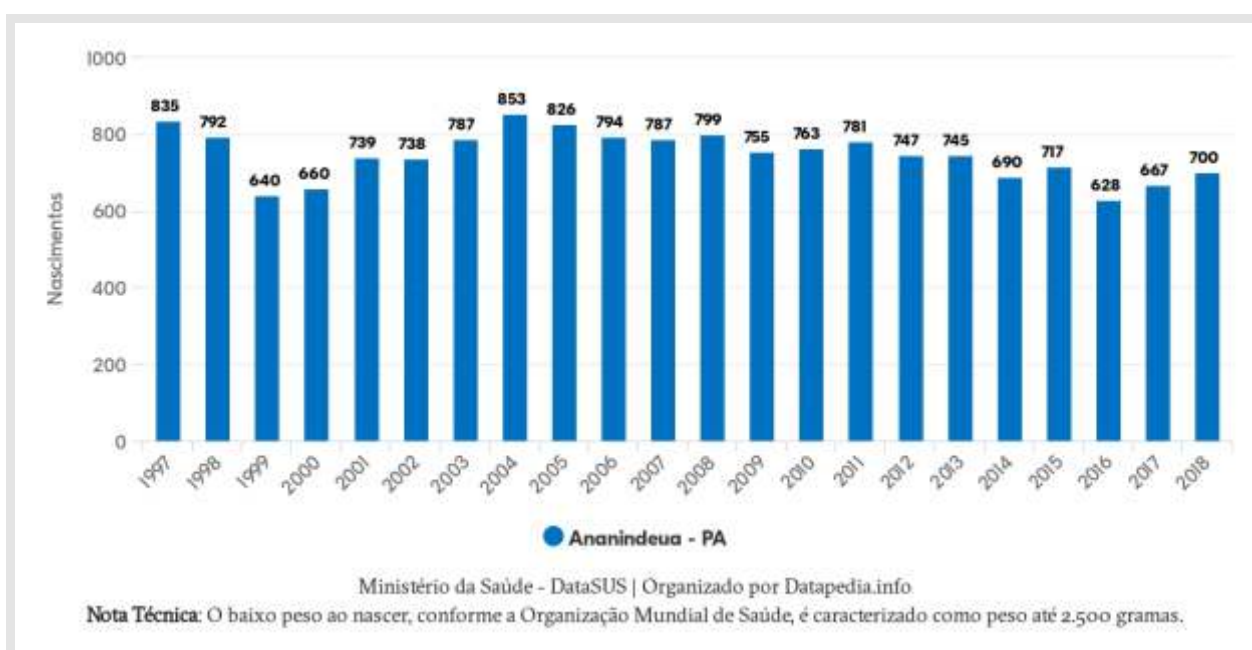


3

NUTRIÇÃO  
ADEQUADA

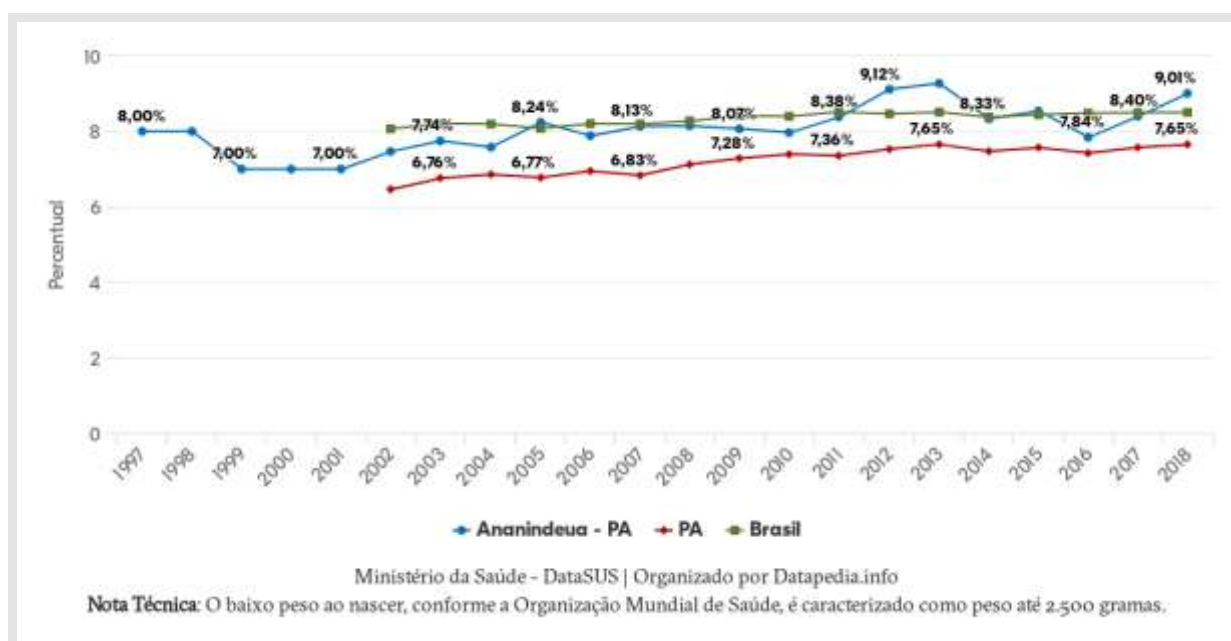
## TOTAL DE NASCIMENTOS REGISTRADOS COM O BAIXO PESO (1997 - 2018)

Este é um indicador de quantas crianças já partem em defasagem no seu processo de desenvolvimento. Na maior parte das vezes, significa comprometimento nutricional, especialmente quando relacionado ao baixo peso nos primeiros anos de vida. O número de bebês que nascem com menos de 2,5 quilos deveria cair bastante ao longo do tempo.



## PERCENTUAL DE CRIANÇAS DE BAIXO PESO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS (1997 - 2018)

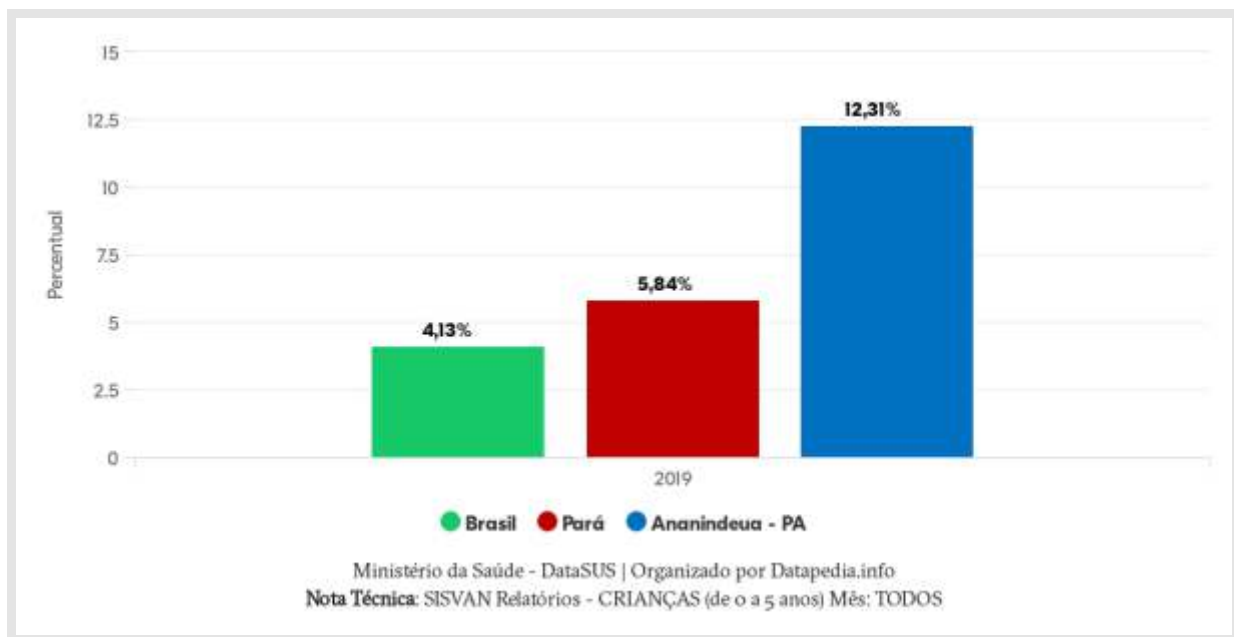
Este índice se conjuga com o anterior. Se o número de bebês que nascem com menos de 2,5 quilos cai, mas a porcentagem deles no total de nascimentos permanece a mesma, o problema não está sendo devidamente tratado. É o que se vê, por exemplo, na curva do país.





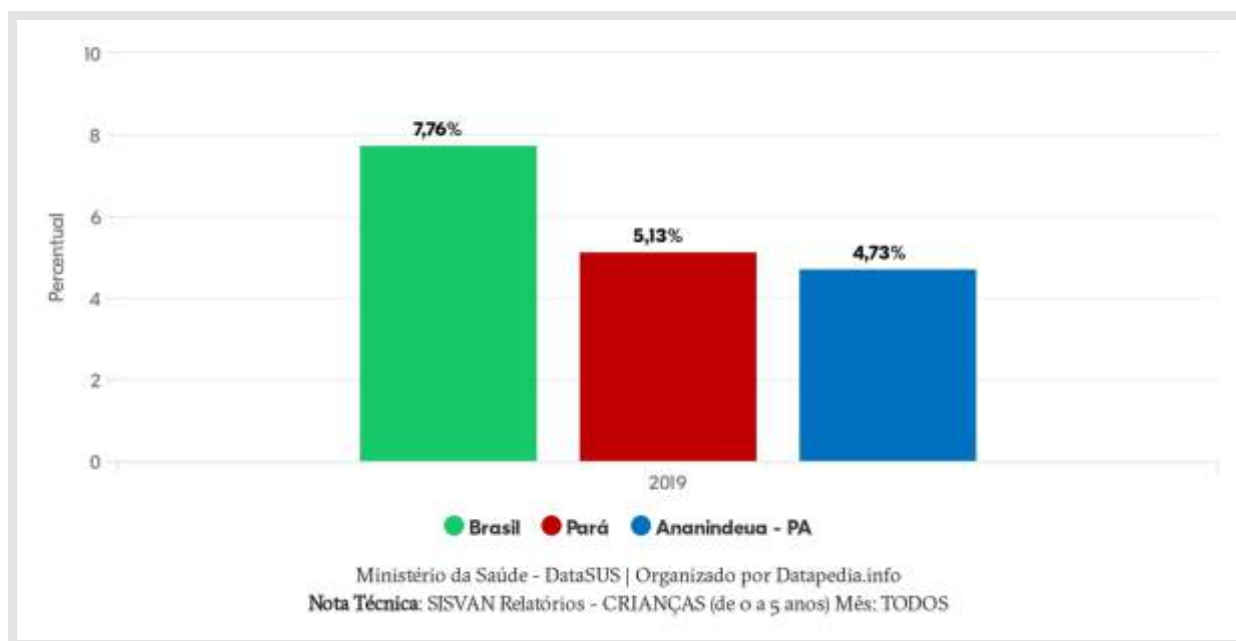
**PERCENTUAL DE PESO BAIXO OU MUITO ABAIXO PARA IDADE – 0 A 5 ANOS (2019)**

Sempre pode haver crianças geneticamente predispostas a ter peso abaixo do padrão. Mas, estatisticamente, esse indicador aponta para a quantidade de crianças que estão com a nutrição abaixo do recomendado e, por consequência, seu desenvolvimento físico comprometido. E, em geral, isso vem junto com atraso motor, poucos estímulos intelectuais, às vezes problemas emocionais.



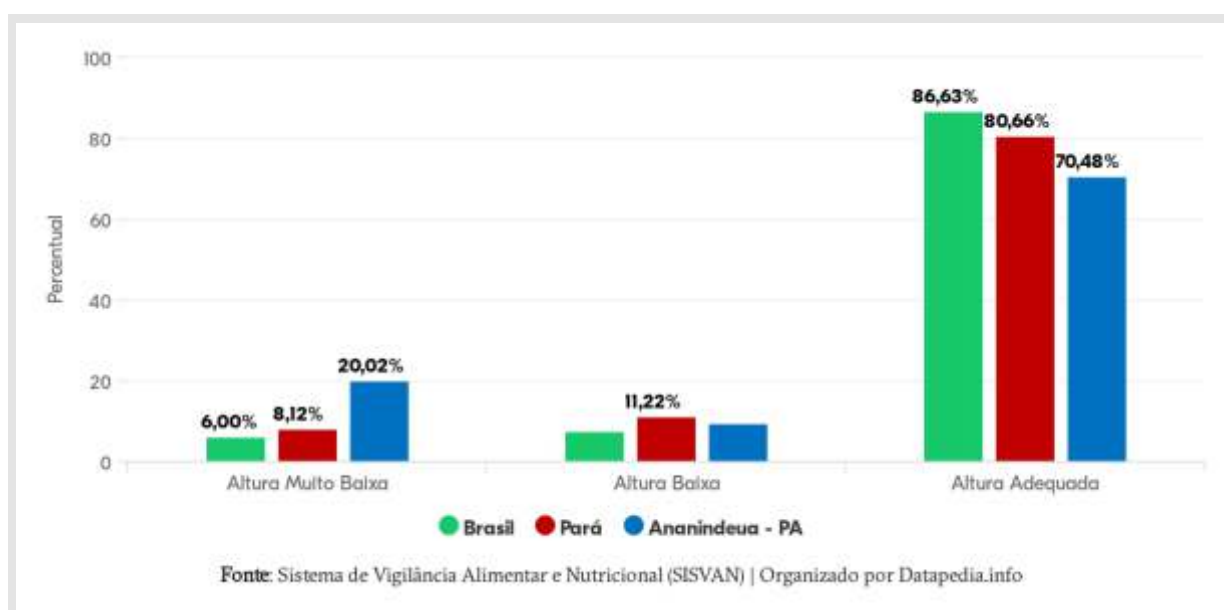
## PERCENTUAL DE PESO ELEVADO PARA IDADE – 0 A 5 ANOS (2019)

Do outro lado do espectro do baixo peso, tem crescido o fenômeno da obesidade, um sinal de problemas futuros para a saúde da criança. O peso elevado pode indicar má alimentação e sedentarismo, dois fatores que prejudicam o desenvolvimento pleno na primeira infância (assim como na vida toda).



## PORCENTAGEM DA AMOSTRA DE CRIANÇAS (0 A 5 ANOS) E ALTURAS (2019)

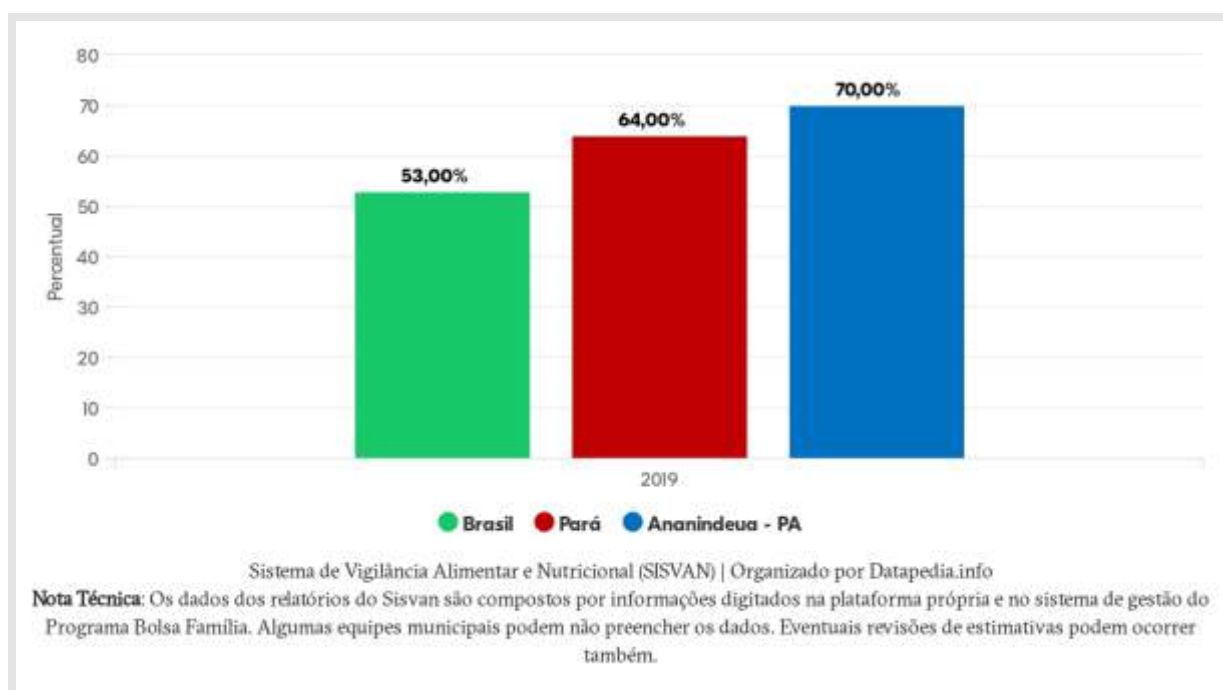
Este indicador apresenta um retrato da situação das crianças do município em relação às do Estado e do país. Abaixo e a baixíssima estatura são sinais indicativos de problemas nutricionais, às vezes acompanhados de baixa atividade física e carência de estímulos intelectuais e emocionais.





## ALEITAMENTO MATERNO (MENORES DE 6 MESES DE IDADE) (2019)

Não existe melhor forma de nutrição para um bebê até os 6 meses de idade do que o leite materno. Por isso, quanto maior o índice de aleitamento materno, melhor para o município. Mesmo considerando que este dado é declaratório, ou seja, não tem o rigor de pesquisas, um índice baixo pode indicar necessidade de campanhas, ou de alertar as Equipes Saúde da Família para ajudar as mães para que os bebês façam a pega correta do peito.







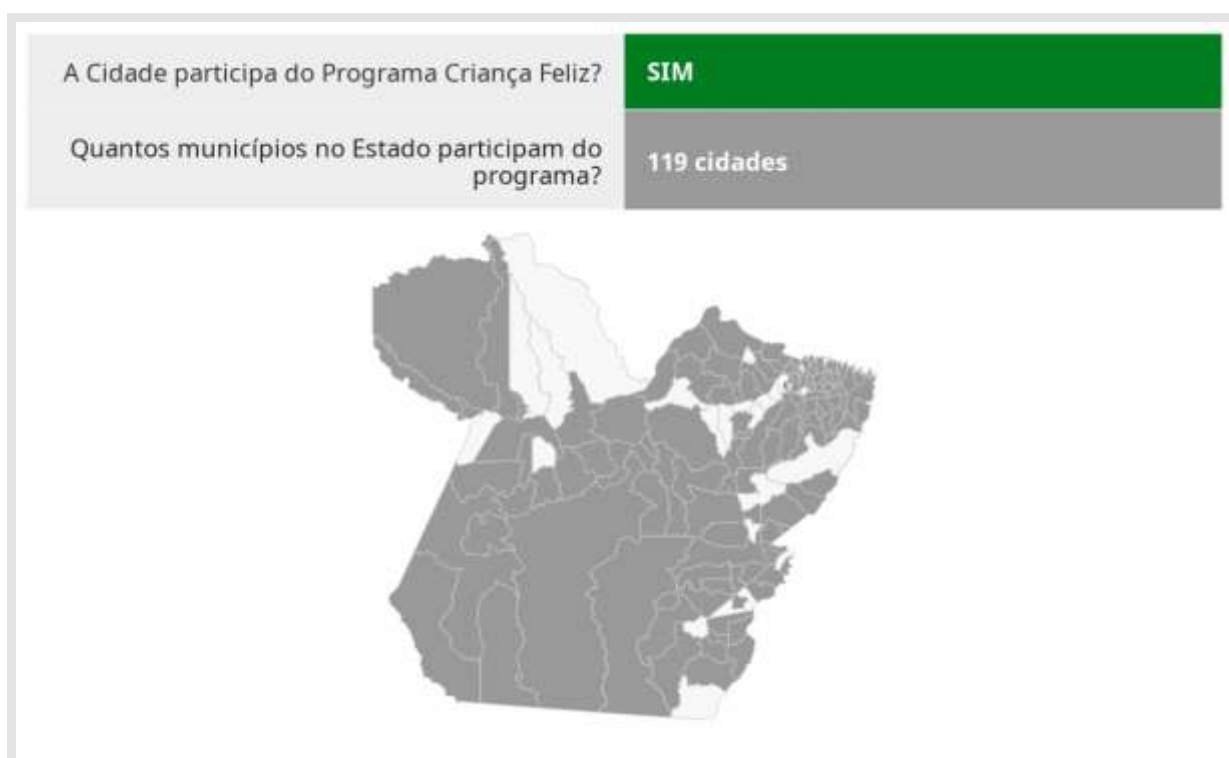


# PARENTALIDADE



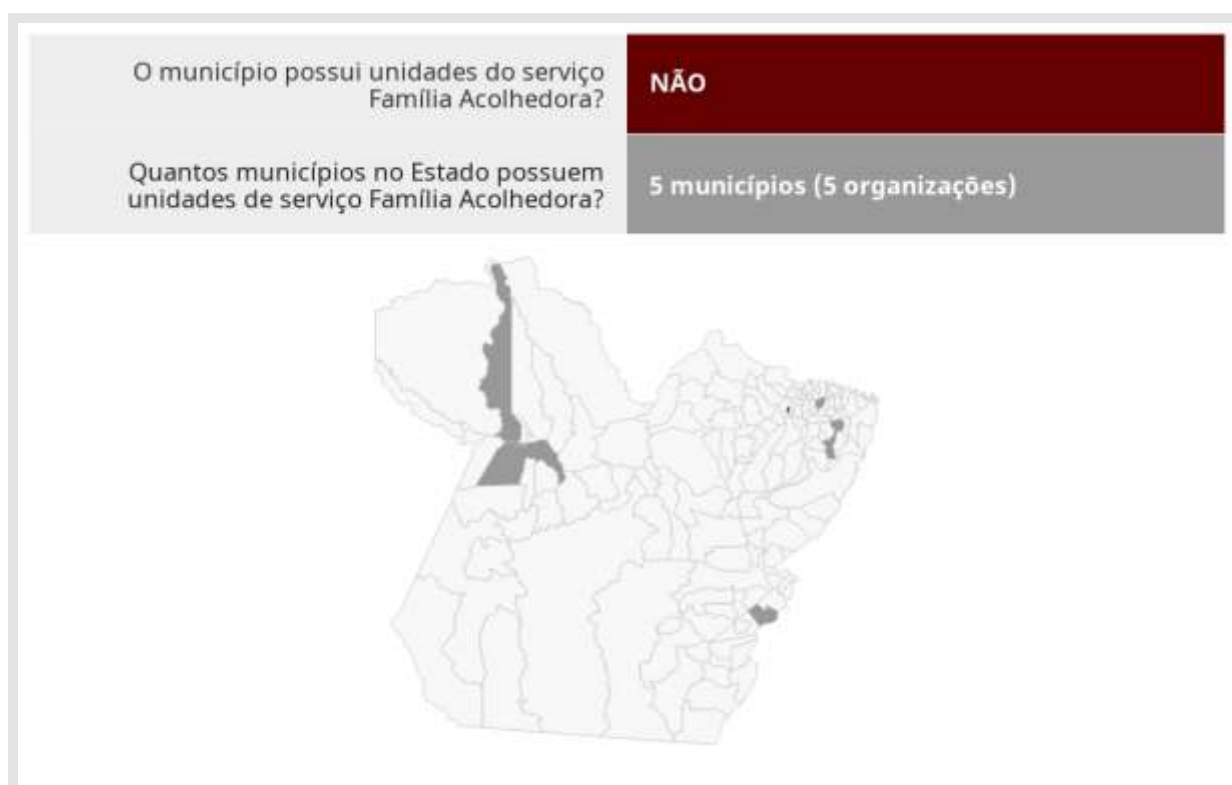
## MUNICÍPIOS QUE POSSUEM O PROGRAMA CRIANÇA FELIZ (2019)

Este indicador permite identificar se o município implementou o programa federal de visitação domiciliar, Criança Feliz. A iniciativa se baseia na orientação de famílias vulneráveis sobre cuidados com saúde, alimentação e estímulos adequados. Em diferentes países, a visitação domiciliar tem sido uma estratégia de extrema importância para promover a saúde, a parentalidade e o desenvolvimento humano, com inúmeros benefícios para as crianças, as famílias e toda a sociedade.



## UNIDADES EXECUTORAS DO SERVIÇO FAMÍLIA ACOLHEDORA (2018)

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



Acolhimento Institucional nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022. (0 A 6 ANOS)







# 5 SEGURANÇA E PROTEÇÃO



## Assistência Social

A Assistência Social é uma política pública, ou seja, um direito de todo cidadão que dela necessitar. Ela está organizada por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que está presente em todo o Brasil. Seu objetivo é garantir a proteção social aos cidadãos, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos que se constituem como apoio aos indivíduos, famílias e para a comunidade no enfrentamento de suas dificuldades.

### Equipamentos

<b>CRAS</b>	<b>10</b>
<b>CREAS</b>	<b>02</b>
<b>ACOLHIMENTOS*</b>	<b>03</b>
<b>CONSELHO TUTELAR</b>	<b>04</b>

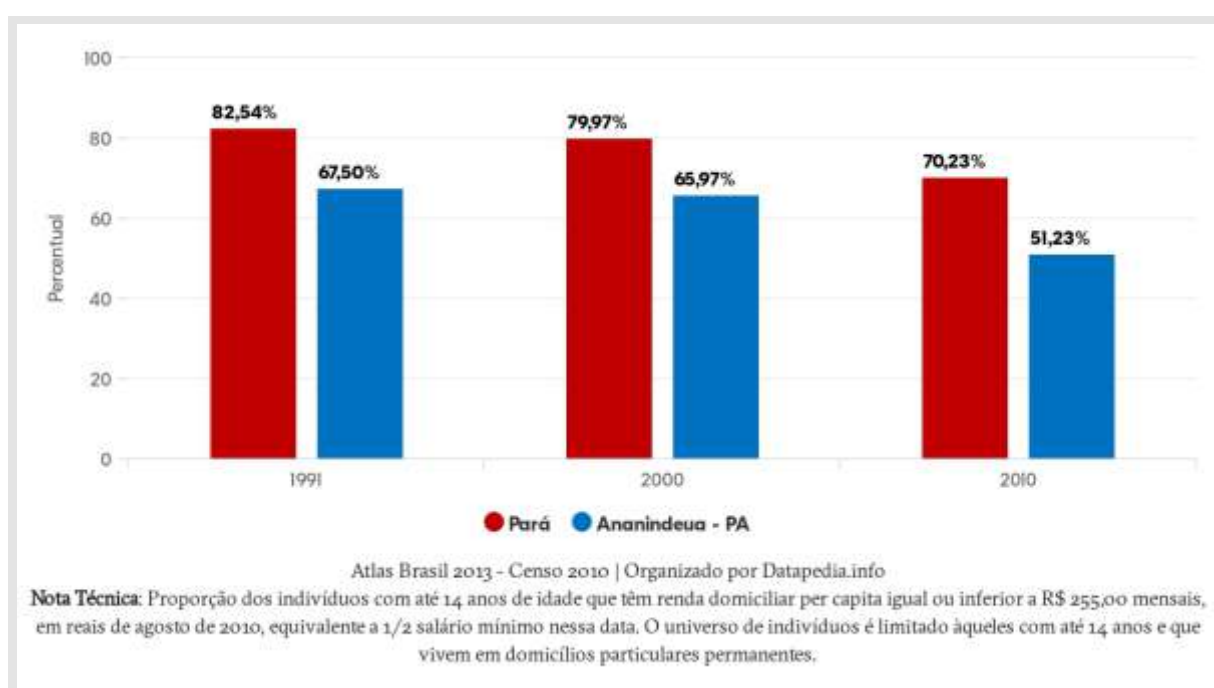
*\*Sendo divididos por idade 0 a 6 anos, 7 a 11 anos e 12 a 17 anos*

### PERCENTUAL DE COBERTURA DAS FAMÍLIAS DO BOLSA FAMÍLIA COM BASE NA ESTIMATIVA DE FAMÍLIAS POBRES DO CENSO IBGE 2010 (2017-2020)

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

## EVOLUÇÃO % DE POPULAÇÃO DE 0 A 14 ANOS VULNERÁVEL A POBREZA (1991 - 2010)

Aqui temos a evolução da proporção de crianças vulneráveis à pobreza. Dada a crise econômica trazida pela pandemia de Covid-19, é provável que este índice seja já hoje ainda maior do que é apresentado com base no Censo de 2010. Ou seja, a urgência em criar programas que atendam essa parcela da população é ainda maior do que o índice mostra.



## Tipos de violência contra crianças e adolescentes

### **VIOLÊNCIA FÍSICA**

Qualquer ação, única ou repetida, não acidental (ou intencional) cometida por um agente agressor adulto, ou mais velho que a criança e adolescente, que lhes provoque consequências leves ou extremas como a morte.

Também identificada como maus-tratos físicos, se constitui pelo emprego de força física intencional por parte de familiares, responsáveis e pessoas próximas à criança e ao adolescente que em geral deixa marcas visíveis no corpo. A violência física tem sido empregada como justificativa para “disciplinar e educar” crianças e adolescentes” mas sua aplicação precisa ser problematizada junto aos familiares, que devem ser orientados a utilizar formas não violentas na educação de seus filhos (BRASIL, 2010).

### **VIOLÊNCIA SEXUAL**

O abuso sexual intrafamiliar é um fenômeno universal que ocorre em todas as idades, etnias, classes sociais, religiões e culturas, principalmente o incestuoso, praticado por alguém que a criança conhece, ama e em quem confia. Ocorre abuso sexual quando a criança é usada para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, membro do grupo familiar ou não, incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitálias, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sexual sempre presumida em menores de 14 anos.

O abuso acontece em segredo, imposto por violência, ameaças ou mesmo sem palavras, segredo que tem como função manter uma coesão familiar e proteger a família do julgamento de seu meio social (BRASIL, 2010; FURNISS, 1993; GABEL, 1997).

## **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA**

Também designada como “Tortura Psicológica”, ocorre quando um adulto constantemente deprecia uma criança ou adolescente, seja por meio de punições exageradas ou para satisfazer necessidades psíquicas próprias, bloqueando na criança e adolescente seus esforços de autoaceitação, causando-lhe grande sofrimento mental e prejudicando o seu desenvolvimento biopsicossocial. Este tipo de violência está, muitas vezes, associado aos demais, e é de difícil identificação pois não deixa marcas evidentes no corpo. Sua identificação requer acompanhamento da criança e do adolescente e deve ser associada a uma escuta qualificada do profissional e da equipe responsável.

## **NEGLIGÊNCIA**

Representa uma omissão na provisão das necessidades básicas físicas e emocionais para que uma criança ou adolescente possa se desenvolver adequadamente.

Configura-se quando os pais ou responsáveis cometem falhas sistemáticas com as responsabilidades básicas como alimentar, vestir adequadamente seus filhos, realizar acompanhamento médico, dentre outras necessidades, desde que essas falhas não sejam o resultado das condições socioeconômicas das famílias. Neste caso as famílias precisam de acompanhamento e encaminhamento para rede assistencial (BRASIL, 2010).

*As formas de violência descritas a seguir são caracterizadas como violência interpessoal, pois ocorrem na interação entre pessoas. Além delas, existe a violência autoprovocada, que diz respeito ao comportamento suicida de inferir danos contra si. Para fins de notificação, a violência só é considerada autoprovocada entre adolescentes maiores de 10 anos. Antes disso, toda violência da criança contra si própria é considerada negligência por parte dos responsáveis.*



## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Segundo Azevedo e Guerra (2005), violência doméstica contra crianças e adolescentes é todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Constitui-se como um abuso de poder de um agente mais forte sobre um mais vulnerável, seja por meio da violência de gênero, ou intergeracional, podendo ser observada em todas as classes sociais. Se entendida como sinônimo de violência familiar ou intrafamiliar, inclui não somente a violência contra crianças e adolescentes, mas também a violência conjugal. Trata-se da violação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente materializada em abuso físico, sexual, psicológico, abandono e negligência.

A violência doméstica é aquela que ocorre no território do lar, o qual pode ser entendido não apenas como espaço físico, mas como local relacional onde tal violência se faz presente.

Além disso, a violência doméstica não é praticada apenas por pais, tios ou avós, mas ainda por babás, padrastos, madrastas, entre outros componentes do espaço relacional familiar da criança ou adolescente.

**Violência de gênero:**

*Formas de opressão estruturalmente construídas nas relações homem-mulher, vitimizando de forma mais contundente as mulheres.*

**Violência intrageracional:**

*Constituição de relações de poder abusivas e assimétricas entre crianças e adultos, em que as primeiras são vitimizadas por sua vulnerabilidade.*

## Como identificar sinais de violência

### VIOLÊNCIA FÍSICA

- Lesões de pele, como lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras que reproduzem o instrumento agressor (marcas de fios, cinto, mãos, cigarro);
- Lesões circulares, como em pulseira, tornozeleira ou colar, indicando possíveis amarras;
- Queimaduras por líquidos quentes cuja distribuição na pele não respeita a ação da gravidade; queimaduras em forma de luvas (nas mãos) ou meias (nos pés), ou em região de nádegas ou períneo;
- Fraturas gerais;
- Lesões crânio-encefálicas e lesões de face;
- Envenenamentos e intoxicações.

## VIOLÊNCIA SEXUAL

- Dor de cabeça frequente, inespecífica;
- Erupções na pele;
- Vômitos, dificuldades digestivas, que têm, na realidade, fundo psicológico e emocional;
- Laceração do freio dos lábios e/ou do hímen;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), principalmente em crianças Infecções urinárias, odor vaginal, corrimento ou outras secreções vaginais e penianas e cólicas intestinais;
- Dificuldade de engolir devido à inflamação causada por gonorreia na garganta (amídalas) ou reflexo de engasgo hiperativo e vômitos (por sexo oral);
- Dor, inchaço, lesão ou sangramento nas áreas da vagina ou ânus a ponto de causar, inclusive, dificuldade de caminhar e de sentar;
- Canal da vagina alargado, hímen rompido e pênis ou reto edemaciados ou hiperemiados;
- Baixo controle dos esfíncteres, constipação ou incontinência fecal;
- Sêmen na boca, nos genitais ou na roupa;
- Gravidez precoce ou aborto;
- Traumatismo físico ou lesões corporais por uso de violência física.
- Sinais comportamentais como isolamento, comportamento autodestrutivo, distúrbios do sono, medos inexplicáveis de pessoas e lugares em particular;
- Mudanças nos hábitos alimentares.



## **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA**

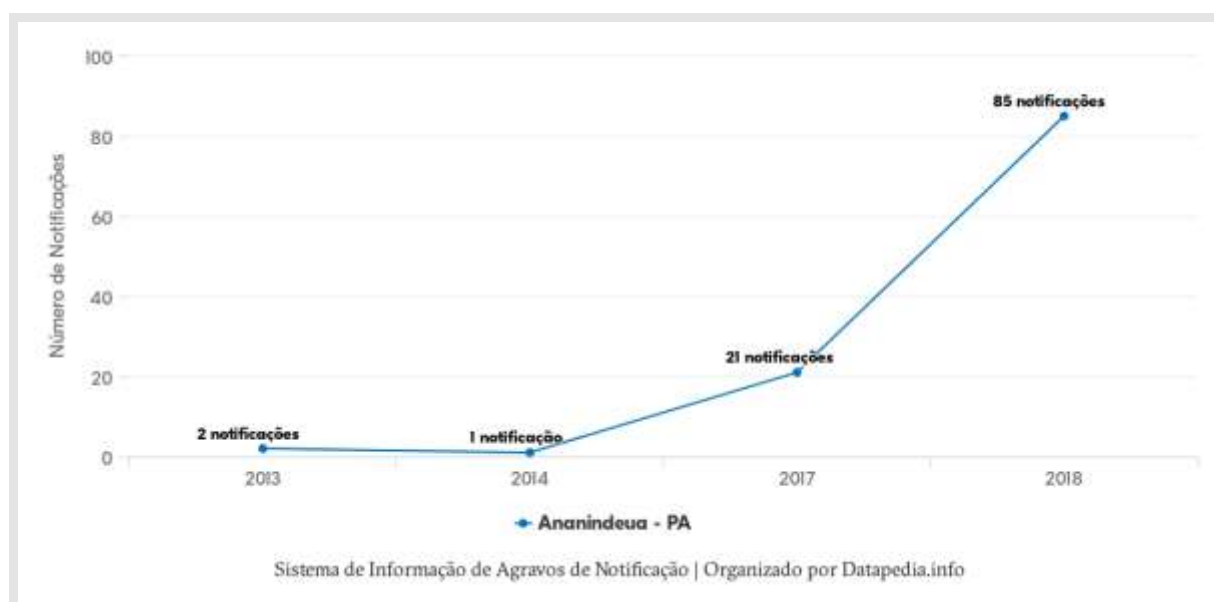
- Problemas de saúde sem causa orgânica;
- Distúrbios do sono, afecções cutâneas;
- Disfunções físicas em geral;
- Sequelas emocionais;
- Isolamento social;
- Carência afetiva;
- Baixo conceito de si;
- Regressão a comportamentos infantis;
- Submissão e apatia;
- Dificuldades e problemas escolares;
- Tendência suicida.

## NEGLIGÊNCIA

- Aspecto de má higiene (corporal, roupas sujas, dermatite de fraldas, lesões de pele de repetição);
  - Roupas não adequadas ao clima local;
- Desnutrição por falta de alimentação, por erros alimentares persistentes, por restrições devido a ideologias dos pais (vegetarianos estritos, por exemplo);
- Tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não atendimento de recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações frequentes);
- Distúrbios de crescimento e desenvolvimento sem causa orgânica;
- Falta de supervisão da criança, propiciando lesões e acidentes de repetição;
- Frequência irregular à escola, escolaridade inadequada à idade;
- Grandes períodos de tempo sem atividades, adolescentes com muito tempo livre sem supervisão, expostos ao provável contato com ambientes de risco.

## NOTIFICAÇÕES DE CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS DE 0 A 4 ANOS (2010 - 2018)

Refere-se aos atendimentos médicos de crianças que tiveram como causa um ato violento – quase sempre, dada a falta de autonomia das crianças, violência doméstica. Trata-se, portanto, da ponta do iceberg: intui-se que, para cada um desses casos, há uma série de atos violentos que não chegaram ao ponto de exigir atendimento médico. Entre os grandes auxiliares na tarefa de identificar riscos de violência estão os professores de creches e pré-escolas e as equipes do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) ou outros programas sociais.



## O papel do profissional de saúde

Diante de uma situação de suspeita ou confirmação de violência contra a criança e o adolescente, o profissional de saúde DEVE adotar algumas posturas similares, independente de sua especialidade, seja psicólogo, médico, nutricionista, enfermeiro, assistente social, odontólogo ou outro. Por isso, é importante que, além de uma sensibilização individual por parte do profissional frente ao problema, haja uma política institucional dentro das unidades de saúde em diferentes níveis de atendimento, com a função de nortear protocolos mais claros de ação para o enfrentamento de situações de violência no setor saúde em uma articulação interdisciplinar com todas as áreas deste.

No entanto, a falta destas políticas dentro do ambiente de trabalho dos profissionais não deve impulsioná-los a uma atitude conformista, mas sim movimentá-los à cobrança e à mobilização no cumprimento de papéis possíveis enquanto agentes de saúde, e, por conseguinte, assegurores de direitos.

Portanto, segundo o Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (GUZZO et al. 2010), é dever do profissional de saúde:

1. Saber trabalhar em equipe interdisciplinar;
2. Saber ouvir, observar e aceitar o que a criança e o adolescente falam.
3. Não fazer perguntas em demasia, sem questionar o que está sendo relatado, evitando detalhes desnecessários;
4. Deixar claro que a vítima não deve se sentir culpada ou envergonhada pelas situações sofridas;
5. Revitimização: Evitar que a criança tenha que repetir sua narrativa várias vezes a outros profissionais, para que não se amplie seu sofrimento;
6. Orientação: Orientar a criança ou adolescente sobre todos os procedimentos que serão adotados;
7. Sigilo: Não prometer à vítima ou à família o que não puder cumprir, como, por exemplo, guardar segredo de todas as informações obtidas;
8. Singularidade: Levar em conta a singularidade de cada situação e o processo de resiliência próprio de cada sujeito.
9. Trabalhar juntamente com a equipe interdisciplinar com o propósito de tirar o usuário do lugar de vítima e de transformá-lo em sujeito autônomo, sem esquecer que, por outro lado, no eixo da responsabilização e da defesa de direitos, a criança ou adolescente é vítima sim e precisa ter seus direitos garantidos, e o agressor(a), por conseguinte, precisa ser punido para que o ciclo de violência seja rompido;



**10. Linguagem: Ter bom**

senso quanto ao uso da linguagem, da posição corporal e da disposição do espaço físico em que o atendimento ocorre; é preciso conversar com o usuário em uma posição em que ele, especialmente quando se trata de criança, possa olhar e ser olhado;

**11. Acolhimento:** É preciso procurar compreender o que o usuário espera da intervenção e se há clareza disso no contrato que se estabelece com ele.

**12. Documentar:** Registrar de forma detalhada todo o processo de avaliação, diagnóstico e tratamento;

**13. Transcrever:** descrever o histórico, as palavras da criança ou adolescente, sem interpretações pessoais ou pré-julgamentos;

**14. Notificar:** toda suspeita de violência deve ser notificada.

Lembrando que notificar não é o mesmo que denunciar.

**O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO**

O ato de notificar é uma ação de saúde essencial e obrigatória para a vigilância e para o monitoramento da violência, assim como para o registro de dados epidemiológicos que auxiliam na construção de políticas públicas de prevenção. Trata-se, assim, do início de um processo que visa garantir assistência e cuidados socio sanitários por meio do apoio das instituições e de profissionais da rede de proteção à criança e adolescente.

Veloso et al. (2013) constataram que no período de 2009 a 2011, 85,1% dos casos notificados na cidade de Belém são referentes a crianças e adolescentes. A maioria das vítimas de violência é do sexo feminino e o tipo mais notificado de violência cometida em mulheres é a violência sexual (41,8%), seguida da violência psicológica/moral (26,3%) e da violência física (24%). A maioria dos casos notificados de violência sexual acontece na casa da própria vítima, os homens ainda cometem a maioria dos casos de violência, e as crianças muito novas são as maiores vítimas de casos fatais de violência física.

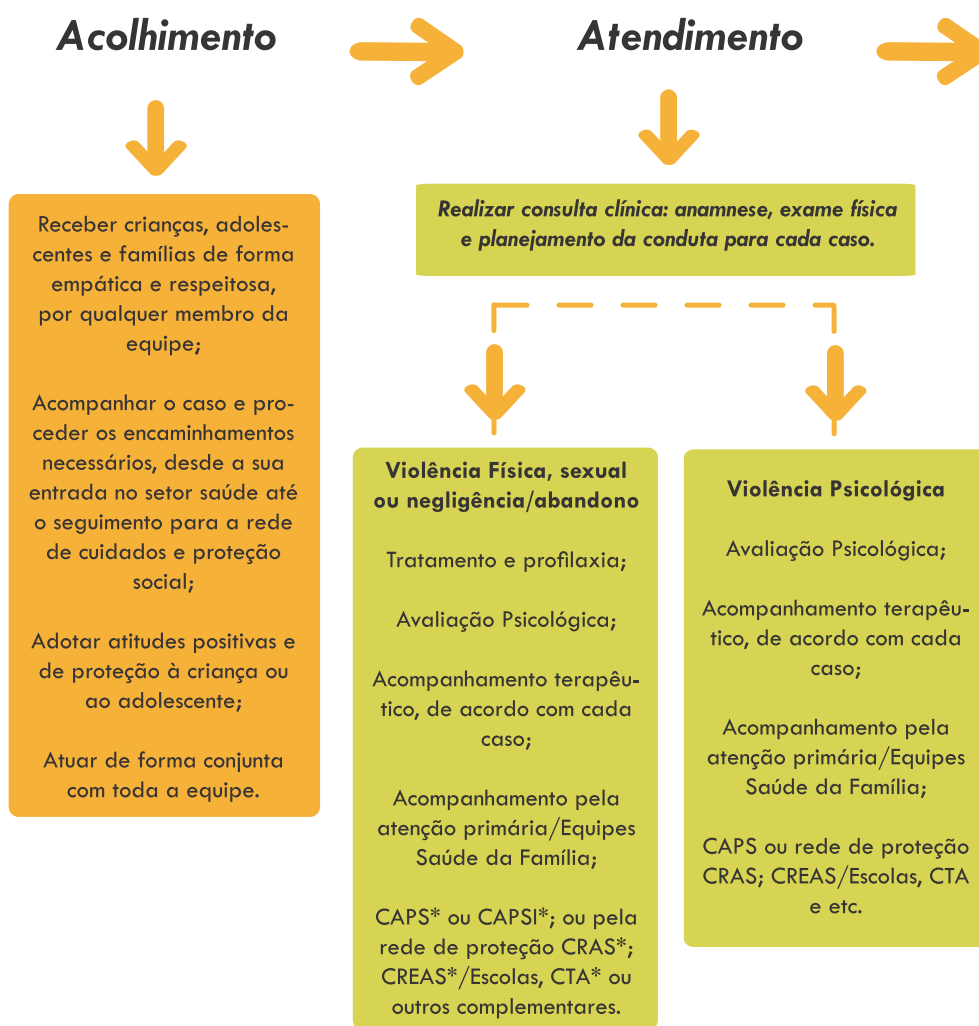
Por meio desses dados, pode-se entender a importância da notificação não apenas como meio emergencial de interromper a violência no âmbito familiar, mas também como instrumento para que se possa traçar um perfil acerca da violência, suas tipificações e seus agentes internos e externos, possibilitando um arcabouço de informações necessárias para o planejamento de estratégias de enfrentamento e de proteção integral concernentes com a população atingida.

Para o Ministério da Saúde, a violência contra crianças e adolescentes está inserida no grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), na classificação “Violência interpessoal e autoprovocada”. Desde 2011, com a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, e, posteriormente, da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde.

Para um registro de maior qualidade da ficha de notificação, é essencial que o profissional de saúde a preencha com o maior número de informações possíveis, ainda que na parte de observações adicionais no verso da ficha. Essa conduta permite que, ao chegar ao Departamento de Vigilância da Saúde (DEVS), a ficha de notificação possa ser compreendida adequadamente, criticada e inserida no sistema de informação.

## Fluxo de atendimento e redes de atenção intra e intersetoriais

A Figura 1 apresenta a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, mostra o funcionamento desses fluxos de atendimento.



Para que se concretize uma proteção integral efetiva a crianças e adolescentes em situação de violência, os fluxos de atendimento devem funcionar de forma articulada com todos os serviços de proteção disponíveis, sejam eles intra ou intersetoriais, regulando corretamente os encaminhamentos necessários e promovendo ações que permitam um acompanhamento continuado dessas famílias.

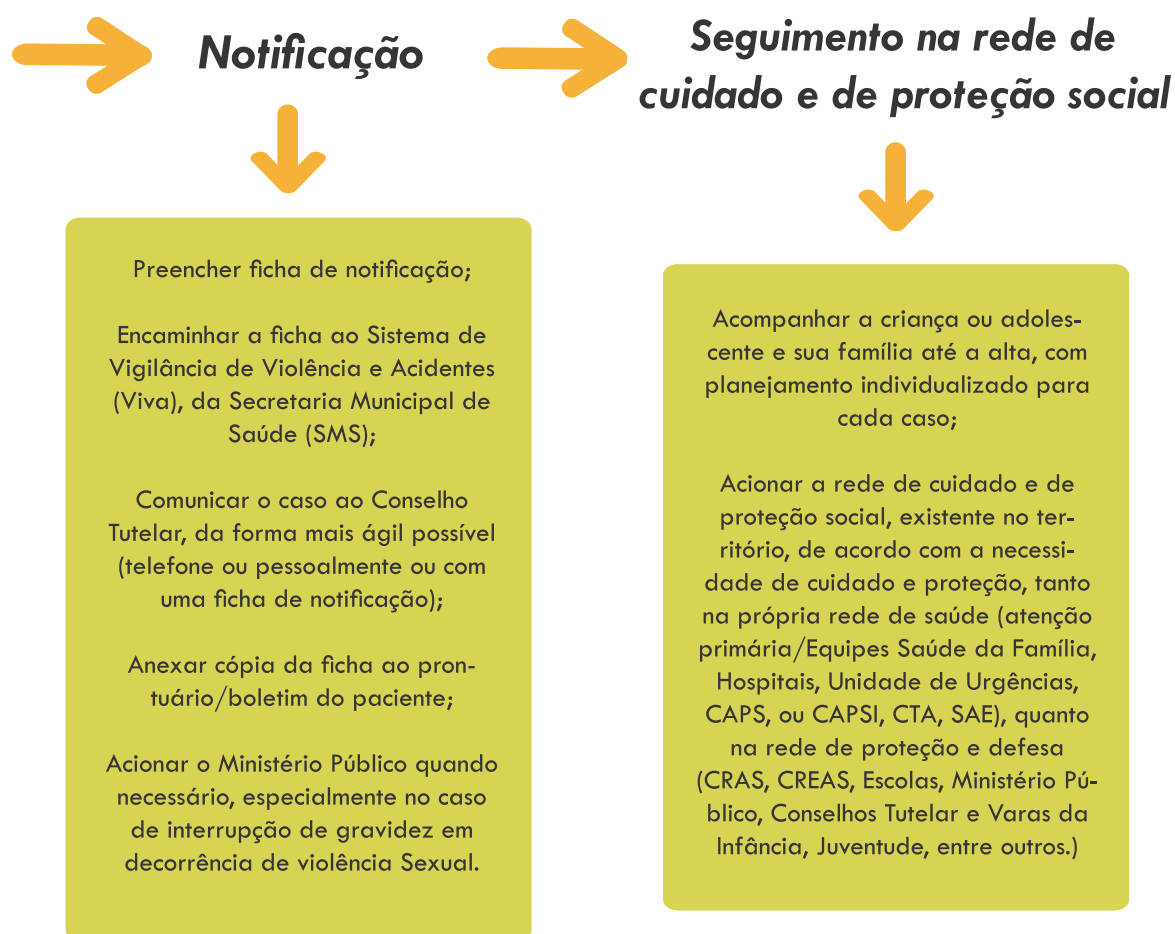


Figura 1. Ministério da Saúde, 2010.

**\*CAPS:** Centros de Atenção Psicossocial; **CAPSI:** Centro de Atenção Psicossocial Infantil; **CRAS:** Centro de Referência de Assistência Social; **CREAS:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social; **CTA:** Centro de Testagem e Aconselhamento; **SAE:** Serviço de Atenção Especializado.



## Rede intrassetorial

### EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Os profissionais que trabalham com o nível primário de saúde, como porta de entrada do SUS (Sistema Único de Saúde), estão geograficamente mais próximos da comunidade que atendem, estando, por isso, teoricamente mais aptos a identificar a violência que ocorre dentro dela.

Estes profissionais devem agir sobre cuidados de promoção e prevenção aos problemas de saúde mais comuns na população, exercendo ações como: acolhimento inicial; ações educativas sobre o uso abusivo de álcool e drogas; garantia de exames complementares; fornecimento de medicamentos básicos; orientação para os cuidados a respeito da saúde sexual/reprodutiva de crianças e adolescentes; articulação com os serviços de saúde mental; ações preventivas sobre a violência; promoção de uma cultura de paz na comunidade; e acompanhamento da evolução de cada caso dentro das unidades de saúde básicas, especializadas ou mesmo do domicílio da pessoa atendida.

### SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Vinculados a um estabelecimento de saúde, público ou conveniado com a rede SUS (hospital, maternidade, Unidades de Urgência e Emergência, Centros de Aconselhamento e Testagem – CTA), ou ONG (Organizações não governamentais). Os profissionais atuantes nesses serviços devem possuir equipes multiprofissionais e agir sob um protocolo institucional prévio, podendo também exercer o primeiro contato com a criança e adolescente vitimado pela violência, tendo por obrigação, nesses casos, iniciar o atendimento desde o acolhimento até a sua devida notificação.

### UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

Estruturas intermediárias entre Unidades Básicas e portas de urgências hospitalares. Integrantes do componente pré-hospitalar, devem ser implantadas em unidades territoriais estratégicas, pois o atendimento nestas está relacionado ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – Samu 192 - que deve organizar o fluxo de atendimento e encaminhar a vítima ao serviço adequado. Este serviço também integra a rede de atenção especializada, em casos de violências com aparência mais grave, como agressões físicas, violência sexual ou tentativa de suicídio.

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):**

Como porta de entrada da rede assistencial em saúde mental, os Caps devem ser referência em ações que promovam o fortalecimento dos indivíduos para a quebra do ciclo de violência e o acompanhamento de marcas emocionais e psíquicas das situações a que estas famílias estão expostas, englobando vítimas e agressores. Os Caps podem ser denominados como serviços extra-hospitalares, de atenção diária, de base comunitária e possuidores de uma equipe multiprofissional, que visa, por meio da rede básica de saúde, cuidar e inserir socialmente pessoas que sofrem com transtornos mentais.

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSI)**

Serviço de atenção diária destinado à crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves, como autismo, psicoses, neuroses graves e usuários abusivos de álcool e drogas.

Tem o papel de acompanhar a situação de violência quando esta é adjacente ao transtorno e à dificuldade de manutenção de laços, e não quando é a sua causa.

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD)**

Oferece atendimento diário a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, por meio de um planejamento terapêutico 30 e intervenções precoces.

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF):**

Serviço estratégico de apoio e assessoria à gestão do Estratégia Saúde da Família, que visa ampliar o alcance das ações da atenção primária, por meio de capacitações de profissionais de saúde, de assistência social e todas as outras especialidades envolvidas, e também das famílias em relação aos cuidados específicos para crianças e adolescentes em situação de violência, além de dar apoio técnico e suporte para os profissionais.

**NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Instituídos pelo Ministério da Saúde em 2004, funcionam dentro dos serviços de Vigilância em Saúde/ Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e ainda em Universidades Federais e Estaduais.

Têm por objetivo articular ações de prevenção de violências e promoção de saúde, através de definições de estratégias de intervenção intersetoriais, da capacitação de profissionais de saúde e outros atores da rede em uma educação permanente, e da implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), promovendo a qualidade dos registros de informações que auxiliam no planejamento de ações de enfrentamento.

## Rede intersetorial

### **CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)**

Serviço público de assistência social, de base municipal, de territorialidade fixada em áreas de maior vulnerabilidade, integrante do Sistema Único da Assistência Social (Suas), o qual visa organizar uma política de assistência social compactuada nacionalmente de forma participativa e descentralizada em prol do fortalecimento da família. Especificamente, o Cras pretende promover ações de proteção social, tais como o Programa de Atenção Integral as Famílias (Paif) e articular programas socioassistenciais dentro do seu território.

### **CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS)**

Unidade pública estatal, também incluída no Suas, onde são ofertados serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos que estão sob violação dos seus direitos, criando recursos para enfrentar a dispersão dos serviços em rede e articular serviços de média complexidade dentro do Sistema de Garantia de Direitos, como meio de potencializar o usuário.

### **NÚCLEO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (NAECA)**

Oferece atendimento integrado às crianças e adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social, bem como aos adolescentes em conflito com a Lei. A equipe é formada por defensores públicos e técnicos da área social, prestando atendimento jurídico-social.

### **SISTEMA DE JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS**

Contém em si Delegacias Especializadas para apurar crimes contra crianças e adolescentes, que recebem denúncia, fazem diligências e instauram inquéritos Policiais que são enviados à Promotoria da Infância e Juventude do Ministério Público, e ainda Varas da Infância e Juventude, que atuam na proteção dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de risco, ameaça, ou violação de direitos.

## CONSELHO TUTELAR

Integrante do Sistema de Justiça e Direitos Humanos, constitui-se como um órgão autônomo, não jurisdicional, de administração vinculada às prefeituras municipais, encarregado pela comunidade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, podendo fazê-lo por meio de ações como requisitar serviços públicos na área da saúde, educação, serviço social, trabalho, além de facilitar a interlocução com a autoridade judiciária e o Ministério Público para o cumprimento efetivo desses direitos. Cabe ainda ao Conselheiro Tutelar atender crianças e adolescentes e aplicar medidas de proteção, aconselhar pais e responsáveis, verificar a procedência de cada caso de notificação advindo dos órgãos de saúde e educação e fazer os encaminhamentos necessários para cada caso.

## SISTEMA DE ENSINO

Formado pela rede de educação federal, estadual, distrital, municipal e particular, composto por Centros de educação infantil, Escolas de ensino fundamental e médio e Instituições de nível superior, a comunidade escolar funciona como um espaço de prevenção da violência, de promoção da cultura de paz, e do reconhecimento de direitos de crianças e adolescentes, podendo também contribuir na identificação e notificação nos casos de violência ou violação de direitos.

## SISTEMA ÚNICO DE SEGURANÇA PÚBLICA (SUSP)

Órgãos articuladores de ações federais, estaduais e municipais na área de segurança pública e justiça criminal. São eles: Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, Delegacias de Polícia Civil e Militares, Postos da Polícia Rodoviária Federal, Guardas Municipais e Instituto Médico Legal (IML).

## SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

Possibilidade de organização da sociedade civil através Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, órgãos que podem atuar na formulação, deliberação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas, sendo representados por: ONG, Comissão de Direitos Humanos, centros de ensino e pesquisa, instituições religiosas, lideranças comunitárias, associação de moradores, pastoral da criança, entre outras.









# EDUCAÇÃO INFANTIL

## Índice de Necessidade por Creche

O INC é um indicador criado para medir a necessidade por creche em nível municipal. Ele identifica a parcela da população de 0 a 3 anos que reside em área urbana e que mais precisa da creche, considerando critérios de priorização que se refletem na sua fórmula calculada a partir da proporção de crianças. Conheça a fórmula na próxima página.

2018 | ANANINDEUA - PA

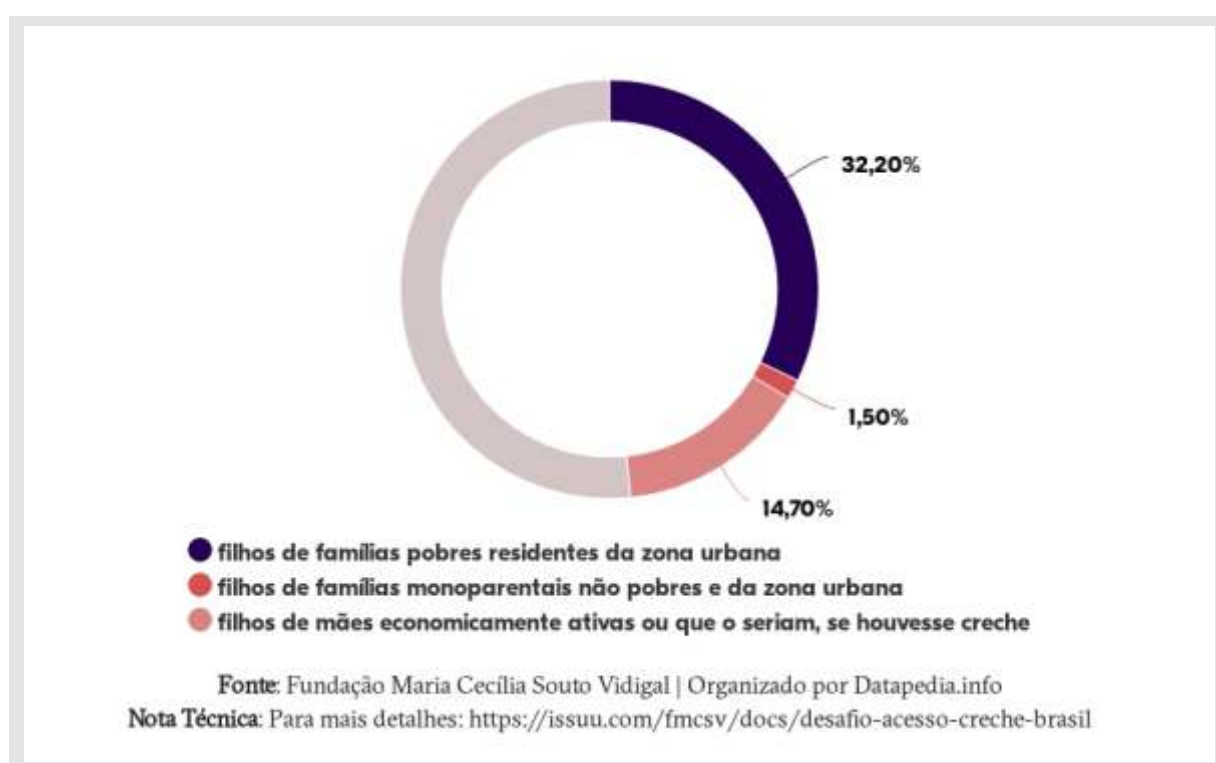
# 48,40%

*das crianças de 0 a 3 anos se enquadravam nos critérios do Índice de Necessidade por Creches*

**Fonte:** Fundação Maria Cecília Souto Vidigal | Organizado por Datapedia.info

### Detalhamento do Índice de Necessidade por Creche (2018)

O INC é composto de 3 indicadores. Ele é representado pela Fórmula = (Proporção de crianças de zona urbana em famílias pobres) + (Proporção de crianças de zona urbana não pobres em famílias monoparentais) + (Parcela da proporção de crianças de zona urbana não pobres, em famílias não monoparentais, cuja mãe é economicamente ativa ou seria economicamente ativas e houvesse vaga em creche). Recorte de Crianças de 0 a 3 anos.





### Percentual de atendimento em creches da população de 0 a 3 anos (2019)

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



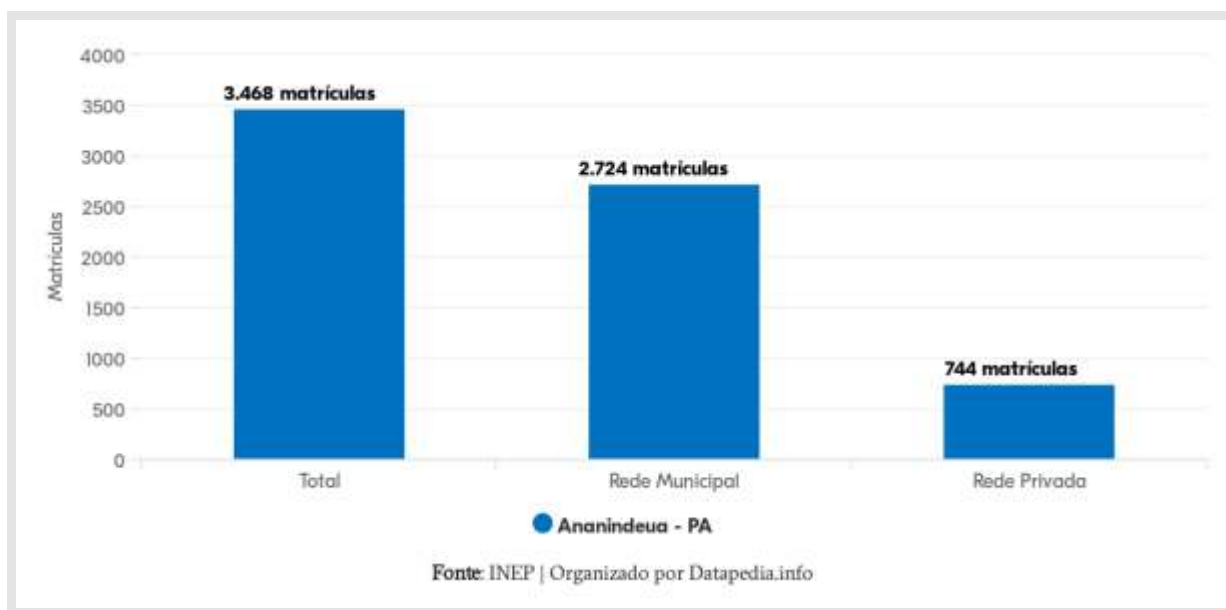
**Percentual de atendimento em pré-escola da população de 4 a 5 anos (2019)**

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



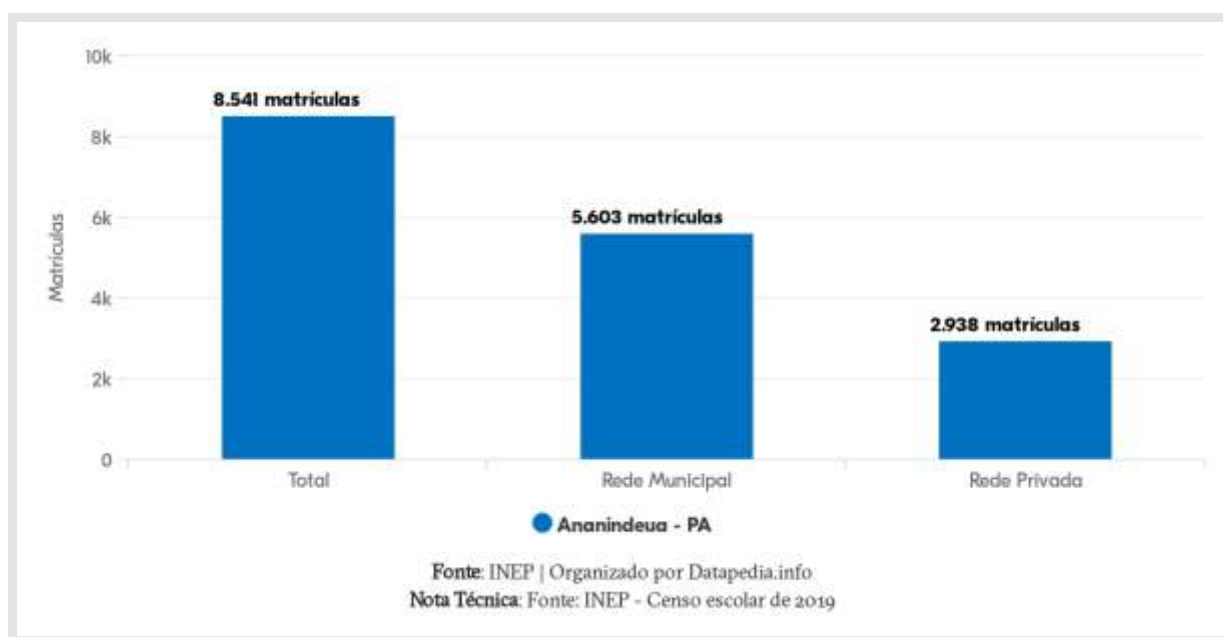
### Matrículas em Creches – Tipo de dependência administrativa (2019)

Este indicador mostra a distribuição da oferta de creches entre as redes municipal, estadual e privada. É mais um retrato para avaliar possíveis gargalos na criação de vagas pelo poder público.



### Matrículas em Pré-Escolas – Tipo de dependência administrativa (2019)

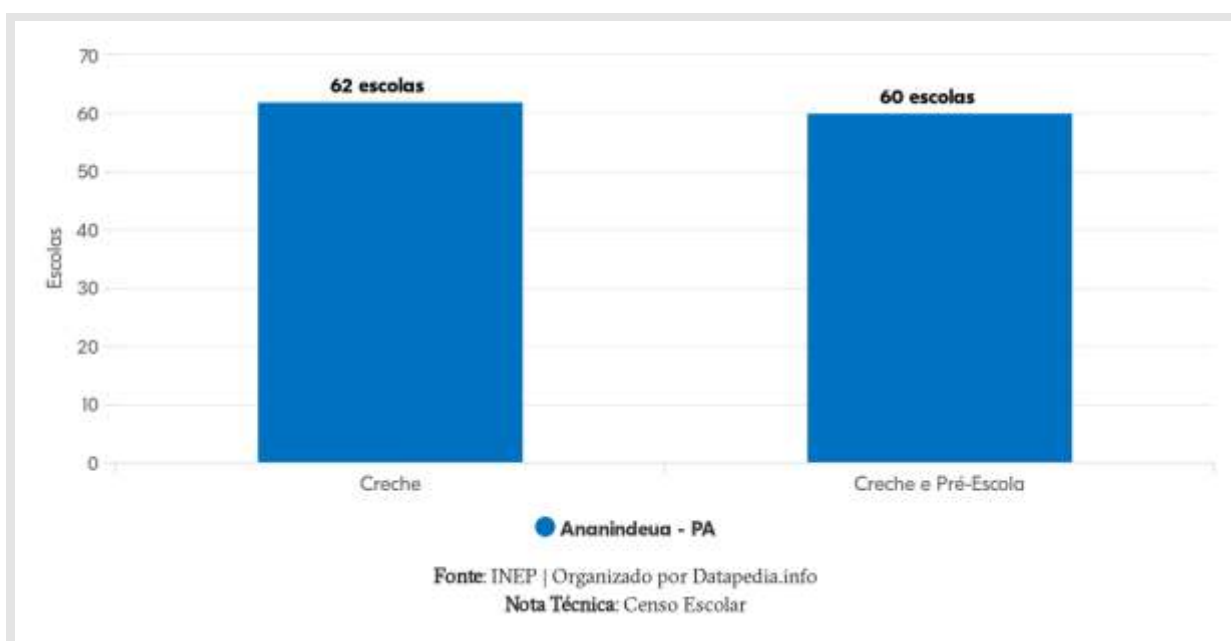
Este indicador mostra a distribuição do atendimento das pré-escolas entre as redes municipal, estadual e privada.





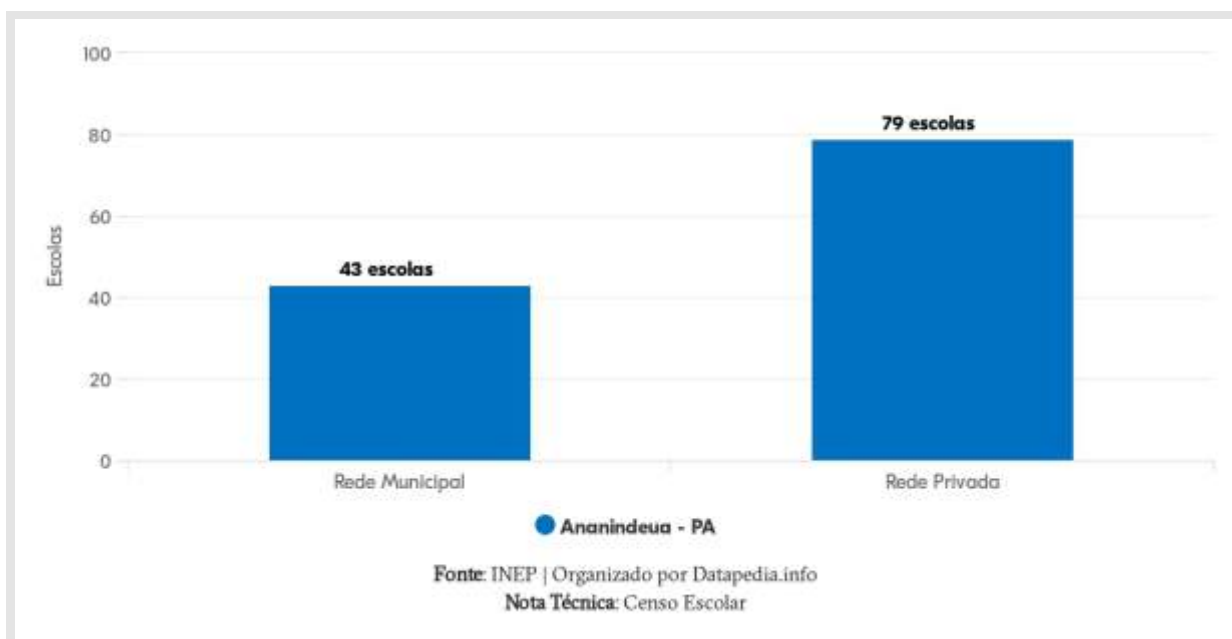
### Estabelecimentos de Educação Infantil por Atendimento (2019)

Este indicador permite reconhecer, em combinação com os dados sobre matrículas, oportunidades de melhora no atendimento das crianças – seja pelo incentivo à abertura de vagas exclusivas de creche ou pré-escola, seja pelo estímulo a atender os dois tipos de público.



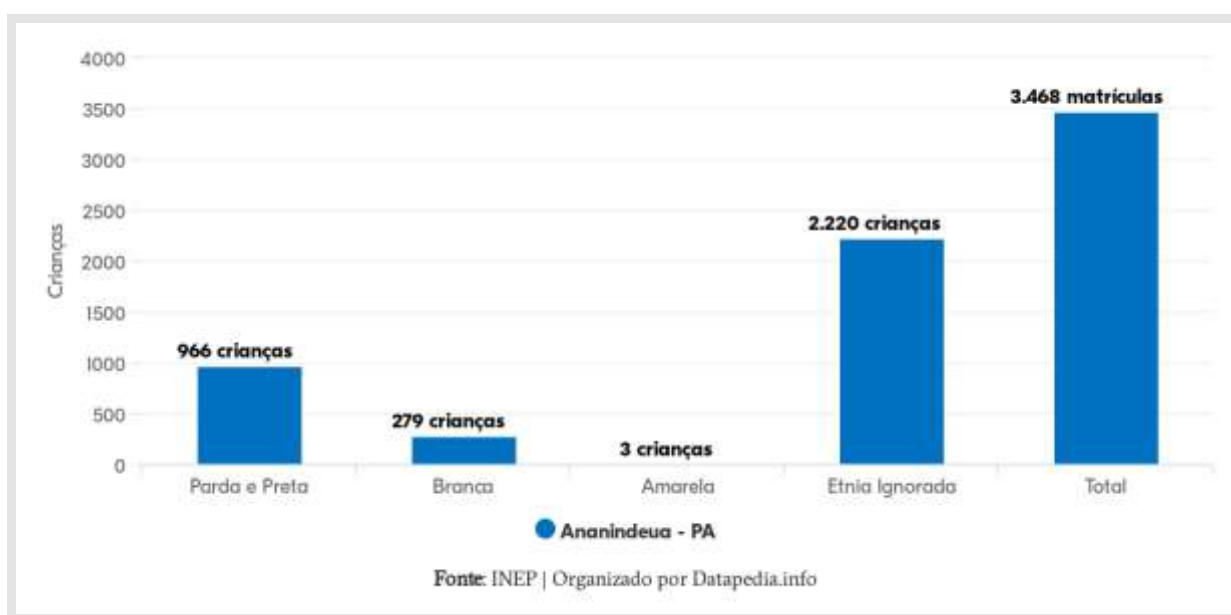
### Estabelecimentos de Educação Infantil por Dependência Administrativa (2019)

Este é mais um indicador para entender a realidade das instituições de ensino voltadas para a primeira infância e para avaliar possíveis gargalos na criação de vagas de ensino.



### Matrículas em Creches – por Cor/Raça (2019)

Tomando por base que as populações de etnias preta e parda são estatisticamente compostas por famílias mais vulneráveis, estes dados permitem avaliar o quanto as creches estão oferecendo oportunidades às crianças que mais necessitam delas. Idealmente, as distribuições de etnias deste indicador deveriam espelhar as proporções da população como um todo.



## Eixo Estratégico I

Garantir as condições para a articulação intersetorial dos programas, projetos e ações para o atendimento integral na primeira infância.

### ODS correspondentes



META	ESTRATÉGIAS
1. Gerir de forma integrada os serviços, benefícios e programas voltados à primeira infância.	<p><b>1.1</b> Desenvolver uma estrutura de governança intersetorial que seja as políticas públicas para a primeira infância.</p> <p><b>1.2</b> Criar mecanismos que promovam a atuação articulada do executivo como Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.</p> <p><b>1.3</b> Dar transparência à destinação de recursos para a primeira infância no orçamento.</p> <p><b>1.4</b> Ofertar serviços integrados, adequados às idades, situações e condições das famílias.</p> <p><b>1.5</b> Compatibilizar as divisões administrativas das secretarias municipais.</p> <p><b>1.6</b> Criar uma identificação cadastral unívoca para todas as gestantes, crianças de até 72 meses e suas famílias, a ser adotada nos sistemas de informação de todas as secretarias municipais.</p> <p><b>1.7</b> Integrar os prontuários de dados de todas as secretarias municipais que atendem na primeira infância.</p> <p><b>1.8</b> Consolidar uma estrutura de gestão e governança local baseada na criação de comitês regionais nos territórios.</p> <p><b>1.9</b> Desenvolver um sistema de informação que acione os serviços públicos diante de alertas sobre riscos relacionados ao desenvolvimento infantil enfrentados pela população na primeira infância.</p> <p><b>1.10</b> Desenvolver e implantar protocolos integrados de atendimento na primeira infância.</p> <p><b>1.11</b> Integrar e qualificar os serviços de visita domiciliar com vistas a garantir maior cobertura territorial e foco na primeira infância.</p>
2. Implantar padrões de qualidade para o atendimento na primeira infância, considerando o desenvolvimento individual das crianças e a especificidade de cada serviço.	<p><b>2.1</b> Definir padrões mínimos de qualidade para os serviços públicos destinados à população na primeira infância.</p> <p><b>2.2</b> Avaliar anualmente os serviços ofertados pela Prefeitura para a população na primeira infância.</p> <p><b>2.3</b> Consolidar um sistema de avaliação intersetorial do desenvolvimento na primeira infância.</p>



META	ESTRATÉGIAS
<p><b>3.</b> Garantir a formação de servidores, agentes parceiros e outros atores do sistema de garantia de direitos para atuarem de maneira ativa e propositiva no atendimento à população na primeira infância.</p>	<p><b>3.1</b> Consolidar um modelo de formação continuada, baseado em redes locais intersetoriais, que capacite todos os agentes públicos e da rede parceira que atendem a população na primeira infância para o atendimento integral.</p>
<p><b>4.</b> Promover a participação social no monitoramento e na implementação do PMPI/Ananindeua.</p>	<p><b>4.1</b> Consolidar mecanismos de participação da sociedade no monitoramento e controle das políticas públicas para a primeira infância.</p> <p><b>4.2</b> Promover a participação social nos conselhos de direitos e de controle social das políticas para a primeira infância.</p> <p><b>4.3</b> Desenvolver estratégias de divulgação do Plano Municipal pela Primeira Infância afim de promover o envolvimento da sociedade e das famílias na sua implementação.</p>
<p><b>5.</b> Diversificar as fontes de recursos para o atendimento integral na primeira infância.</p>	<p><b>5.1</b> Desenvolver e aprimorar estratégias de financiamento de projetos e programas voltados ao atendimento na primeira infância.</p> <p><b>5.2</b> Promover parcerias do poder público com a iniciativa privada, ONGs e instituições filantrópicas, nacionais e internacionais, para viabilizar projetos e programas voltados ao atendimento na primeira infância.</p>

## Eixo Estratégico II

Garantir a todas as crianças na primeira infância educação, cuidados e estímulos que contribuam para seu desenvolvimento integral.

### ODS correspondentes



META	ESTRATÉGIAS
<b>1.</b> <b>Garantir atendimento a todas as crianças de 0 a 3 anos.</b>	<p><b>1.1</b> Assegurar, até 2025, atendimento na Educação Infantil para 75% das crianças de 0 a 3 anos ou 100% da demanda registrada, o que for maior.</p> <p><b>1.2</b> Garantir condições de mobilidade segura e acessível para que as crianças possam acessar os equipamentos públicos.</p>
<b>2.</b> <b>Garantir atendimento integral a todas as crianças de 4 e 5 anos.</b>	<p><b>2.1</b> Garantir a manutenção da universalização do atendimento na educação infantil às crianças de 4 e 5 anos de idade.</p> <p><b>2.2</b> permanecer com os protocolos de busca ativa para a identificação das crianças fora da escola.</p> <p><b>2.3</b> Mapear e requalificar os espaços públicos disponíveis para assegurar o Atendimento em tempo integral, garantindo a acessibilidade.</p> <p><b>2.4</b> Promover a integração da rede de equipamentos públicos com espaços privados e das organizações da sociedade civil (OSCs) com o objetivo de melhorar o atendimento na primeira infância.</p>

META	ESTRATÉGIAS
<p><b>3.</b> Melhorar a qualidade da educação infantil.</p>	<p><b>3.1</b> Garantir a execução do Currículo da Educação Infantil em todo município.</p> <p><b>3.2</b> Garantir que todas as unidades de educação infantil disponham de espaços pedagógicos adequados e acessíveis, internos e externos, que propiciem o livre brincar.</p> <p><b>3.4</b> Desenvolver programas de formação continuada para os profissionais da educação com foco no desenvolvimento integral da criança.</p> <p><b>3.5</b> Ampliar na rede municipal de ensino as equipes de profissionais de educação para atender à demanda do processo de escolarização de educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, garantindo a oferta de professoras (es) do atendimento educacional especializado, profissionais de apoio ou auxiliares.</p> <p><b>3.6</b> Incentivar a participação dos pais ou responsáveis no acompanhamento das atividades escolares dos filhos por meio de estreitamento das relações entre as escolas e as famílias.</p> <p><b>3.7</b> Assegurar condições para a efetivação da gestão democrática da educação, buscando fortalecer a autonomia da gestão escolar e aprimorar mecanismos efetivos de controle social e acompanhamento das políticas educacionais no Município.</p>
<p><b>4.</b> Ampliar o envolvimento das famílias e da sociedade na valorização dos cuidados e vínculos na primeira infância.</p>	<p><b>4.1</b> Implementar programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças na primeira infância.</p> <p><b>4.2</b> Criar um plano de comunicação sobre a importância do desenvolvimento integral na primeira infância.</p> <p><b>4.3</b> Sensibilizar a sociedade sobre os mecanismos de exclusão e invisibilidade das crianças na primeira infância no espaço público, afim de ampliar a percepção sobre a importância de espaços acessíveis adequados à primeira infância.</p> <p><b>4.4</b> Promover a ampliação do período da licença paternidade no setor público e privado.</p> <p><b>4.5</b> Criar um prêmio de reconhecimento para ações de impacto na primeira infância para órgãos do governo, sociedade civil e iniciativa privada.</p>

META	ESTRATÉGIAS
<p><b>5.</b> Tornar o ambiente da cidade mais acolhedor para as crianças de 0 a 6 anos.</p>	<p><b>5.1</b> Adequar as calçadas e o transporte público para garantir mobilidade segura e acessível para as crianças na primeira infância e seus cuidadores.</p> <p><b>5.2</b> Estimular a criação e revitalização de espaços urbanos, ociosos ou não, tornando-os áreas verdes ou praças com espaços de brincar acessíveis, por meio de parcerias entre o poder público e a iniciativa privada ou sociedade civil, prevendo mecanismos que garantam sua preservação, a fim de promover a integração família/criança/natureza.</p> <p><b>5.3</b> Ampliar a oferta de espaços lúdicos e acessíveis, em equipamentos públicos e privados, considerando as especificidades da primeira infância, o princípio do livre brincar e a convivência intergeracional.</p> <p><b>5.4</b> Estimular a criação de territórios educadores<sup>14</sup> com a participação de equipamentos públicos e privados, promovendo parcerias para sua preservação.</p> <p><b>5.5</b> Garantir a construção de áreas de lazer para crianças no interior dos novos conjuntos habitacionais, considerando as especificidades da primeira infância.</p>
<p><b>6.</b> Ampliar a participação de gestantes, crianças de 0 a 6 anos e suas famílias/cuidadores em atividades voltadas à primeira infância, que estimulem e favoreçam o desenvolvimento humano.</p>	<p><b>6.1</b> Desenvolver ações durante a Semana do Bebê visando a participação de gestantes e lactantes nas palestras e roda de conversa, bem como a semana da primeira infância.</p> <p><b>6.2</b> Sensibilizar gestantes, famílias, cuidadores e a comunidade do entorno das crianças de 0 a 6 anos para a utilização e preservação de locais para a primeira infância e para a participação em atividades culturais, esportivas e de lazer.</p> <p><b>6.3</b> Ampliar a oferta de atividades físicas e modalidades esportivas nos equipamentos públicos para crianças na primeira infância com e sem deficiência.</p> <p><b>6.4</b> Oferta de atividades físicas orientadas para gestantes.</p> <p><b>6.5</b> Instalar bibliotecas infantis e ampliar a biblioteca municipal.</p> <p><b>6.6</b> Implementar iniciativas de estímulo à leitura parental.</p> <p><b>6.7</b> Ampliar os mecanismos de comunicação sobre os serviços públicos disponíveis para gestantes e crianças na primeira infância e as formas de acesso a eles.</p> <p><b>6.8</b> Promover a divulgação da agenda cultural e de outras atividades voltadas para gestantes e crianças na primeira infância nos polos.</p>



## Eixo Estratégico III

Garantir a proteção e dar condições para o exercício dos direitos e da cidadania na primeira infância.

### ODS correspondentes



META	ESTRATÉGIAS
<p><b>1.</b> Garantir o acesso aos serviços públicos dispostos neste plano a todas as crianças em situação de vulnerabilidade.</p>	<p><b>1.1</b> Integrar e estruturar redes de serviços públicos, de acordo com as especificidades, para gestantes, crianças de 0 a 6 anos e suas famílias, especialmente as que se encontram em situação de rua, violência, extrema pobreza e/ou com deficiência.</p> <p><b>1.2</b> Criar e implementar protocolos de atuação em rede, que envolvam a comunidade, para a realização da busca ativa de gestantes e crianças que não acessamos serviços públicos.</p> <p><b>1.3</b> Capacitar 100% das equipes de atendimento direto e abordagem para atuarem de acordo com os protocolos de busca ativa e atendimento da população na primeira infância e suas famílias.</p> <p><b>1.4</b> Garantir o acesso aos serviços da rede pública a todas as crianças independentemente de apresentarem registro civil, com atenção especial para imigrantes, refugiados, comunidades e povos tradicionais, crianças em situação de rua e crianças com deficiência.</p>
<p><b>2.</b> Garantir o acolhimento conjunto qualificado a todas as mulheres gestantes ou com filhos(as) na primeira infância em situação de rua ou vítimas de violência doméstica.</p>	<p><b>2.1</b> Ampliar o serviço de acolhimento qualificado.</p> <p><b>2.2</b> Capacitar 100% das equipes de acolhimento conjunto para a promoção do desenvolvimento na primeira infância.</p>

META	ESTRATÉGIAS
<p>3. Garantir acesso aos serviços de acolhimento familiar para 100% das crianças de 0 a 6 anos, que tenham perfil para esse serviço.</p>	<p>3.1 Implementar serviços de acolhimento familiar.</p> <p>3.2 Criar e implementar o serviço de acolhimento familiar emergencial para situações que requeiram um acolhimento imediato e de curta duração.</p> <p>3.3 Criar e implementar o programa família guardiã, oferecendo subsídios para que crianças que tenham seus direitos ameaçados ou violados possam permanecer nas famílias extensas<sup>15</sup>, sem a necessidade da medida do acolhimento.</p>
<p>4. Promover uma cultura de paz e não violência contra a criança.</p>	<p>4.1 Aprimorar o sistema de notificação de violência contra a criança, incluindo a criação de um canal de denúncias.</p> <p>4.2 Garantir o encaminhamento de todas as denúncias de violência contra a criança recebidas, incluir no SIPIA todas as informações.</p> <p>4.3 Promover, anualmente, campanhas de promoção da cultura da não violência familiar e contra crianças.</p> <p>4.4 Elaborar e veicular material informativo para pais e cuidadores com foco em estratégias para a educação não violenta.</p>
<p>5. Garantir atendimento especializado e individualizado a todas as mães e gestantes em situação de rua, dependentes químicas ou respondendo por processo criminal ou ato infracional.</p>	<p>5.1 Acionar a rede de proteção antes da alta da maternidade para as mulheres em situação de vulnerabilidade, particularmente as que se encontram em situação de rua, são usuárias de drogas ou respondem a processo criminal ou ato infracional.</p> <p>5.2 Garantir que mães e gestantes em prisão domiciliar tenham plano individualizado de acompanhamento.</p> <p>5.3 Garantir atendimento e acompanhamento às adolescentes (gestantes e mães) que cumprem medidas socioeducativas de liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade.</p> <p>6.1 Garantir que todos os cartórios de registro civil forneçam Informação para o registro de filhos nascidos em casas de parto.</p> <p>6.2 Ampliar a dupla filiação nas certidões de nascimento.</p>
<p>7. Aprimorar o sistema de garantia de direitos.</p>	<p>7.1 Promover maior integração das políticas públicas e das ações do Sistema de Justiça.</p> <p>7.2 Desenhar e implementar ações de qualificação dos conselhos tutelares.</p>

META	ESTRATÉGIAS
<p><b>8.</b> Garantir o acesso às políticas para a primeira infância às famílias de crianças com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e outras situações que requerem atenção especializada, atendendo às determinações legais sobre sua inclusão.</p>	<p><b>8.1</b> Estimular pesquisas que contribuam para a detecção precoce de situações que requerem atenção especializada.</p> <p><b>8.2</b> Garantir nos protocolos intersetoriais procedimentos para a detecção de situações que requerem atenção especializada, para o encaminhamento e para o atendimento adequado dessa população.</p> <p><b>8.3</b> Ampliar e garantir o acesso a informações sobre direitos e deveres de pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e outras situações que requerem atenção especializada, nos serviços públicos municipais.</p>
<p><b>9.</b> Articular as políticas para a primeira infância às políticas da agenda do desenvolvimento sustentável.</p>	<p><b>9.1</b> Integrar os programas de combate à pobreza aos protocolos de atendimento na primeira infância, afim de reduzir a vulnerabilidade das crianças de 0 a 6 anos e suas famílias.</p> <p><b>9.2</b> Integrar os programas de habitação aos protocolos de atendimento na primeira infância, afim de reduzir a vulnerabilidade das crianças de 0 a 6 anos e suas famílias.</p> <p><b>9.3</b> Integrar os programas de prevenção e tratamento do abuso de drogas e álcool aos protocolos de atendimento na primeira infância, afim de reduzir a vulnerabilidade das crianças de 0 a 6 anos e suas famílias.</p>

## Eixo Estratégico IV

Garantir o direito à vida, à saúde e à boa nutrição a gestantes e crianças na primeira infância.

### ODS correspondentes



META	ESTRATÉGIAS
1. Alcançar 95% de cobertura vacinal para crianças de até 5 anos.	<p><b>1.1</b> Registrar de forma adequada as doses de vacinas aplicadas.</p> <p><b>1.2</b> Intensificar a vacina nas salas de vacina das UBS.</p> <p><b>1.3</b> Intensificar a cobertura nos bolsões de baixa cobertura vacinal.</p> <p><b>1.4</b> Realizar a busca ativa dos faltosos através de visitas domiciliares, consultas e grupos educativos.</p> <p><b>1.5</b> Capacitar de forma permanente as equipes para o convencimento das famílias/cuidadores em relação à importância da vacinação.</p> <p><b>1.6</b> Monitorar a caderneta de vacina de 100% das crianças no Sistema Único de Saúde (SUS) e vacinar nas escolas, quando necessário, a fim de aumentar a cobertura vacinal acompanhado do monitoramento da caderneta da criança.</p>



META	ESTRATÉGIAS
<p><b>2. Reduzir a desnutrição de gestantes e crianças de 0 a 6 anos e a obesidade na primeira infância.</b></p>	<p><b>2.1</b> Promover o engajamento do setor privado na garantia do aleitamento mediante a disponibilização de salas de apoio à amamentação e a ampliação da licença maternidade.</p> <p><b>2.2</b> Ampliar a disponibilização de salas de apoio à amamentação nos equipamentos públicos.</p> <p><b>2.3</b> Implementar e fortalecer o programa de aleitamento materno nos Centros de Educação Infantil (CEIs).</p> <p><b>2.4</b> Intensificar o incentivo e apoio ao aleitamento materno e à alimentação Complementar saudável durante as consultas e as visitas domiciliares.</p> <p><b>2.5</b> Garantir alimentação saudável em creche, pré-escola e outros equipamentos públicos que atendem crianças na primeira infância e ampliar o acesso à alimentação saudável para crianças em situação de vulnerabilidade.</p> <p><b>2.6</b> Sensibilizar a sociedade para a promoção da alimentação saudável.</p> <p><b>2.7</b> Capacitar 100% das equipes de atenção básica para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.</p> <p><b>2.9</b> Monitorar o crescimento e desenvolvimento de 90% das crianças abaixo da linha da pobreza.</p> <p><b>2.10</b> Monitorar o estado nutricional da população atendida na atenção básica, visando a vigilância alimentar e nutricional por meio de Marcadores antropométricos e de consumo alimentar para identificação das vulnerabilidades: abrangência de 80% de crianças de 0 a 7 anos para marcadores antropométricos e 85% para informação de aleitamento materno em crianças de 0 a 2 anos, dessa população.</p>
<p><b>3. Reduzir o coeficiente de mortalidade infantil<sup>16</sup> para menos de 10/1000 nascidos vivos e da taxa de mortalidade materna para menos de 40/100.000.</b></p>	<p><b>3.1</b> Aumentar em 100% a disponibilidade anual de métodos contraceptivos de longa duração, principalmente às mulheres em situação de alta vulnerabilidade.</p> <p><b>3.2</b> Apoiar iniciativas de educação entre pares de lideranças locais.</p> <p><b>3.3</b> Realizar busca ativa que garanta a captação precoce (até a 12ª semana) das gestantes para iniciar o pré-natal.</p> <p><b>3.4</b> Realizar sete ou mais consultas de pré-natal para 90% das gestantes.</p> <p><b>3.5</b> Realizar a primeira consulta do recém-nascido na atenção básica em até sete dias após o nascimento por meio de consulta ou visita domiciliar.</p> <p><b>3.6</b> Realizar a primeira consulta de puerpério na atenção básica até trinta dias após o parto para pelo menos 80% das mulheres.</p> <p><b>3.7</b> Realizar a formação continuada dos profissionais responsáveis pelo pré-natal.</p>

META	ESTRATÉGIAS
<p><b>4.</b> Reduzir para menos de 10% o percentual de nascidos vivos de mães adolescentes.</p>	<p><b>4.1</b> Apoiar iniciativas de educação entre as intersectorialidade na adolescência.</p> <p><b>4.2</b> Promover formação continuada para a rede de proteção, com ênfase nos conselheiros tutelares, em relação aos direitos sexuais e reprodutivos.</p> <p><b>4.3</b> Discutir e articular as estratégias de intervenção de forma integrada promovendo as "habilidades para a vida" na rede de proteção do território com base em diagnóstico situacional de atenção ao adolescente.</p> <p><b>4.4</b> Atender a 100% da demanda por métodos contraceptivos de longa duração para adolescentes, principalmente em situação de alta vulnerabilidade.</p> <p><b>4.5</b> Trabalhar os direitos sexuais e reprodutivos no programa Saúde na Escola.</p> <p><b>4.6</b> Abordar de forma adequada o adolescente para acesso à atenção básica.</p> <p><b>4.7</b> Aumentar a disponibilização de preservativos em espaços públicos e particulares (centros educacionais, culturais e esportivos).</p>
<p><b>5.</b> Aumentar a prevalência de partos humanizados<sup>17</sup></p>	<p><b>5.1</b> Capacitar as equipes de saúde e implementar protocolo para atendimento humanizado no parto.</p> <p><b>5.2</b> Aumentar a proporção de partos normais para 65% dos partos na cidade.</p> <p><b>5.3</b> Garantir o direito de acompanhante em todos os partos no hospital municipal, se a mulher assim o desejar.</p> <p><b>5.4</b> Garantir a previsibilidade de vaga em maternidade para gestante de risco.</p>
<p><b>6.</b> Garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade a gestantes e crianças de 0 a 6 anos.</p>	<p><b>6.1</b> Otimizar as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para o Cuidado em saúde conforme o perfil de cada população.</p> <p><b>6.2</b> Desenvolver as ações na atenção básica com equidade e singularidade regionais.</p> <p><b>6.3</b> Monitorar o fornecimento de medicamentos elencados na Rede Municipal de Medicamentos.</p> <p><b>6.4</b> Ajustar as condições de oferta de exames à demanda segundo os protocolos de acesso.</p>

META	ESTRATÉGIAS
<p>7. Reduzir os casos de sífilis congênita para 0,5 casos por mil nascidos vivos.</p>	<p>7.1 Captar precocemente as gestantes com sífilis no pré-natal (até a 12ª semana de gestação).</p> <p>7.2 Garantir tratamento adequado e intensificar a vigilância das gestantes com sífilis durante o pré-natal.</p> <p>7.3 Garantir teste rápido parasífilis em todas as UBSs.</p> <p>7.4 Garantir a realização do teste rápido para sífilis para 100% das gestantes quando cadastradas no pré-natal do SUS.</p>
<p>8. Detectar precocemente o sofrimento mental de gestantes, puérperas e crianças até 6 anos e realizar as intervenções necessárias.</p>	<p>8.1 Fortalecer a rede de apoio na comunidade e na família para detectar precocemente o sofrimento mental das gestantes, puérperas e crianças até 6 anos e realizar as intervenções necessárias.</p> <p>8.2 Articular as ações e os equipamentos de saúde mental na rede do território: UBSs, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), CAPS IJ (Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil), Adulto e Álcool e Drogas.</p> <p>8.3 Realizar vigilância das gestantes, puérperas e crianças com sofrimento mental por meio de visitas domiciliares e consultas mais frequentes.</p>
<p>9. Aumentar a proporção de crianças livres de cárie com idade de 1 até 6 anos em 7%.</p>	<p>9.1 Realizar levantamento epidemiológico para atualizar a linha de base.</p> <p>9.2 Intensificar as ações educativas de saúde bucal nas CEIs e EMEIs e em grupos de pais e responsáveis.</p> <p>9.3 Promover ações intersetoriais para discussão e promoção da dieta não cariogênica.</p> <p>9.4 Intensificar as ações curativas por meio do Tratamento Restaurador Atraumático.</p>
<p>10. Reduzir em 25% o coeficiente de mortalidade por Acidente até 5 anos de idade</p>	<p>10.1 Garantir que todos os serviços que atendem à criança tenham suas instalações em cumprimento com as normas e requisitos de segurança existentes.</p> <p>10.2 Oferecer formação em prevenção de acidentes para as mães durante a gestação e profissionais que atendem às crianças.</p> <p>10.3 Realizar campanhas de conscientização para prevenção de acidentes na infância.</p>

## Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação da implementação do PMPI/ANANINDEUA é um elemento fundamental para a garantia da sua efetivação, sustentabilidade e eficácia, e cuja importância é destacada no Marco Legal da Primeira Infância<sup>18</sup>, bem como na lei municipal que disciplina as políticas públicas para a primeira infância em Ananindeua.

Assim como a responsabilidade pela proteção e garantia dos direitos das crianças é compartilhada entre poder público, sociedade e família, o acompanhamento da implementação do PMPI também deve ser uma tarefa partilhada, que contemple contribuições dos diferentes atores envolvidos, inclusive das crianças. A promoção da participação social no monitoramento do PMPI é uma das metas deste Plano, contida no eixo de intersetorialidade para o atendimento integral na primeira infância.

O acompanhamento do PMPI, tanto pelo poder público, quanto pela sociedade, tem a finalidade primordial de medir avanços na sua execução e no alcance de suas metas e identificar se há necessidade de ajustes ou mudanças de rumo. Os mecanismos de monitoramento e avaliação do Plano devem basear-se na coleta sistemática de dados quantitativos e/ou qualitativos, que facilitem essas análises e que, num segundo passo, possibilitem ponderar possíveis resultados da implementação do PMPI para a garantia dos direitos e o desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos no Município.

Há inúmeras metodologias de monitoramento e avaliação, assim como diversos instrumentos de levantamento de dados, que podem ser aplicados pelos diferentes atores envolvidos na execução do PMPI. A fim de coordenar e complementar os esforços e de integrar e cruzar dados e informações, os procedimentos de monitoramento e avaliação deverão ser padronizados, transparentes e garantir o envolvimento da sociedade civil, para além do corpo técnico da Prefeitura.

A divulgação periódica de informações sistematizadas sobre a evolução do PMPI integra o processo de monitoramento e avaliação do plano e tem um papel importante na sua disseminação, pois, além de dar publicidade a dados de interesse público, ajuda a promover o conhecimento da sociedade e das famílias sobre as políticas e ações existentes para a primeira infância.

O processo de avaliação e controle social do PMPI deverá ser realizado em três dimensões distintas:

*a) Avaliação da execução das estratégias previstas no Plano.*

A primeira dimensão do acompanhamento da implementação do PMPI diz respeito às estratégias nele mapeadas. Esse processo deve identificar quais programas e ações voltados ao atendimento na primeira infância estão sendo implementados. Assim, será possível verificar se as estratégias definidas no PMPI/ANANINDEUA norteiam o desenho e a realização das ações e serviços da Prefeitura de Ananindeua e dos demais atores não governamentais para gestantes e crianças de 0 a 6 anos.

Para esta finalidade, é imperativa a necessidade de elaboração de um marco lógico, com indicadores que permitam o monitoramento da execução das estratégias do plano, e uma comparação ao longo dos anos.

Dentre as estratégias de monitoramento e avaliação traçadas no PMPI/Ananindeua, encontram-se duas que merecem destaque:

- Qualidade dos serviços públicos voltados à primeira infância: presente no Eixo Estratégico I, Meta 2, Linha de Ação 2.2.
- Transparência do orçamento em relação à primeira infância: presente no Eixo Estratégico I, Meta 1, Linha de Ação 1.3.

A avaliação da qualidade do atendimento na primeira infância é um ponto central do acompanhamento do PMPI, uma vez que somente a existência de serviços não garante os estímulos e cuidados necessários para o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância.



Em relação ao controle do orçamento destinado à primeira infância, a Prefeitura será responsável por destacar seu orçamento e balanço anuais a soma dos recursos referentes ao conjunto dos programas e serviços voltados à primeira infância, além de divulgar, anualmente, o percentual estimado que esses valores representam em relação ao respectivo orçamento realizado. Essa é mais uma forma de a administração municipal prestar contas para a sociedade, sendo certo que nem todas as despesas públicas que atingem a primeira infância podem ser identificadas como exclusivas da área. Nesse sentido, deve haver um esforço para demonstrar os números da forma mais aproximada possível.

O balanço da implementação das estratégias do PMPI deve se dar anualmente, durante a Semana Municipal da Primeira Infância, acrescentada ao calendário oficial do Município.

*b) Avaliação do alcance das metas definidas e da trajetória em direção ao seu cumprimento.*

Diretamente vinculado ao item anterior, o monitoramento e a avaliação do alcance das metas do PMPI deve verificar se o conjunto de programas e ações voltados ao atendimento na primeira infância está, de fato, contribuindo para gerar as mudanças representadas por cada uma das metas deste Plano.

Nesse caso, também é fundamental a definição de indicadores que possibilitem a avaliação de avanços nas metas. Esse processo gera importantes subsídios para a tomada de decisão sobre eventuais necessidades de revisão ou mudanças de rumos do PMPI. O balanço das metas se dará a cada dois anos, na Semana Municipal da Primeira Infância.

*c) Avaliação dos impactos da implementação do PMPI/Ananindeua no desenvolvimento das crianças do Município.*

Com a colaboração de organizações da sociedade civil, empresas e instituições de educação superior, poderá ser criada uma metodologia de avaliação do desenvolvimento das crianças, com o objetivo de nortear as ações para essa faixa etária.

## Governança de Monitoramento e Avaliação

No âmbito da administração municipal, cabe ao **Comitê Gestor Intersetorial**, instituído pelo Decreto nº 258, de 10 de agosto de 2021, o monitoramento e a avaliação das políticas intersetoriais e do plano de ação da Prefeitura para a primeira infância. Para subsidiar a ação desse colegiado, técnicos de todas as Secretarias envolvidas na implementação do plano devem figurar com os relatores setoriais, responsáveis pela coleta, sistematização, análise e apresentação de dados e informações sobre as ações que lhes competem.

Levando em consideração a amplitude e diversidade do Município, assim como a importância da gestão territorial para a garantia da integração do atendimento na primeira infância, deverão ser criados **Comitês Gestores** formados por representantes das diferentes Secretarias atuantes no município. Compete a essas instâncias regionais a coordenação dos serviços prestados às gestantes, crianças e suas famílias, a deliberação conjunta sobre o encaminhamento de casos específicos, e, por fim, o levantamento sistemático de dados para fins de monitoramento e avaliação das ações.

No que tange ao controle social da implementação do PMPI, deverá ser formalizada uma **Comissão de Avaliação**, composta por representantes do poder público e da sociedade. Caberá a esse órgão avaliar o grau de execução das estratégias e o avanço das metas deste Plano, bem como da execução orçamentária da Prefeitura relativa às ações voltadas para a primeira infância.

O monitoramento da implementação do PMPI deve ser um processo contínuo, desenvolvido pela Prefeitura e acompanhado periodicamente pela Comissão de Avaliação.





## Referências

ABRAMOVICH, F. Literatura infantil: gostosuras e bobices. 4. ed. São Paulo: Scipione, 1997.

Boletim Ministério de Desenvolvimento Social e Combate Fome  
[www.brasisemmiseria.gov.br](http://www.brasisemmiseria.gov.br)

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

BRANDÃO, C. R. A educação como cultura. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

BRANDÃO, C. R. A educação como cultura. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

Fundação Maria Cecília Vidigal

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

Portal dos Direitos da Criança e do Adolescente  
[www.direitosdacrianca.org.br](http://www.direitosdacrianca.org.br)

Portal ODM [www.portalodm.com.br](http://www.portalodm.com.br)

SILVA FILHO, J. J. da; PAULA, E. de. As brincadeiras das crianças de um quilombo catarinense: imaginação, criatividade e corporalidade. In: ARROYO, M. G.; SILVA, M. R. da. Corpo e infância: exercícios tensos de ser criança; por outras pedagogias dos corpos. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p. 47-62.





**SEMCAT**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA,  
ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO



[www.ananindeua.pa.gov.br](http://www.ananindeua.pa.gov.br)

@ananindeuapma

 Prefeitura Municipal de Ananindeua