

PLANO MUNICIPAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

2026-2036

*Construindo juntos um futuro
para nossas crianças!*



NOSSOS PRINCÍPIOS

- Direito à vida, à saúde e à alimentação.
- Direito à educação, à cultura e ao brincar.
- Direito à proteção, à segurança e à convivência familiar e comunitária.
- Respeito à diversidade e à inclusão.
- Participação da família e da sociedade na construção de políticas públicas.

SEMADS
Secretaria Municipal de
Assistência e Desenvolvimento
Social



TAILÂNDIA
PREFEITURA
NOSSO POVO, NOSSA FORÇA!

INFORMAÇÕES GERAIS

Prefeito

Lauro Ferraz Hoffmann

Vice - Prefeita

Ana Nisa do Socorro Nunes Barbosa

Secretária Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

Raimunda Grajaú dos Santos

Secretário Municipal de Educação

Ascendino Leite de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Nianco Reges

Secretário Municipal de Cultura e Turismo

Yan de Jesus

Presidente da Câmara

Pedro Clementino da Silva Neto

Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

Raimunda Grajaú dos Santos

Comitê Municipal Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância

Antonia Elania Firmino da Silva

Marly Carvalho Leonardo

Neize Larissa Lima Bentos

Maria Sildene Lavareda de Oliveira

Aline Mendes Carneiro
Danielle Pontes Ferreira
Ivone Conceição Celestino
Luzimar da Cruz Ribeiro
Raimunda Grajaú dos Santos
Francisco Adriano Serafim de Oliveira
Iraci Brandão da Silva
Iranide Sousa de Lima
Hirislene Leite Capela
Ana Shirley Valino Monteiro
Lucilania Barros dos Santos
Elóidia Spíndola Ferreira
Lucinete Barbosa de Abreu
Raimunda Vaneza da Silva

Articuladora do Selo UNICEF

Antônia Elania Firmino da Silva

O QUE É BOM PARA AS CRIANÇAS?

“ Ser feliz com minha família todos os dias para sempre, educação e brincar, ter respeito e amizade, amor, proteção, saúde e natureza.”

Damares, 09 anos, SCFV Mundo dos Sonhos (Bairro Vila Macarrão).

“ Eu gosto de brincar;
Eu gosto de proteção;
Eu gosto de amizade;
Eu gosto de amor.”

Yasmin, 9 anos, SCFV Mundo dos Sonhos (Bairro Vila Macarrão).

“ Eu gosto de brincar de futebol, gosto de strogonoff, gosto de dormir e desejo que todas as crianças tenham tudo de bom.”

Sofia Santos – 11 anos – SCFV de Olho no Futuro (Bairro Novo)

“ Uma criança precisa ter pai e mãe que ame e proteja os filhos, brincar andar de bicicleta, ir à praça com a família, também ir à igreja, eu gosto muito de sair para tomar sorvete.”

Wendelly, 9 anos, SCFV Mundo dos Sonhos (Bairro Vila Macarrão).

OFICINAS REALIZADAS COM AS CRIANÇAS



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	11
TAILÂNDIA	14
MAPA DE TAILÂNDIA	18
ASSISTÊNCIA SOCIAL – PRIMEIRA INFÂNCIA NO SUAS	19
A PRIMEIRA INFÂNCIA NO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS	25
PRIMEIRA INFÂNCIA SEGUNDO INFORMAÇÕES DO CONSELHO TUTELAR	29
TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	31
COMO IDENTIFICAR SINAIS DE VIOLÊNCIA	34
O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	36
FLUXO DE ATENDIMENTO E REDE DE AÇÃO E INTERSETORIAIS	38
REDE INTRASETORIAL	41
UNIDADE DE ACOLOHIMENTO M. DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SANTA MARIA-	44
PROGRAMA CRIANÇA FELIZ E OUTRAS AÇÕES VOLTADAS A PRIMEIRA INFÂNCIA	50
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS E A PRIMEIRA INFÂNCIA	54
SAÚDE	58
NUTRIÇÃO ADEQUADA	70
PARENTALIDADE	73
SEGURANÇA E PROTEÇÃO	76
EDUCAÇÃO	78
EIXO ESTRATEGICO I	87
EIXO ESTRATEGICO II	89
EIXO ESTRATEGICO III	91
EIXO ESTRATEGICO IV	93
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	96
REFERÊNCIAS	98

INTRODUÇÃO

A primeira infância (que vai da gestação até os 06 anos de idade) é o período mais importante do desenvolvimento humano. É nessa etapa que ocorre a maior formação de conexões cerebrais (até 1 milhão por segundo), construindo as bases para a aprendizagem, a saúde e o comportamento ao longo de todas as etapas da vida.

Durante a primeira infância, o cérebro também se mostra extremamente maleável aos estímulos que recebe. Por isso, quanto melhor forem as condições que damos a uma criança no início da sua vida, maiores serão as chances dela se desenvolver de maneira integral. Por outro lado, a ausência desses fatores pode causar prejuízos no cérebro que serão levados para a vida adulta, afetando seriamente o seu pleno desenvolvimento. O que acontece na primeira infância tem consequências para o resto da vida, para o bem ou para o mal. Dessa forma, investir corretamente nesta etapa da vida é crucial para garantir um futuro saudável e feliz para as vidas das crianças e para toda a sociedade como um todo.

Por isso, é importante discutir a importância da primeira infância no Brasil e no mundo, bem como as iniciativas que estão sendo implantadas para melhorar o desenvolvimento infantil nessa fase tão importante.

O que é a primeira infância:

A primeira infância é a fase em que o cérebro humano se desenvolve mais rápido. É um período de aprendizado intenso, em que as crianças absorvem informações do ambiente ao seu redor e constroem a base para sua saúde física, cognitiva, emocional e social em sua vida.

A importância da primeira infância.

A primeira infância é um período crítico para o desenvolvimento humano, e as experiências da criança nessa fase têm um impacto duradouro em sua vida. É durante a primeira infância que os fundamentos são construídos para a saúde, aprendizado, comportamento e bem-estar ao longo da vida.

Como a primeira infância pode afetar o futuro das crianças.

O desenvolvimento da primeira infância tem um impacto direto no sucesso da criança na vida futura. As crianças que recebem uma educação de qualidade na primeira infância têm mais probabilidade de se tornarem adultos bem-sucedidos e saudáveis. Estudos mostram que

crianças que frequentam a pré-escola têm melhor desempenho escolar, são mais propensos a se formar no ensino médio e têm maiores chances de frequentar a faculdade.

Podemos perceber o quanto é vantajoso para o município investir nessa fase inicial da vida, pois como o cérebro está em formação e a criança sendo estimulada da maneira correta, quando adulta poderá aproveitar muitas oportunidades e de maneira mais eficaz, retornando esse investimento para o município. Mas também é preciso protegê-las e garantir esse desenvolvimento pleno, dessa forma investir na primeira infância também é uma questão de justiça social, pois o município deve trabalhar para reduzir as desigualdades.

As crianças são seres de direitos, esses direitos incluem cuidado, educação, saúde, proteção, convívio familiar e comunitário, à segurança, entre outros. A família é principal responsável pela proteção e apoio desde a gestação, entretanto, as famílias também precisam ser cuidadas, e nesse contexto que entra o papel do Estado. Quando a família não consegue por si só realizar a proteção aos seus membros o Estado tem o dever de garantir o necessário e no caso de crianças elas devem ser vistas como prioridades pelas políticas públicas.

O Plano Municipal para a Primeira Infância (PMPI) é um instrumento político e técnico que possibilita fazer investimentos na primeira infância de forma prática e concreta, com resultados possíveis de serem medidos.

Com o Plano o município poderá olhar a primeira infância de uma maneira mais completa e profunda, utilizando o máximo de setores possíveis para a construção e vários autores pensando em estratégias, isso tornará o trabalho mais consistente e direcionado para nossa realidade local, desta forma, os investimentos serão melhores empregados nas verdadeiras necessidades para esse público específico.

Segundo a cartilha Lunetas do Unicef, esse processo continua ao longo do tempo, moldado pelas experiências positivas ou negativas vividas e compartilhadas, principalmente, com seus pais, parentes e cuidadores em geral. Por isso, a proteção é essencial: problemas graves logo no início da vida, como violência familiar, negligência e desnutrição, podem interferir no desenvolvimento saudável do cérebro. Por outro lado, vínculos fortes e o estímulo adequado geram benefícios que vão desde o aumento da aptidão intelectual – que favorece o acompanhamento escolar e diminui os índices de repetência e evasão – até a formação de adultos preparados para aprender a lidar com os desafios do cotidiano.

A primeira infância é o período que vai da concepção até os 6 anos de idade, é considerada uma janela de oportunidades crucial para a saúde, o aprendizado, o desenvolvimento e o bem-estar social e emocional das crianças.

Segundo a Unicef, a neurociência comprova que o cérebro da criança pequena tem uma grande plasticidade, ou seja, está sempre aprendendo e é sensível a modificações, particularmente nos primeiros 1.000 dias, desde a concepção até os 2 anos de idade. Nesse período, o desenvolvimento cerebral ocorre em uma velocidade incrível: as células cerebrais podem fazer até 1.000.000 de novas conexões neuronais a cada segundo, uma velocidade única na vida. Essas conexões formam a base das estruturas que dão sustentação à aprendizagem ao longo da vida, tendo em vista que se contempla pelo Selo Unicef, todas as áreas de abrangências intersetorial que fica dentro das normas do PNGATI E SINAPI, que traz dentro das diretrizes incluindo o cuidado de esta se desenvolvendo uma política inclusiva que contemple indígenas, quilombolas e povos estrangeiros fazendo um atendimento pelo sistema integrado conforme preconiza o ECA e a vinculação da rede de proteção integral de amparo social dentro da territorialidade em conformidade com Selo Unicef que veio para que seja unificada de forma intersetorial todos os trabalhos voltados a primeira infância dentre outras.

Como instrumento técnico-político, que objetiva contribuir para assegurar os direitos e o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, o PMPI/Tailândia 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.

- Saúde;
- Educação;
- Assistência Social;
- Cultura;
- Esporte e Lazer.

Apoiado em evidências científicas que demonstram a importância do desenvolvimento integral na primeira infância para toda a vida e, portanto, para toda a sociedade, a longo prazo, o PMPI/ Tailândia baseia-se na consolidação recente do conhecimento de que é nessa etapa da vida que se deve intervir para assegurar oportunidades iguais a todas e todos e, com isso, aumentar as possibilidades de ruptura do ciclo de pobreza das famílias em situação de vulnerabilidade.

No Brasil, a prioridade da criança é estabelecida no art. 227 da Constituição Federal de 1988. O artigo determina um tratamento privilegiado para a faixa etária de 0 a 18 anos (excepcionalmente, até 21). O Marco Legal da Primeira Infância, aprovado em 2016, deu um passo além e estabeleceu princípios e diretrizes para a formulação e implementação das políticas públicas para as crianças de 0 a 6 anos. Nesse contexto, o município de Tailândia aderiu no ano de 2018 ao Programa Criança Feliz que é uma importante ferramenta para que famílias com crianças até seis anos ofereçam a seus pequenos ferramentas para promover seu desenvolvimento integral. Por meio de visitas domiciliares às famílias participantes do Cadastro Único, as equipes do Criança Feliz fazem o acompanhamento e dão orientações importantes para fortalecer os vínculos familiares e comunitários, além de estimular o desenvolvimento infantil. Os visitantes são capacitados em diversas áreas de conhecimento, como saúde, educação, assistência social, direitos humanos, cultura etc. A troca com as famílias é rica e constante. Para participar do programa, é preciso manter os dados no Cadastro Único atualizados, principalmente quando há grávidas e crianças de até três anos na família.

A fim de garantir legitimidade e efetividade, assim como promover a sua continuidade ao longo dos anos, o PMPI/Tailândia foi elaborado com a participação de diferentes atores do poder público e da sociedade, além de contar com contribuições das próprias crianças, principais sujeitos da política em questão. Dessa forma, as metas e estratégias aqui traçadas, dispostas em detalhe no quadro de ações, foram construídas por meio de um processo participativo, cuja metodologia abarcou:

- Discussão da Cartilha Orientadora para elaboração do Plano Municipal da Primeira Infância;
- Criação do Comitê Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância, encarregado de promover, coordenar, elaborar e revisar o Plano Municipal pela Primeira Infância no Município de Tailândia/PA.
- Oficina com as gestantes atendidas pelo Programa Criança Feliz.
- Apreciação pela plenária do CMDCA.
- Oficina com as crianças dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

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

A prioridade absoluta da criança, está disposta no art. 227 da Constituição Federal, e foi regulamentada e reforçada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, 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/Tailândia 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/Tailândia 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/Tailândia-PA 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. Essa conformidade demonstra o compromisso de Tailândia com a sustentabilidade global. Por consequência, os eixos estratégicos e as metas do PMP/ Tailândia visam o ano de 2035 – assim como os ODS – e sua formulação incorporou – sempre que possível e levando em consideração a realidade do município de Tailândia – todas as referências à infância presentes no conjunto dos 17 ODS, listados a seguir:

1. Erradicação da pobreza - Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.
2. Fome zero e agricultura sustentável - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.
3. Saúde e bem-estar - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.
4. Educação de qualidade - Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos.
5. Igualdade de gênero - Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
6. Água potável e saneamento - Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos.
7. Energia limpa e acessível - Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todas e todos.
8. Trabalho decente e crescimento econômico - Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos.
9. Indústria, inovação e infraestrutura - Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.
10. Redução das desigualdades - Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.
11. Cidades e comunidades sustentáveis - Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.
12. Consumo e produção responsáveis - Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.
13. Ação contra a mudança global do clima - Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos.
14. Vida na água - Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.

15. Vida terrestre - Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade.

16. Paz, justiça e instituições eficazes - Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

17. Parcerias e meios de implementação - Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Outra diretriz que embasa o PMPI/Tailândia/PA diz respeito à priorização das crianças em situação de vulnerabilidade e está fixada tanto na legislação nacional (Marco Legal da Primeira Infância - Lei nº 13.257/16 – art. 14, § 2.

A universalidade estipulada na Constituição nunca será colocada de lado. Mas a busca por ela deve partir de estratégias que priorizem o atendimento à população mais vulnerável. Planejar e implementar políticas específicas para cada território pode ser uma resposta adequada a essa diretriz normativa e um caminho para priorizar as ações nos locais onde os indicadores demonstram a maior vulnerabilidade das famílias.

TAILÂNDIA



Análise Situacional do Município

Características Gerais do município

O município de Tailândia possui área territorial de aproximadamente 4.430,48 km² e população estimada em 75.526 habitantes para o ano de 2024, segundo projeções do IBGE. A densidade demográfica é de cerca de 16,36 habitantes por quilômetro quadrado, e seus habitantes recebem o gentílico “tailandense”. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme o censo de 2010, é de 0,588, classificado como baixo. A taxa de mortalidade infantil registrada em 2023 foi de 18,17 óbitos por mil nascidos vivos.

Localizado na mesorregião Nordeste Paraense, a aproximadamente 240 km de Belém, o município faz limite com Acará, Tomé-Açu, IPIXUNA DO PARÁ, Moju, Breu Branco e Goianésia do Pará. A altitude na área urbana varia entre 45 e 49 metros acima do nível do mar, podendo alcançar entre 35 e 96 metros no restante do território.

A topografia local é predominantemente plana, com ocorrência de latossolos amarelos e solos lateríticos em áreas de terra firme. Nas várzeas, encontram-se Gleys e aluviões de elevada fertilidade. Quanto à cobertura vegetal, Tailândia apresenta trechos de floresta equatorial de terra firme e mata de várzea ao longo dos rios.

A hidrografia municipal é composta pelo Rio Acará, seus afluentes, como os rios Urucuri e Auí-Açu, e diversos igarapés, entre os quais se destacam Papurá e Ipiranga.

Na década de 70, a construção da PA-150, que corta o Estado do Pará de norte a sul foi um dos principais motivos que contribuíram com os conflitos pela terra entre fazendeiros que buscavam incentivos fiscais junto à SUDAM - grileiros – pessoas que se apossavam da terra

para fins especulativos e reserva de valor – e posseiros – trabalhadores rurais e pequenos proprietários que se estabeleceram na terra e acompanhavam a abertura da estrada.

Com a intensificação da violência, o então governador do Estado, Alacid Nunes, determinou ao Instituto de Terras do Pará (ITERPA) a intervenção na região. Em 03 de junho de 1978, com a chegada dos primeiros técnicos, a localidade sofreu a intervenção da PM, sob o comando do Tenente Pinheiro, iniciando-se assim o cadastramento dos colonos e a administração do projeto de colonização, demarcação de terras devolutas e distribuição de lotes entre os quilômetros 51 e 183 da PA-150, numa área de 158.400 hectares.

Em julho de 1978, em uma das reuniões entre os interventores e a população, decidiu-se questões importantes para a cidade, como o padroeiro, que seria São Francisco de Assis, a data de sua homenagem, dia 04 de outubro, e escolheu-se o nome da localidade proposto pelo então interventor, Tenente Pinheiro, que comparou os conflitos da cidade com os que ocorriam no país asiático Tailândia, que passava por uma guerra civil e de fronteiras. Contudo, Tailândia, que fazia parte do município do Acará, só teve a sua emancipação político-administrativa em 10 de maio de 1988.

Origens e Fundação

A área original pertencia ao município de Acará. O povoamento inicial foi organizado pelo tenente Pinheiro, servidor do ITERPA (Instituto de Terras do Pará). O objetivo inicial do projeto era atrair famílias de diversas regiões do Brasil para produzir alimentos na agricultura.

No entanto, a falta de assistência financeira e tecnológica fez com que a agricultura não prosperasse, resultando na dependência da exploração madeireira para o sustento dos moradores.

A Curiosidade do Nome

A denominação "Tailândia" surgiu em 1978 e foi uma homenagem ao país asiático. Naquela época, a nação asiática passava por conflitos e guerras de fronteira, uma realidade semelhante às disputas por terras que ocorriam na região amazônica naquele período. Tailândia é conhecida pelo apelido “Cidade da Liberdade”, expressão que remete tanto ao espírito migrante de sua população, composta majoritariamente por pessoas que buscavam recomeçar, quanto aos ideais de independência que marcaram sua luta pela emancipação política.

Emancipação e Crescimento

Com o passar dos anos e a expansão do ciclo da madeira, a vila cresceu rapidamente, atraindo mais trabalhadores. Esse crescimento acelerado impulsionou a luta pela autonomia política. A emancipação do município foi oficializada em 1988. A partir dos anos 2000, o município passou por um processo de diversificação econômica, com expansão do agronegócio, especialmente nas cadeias do dendê, da soja, do milho e da pecuária, além do fortalecimento do comércio e da piscicultura. Atualmente, Tailândia caminha para se consolidar como um dos polos do agronegócio no Pará.

Economia Atual

Atualmente, Tailândia destaca-se como um polo importante na região nordeste do estado paraense. A economia local superou a dependência exclusiva da madeira e hoje é fortemente impulsionada pela agroindústria, especialmente o cultivo e processamento do dendê, além do comércio e serviços em expansão.

Cultura

A cultura do município de Tailândia reflete sua formação recente e marcada pela migração. Emancipado em 1988, o município recebeu, desde o final da década de 1970, famílias oriundas de diversas regiões do Brasil, especialmente do Nordeste. Essa composição populacional plural resultou em uma identidade cultural construída a partir da convivência entre tradições distintas, refletida na música, na gastronomia, nas celebrações religiosas e nas práticas cotidianas da população.

Entre as manifestações culturais mais significativas destaca-se a Festa de São Francisco de Assis, padroeiro do município, realizada anualmente no mês de outubro e composta por celebrações religiosas, procissões e atividades festivas que mobilizam a comunidade. As Festas Juninas também ocupam posição central no calendário cultural, com arraiais, apresentações de quadrilhas e culinária típica, expressando claramente a influência nordestina presente no território. A produção artística local ganha visibilidade na Feira de Arte e Cultura, que reúne artesãos, músicos e outros produtores culturais, enquanto os Jogos Estudantis Tailandeses (Jets) assumem papel integrador ao combinar atividades esportivas com apresentações culturais e manifestações estudantis.

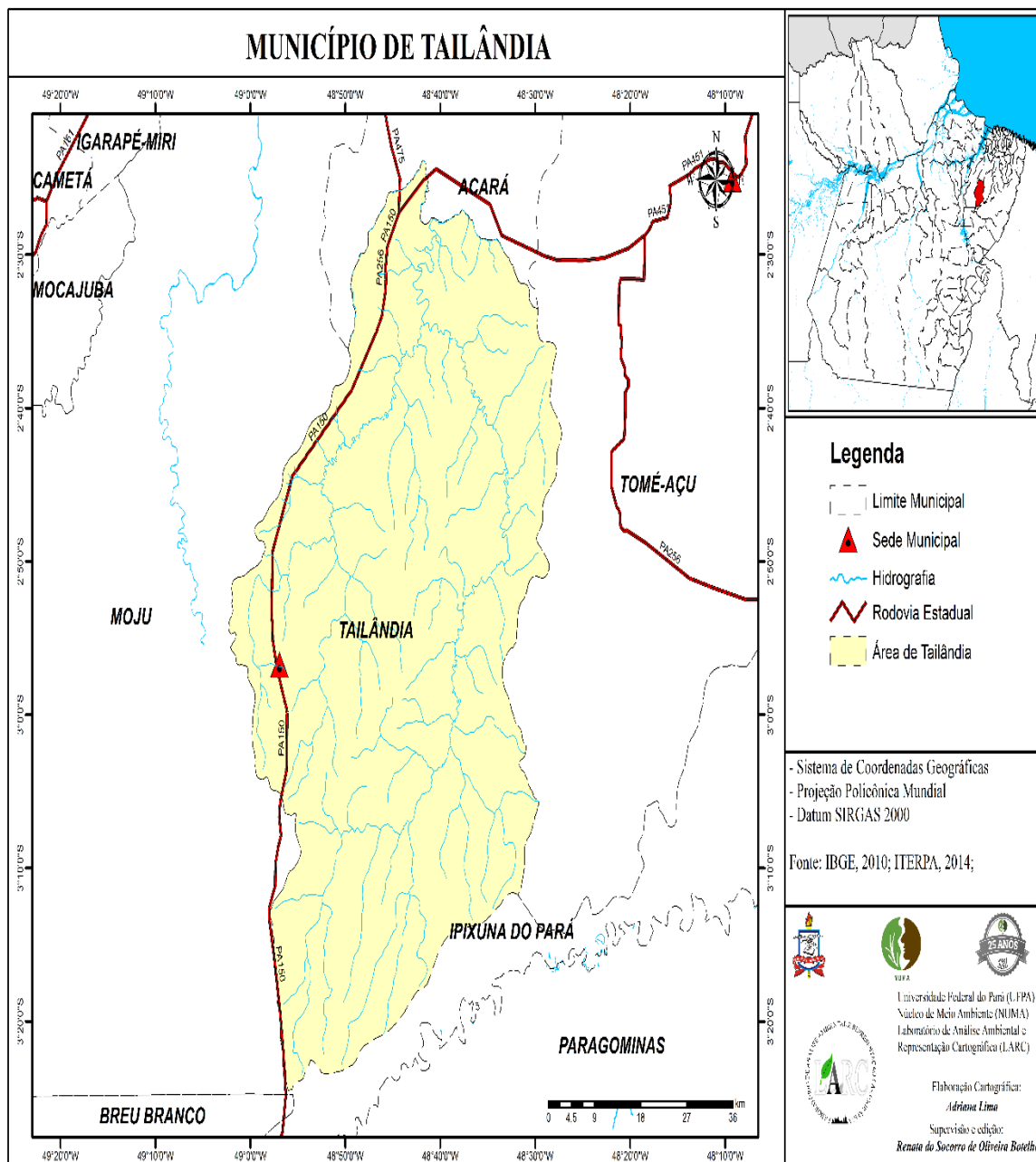
Outros eventos tradicionais reforçam os vínculos comunitários e a identidade tailandense. A Cavalgada, reúne cavaleiros e Amazonas em um grande desfile que evidencia a presença da cultura rural na formação social do município. O Rally Trilha da Fumaça, por sua vez, agrega dimensões esportivas e culturais, atraindo praticantes de motocross e veículos 4x4, além de espectadores locais. A Feira do Peixe Vivo constitui outro momento de referência cultural,

associando a culinária regional à valorização da piscicultura, atividade econômica importante para Tailândia.

As expressões artísticas locais evidenciam a diversidade cultural. A música é marcada pela presença de gêneros como o forró, o sertanejo, a brega e ritmos regionais, que animam festas populares e eventos comunitários. A dança, especialmente por meio dos grupos de quadrilha junina, compõe parte importante das celebrações tradicionais. O artesanato local utiliza elementos da floresta, como madeira, sementes e fibras vegetais, e revela a forte relação do município com o meio ambiente. A culinária tailandense, por sua vez, combina ingredientes e técnicas da gastronomia paraense, como o uso de açaí, farinha e peixes regionais, com pratos de origem nordestina, como cuscuz, carne de sol e buchada, resultando em um repertório gastronômico híbrido e singular.

Aspectos simbólicos também permeiam a identidade cultural de Tailândia. O título de “Cidade da Liberdade” expressa o caráter migrante de sua população, composta por pessoas que buscaram no município a possibilidade de recomeçar, e traduz simbolicamente a luta política pela emancipação. Além disso, a relação com a natureza, marcada pelos rios, florestas e atividades agropecuárias, influencia fortemente o modo de vida local e está presente na alimentação, no artesanato, nas celebrações e na organização comunitária.

MAPA DE TAILÂNDIA



ASSISTÊNCIA SOCIAL – PRIMEIRA INFÂNCIA NO SUAS

O CADASTRO ÚNICO (CADÚNICO) é um instrumento de coleta de dados e informações que objetiva identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país para fins de inclusão em programas de assistência social e redistribuição de renda. No município de Tailândia-PA, de acordo com levantamento realizado em Maio de 2026 neste sistema, foi identificado que há 56.344 (cinquenta e seis mil e trezentos e quarenta e quatro) pessoas cadastradas, 21.399 (vinte e um mil e trezentas e noventa e nove) famílias cadastradas, deste número, identificou-se 12.548 (doze mil e quinhentas e quarenta e oito) famílias beneficiários do Programa Bolsa Família (denominação da base), significando em porcentagem aproximadamente 58,63% (cinquenta e oito vírgula sessenta e três por cento) de todas as famílias cadastradas.

Com base nas informações coletadas neste sistema será feito um recorte sobre a Primeira Infância no município de Tailândia/PA, a extração do número total de crianças cadastradas com faixa etária na primeira infância é de 8.142 (oito mil cento e quarenta e dois), considerando o fator de renda, estão distribuídas da seguinte forma:

TABELA 1 – Distribuição das crianças por faixa de renda.

Nº de Pessoas por Faixa de Renda	Quantidade	Porcentagem
Pobreza 1 (até R\$109,00)	4.796	58,90%
Pobreza 2 (entre R\$109,01 até R\$ 218,00)	1.623	19,94 %
Baixa Renda (entre R\$ 218,01 até R\$ 810,50)	1.417	17,41 %
Acima de ½ salário mínimo	306	3,75%

A tabela 1 demonstra a distribuição de crianças considerando a renda per capita, atualmente para o Cadastro Único, as famílias em situação de pobreza 1 são aquelas com renda per capita de até R\$ 109,00 (cento e nove reais), já pobreza 2 são aquelas com renda per capita de R\$ 109,01 (cento e nove reais e um centavo) até R\$ 218,00 (duzentos e dezoito reais), já a renda para a situação de Baixa Renda vai de R\$ 218,01 (duzentos e dezoito reais e um centavo) até R\$ 810,50 (oitocentos e dez reais e um cinquenta centavos). Com base nesses cálculos, os dados mostram que havia um total de 6.419 (seis mil e quatrocentos e dezenove) crianças em situação de extrema pobreza e 306 (trezentos e seis) crianças com renda per capita acima de ½ salário mínimo.

A nova versão do Programa Bolsa Família foi instituída pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva por meio da **Lei nº 14.601**, sancionada em junho de 2023. A legislação substituiu o antigo Auxílio Brasil e retomou o modelo original de transferência de renda, implementando

novas regras de benefício e proteção social. Temos na Tabela 2, o quantitativo de crianças que pertencem a famílias contempladas com o benefício de transferência de renda.

TABELA 2 – Quantitativo de crianças na Primeira Infância membros de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF.

Nº de Pessoas Beneficiárias do PBF	Quantidade	Porcentagem
Sim	7.087	87,05%
Não	1.055	12,95%

A tabela 3 apresentam as 20 localidades com mais crianças entre 0 – 6 anos segundo o Cadastro Único.

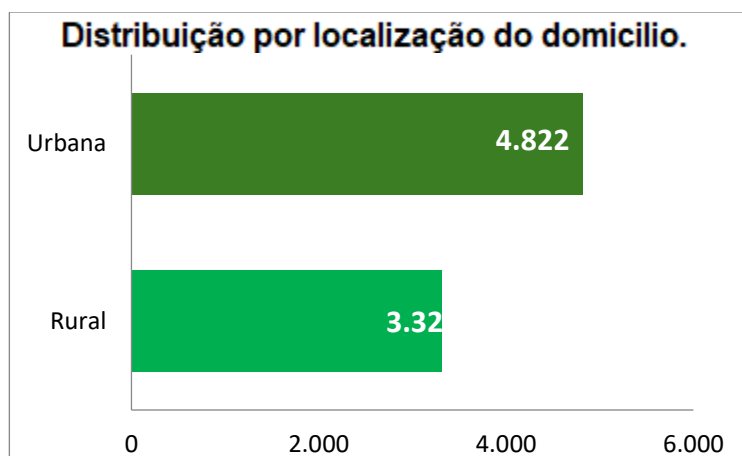
TABELA 3 – 20 Localidades com mais crianças na Primeira Infância segundo o Cadastro Único.

Nº	Nome da Localidade	Quantidade	Porcentagem
01	Vila Macarrão	927	11,39%
02	Distrito do Palmares	594	7,29%
03	Nossa Senhora de Fátima	562	6,90%
04	Cidade de Deus	524	6,43%
05	Novo	502	6,16%
06	Aeroporto	474	5,82%
07	Jardim Liberdade	367	4,50%
08	Vicinal Badarote	339	4,16%
09	Piçareira	284	3,48%
10	Jardim Primavera	274	3,36%
11	Santa Maria	266	3,26%
12	Arboreto	200	2,45%
13	Bela Vista	167	2,05%
14	Centro	140	1,72%
15	Vila Aui-Açu	136	1,67%
16	Vicinal do Parola	129	1,58%
17	Vila Turi-Açu	112	1,37%
18	Boa Esperança	105	1,28%
19	Vicinal Nova Paz	101	1,24%
20	Vila Israel	98	1,20%

De acordo com a tabela 3, fazendo um comparativo entre área rural e área urbana, o bairro com maior número de crianças na primeira infância é o bairro Vila Macarrão, localizado na área urbana com 927 (novecentos e vinte e sete) crianças, já na área rural, temos o Distrito do Palmares com 594 (quinhentos e noventa e quatro) crianças.

Esse recorte entre área rural e área urbana é fundamental na construção deste plano para primeira infância, aqui o principal ponto é a renda, entretanto, considerar as peculiaridades dos territórios e olhar além da condição econômica e enfatizar o modo de vida e o desenvolver da primeira infância na Amazônia, contribuindo na garantia de proteção integral, na acessibilidade, na distribuição igualitária de renda e serviços sem afetar a cultura peculiar de cada localidade, valorizando e fortalecendo a infância rural e urbana, sendo que o maior número de crianças na faixa etária da primeira infância se encontra na zona urbana, são 4.822 (quatro mil oitocentos e vinte e dois) crianças, e na área rural são 3.320 (três mil trezentos e vinte) crianças, como demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Área de localização do domicílio.



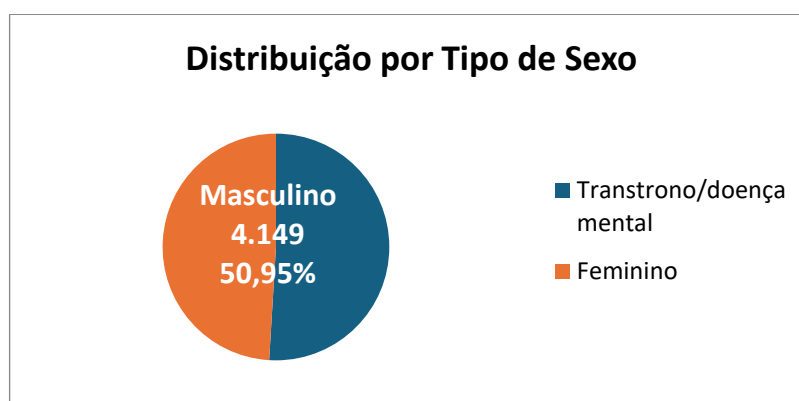
A situação de pobreza se aguçava e difere conforme a localização geográfica das famílias, o pertencimento étnico racial, o gênero, a faixa etária, o grau educacional, entre outros fatores. A Tabela 4 mostra a distribuição da primeira infância em grupos populacionais tradicionais e específicos, que segundo o Decreto nº 6.040, 07/02/2007 traz como conceito de Povos e Comunidades Tradicionais os seguintes textos “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição”. O Cadastro Único identifica oficialmente 16 **Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTE)** para direcionar políticas públicas de forma adequada. Os três grupos tradicionais mais numerosos na Primeira Infância no município de Tailândia/PA são das Famílias de Agricultores Familiares, Famílias Extrativistas e Famílias Ribeirinhas conforme mostra a tabela abaixo:

TABELA 4 – Distribuição de crianças de 0-6 anos em Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTE).

Nº	Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTE)	Quantidade	Porcentagem
01	Nenhum	7.689	94,43%
02	Família de Agricultores Familiares	339	4,16%
03	Família Ribeirinha	40	0,49%
04	Família Extrativista	27	0,33%
05	Família de Pescadores Artesanais	25	0,30%
06	Família de Catadores de Material Reciclável	11	0,13%
07	Família Atingida por empreendimentos de infraestrutura	4	0,06%
08	Família Acampada	4	0,06%
09	Família Assentada da Reforma Agrária	3	0,04%

A tabela 4 demonstra um número significativo de Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos inseridos no cadastro único, no entanto, ressalta-se que nem todos os indivíduos pertencentes à estes grupos estão no cadastro e esse recorte é somente da primeira infância beneficiários do programa de transferência de renda, ainda há muito à alcançar dentro dos territórios do município, tem-se esse plano como estratégia de identificação e inserção desses grupos.

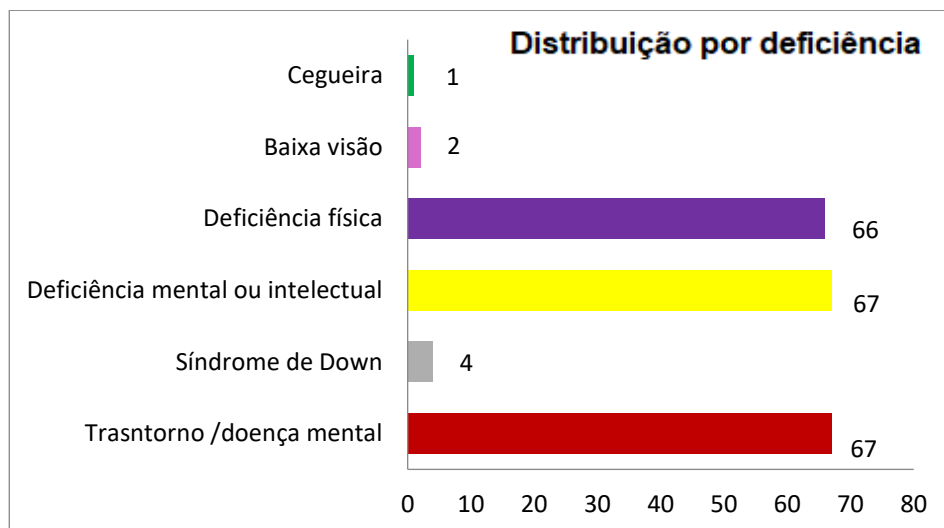
Gráfico 2 – Distribuição por tipo de sexo.



Outra informação importante para o plano é considerar o percentual por sexo feminino e masculino na primeira infância, sendo 50,95% (cinquenta, noventa e cinco por cento) do sexo masculino e 49,05% (quarenta e nove, zero cinco por cento) são do sexo feminino.

No Cadastro Único, foi observada a presença de 207 crianças com alguma deficiência o que equivale a cerca de 2,54% (dois, cinquenta e quatro por cento) de todas as crianças na Primeira Infância cadastradas. O Gráfico 3, faz a distribuição das mesmas segundo o tipo de deficiência, as deficiências já são definidas no próprio sistema do Cadastro Único.

Gráfico 3 – Distribuição por tipo de sexo.



Quando olhamos o quesito escolaridade dentro do Cadastro Único temos as seguintes informações:

Gráfico 4 – Crianças que sabem ler e escrever.

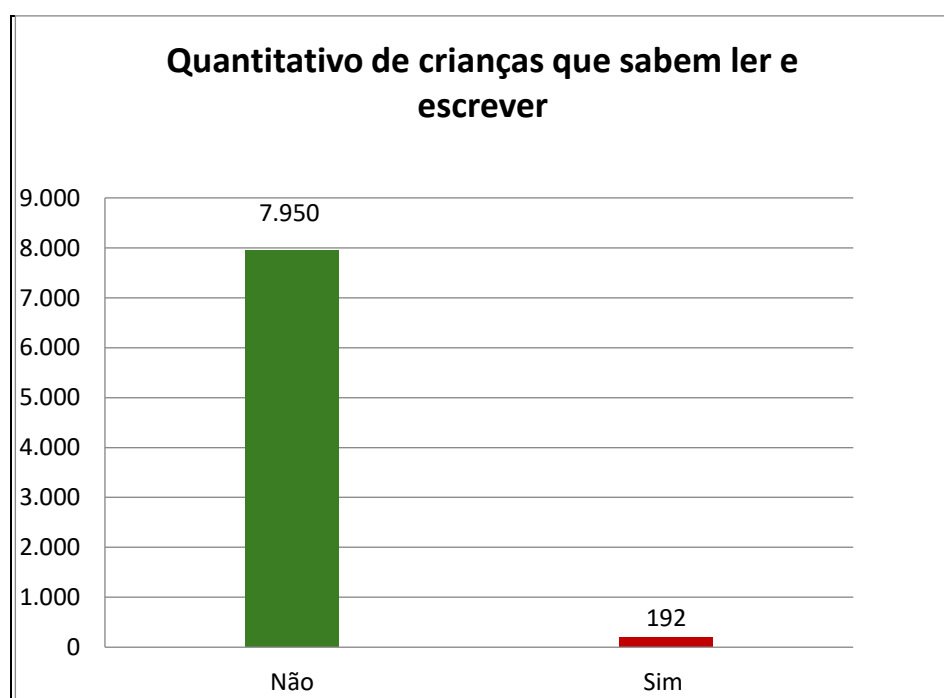


TABELA 5 – Distribuição quanto a frequentar a escola.

Quanto a Frequentar a Escola	Quantidade	Porcentagem
Nunca frequentou	4.865	59,75 %
Sim, rede pública	3.205	39,37 %
Sim, rede particular	58	0,71%
Não, já frequentou	14	0,17%

Fica perceptível que mais de 50% nunca frequentou a escola, nesse caso creches ou pré-escolas e quanto ao saber ler e escrever menos de 2% sabem ler e escrever minimamente.

A PRIMEIRA INFÂNCIA NO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública estatal integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), responsável pela oferta de serviços especializados a famílias e indivíduos que vivenciam situações de risco pessoal e social por violação de direitos. Sua atuação tem como finalidade contribuir para a proteção social, a defesa e a garantia de direitos, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e o enfrentamento das situações de violência.

No município de Tailândia-PA, o CREAS desenvolve suas ações por meio de atendimento e acompanhamento especializado, ofertados por equipe técnica multiprofissional, composta por assistente social, psicóloga, advogada e pedagogo

Entre os serviços ofertados, destaca-se o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, o PAEFI, que é um serviço inserido no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade. Presta ações de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos.

Ressalta-se que são usuários desse serviço as famílias e indivíduos que possuem direitos violados, conseqüentemente, são aqueles que passam por ocorrência de:

- Violência física, psicológica e negligência;
- Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual;
- Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção;
- Situação de rua e mendicância;
- Abandono;
- Vivência de trabalho infantil;
- Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem-estar; entre outras.

Mediante a esse contexto e ao que está elencado na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, os atendimentos/acompanhamentos pelo CREAS têm os seguintes objetivos:

- a) Contribuir para o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva;
- b) Processar a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, conforme necessidades;
- c) Contribuir para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia dos usuários;
- d) Contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família

No âmbito da Primeira Infância, compreendida como o período dos primeiros seis anos completos de vida da criança, a atuação do CREAS é fundamental na proteção de crianças que vivenciam ou são vítimas de situações como violência física, psicológica ou sexual, negligência, abandono e outras formas de violação de direitos.

O atendimento considera as necessidades específicas da criança, sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e a importância da proteção integral, priorizando sua segurança, dignidade e bem-estar.

Nesse sentido, o CREAS contribui para a efetivação dos direitos das crianças na primeira infância por meio das seguintes ações:

- a) Atendimento e acompanhamento especializado: acolher e acompanhar famílias com crianças de zero a seis anos que vivenciam situações de violência ou outras violações de direitos, conforme as atribuições do PAEFI.
- b) Proteção contra as violências: desenvolver intervenções especializadas voltadas ao enfrentamento das violações de direitos, contribuindo para a interrupção da violência, a redução de seus impactos e a prevenção de novas ocorrências.
- c) Fortalecimento da função protetiva familiar: orientar e acompanhar as famílias, buscando fortalecer suas capacidades de cuidado e proteção, bem como favorecer relações familiares seguras e respeitadas, livres de violência.
- d) Garantia dos direitos da criança: orientar as famílias sobre seus direitos e promover os encaminhamentos necessários para o acesso aos serviços e às políticas públicas de assistência social, saúde, educação e demais áreas pertinentes.
- e) Articulação com a rede de proteção: atuar de forma integrada com o Conselho Tutelar, Ministério Público, Poder Judiciário, serviços de saúde, educação, CRAS e demais integrantes do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, respeitando as competências de cada instituição.
- f) Prevenção da reincidência das violações: realizar acompanhamento especializado e articular os encaminhamentos necessários para reduzir a possibilidade de repetição das situações de violência e ampliar a proteção da criança e de sua família.
- g) Promoção da convivência familiar e comunitária: contribuir para a preservação e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, observando o melhor interesse da criança e a necessidade de ambientes seguros para seu desenvolvimento.
- h) Participação no planejamento das políticas públicas: contribuir, a partir das informações produzidas pelo serviço e da identificação das demandas atendidas, para o planejamento de ações municipais de prevenção e enfrentamento das violações de direitos na primeira infância.

Dessa forma, o CREAS desempenha um papel estratégico na rede municipal de proteção à primeira infância, especialmente no atendimento às crianças e famílias que necessitam de acompanhamento especializado em razão de violações de direitos. Sua atuação integrada com os demais serviços e órgãos do município contribui para a proteção integral, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e a construção de condições mais seguras e dignas para o desenvolvimento infantil.

No contexto do Plano Municipal pela Primeira Infância de Tailândia-PA, o fortalecimento da atuação do CREAS e da articulação intersetorial constitui uma medida importante para assegurar a identificação, o atendimento e o acompanhamento das situações de violação de direitos, promovendo uma resposta institucional qualificada e comprometida com a garantia dos direitos das crianças.

A PRIMEIRA INFÂNCIA SEGUNDO INFORMAÇÕES DO CONSELHO TUTELAR

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define a primeira infância como os primeiros 6 anos de vida. Para o Conselho Tutelar, esta é a fase de maior vulnerabilidade, onde o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional precisa de proteção integral contra maus-tratos, negligência e violações de direitos.

O Conselho Tutelar atua como garantidor de direitos fundamentais dessa faixa etária através de ações essenciais:

1. Foco na Proteção e Prioridade Absoluta

- **Desenvolvimento Integral:** É o período de formação básica do ser humano. O Conselho atua para que a criança tenha acesso à saúde (vacinação, pré-natal materno), educação infantil e convivência familiar.
- **Prioridade de Atendimento:** Qualquer violação de direito (física ou psicológica) sofrida por menores de 6 anos exige intervenção imediata e prioritária do Conselho perante os órgãos do município.

2. Principais Demandas na Primeira Infância

- **Negligência e Abandono:** Casos de crianças deixadas sozinhas em casa ou sem a assistência básica dos pais e responsáveis.
- **Violência e Maus-Tratos:** Identificação e encaminhamento de sinais de violência física ou psicológica, que podem causar danos irreversíveis nessa fase do desenvolvimento.
- **Vulnerabilidade Social:** Falta de acesso a documentação básica (certidão de nascimento), o que impede o acesso a políticas públicas e programas sociais fundamentais para a subsistência familiar.

3. Como o Órgão Age

- **Aconselhamento:** O órgão orienta as famílias sobre os deveres do poder familiar e a importância do cuidado emocional e físico.
- **Requisição de Serviços:** O Conselho possui autoridade para requisitar diretamente serviços das redes de saúde, educação e assistência social para garantir o bem-estar da criança.

Abaixo segue descrito as demandas do Conselho Tutelar referente a abuso sexual na primeira infância no ano de 2025.

Mês de Referência	Quantidade
janeiro	0
fevereiro	0
março	3
abril	1
maio	0
junho	3
junho	0
agosto	3
setembro	3
outubro	1
novembro	0
dezembro	2
Total	16

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 de direitos 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 cranioencefálicas 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, abandono intelectual e 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.

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 da 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, asseguradores 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. Revitalização: 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) constatou 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.

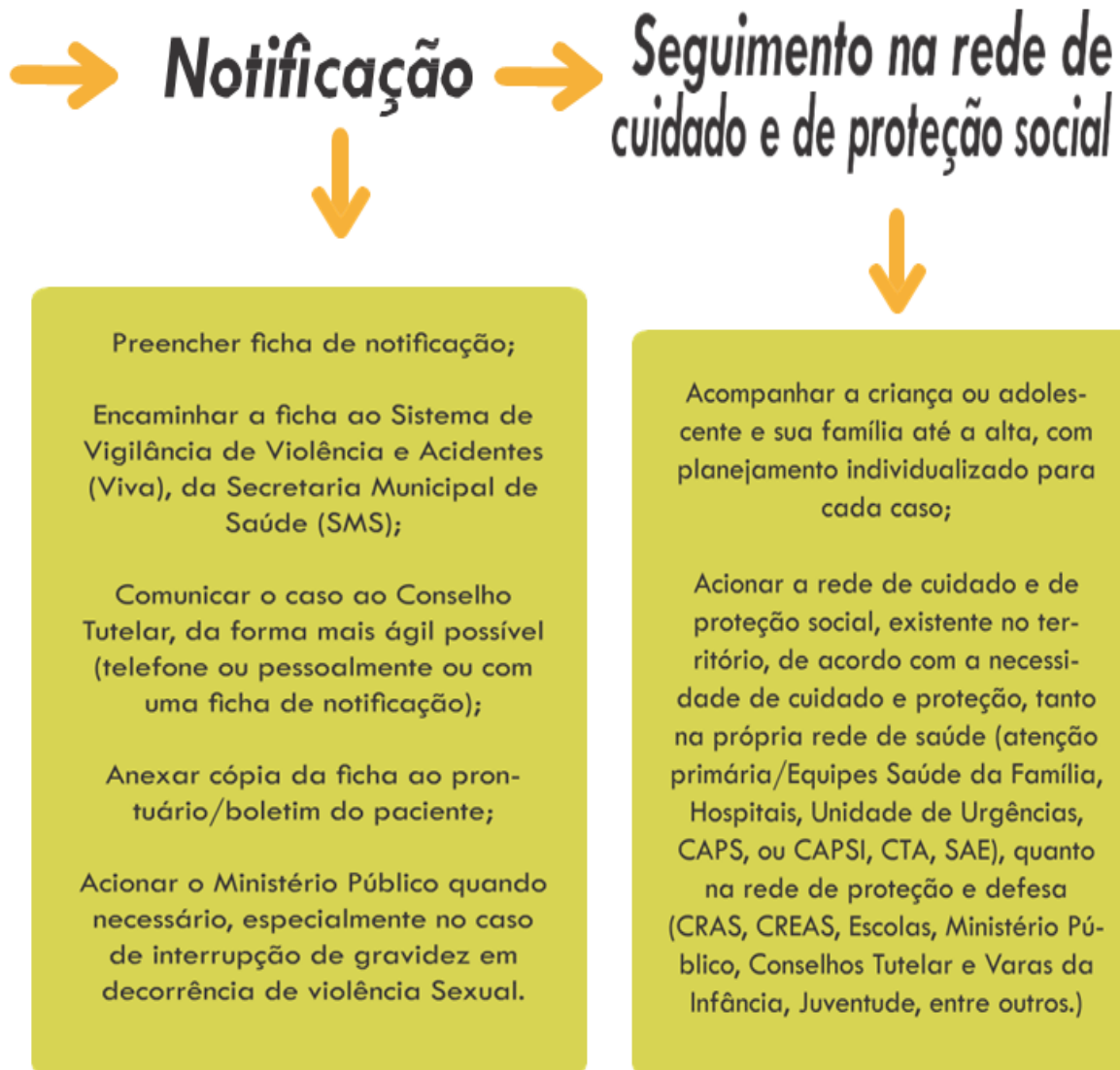
Para um registro de maior qualidade da ficha de notificação, é essencial que o profissional de saúde a preencha com o maior número de informações possíveis, ainda que na parte de observações adicionais no verso da ficha. Essa conduta permite que, ao chegar ao Departamento de Vigilância da Saúde (DEVS),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



REDE INTRASSETORIAL

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.

O Espaço Desenvolva

é o Centro Municipal de Atendimento de Neuropediatria e de Estimulação Precoce de Tailândia (PA). Ele oferece atendimento especializado em saúde para crianças e adolescentes, com foco em neurodesenvolvimento e inclusão.

Serviços Oferecidos

- Atendimento médico em neuropediatria.
- Estimulação precoce para o desenvolvimento infantil
- Equipe multidisciplinar com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.
- Oficinas e suporte de orientação para pais e responsáveis.

O local presta suporte contínuo para famílias e pacientes com condições como o espectro autista.

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.

UNIDADE DE ACOLHIMENTO MUNICIPAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SANTA MARIA

1. IDENTIFICAÇÃO

Unidade de Acolhimento Municipal Santa Maria;

Entidade mantenedora: Prefeitura Municipal de Tailândia-Pá

Grau de atendimento: Alta complexidade

CNPJ: 18.016.181/0001-00

E-mail: acolhimentosantamaria@gamil.com

Território de abrangência: Zona Urbana e Zona Rural do município de Tailândia-Pá.

***Caracterização do Serviço:** Oferecer acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes com deficiência, em situação de medida de proteção e em situação de risco pessoal, social e de abandono, cujas famílias ou responsáveis encontram-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.*

Fundação: 10/01/2010

Atendidos: Crianças/adolescentes de 0 a 18 anos incompletos

Capacidade de atendimento: 10 crianças/adolescentes de ambos os sexos

Objetivo: Acolher e garantir proteção integral à criança e adolescente em situação de risco pessoal, social e de abandono.

2. APRESENTAÇÃO

O presente relatório tem por finalidade apresentar o funcionamento da Unidade de Acolhimento Institucional Santa Maria, serviço de alta complexidade da Política de Assistência Social, destinado ao acolhimento provisório e excepcional de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nas normativas do SUAS.

3. OBJETIVO DO SERVIÇO

Garantir proteção integral, provisória e excepcional às crianças e adolescentes acolhidos, assegurando seus direitos fundamentais, convivência familiar e comunitária, bem como o acompanhamento técnico visando a reintegração familiar ou encaminhamento para família substituta, quando necessário.

Sendo assim, a Unidade de Acolhimento Santa Maria tem por finalidade fundamentar sobre a importância da implantação e manutenção do serviço de acolhimento no Município de Tailândia/PA, tendo em vista o atendimento integral de crianças e adolescentes que se

encontram em situação de rua, órfãos, abandonados ou afastados da família por determinação judicial da 2ª Vara da Infância e da Juventude Tailândia/PA.

Este espaço complementa

o trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, na área de atendimento a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social com **exceção de adolescentes em conflito com a lei e usuários de entorpecentes**, o que poderá comprometer a integridade de toda a equipe e acolhidos na instituição de acolhimento.

Contudo, a implantação do serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes no município de Tailândia, efetivou-se no dia 10 de Janeiro de 2010 com recursos municipais, tornando o serviço de acolhimento institucional, serviço municipal que integra os serviços de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), baseando-se nos pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, da Política Nacional de Assistência Social; da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, da Norma Operacional Básica do SUAS e no Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças.

Segundo o livro de Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (2009, pág. 67), "o Acolhimento Santa Maria é um serviço de acolhimento institucional que oferece acolhimento provisório para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por meio da medida protetiva de acolhimento (ECA, Art. 101), em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem/extensa ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para família substituta".

O acolhimento se propõe a atender crianças e adolescentes com variações de sexo e faixa etários, de 0 a 18 anos incompletos, que se encontra em situação de vulnerabilidade biopsicossocial.

A capacidade de acolhimento institucional para crianças e adolescentes é de 10 vagas, por isso, a instituição Santa Maria possui recursos humanos, Coordenação, Psicóloga, Assistente Social, Pedagoga, Educadoras/cuidadoras, Auxiliares de Educadoras/cuidadoras, cozinheiras e Auxiliares de vigilâncias.

Inferimos que até o presente momento a equipe técnica está realizando trabalho técnico psicossocial satisfatório visando oportunizar o processo de reintegração familiar das crianças e adolescentes acolhidos na instituição promovendo o retorno as suas respectivas famílias de

origem/extensa. Salientamos caso após serem esgotadas as possibilidades de retorno com a família de origem/extensa, as crianças/adolescentes são encaminhadas para famílias substitutas.

Vale ressaltar que a proposta aqui apresentada está em consonância com a política pública social definida pelo Município de Tailândia, fundamentada no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Lei Orgânica da Assistência Social e nas diretrizes nacionais em vigor.

4. OBJETIVOS:

Proporcionar às crianças e adolescentes uma alternativa de moradia temporária, com localização em área de residência, com aspecto semelhante a uma residência comum, não deve ser instaladas placas indicativas da natureza institucional da Unidade de Acolhimento Santa Maria, também devendo ser evitadas nomenclaturas que rementem à aspectos negativos, estigmatizando os acolhidos. O acolhimento não deve significar ainda privação do direito a convivência comunitária, a Unidade de acolhimento, em parceria com rede local, deve empreender esforços para favorecer a construção de vínculos significativos entre os acolhidos e a comunidade. Para evitar prejuízo ao convívio com a comunidade, o acolhimento não terá concentração em sua dependência equipamentos destinados à oferta de outra natureza, como, por exemplo, atendimento médico, odontológico, educação infantil ('creche'), etc. Não disponibilizará espaços de lazer geralmente não disponibilizados em residências, como quadras esportivas, etc.

Assim garantirá em caráter temporário e excepcional, além do acolhimento afetivo e emocional, respeitando suas particularidades e individualidade, o acesso às necessidades básicas de saúde, educação, lazer, alimentação, vestuário e os recursos comunitários.

4.1 Objetivos específicos:

- ✓ Acolher e garantir proteção integral à criança e adolescente em situação de risco pessoal e social e de abandono.
- ✓ Proporcionar atendimento personalizado, respeitando a individualidade de cada um;
- ✓ Reduzir a ocorrência de risco, seu agravamento ou sua reincidência, que demandaram esta modalidade de atendimento;
- ✓ Buscar restabelecer vínculos familiares e comunitários, salvo determinação judicial em contrário;
- ✓ Possibilitar a convivência comunitária;
- ✓ Construir o Plano Individual de Atendimento – PIA em conjunto (família, criança e/ou adolescente);

- ✓ Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e as demais políticas públicas para garantir o desenvolvimento integral da criança, adolescente e de sua família;
- ✓ Favorecer o surgimento e desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que as crianças e adolescentes façam escolhas com autonomia;
- ✓ Promover o acesso a ensino regular e profissionalizante, a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades da criança e adolescente;
- ✓ Contribuir para a colocação em família substituta, sempre que houver a impossibilidade do restabelecimento e/ou a preservação de vínculos com a família de origem/extensa;
- ✓ Desenvolver com os adolescentes condições para a independência e o autocuidado.

5. ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO:

5.1. **Atuação Técnica:** O trabalho técnico psicossocial é desenvolvido da seguinte maneira:

- ✓ Atendimentos psicossociais individuais e em grupo (com família de origem, família extensa, família substituta e educador (a) social);
- ✓ Atendimentos psicológicos individuais e com a família de origem, família extensa, substituta e educadoras sociais;
- ✓ Visitas domiciliares às famílias dos acolhidos;
- ✓ Visitas institucionais aos programas sociais e/ou serviços às quais os acolhidos possam estar inseridos;
- ✓ Articulação Intersetorial com a rede de serviços de atendimento do município (educacional, saúde, etc.);
- ✓ Elaboração periódica de relatórios sobre o acompanhamento psicossocial (Relatórios trimestrais);
- ✓ Inserção de crianças e adolescentes em atividades socioeducativas (programas sociais do município);
- ✓ Reuniões com os profissionais do Acolhimento Santa Maria;
- ✓ Contatos com a Vara da Infância e Juventude e Promotoria Pública;
- ✓ Inserir os acolhidos no Portuário SUAS;
- ✓ A equipe técnica do acolhimento deverá organizar prontuários individuais com registros sistemáticos que incluam: historico de vida, motivo do acolhimento, data do acolhiemnto e desligamento, documentação pessoal, informação sobre o desenvolvimento (físico, psicológico e intelactual), condições de saúde, informação sobre a vida escolar, etc;

✓ Nos registros devem conter, informações sobre a família de origem, o trabalho desenvolvido com visitas à reintegração familiar (visitas, encaminhamentos, acompanhamento em grupo, encontros da família com a criança ou adolescente, preparação para a reintegração, etc).

6. PROCESSO DE ACOLHIMENTO:

Os primeiros momentos na instituição configuram um momento difícil para a criança ou adolescente, pois se depara com um novo ambiente, com pessoas desconhecidas e situações distintas das vividas em sua casa. As manifestações nesse momento são diversas, como: chorar, desesperar-se, ficar apático, não ter reação, falar sem parar, falar de suas histórias, comer excessivamente, perder o apetite, insônia, dentre outras.

O profissional que recebe a criança ou adolescente deverá dispor de atenção especial com a escuta, o respeito, sem nenhum tipo de intolerância ou discriminação econômica, social e pessoal. Ver a criança e o adolescente como pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, mas que será atendida em um programa de garantia de direitos. Quando os educadores constroem relação de respeito e compromisso com as crianças e adolescentes começam a consolidar o acolhimento como espaço de proteção, acolhimento e resgate de vínculos.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. (Leonardo Boff)

Apresentamos os dados estatísticos referentes ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional no período de 2023 a 2026.

Os dados foram coletados a partir dos registros institucionais da Unidade de Acolhimento Santa Maria, incluindo prontuários, relatórios técnicos e sistemas de informação utilizados pelo serviço.

1. DADOS ESTATÍSTICOS

ANO: 2023

Total de acolhimentos realizados: 14 (quatorze). Destes, 10 (dez) foram desacolhidos no próprio ano de 2023, e 04 (quatro) tiveram desacolhimento efetivado no ano de 2024.

ANO: 2024

Total de acolhimentos realizados: 12 (doze), sendo todos desacolhidos no mesmo ano.

ANO: 2025

Total de acolhimentos realizados: 02 (dois), ambos com desacolhimento efetivado. Ressalta-se que a unidade permaneceu por um período de 292 (duzentos e noventa e dois) dias sem acolhidos, até o início de janeiro de 2026.

ANO ATUAL: 2026

Até a presente data, foram registrados 06 (seis) acolhimentos, sendo 05 (cinco) já desacolhidos. Atualmente, 01 (um) acolhido permanece na unidade, em processo de possível reintegração familiar, aguardando decisão do Poder Judiciário. Destaca-se ainda que, no período de fevereiro a abril de 2026, a unidade permaneceu sem acolhidos.

Art. 90. Parágrafo 3º, inciso III do ECA diz que: em se tratando de programas de acolhimento institucional ou familiar, serão considerados os índices de sucesso na reintegração familiar ou de adaptação à família substituta, conforme o caso. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009).

O período de 2023 a 2026, observa-se uma redução progressiva no número de acolhimentos institucionais ao longo dos anos. Tal cenário pode indicar o fortalecimento das políticas públicas voltadas à convivência familiar e comunitária, bem como a maior efetividade das ações preventivas e de acompanhamento familiar desenvolvidas pela rede de proteção.

Além disso, evidencia-se a agilidade nos processos de desacolhimento, com predominância de reintegrações ocorrendo no mesmo ano de ingresso, o que reforça o caráter excepcional e provisório da medida de acolhimento institucional, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Ressalta-se também os períodos em que a unidade permaneceu sem acolhidos, fato que pode estar relacionado à redução das situações de risco que demandem a aplicação da medida ou ao fortalecimento de estratégias de atendimento pela rede.

A Unidade de Acolhimento Institucional desempenha papel fundamental na proteção de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, garantindo acolhimento digno e acompanhamento técnico qualificado. Ressalta-se a importância do fortalecimento da rede de proteção e investimentos contínuos para aprimoramento do serviço.

PROGRAMA CRIANÇA FELIZ E OUTRAS AÇÕES VOLTADAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA.

Com a promulgação da Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016, conhecida como o Marco Legal da Primeira Infância, momento que a lei coloca a criança em prioridade para o desenvolvimento de programas, para a formação dos profissionais e a para a formulação de políticas públicas. Surge no SUAS, o Programa Criança Feliz - Primeira Infância no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O programa é constituído por meio de dois pilares fundamentais a intersetorialidade e as visitas domiciliares que compreendem as principais ações do Programa. O Programa potencializa as atenções já desenvolvidas pela política de Assistência Social às gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias e traz novos elementos para fortalecer o enfrentamento da pobreza para além da questão da renda e para reduzir desigualdades. Avança nas estratégias de apoio à família

e de estímulo ao desenvolvimento infantil, elegendo os vínculos familiares e comunitários e o brincar como elementos fundamentais para o trabalho com famílias com gestantes e crianças na primeira infância.

No município de Tailândia a Prefeitura através da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SEMADS) e o Programa Criança Feliz realiza em agosto o mês da Primeira Infância, onde são realizadas diversas atividades dentre elas a realização de palestras nas escolas do município, blitz educativas, entrevistas em rádio.

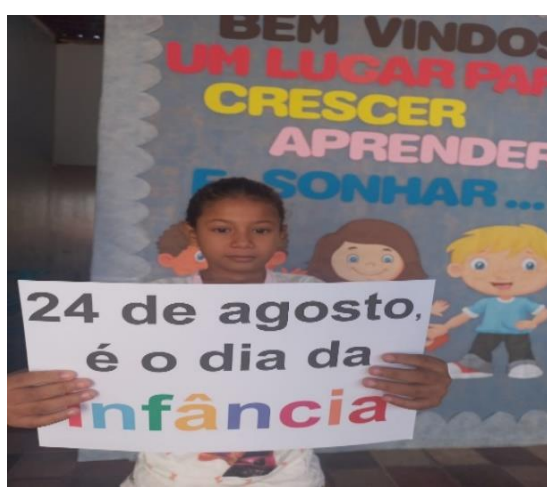
O Programa Criança Feliz acompanhou nos anos de 2018 a 2023

Pessoas visitadas	Famílias visitadas	Visitas realizadas	Gestantes	Crianças de 0 a 36 meses	Crianças de 37 a 72 meses
1.049	926	39.265	43	1.015	06

Dados das famílias acompanhadas pelo Programa Criança Feliz nos anos 2024 a 2025

Pessoas visitadas	Famílias visitadas	Visitas realizadas	Gestantes	Crianças de 0 a 36 meses	Crianças de 37 a 72 meses
481	432	18779	18	454	09

Mês da Primeira Infância



Visitas domiciliares do PCF.



No período de 2024 e 2025, foram acompanhadas gestantes pelo Programa Criança Feliz com objetivo de garantir gestação saudável e desenvolvimento do bebê, destacando a importância da formação da criança no útero através de cuidados pré-natais e vínculo mãe-bebê. As gestantes participaram de reuniões e visitas domiciliares com a técnica do Criança Feliz, técnico da saúde e equipe do PAIF, com orientações sobre desenvolvimento fetal, pré-natal, aleitamento materno e estimulação precoce.

- Quantitativo de gestantes acompanhadas pelo PCF no ano 2024/2025

Ano de Referência	Quantidade
2024	08
2025	10
Total	18

- Gestantes atendidas com auxílio natalidade nos anos de 2024 e 2025 através do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS.

Ano de Referência	Quantidade
2024	197
2025	212
Total	409



CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A PRIMEIRA INFÂNCIA.

O CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) é a principal porta de entrada da assistência social e atua como pilar fundamental na garantia de direitos da primeira infância (faixa etária de 0 a 6 anos). Ele prioriza famílias vulneráveis para assegurar o desenvolvimento integral, a saúde e a proteção das crianças.

- **CadÚnico:** Realizar ou atualizar o Cadastro Único (para acesso aos programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família).
- **Benefícios:** Informações e atendimentos sobre o BPC e benefícios eventuais.
- **Acolhimento:** Atendimento de assistentes sociais e psicólogos.
- **Fortalecimento de Vínculos:** Participar de grupos de convivência e oficinas para crianças, jovens, adultos e idosos.

O CRAS oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. É ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias que é realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI), possuindo um caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades dos usuários, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. É ofertado de modo a garantir as seguranças de acolhida e de convívio familiar e comunitário, além de estimular o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Ocorre através de grupos de acordo a faixa etárias.

Quantitativo de crianças atendidos de 0 a 06 anos

Grupos	Total	Masculino	Feminino
Mundo dos sonhos	17	12	05
Plantando cidadania	08	06	02
De olho no futuro	08	05	03
Totalizando	33	23	10

Visando o desenvolvimento integral e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários foram desenvolvidas oficinas lúdicas como pinturas, desenhos, massinhas e colagem, rodas de conversas com temas relacionados a meio ambiente higiene pessoal, dia internacional da mulher, maio laranja sobre enfrentamento ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes e outros que são desenvolvidos de acordo com o planejamento anual.

Como funciona e principais objetivos

- **Prevenção:** Evita que os participantes fiquem expostos a situações de risco social, como violência ou isolamento.
- **Atividades em grupo:** Oferece oficinas de artes, cultura, esporte, lazer e discussões sobre cidadania e direitos.
- **Fortalecimento de vínculos:** Estimula a convivência familiar e comunitária, além do desenvolvimento de habilidades e protagonismo.

Quem tem prioridade

Embora seja aberto ao público conforme a capacidade de atendimento, o serviço prioriza pessoas em situação de vulnerabilidade, como:

- Crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil ou acolhimento;
- Pessoas com deficiência;
- Beneficiários de programas de transferência de renda (como o Bolsa Família);

Como participar

Para ingressar no SCFV, basta que o cidadão vá até o **CRAS** do município portando um documento de identidade e o comprovante de residência para realizar a inscrição no Cadastro Único (CadÚnico) e solicitar a inclusão no grupo correspondente à sua faixa etária.

Segue abaixo fotos de algumas atividades realizadas nos SCFV's Mundo dos Sonhos, Plantando Cidadania e de Olho para o Futuro:





SAÚDE

Estrutura do Sistema de Saúde Municipal

A gestão do sistema de saúde do município de Tailândia é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), que possui uma estrutura organizacional ampla e diversificada, destinada a garantir o planejamento, a coordenação e a execução das ações e serviços de saúde em todo o território municipal. A SEMSA é composta por instâncias administrativas, técnicas e operacionais que atuam de forma integrada para assegurar a efetividade da Política Municipal de Saúde.

A estrutura central da Secretaria compreende o Gabinete do Secretário e o Núcleo de Desenvolvimento Institucional, responsáveis pela coordenação estratégica, articulação intersetorial, apoio administrativo e definição das diretrizes gerais de gestão. A SEMSA conta ainda com departamentos especializados que abrangem áreas essenciais do sistema de saúde: Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Administração; e Finanças. Esses departamentos incluem setores de regulação, controle, avaliação e auditoria, além de coordenações específicas voltadas para o monitoramento e o aperfeiçoamento contínuo das ações de saúde.

A rede municipal de serviços dispõe de diferentes unidades de atendimento, entre as quais se destacam a Unidade Hospitalar com serviço de Urgência e Emergência, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que constituem a principal porta de entrada do CTA no sistema. Essas unidades oferecem serviços de atenção primária, atendimentos ambulatoriais

especializados e cuidados de emergência, compondo uma rede assistencial organizada para atender às necessidades da população.

O componente de Vigilância em Saúde é estruturado por meio de coordenações específicas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador, que desempenham funções fundamentais para a prevenção e o controle de doenças e agravos, acompanhamento de riscos ambientais, fiscalização sanitária e proteção da saúde no ambiente laboral. Complementam essa estrutura o Centro de Regulação, a Ouvidoria do SUS municipal, a coordenação de Urgência e Emergência e a área de Sistemas de Informação em Saúde, responsáveis pela ordenação do acesso, monitoramento de indicadores, acolhimento às demandas da população e qualificação da tomada de decisões.

A SEMSA também dispõe de infraestrutura de apoio essencial ao funcionamento da rede, como o Laboratório Municipal de Análises Clínicas, o setor de Apoio Logístico e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que inclui atendimento terrestre e

suporte aero médico com unidade de terapia intensiva. Essa organização integrada permite ao município ofertar serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, fortalecendo a resolutividade da rede e ampliando o acesso da população.

Unidades de Saúde e Serviços Prestados

O **Hospital Geral de Tailândia (HGT)**, administrado por organização social desde 2013, é referência em média complexidade, operando com plantão médico 24 horas, com equipes de clínicos gerais, cirurgiões, pediatras, anestesistas, ortopedistas e radiologistas. O hospital oferece atendimentos nas especialidades de pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, além de realizar exames como análises clínicas, raio-X, mamografia, endoscopia, eletrocardiograma e ultrassonografia.

Em 2024, o HGT passou por uma ampliação importante, recebendo 61 camas elétricas e inaugurando um **Centro de Hemodiálise** equipado com 20 cadeiras (18 para pacientes regulares e 2 exclusivas para hepatite B), com capacidade de atendimento de até 120 pacientes por mês, reduzindo deslocamentos para municípios vizinhos.

O município foi contemplado também com uma **ambulância UTI móvel** em 2022, fortalecendo o transporte de pacientes graves com suporte intensivo.

No âmbito da Atenção Básica, o município tem investido na melhoria da infraestrutura das UBS, incluindo unidades localizadas no **Distrito Palmares** e o **Centro de Saúde Ignácio Koury Gabriel**, que passou a operar com quatro equipes de Saúde da Família e equipe multiprofissional (e-Multi).

Ações Itinerantes e Vacinação em Zonas Rurais

A **Carreta da Saúde**, em funcionamento desde 2017, é uma estratégia itinerante de expansão da atenção primária, levando consultas, atendimento odontológico, exames e imunizações para áreas rurais e bairros mais distantes.

Somente em 2022, a Carreta atendeu **mais de 140 localidades**, aplicou **mais de 8.000 vacinas** (Covid-19, Influenza e demais imunizantes de rotina), com funcionamento inclusive aos finais de semana, garantindo acesso à população que enfrenta dificuldades de deslocamento até a zona urbana.

Gestão, Controle Social e Indicadores de Qualidade

O município realiza, a cada dois anos, a **Conferência Municipal de Saúde**, reunindo o Conselho Municipal de Saúde, gestores e a comunidade para discutir temas como transparência, financiamento e participação social no SUS.

Quanto ao desempenho no **Programa Previne Brasil**, Tailândia ocupa a **32ª posição**

no estado do Pará, resultado superior ao ano anterior (52ª posição em 2024). Entra o novo cofinanciamento federal da APS substituindo o antigo modelo Previne Brasil portaria GM-MS Nº 3.493 que decorre do fortalecimento das ações de vigilância, ampliação do pré-natal, acompanhamento

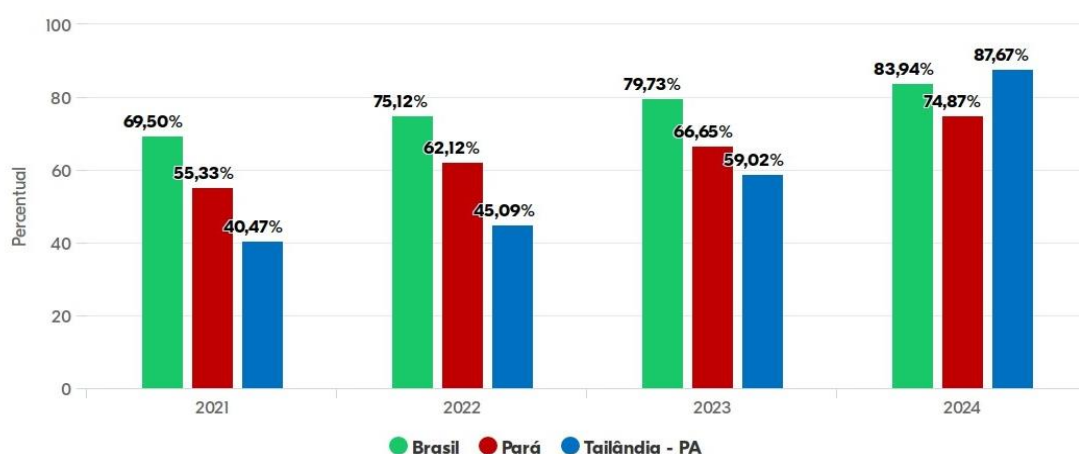
de doenças crônicas e aumento da cobertura vacinal.

Desde 2023, Tailândia aderiu ao **Novo PAC (Programa de Aceleração do Crescimento)** na área da saúde, que prevê investimentos para a construção de um **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** e novas UBS nos bairros Jardim Primavera, Bairro Novo e Vila Bom Jesus.

A mortalidade infantil, estimada em 18,17 óbitos por mil nascidos vivos em 2023, permanece elevada, refletindo vulnerabilidades no cuidado materno-infantil e no acesso aos serviços essenciais de saúde.

COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mostra a evolução da população cadastrada pelas equipes de atenção primária e de saúde da família. Este indicador é crucial, porque as equipes podem colaborar em várias políticas públicas ao mesmo tempo: alerta para risco de violência contra crianças, incentivo à matrícula na creche e aleitamento materno, cuidados contra obesidade, etc.



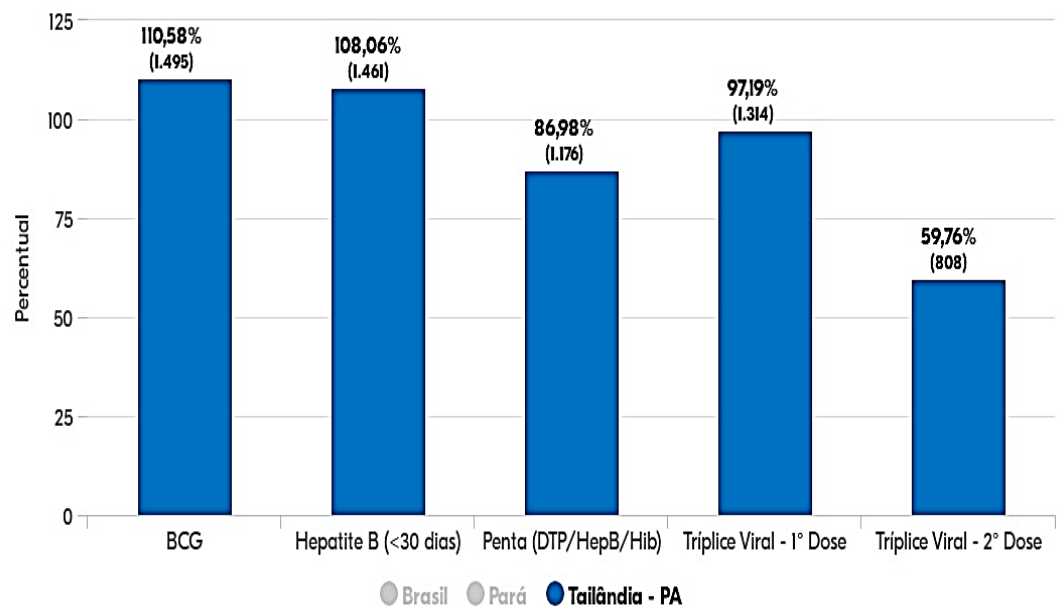
Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2022)

Nota Técnica: Dados obtidos através da tabela 9606 (População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a idade) divulgada pelo Censo Demográfico 2022 do IBGE. Foram somados os dados das faixas etárias: “0 a 4 anos”, “5 anos” e “6 anos”.

COBERTURA VACINAL INFANTIL

A vacinação é essencial para a manutenção da saúde do ser humano, desde o nascimento. Uma conquista científica que passou a ser fundamental para o avanço na prevenção, controle, eliminação e erradicação das doenças preveníveis. Apresentamos o indicador de cobertura vacinal e o número de crianças vacinadas para 5 das vacinas infantis do calendário nacional de vacinação. A BCG e a Hepatite B (< 30 dias) são indicadas ao nascer. A Penta

(DTP/HepB/Hib) para crianças menores de 1 ano e a tríplice viral para crianças de 1 ano de idade.

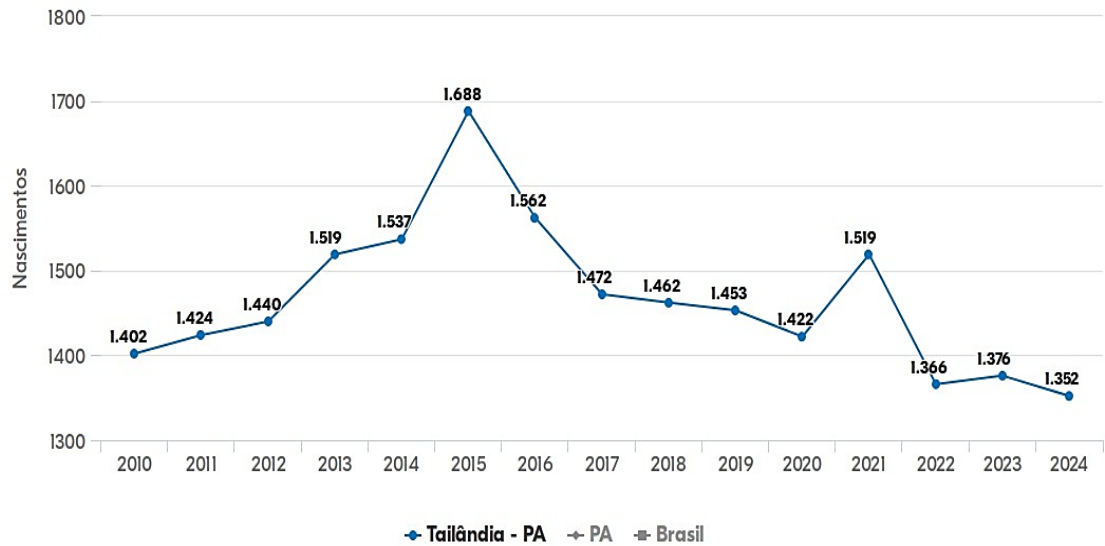


Fonte: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) (2024).

Nota Técnica: Os dados de vacinação foram obtidos através do Painel de Cobertura Vacinal do Ministério da Saúde por local de residência do cidadão. A cobertura vacinal corresponde ao percentual de crianças vacinadas sobre o número de nascidos vivos do ano corrente. Os dados foram obtidos em 19/06/2026 referentes ao ano de 2024. Alguns percentuais de cobertura podem ser maiores que 100%. Isso ocorre por existirem município onde as unidades de saúde atendem pessoas de municípios vizinhos. Erros nos cadastros de endereço dos cidadãos e desatualização do número de nascidos vivos da cidade também podem ocasionar diferenças.

NASCIDOS VIVOS

O total de nascidos vivos corresponde ao registro de nascimentos por filtro de município de residência da mãe. Este indicador é fundamental como denominador nas análises dos dados de nascimentos, gestantes, vacinas em crianças até um ano de idade, taxa de mortalidade infantil e análise de óbitos, dentre outros relacionados à saúde da gestação e ao puerpério.

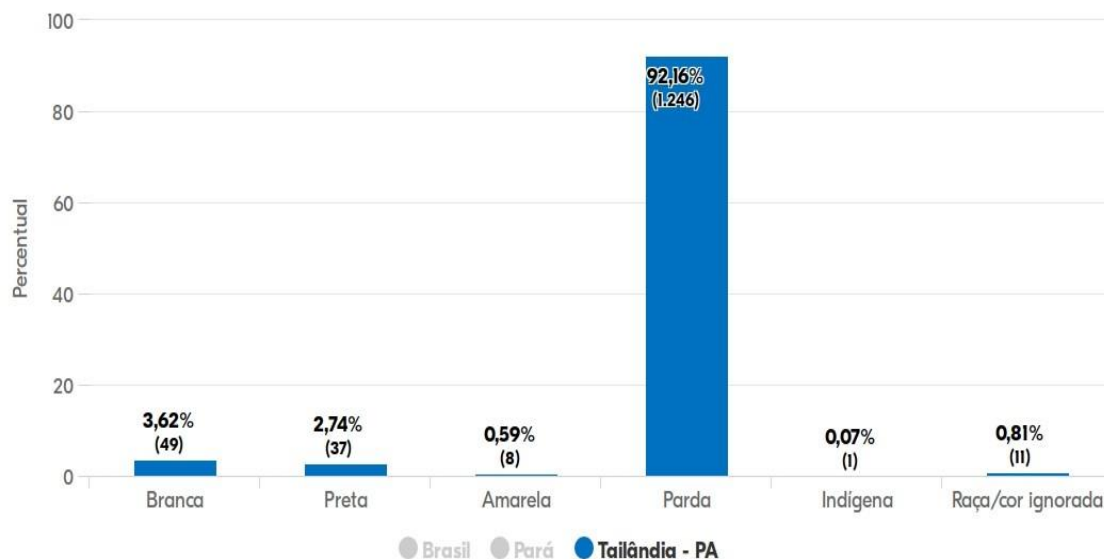


Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2010-2024)

Nota Técnica: Registro de Nascidos vivos por residência da mãe conforme organizado por MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINAC.

NASCIDOS VIVOS - POR RAÇA/COR

Apresenta o percentual de nascidos vivos por raça/cor.

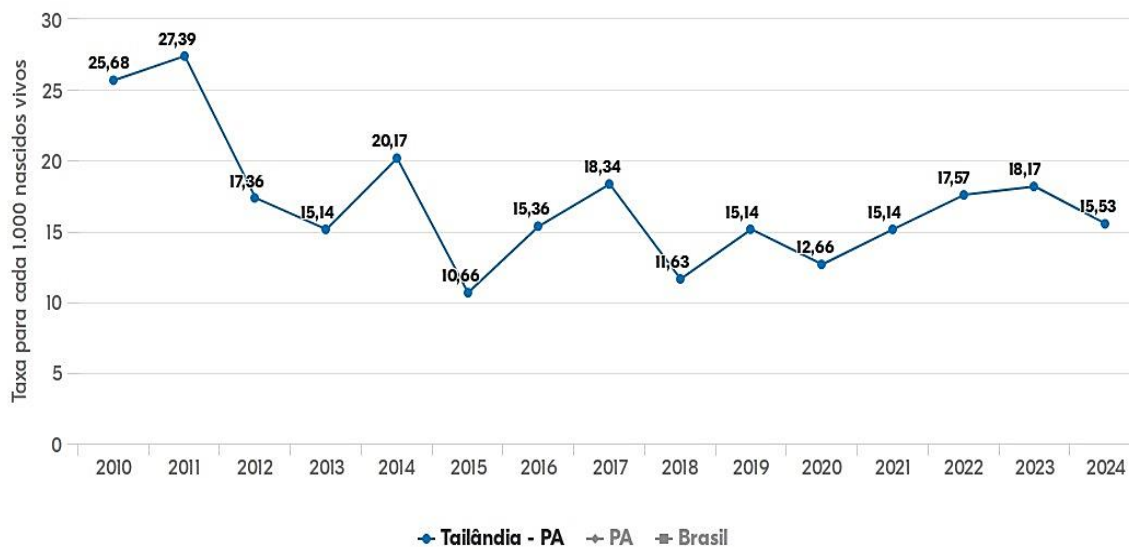


Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2024)

Nota Técnica: Registro de Nascidos vivos por residência da mãe conforme organizado por MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINAC.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Considera criança até 1 ano de idade. A taxa de mortalidade infantil é calculada com base em dados de nascidos vivos e de mortalidade do Ministério da Saúde. Ela representa a taxa de criança nascidas vivas que morreram com de um ano de idade para cada mil crianças nascidas vivas.

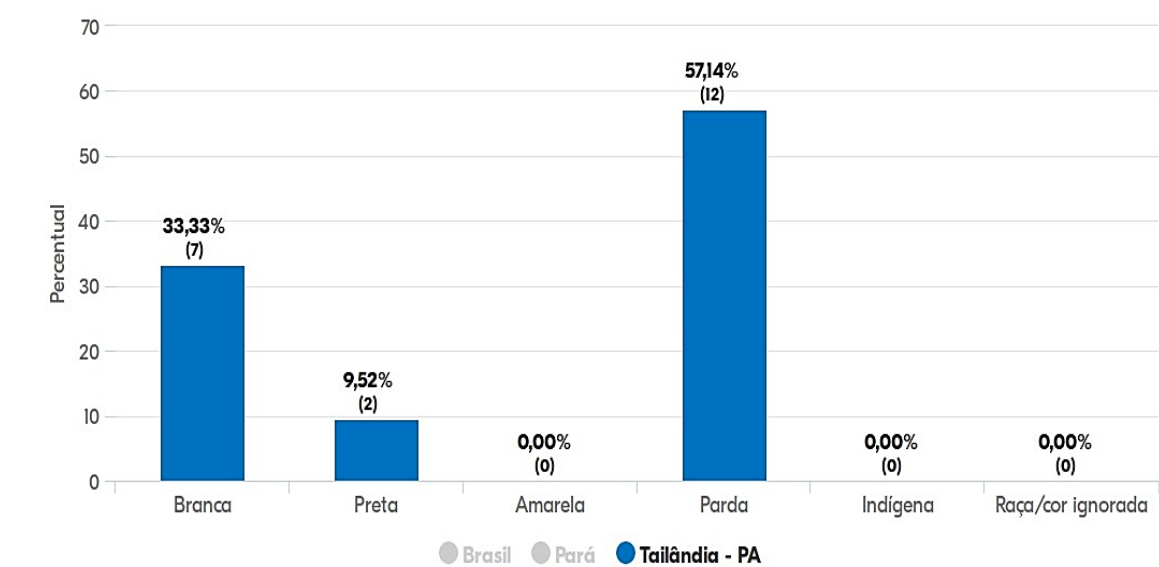


Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2010-2024)

Nota Técnica: A taxa é obtida através do cálculo de total de óbitos infantis até um ano de idade (DATASUS MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINAC).

MORTALIDADE INFANTIL - POR RAÇA/COR

Considera criança até 1 ano de idade. A mortalidade infantil são crianças nascidas vivas que morreram com menos de um ano de idade. Nesta visualização é apresentado o recorte destes óbitos por raça/cor.

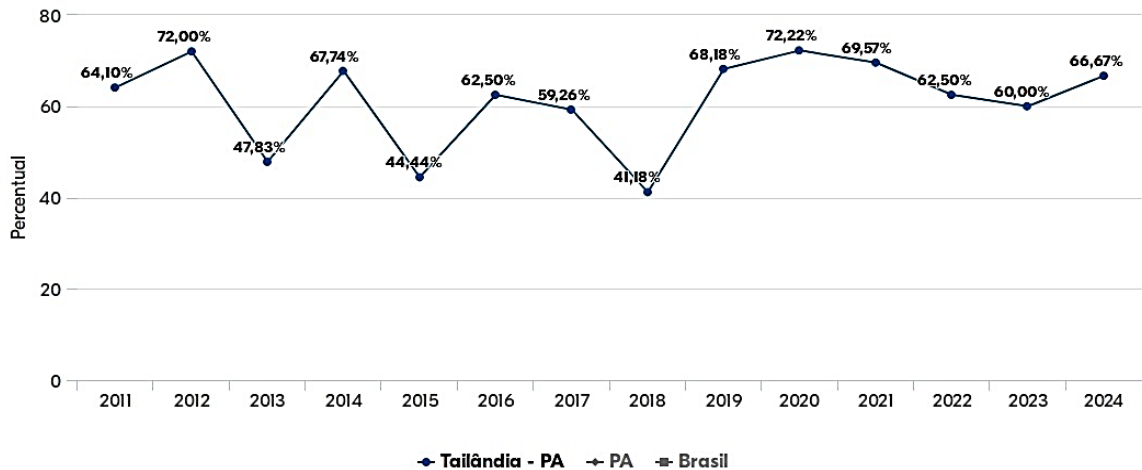


Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2024)

Nota Técnica: Total de óbitos infantis até um ano de idade pelo local de residência por raça/cor.

PERCENTUAL DE MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS

Considera crianças até 1 ano de idade. Com base em dados do Sistema único de Saúde (SUS), este indicador aponta a proporção de mortes que poderiam ser evitadas em âmbitos municipal, estadual ou federal com ações mais eficientes de assistência a gestantes e recém-nascidos, melhores condições de parto, diagnósticos e tratamentos mais precisos ou ações de promoção à saúde.



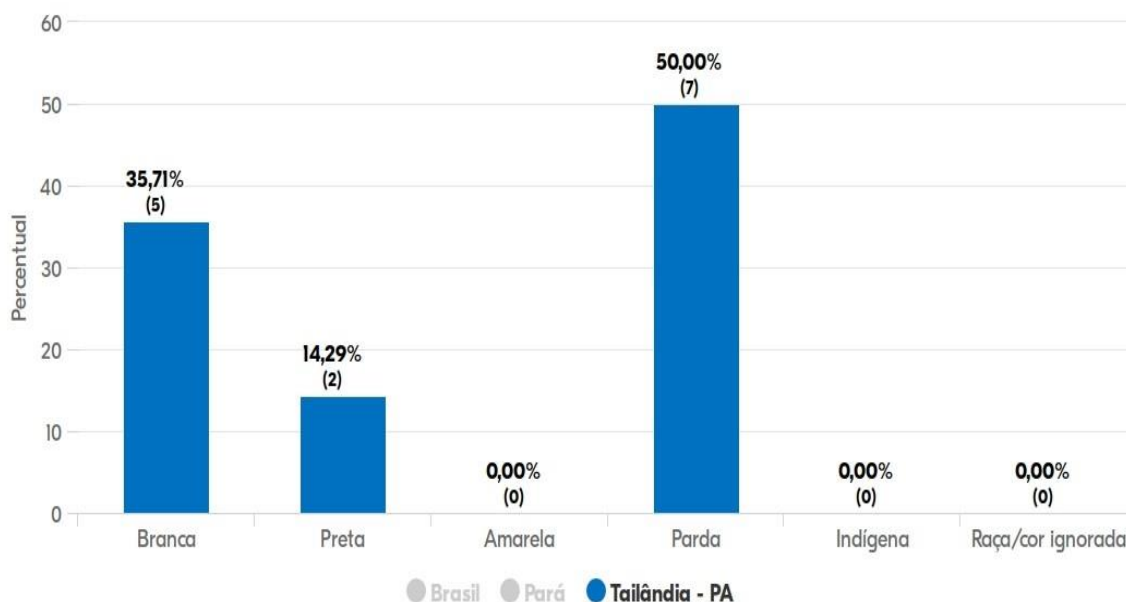
Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2011 - 2024)

Nota Técnica: O percentual é calculado com o total de óbitos infantis (até 1 ano) por causas evitais sobre o total de óbitos infantis. São considerados óbitos classificados como causas evitais as categorias: 1.1. reduzíveis pelas ações de imunizações; 1. 2.1. Reduzíveis atenções à mulher na gestação; 1.2.2. reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; 1.2.3. Reduzíveis adequadas atenções ao recém-nascido; 1.3.

Reduzíveis ações diagnósticas e tratamento adequado; 1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde. Faixa etária: Filtro ativado de até 1 ano de idade.

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS – POR RAÇA/COR

Considera crianças até 1 ano de idade. Total e percentual de mortes que poderiam ser evitadas por raça/cor.

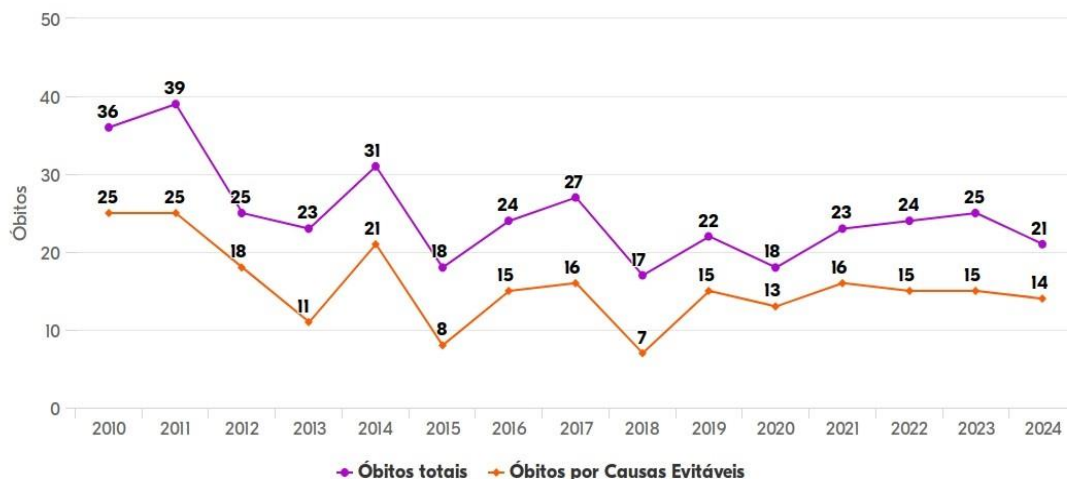


Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2024)

Nota Técnica: Total de óbitos infantis por causas evitáveis (até 1 ano) por local de residência. São considerados óbitos classificados como causa evitáveis as categorias: 1.1. Reduzíveis pelas ações de imunização; 1.2.1. Reduzíveis atenção à mulher na gestação; 1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; 1.2.3. Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascidos; 1.3. Reduzíveis ações diagnósticos e tratamento adequado; 1.4. reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde. faixa etária: Filtro ativado de ate 1 ano de idade.

COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL TOTAL E POR CAUSAS EVITÁVEIS

Considera crianças até 1 ano de idade. Relação entre mortes que poderiam ser evitadas e o total de mortes no município, estado ou no país. Normalmente, quanto mais perto as duas curvas estão, menor o nível de desenvolvimento da região. Fortalecer a atenção básica, buscar as diretrizes do Ministério da Saúde e trabalhar na articulação regional em prol da redução de mortes infantis podem ter impactos positivos nesse indicador.



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2010 - 2024)

Nota Técnica: Total de óbitos infantis e total de óbitos infantis por causas evitáveis (até 1 ano). São considerados óbitos classificados obtidos classificados como causas evitáveis as categorias: 1.1. Reduzíveis pelas ações de imunização; 1.2.1. Reduzíveis atenções à mulher na gestação; 1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; 1.2.3. Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido; 1.3. Reduzíveis ações diagnóstico e tratamento adequado; 1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde. Faixa etária: Filtro ativado de até 1 ano de idade.

PERCENTUAL DE PARTOS DE MÃES ADOLESCENTES (ATÉ 19 ANOS)

Este indicador apresenta em gráficos a curva do percentual de mães adolescentes do município.



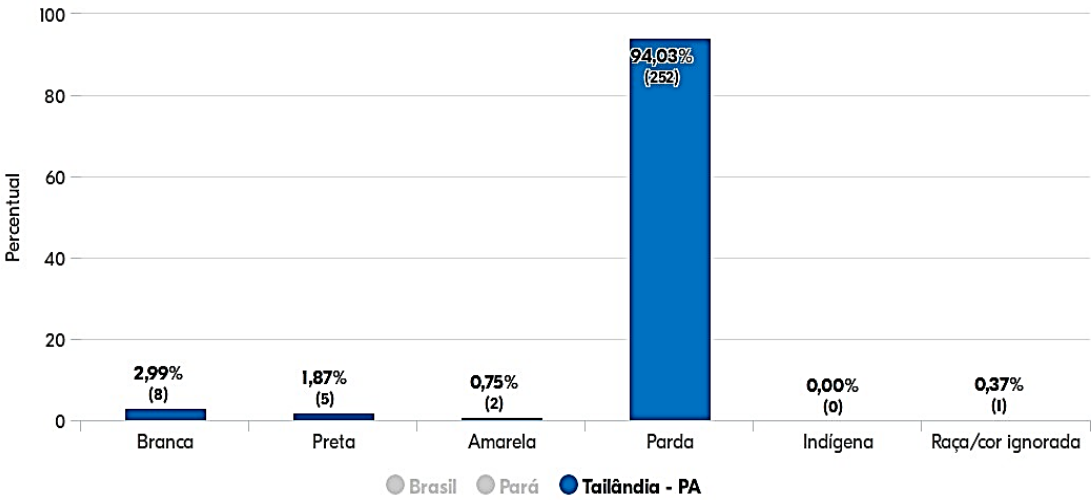
Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2010 - 2024)

Nota Técnica: Razão do total de partos de mães com até 19 anos sobre o total de nascidos vivos. Dados referentes ao nascimento por local de residência da mãe – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC Filtro ativo: “Idade da mãe” com as opções “menor de 10 anos”, “10 a 14 anos” e “15 a 19 anos”.

PARTOS DE MÃES ADOLESCENTES POR RAÇA/COR

Quanto maior a concentração de mães adolescentes (até 19 anos) entre as cores/raças identificadas como as mais vulneráveis no estado ou município, maior a necessidade de ações

públicas voltadas para essas populações específicas com vistas a romper com a perpetuação das desigualdades.

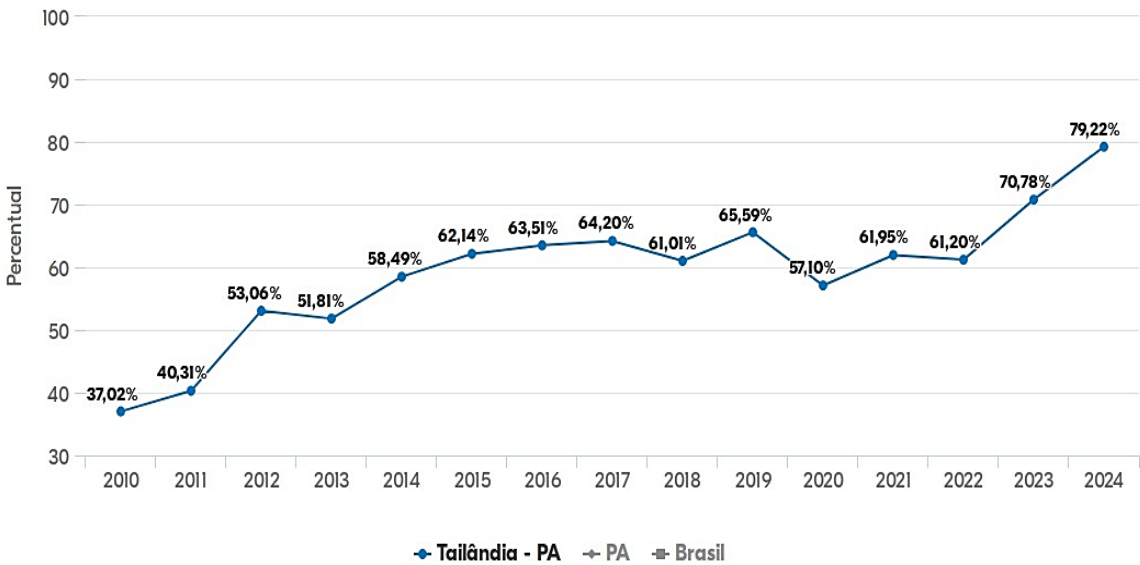


Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2024)

Nota Técnica: Dados referentes ao nascimento por local de residência da mãe - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
Filtro ativo: "Idade da mãe" com as opções "Menor de 10 anos", "10 a 14 anos" e "15 a 19 anos". Coluna ativa: "Cor/raça".

PERCENTUAL DE GESTANTES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

O aumento das consultas de pré-natal está diretamente relacionado à diminuição da mortalidade infantil e da mortalidade materna. Daí a importância de que as gestantes do estado ou município 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. Para além do número de consultas, é crucial que o atendimento seja de qualidade, dando acesso aos exames necessários e a detecção precoce de riscos.

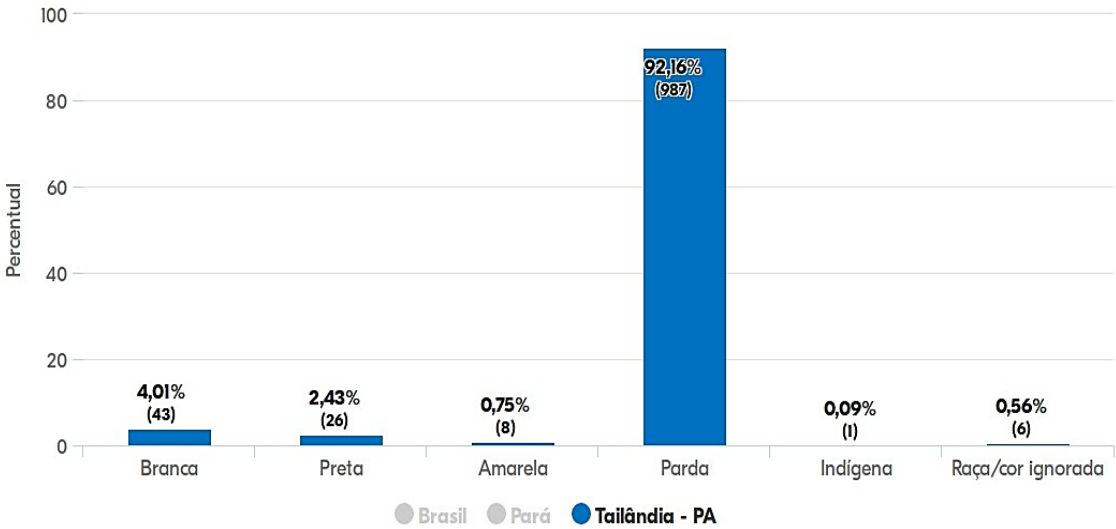


Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2010 - 2024)

Nota Técnica: Razão entre o total de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal sobre o total de nascidos vivos de acordo com o local de residência da mãe. Filtro ativo: "Consult pré-natal" com valor "7 ou mais consultas".

PERCENTUAL DE GESTANTES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL POR RAÇA/COR.

Quanto menor a concentração de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal entre as cores/raças identificadas como as mais vulneráveis, maior a necessidade de ações voltadas para essas populações com vistas a romper com a perpetuação das desigualdades.

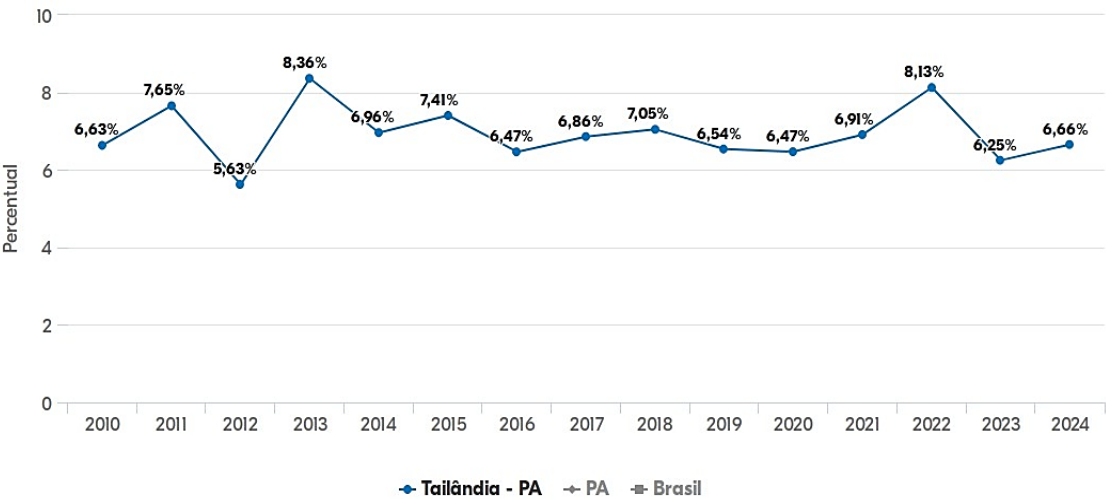


Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2024)

Nota Técnica: Razão entre o total de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal sobre o total de nascidos vivos de acordo com o local de residência da mãe. Filtro ativo: "Consult pré-natal" com valor "7 ou mais consultas". Coluna ativa: "Cor/raça".

PERCENTUAL DE NASCIMENTOS REGISTRADOS COMO BAIXO PESO

Este é um indicador de quantas crianças já partem em defasagem no seu processo de desenvolvimento. Pode refletir comprometimento nutricional da mãe e falhas na assistência durante o pré-natal. A prematuridade e as cesarianas também são um importante vetor do baixo peso ao nascer. Investir no fortalecimento da atenção básica, na detecção precoce de fatores de risco e acompanhamento nutricional são medidas que podem contribuir para melhorar esse indicador. 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.

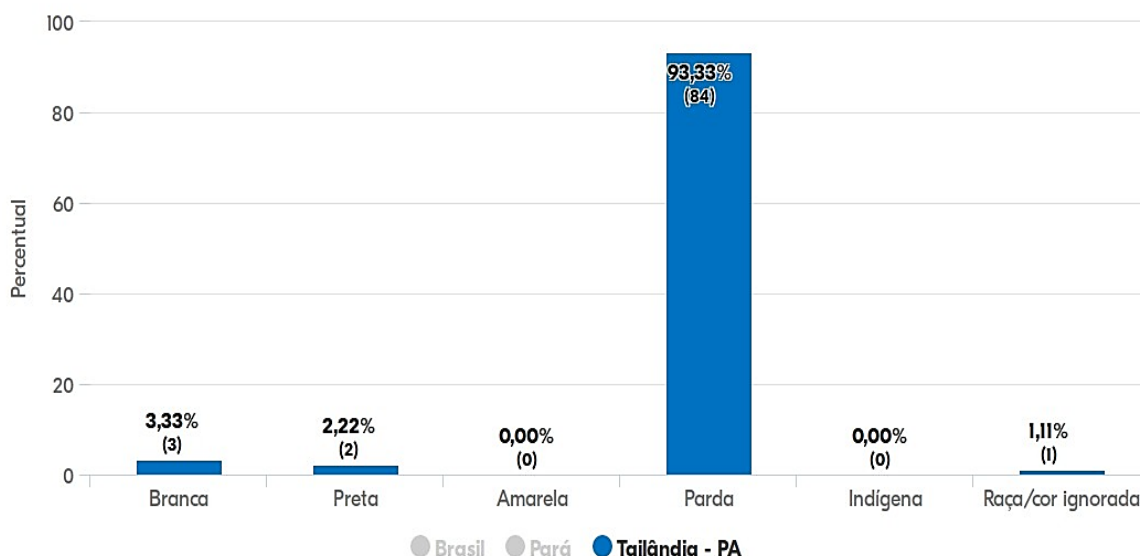


Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2010 - 2024)

Nota Técnica: Razão entre o total de nascimentos registrados como de baixo peso (menor que 2.500 gramas) sobre o total de nascidos vivos. O baixo peso ao nascer, conforme a Organização Mundial de Saúde, é caracterizado como peso até 2.500 gramas. Filtro ativo: "Peso ao nascer" com a soma dos grupos "Menos de 500g", "500 a 999g", "1000 a 1499g" e "1500 a 2499g".

NASCIMENTOS REGISTRADOS COMO BAIXO PESO - POR RAÇA/COR

Este é um indicador de quantas crianças já partem em defasagem no seu processo de desenvolvimento. Pode refletir comprometimento nutricional da mãe e falhas na assistência durante o pré-natal. A prematuridade e as cesarianas também são um importante vetor do baixo peso ao nascer. Este recorte, contendo o número e o percentual de nascimentos de baixo peso para cada raça/cor, favorece a análise da desigualdade racial desde o nível municipal até o nacional.

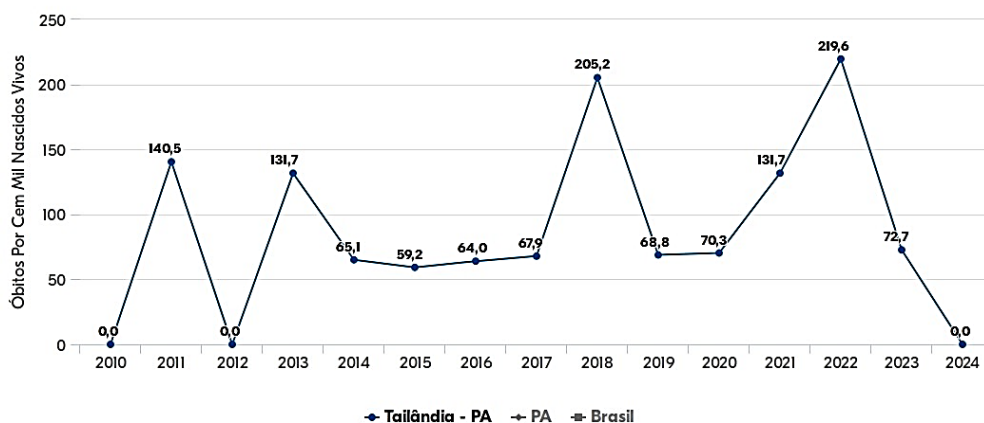


Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2024)

Nota Técnica: O baixo peso ao nascer, conforme a Organização Mundial de Saúde, é caracterizado como peso até 2.500 gramas. Os dados foram obtidos através do registro de nascidos vivos de acordo com o local de residência da mãe. Filtro ativo: "Peso ao nascer" com a soma dos grupos "Menos de 500g", "500 a 999g", "1000 a 1499g" e "1500 a 2499g". Coluna ativa: cor/raça.

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR 100 MIL NASCIDOS VIVOS

A razão de mortalidade materna é calculada com base em dados de mortes de pessoas por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (até 42 dias após o parto) por 100 mil nascidos vivos. O pico de óbitos de gestantes em 2021 foi checado em diferentes fontes e tem sua causa raiz na epidemia de COVID nos anos de 2020 e 2021.



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2010 - 2024)

Nota Técnica: O cálculo da taxa/razão da mortalidade materna deriva da relação entre o número de óbitos maternos e a quantidade de nascidos vivos durante o ano em determinado espaço geográfico, multiplicado por 100 mil. Nos casos de inconsistência entre a causa materna declarada e o momento da morte (durante a gravidez, parto ou aborto, durante o puerpério até 42 dias, durante o puerpério, de 43 dias a 1 ano ou fora destes períodos), para efeito de determinação se óbito materno ou não, foi priorizada a informação sobre a causa.

MORTALIDADE MATERNA – POR RAÇA/COR

A mortalidade materna é calculada com base em dados de mortes de pessoas por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (até 42 dias após o parto).



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2024)

Nota Técnica: O cálculo da mortalidade materna considera o total mortes de pessoas por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (até 42 dias após o parto). Os dados são sempre calculados de acordo com o local de residência da pessoa falecida. São considerados somente os dados do indicador "óbitos maternos" do DATASUS.

NUTRIÇÃO ADEQUADA

Em Tailândia (PA), a promoção da nutrição adequada envolve tanto a rede pública de saúde quanto o ambiente escolar. As iniciativas locais são focadas no combate à evasão escolar e na recuperação de pacientes, destacando-se ações do Hospital Geral de Tailândia (HGT) e do sistema municipal de ensino.

Os principais pilares da nutrição no município incluem:

Alimentação Escolar: A rede municipal conta com cardápios planejados por nutricionistas, visando garantir um alto padrão de qualidade para os estudantes e combater a desnutrição infantil.

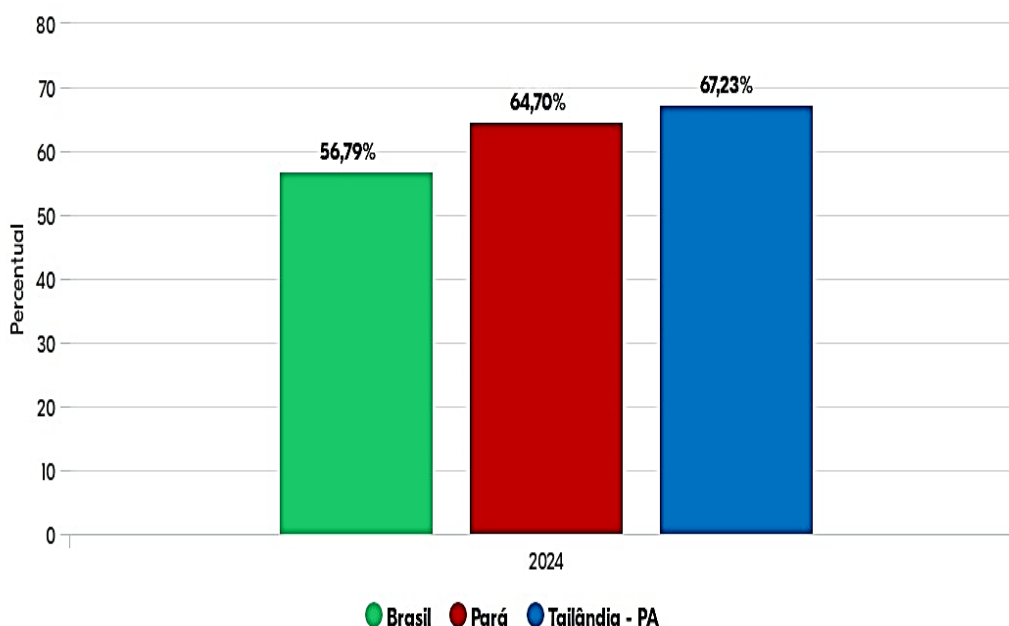
Atendimento Hospitalar: O HGT possui um serviço de nutrição e dietética que atende usuários do SUS, adequando dietas às necessidades clínicas de cada paciente e prevenindo agravos de saúde.

Educação Nutricional: Programas focados na comunidade ensinam o aproveitamento integral dos alimentos e o consumo de produtos frescos e isentos de agrotóxicos, como o projeto "Hortaterapia".

Atenção Primária: Profissionais nutricionistas atuam nas unidades básicas de saúde orientando a população sobre qualidade de vida e prevenção de doenças crônicas.

ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE 6 MESES DE IDADE

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. Vale destacar que o SISVAN tem baixa cobertura, o que pode afetar a precisão do indicador.

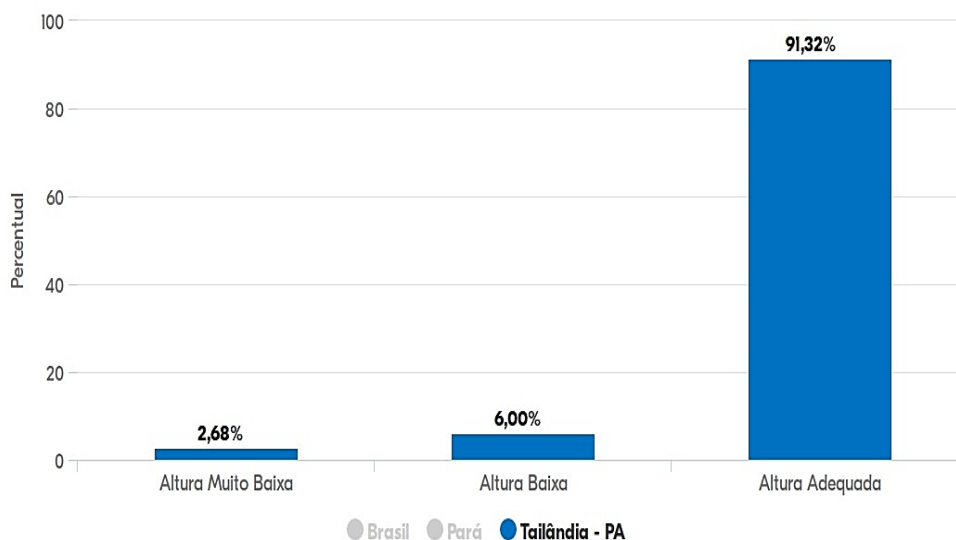


Fonte: SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2024)

Nota Técnica: Dados obtidos através dos relatórios públicos e consolidados de consumo alimentar do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) para crianças de 0 até 6 meses de idade. *Atenção: Estes dados não correspondem a totalidade de crianças da localidade e dependem do preenchimento das informações pelas secretarias municipais de saúde.* Filtros aplicados: "Faixa etária" com a opção "Menores de 6 meses" e "Tipo de Relatório" com valor "Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses".

ALTURA DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

Este é o indicador de desnutrição crônica ou stunting (baixa altura para a idade). O gráfico apresenta um retrato da situação das crianças do município ou do estado, em relação às de outros estados e do país. Políticas de combate a esta questão incluem orientação nutricional por parte de equipes de saúde da família e melhora do cardápio em creches e pré-escolas.

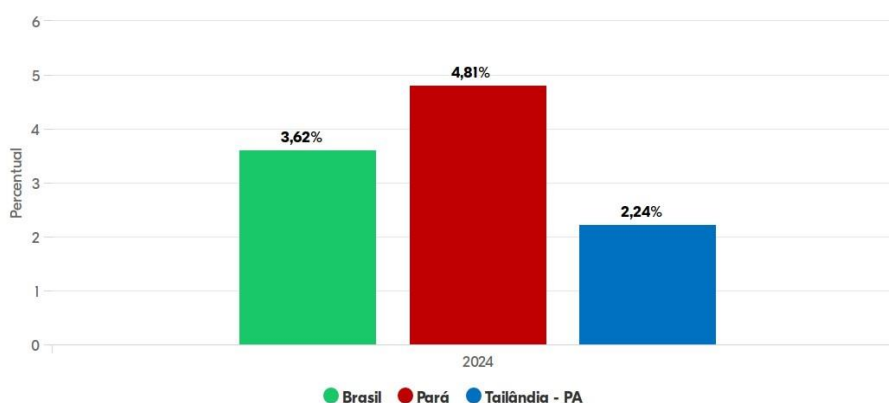


Fonte: SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2024)

Nota Técnica: Dados obtidos através dos relatórios públicos e consolidados do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) para crianças de 0 até menos de 5 anos de idade. *Atenção: Estes dados não correspondem a totalidade de crianças da localidade e dependem do preenchimento das informações pelas secretarias municipais de saúde.* Filtros aplicados: "Fases da vida" com a opção "Crianças de 0 a < 5 anos" e "Índice" com valor "Altura x idade".

PESO BAIXO EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

Esse indicador traz a quantidade de crianças que podem estar malnutridas — e, portanto, com o desenvolvimento comprometido — no município ou estado. Políticas de combate a este problema incluem orientação nutricional por parte de equipes de saúde da família e melhora do cardápio em creches e pré-escolas.



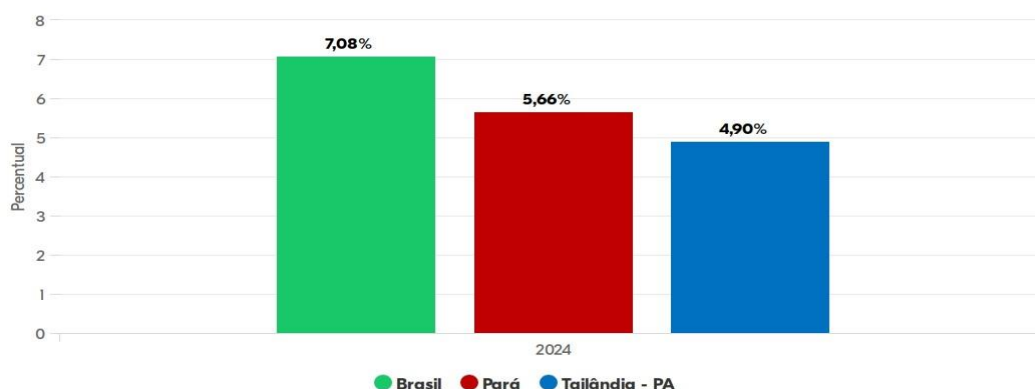
Fonte: SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Nota Técnica: Dados obtidos através dos relatórios e públicos consolidados do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) para crianças de até 5 anos de idade. *Atenção: estes dados não correspondem a totalidade de crianças da localidade e dependem do preenchimento das informações pelas secretarias municipais de saúde.* Filtros

aplicados: “Fases da vida” com a opção “Crianças de 0 a > 5 anos” e “Índice” com valor “Peso x idade”. Para este gráfico foram somados as colunas “peso baixo” e “peso muito baixo”.

PESO ELEVADO EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

Do outro lado do espectro do peso infantil, o fenômeno da obesidade tem crescido. É um sinal de problemas para a saúde da criança, como diabetes ainda na infância e exposição a questões psicológicas e sociais, como bullying. O peso elevado pode indicar má alimentação e sedentarismo, dois fatores que prejudicam o desenvolvimento pleno na primeira infância (assim como na vida toda). Políticas de combate a este problema incluem orientação nutricional por parte de equipes de saúde da família e melhora do cardápio em creches e pré-escolas. O indicador traz o percentual de crianças acima do peso por estado ou município.



Fonte: SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2024)

Nota Técnica: Dados obtidos através dos relatórios públicos e consolidados do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) para crianças de 0 até menos de 5 anos de idade. *Atenção: Estes dados não correspondem a totalidade de crianças da localidade e dependem do preenchimento das informações pelas secretarias municipais de saúde.* Filtros aplicados: “Fases da vida” com a opção “Crianças de 0 a < 5 anos” e “Índice” com valor “Peso x idade”. Para este gráfico foi utilizada a coluna “Peso Elevado”.

PARENTALIDADE:

A parentalidade no município de Tailândia (PA) é apoiada por políticas públicas voltadas à proteção integral e ao acolhimento familiar. O município conta com ações intersetoriais de órgãos municipais para proteger crianças e adolescentes, além de serviços de apoio às famílias em situação de vulnerabilidade.

REDE DE APOIO E PROTEÇÃO

A gestão do município promove diretrizes para a primeira infância e o desenvolvimento familiar, destacando-se as seguintes frentes:

- **Acolhimento às Gestantes:** O CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) local oferece acompanhamento para gestantes, garantindo orientações para um pré-natal seguro e promovendo o vínculo familiar desde a primeira infância.
- **Agenda Transversal da Criança e do Adolescente:** Regulamentada pelo Decreto Nº 013-2026 da Prefeitura Municipal, a medida articula ações de saúde, educação e assistência social para proteger menores e fortalecer o ambiente familiar em toda a região.
- **Combate à Violação de Direitos:** Órgãos de segurança e assistência social atuam em conjunto para orientar a comunidade sobre a proibição do trabalho infantil e a permanência de menores em ambientes inadequados, conforme divulgado pela Prefeitura de Tailândia.
- **Indicadores Locais**
- A região exige um olhar atento para o desenvolvimento infantil, visto que possui uma taxa de 12,57% de crianças de 0 a 6 anos em relação à população total (o que representa cerca de 9.110 crianças), um índice superior às médias nacional e estadual, segundo a plataforma Primeira Infância em Dados.

PERCENTUAL DE PAIS AUSENTES

O registro da certidão de nascimento, quando o pai for ausente ou se recusar a realizá-lo, pode ser feito somente em nome da mãe que, no ato de registro, pode indicar o nome do suposto pai ao Cartório, que dará início ao processo de reconhecimento judicial de paternidade.

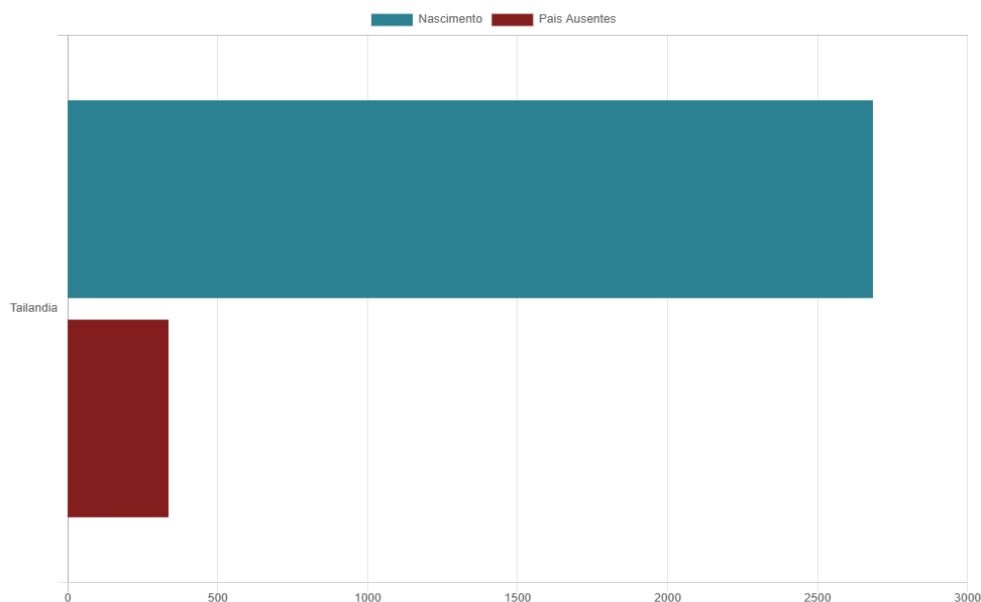


Fonte: Portal de Transparência do Registro Civil (2025)

Nota Técnica: Razão do total de registros de nascimento com o pai ausente na certidão sobre o total de registros de nascimentos. Dados de "Pais Ausentes" obtidos no [Portal da Transparência do Registro Civil](https://transparencia.registrocivil.org.br/painel-registral/pais-ausentes) (<https://transparencia.registrocivil.org.br/painel-registral/pais-ausentes>) em 11/06/2026 referentes ao ano de 2025. Os dados são originados da central de Informações do Registro Civil - CRC Nacional.

Total de Nascimentos no período de 01/04/2024 à 06/07/2026: 2.684 nascimentos

Quantidade de pais ausentes no período de 01/04/2024 à 06/07/2026 no município de Tailândia/PA: 336.



PAIS AUSENTES

O registro da certidão de nascimento, quando o pai for ausente ou se recusar a realizá-lo, pode ser feito somente em nome da mãe que, no ato de registro, pode indicar o nome do suposto pai ao Cartório, que dará início ao processo de reconhecimento judicial de paternidade.



Fonte: Portal de Transparência do Registro Civil (2025)

Nota Técnica: Dados de "Pais Ausentes" obtidos no [Portal da Transparência do Registro Civil](https://transparencia.registrocivil.org.br/painel-registral/pais-ausentes) (<https://transparencia.registrocivil.org.br/painel-registral/pais-ausentes>) em 11/06/2026 referentes ao ano de 2025. Os dados são originados da central de Informações do Registro Civil - CRC Nacional.

UNIDADES EXECUTORAS DO SERVIÇO FAMÍLIA ACOLHEDORA

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 ou estado está no caminho para se adequar a este

modelo de proteção, que deveria ser prioridade, mas ainda é exceção.

O município possui unidades do serviço Família Acolhedora?	NÃO
Quantos municípios no estado possuem unidades do serviço Família Acolhedora?	10 municípios (10 unidades executoras)



Nota Técnica: Censo SUAS 2024 – Bases e Resultados – Família Acolhedora - Planilha de Dados Gerais. Inclui todas as unidades respondentes do Censo SUAS 2024, incluindo unidades de gestão municipal e estadual.

SEGURANÇA E PROTEÇÃO

Em Tailândia/PA, a segurança e a proteção social na primeira infância (0 a 6 anos) são coordenadas pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SEMADS). O município articula ações intersetoriais envolvendo os CRAS e iniciativas contínuas de combate à violação de direitos infantis.

Os principais pilares de proteção social na cidade incluem:

- **Programa Criança Feliz:** Focado no acompanhamento de gestantes e crianças na primeira infância, promovendo visitas domiciliares para estimular o desenvolvimento integral

Combate ao Trabalho Infantil e Abusos: A gestão municipal realiza capacitações periódicas e fiscalizações ativas, inclusive com orientações diretas a empresários e donos de estabelecimentos noturnos sobre a proibição do trabalho e permanência de menores em locais inapropriados.

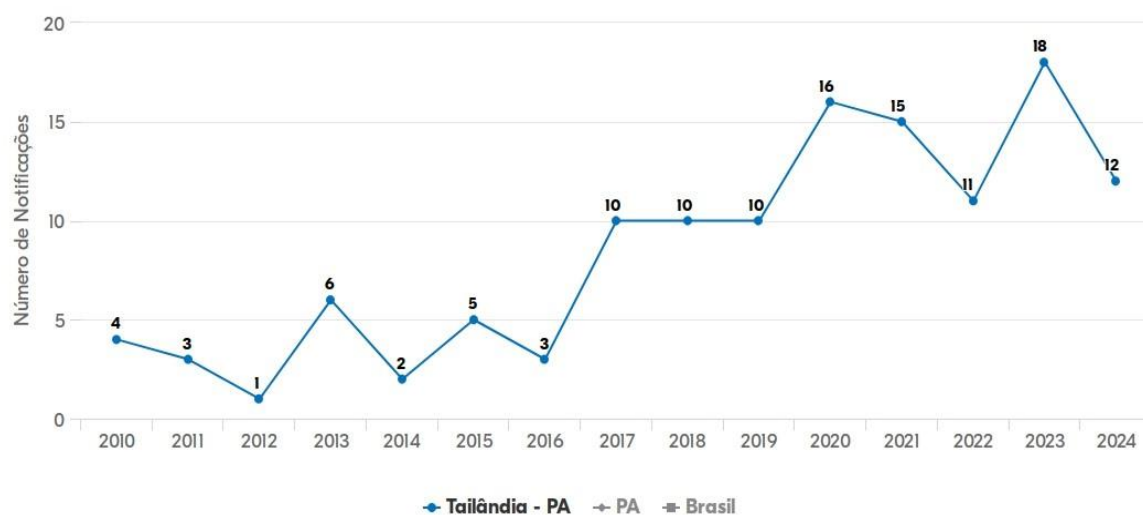
Mês da Primeira Infância: Campanhas anuais são promovidas ao longo de agosto, com palestras sobre parentalidade positiva, saúde mental e a importância da comunidade no cuidado das crianças.

Combate ao Trabalho Infantil e Abusos: A gestão municipal realiza capacitações periódicas e fiscalizações ativas, inclusive com orientações diretas a empresários e donos de estabelecimentos noturnos sobre a proibição do trabalho e permanência de menores em locais inapropriados.

Fluxo de Atendimento Integrado: O município promove rodas de conversa e treinamentos para fortalecer a rede de apoio, integrando os conselheiros tutelares, Assistência Social, Saúde e Educação.

NOTIFICAÇÕES DE CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS DE 0 A 4 ANOS.

Refere-se aos atendimentos médicos de crianças no Brasil, estado ou município 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.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2010 - 2024)

Nota Técnica: Os dados são obtidos a partir das informações de saúde do [DATASUS Tabnet](https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/) (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>) ao acessar a seção "Epidemiológicas e Morbidade", clicar na página "Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN)" e selecionar as opções "Violência Interpessoal / Autoprovocada" e "Brasil por Região, UF e Município". Linha: Município de residência Filtro ativo: "Faixa etária" com as opções: "<1 ano" e "1-4".

EDUCAÇÃO

A EDUCAÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO MUNICÍPIO DE TAILÂNDIA – PA

A Educação na Primeira Infância, etapa fundamental para o desenvolvimento integral das crianças, vem sendo fortalecida no município de Tailândia, no Pará, por meio de iniciativas voltadas à ampliação do acesso à Educação Infantil, à formação continuada dos profissionais da educação e à valorização das experiências, das brincadeiras e das múltiplas linguagens infantis.

1. Ampliação e fortalecimento da infraestrutura educacional

Em parceria com o Governo do Estado do Pará, o município vem sendo contemplado por iniciativas destinadas à ampliação da oferta de vagas na Educação Infantil, incluindo o programa *Creches por Todo o Pará*. Essas ações buscam contribuir para a ampliação do atendimento às crianças de 0 a 5 anos, além de favorecer a melhoria das condições físicas e estruturais das instituições de ensino.

2. Implementação do Programa Leitura e Escrita na Educação Infantil – PROLEEI

O município de Tailândia aderiu ao Programa Leitura e Escrita na Educação Infantil (PROLEEI), iniciativa que visa fortalecer as práticas pedagógicas relacionadas à oralidade, à leitura e à escrita na Educação Infantil, respeitando as especificidades da infância.

O programa promove a formação continuada dos profissionais da educação, por meio de encontros formativos e momentos de estudo, reflexão e compartilhamento de experiências. Técnicos e professores participam de atividades formativas, inclusive em articulação com a Universidade Federal do Pará (UFPA), em Belém, e contribuem para a multiplicação dos conhecimentos junto aos profissionais da rede municipal de ensino.

Essa proposta favorece a construção coletiva de saberes, a reflexão sobre a prática pedagógica e o desenvolvimento de experiências educativas mais significativas, considerando as necessidades, os interesses e os contextos socioculturais das crianças.

3. Ludicidade, cultura e valorização das experiências infantis

Um dos aspectos relevantes do trabalho desenvolvido na Educação Infantil é a valorização da ludicidade, da cultura local e das experiências vivenciadas pelas crianças em seus diferentes contextos sociais.

Inspiradas na perspectiva histórico-cultural de Lev Vygotsky, as práticas pedagógicas reconhecem a importância das interações sociais, das brincadeiras, da linguagem e das relações com o meio para o desenvolvimento e a aprendizagem infantil.

Nesse sentido, as propostas educativas buscam valorizar os saberes da comunidade, as manifestações culturais, as histórias, as brincadeiras tradicionais e as experiências cotidianas, proporcionando às crianças oportunidades de expressão, imaginação, criação, interação e construção de conhecimentos.

No contexto do PROLEEI, a oralidade, a leitura e a escrita são compreendidas como práticas culturais e sociais que devem estar presentes no cotidiano da Educação Infantil de maneira significativa, prazerosa e adequada à faixa etária, sem antecipar indevidamente as exigências próprias da alfabetização formal.

4. Participação das famílias e atenção ao desenvolvimento integral

O fortalecimento da Primeira Infância também depende da parceria entre instituições educacionais, famílias, serviços de saúde e demais políticas públicas. Nesse sentido, campanhas e ações de conscientização, como as realizadas durante o Mês da Primeira Infância e o agosto Verde, podem contribuir para ampliar o diálogo com as famílias sobre os cuidados, a proteção, a parentalidade positiva e a importância do desenvolvimento integral das crianças.

A articulação entre educação, saúde e assistência social é fundamental para promover ambientes acolhedores, vínculos afetivos seguros e condições favoráveis ao desenvolvimento físico, emocional, social, cultural e cognitivo infantil.

O fortalecimento da Educação na Primeira Infância em Tailândia representa um compromisso com a garantia dos direitos das crianças e com a construção de uma educação pública de qualidade, inclusiva e socialmente referenciada.

Nesse percurso, o PROLEEI constitui uma importante oportunidade de formação e transformação das práticas pedagógicas, incentivando os profissionais a refletirem sobre suas ações e a promoverem experiências que respeitem a infância, valorizem a cultura, ampliem as possibilidades de linguagem e reconheçam a criança como sujeito histórico e de direitos.

Investir na formação continuada dos professores, na valorização dos profissionais, na participação das famílias e na melhoria das instituições é essencial para assegurar que cada criança tenha oportunidades de aprender, brincar, conviver, participar, explorar, expressar-se e conhecer o mundo.



FOTO: FORMAÇÃO COM OS PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL-PROLEEI

A prática desenvolvida pelo Programa Leitura e Escrita na Educação Infantil (PROLEEI) representa uma importante contribuição para o fortalecimento das experiências de oralidade, leitura e escrita na primeira infância. Por meio de propostas pedagógicas lúdicas, interativas e culturalmente significativas, o programa busca ampliar o contato das crianças com a linguagem escrita, respeitando suas especificidades, seus interesses e seu ritmo de desenvolvimento.

Essa abordagem contribui para que a transição da Educação Infantil para o Ensino Fundamental aconteça de maneira mais tranquila e significativa, favorecendo a continuidade das aprendizagens e a familiarização com as práticas sociais de leitura e escrita.



FOTO: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM AS CRIANÇAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL

É importante destacar que o PROLEEI não tem como objetivo antecipar a alfabetização formal na Educação Infantil, mas proporcionar experiências que despertem o interesse pela leitura, pela escrita, pelas histórias, pelas brincadeiras e pelas diferentes formas de expressão. Dessa maneira, as crianças chegam ao Ensino Fundamental com um repertório mais amplo de experiências com a linguagem, o que pode favorecer seu percurso de alfabetização, sem desconsiderar o direito de brincar, interagir, explorar e vivenciar plenamente a infância.



FOTO: UFPA BELÉM- 08 MUNICIPIOS INTEGRANTES DA TURMA

Em Tailândia (PA), a demanda por creches é alta devido à expansão populacional e à necessidade de amparar mães trabalhadoras. Estudo da Primeira Infância em Dados aponta que mais de 43% das crianças de 0 a 3 anos na área urbana dependiam de vagas. A estrutura educacional tem sido expandida para atender essas famílias e garantir o desenvolvimento infantil no município.

Para mitigar esse déficit, as administrações municipal e estadual têm investido na ampliação da infraestrutura educacional da região: Novas Unidades: A Prefeitura de Tailândia tem inaugurado unidades como a Creche Francisco Camilo Sobrinho, no Distrito Palmares, a unidade fortalece a rede municipal naquele distrito e na região, com uma estrutura preparada para garantir educação infantil a mais de 420 alunos, e a Creche José Rosildo de Oliveira Freitas (“Vô Zito”), que atende bairros como Jardim do Vale. O município conta ainda com as creches Anjo Gabriel, Maria Odete Gonçalves de Souza, estando estas localizadas na zona urbana.



FOTO: CRECHE JOSÉ ROSILDO DE FREITAS-CRECHE “ZITO”

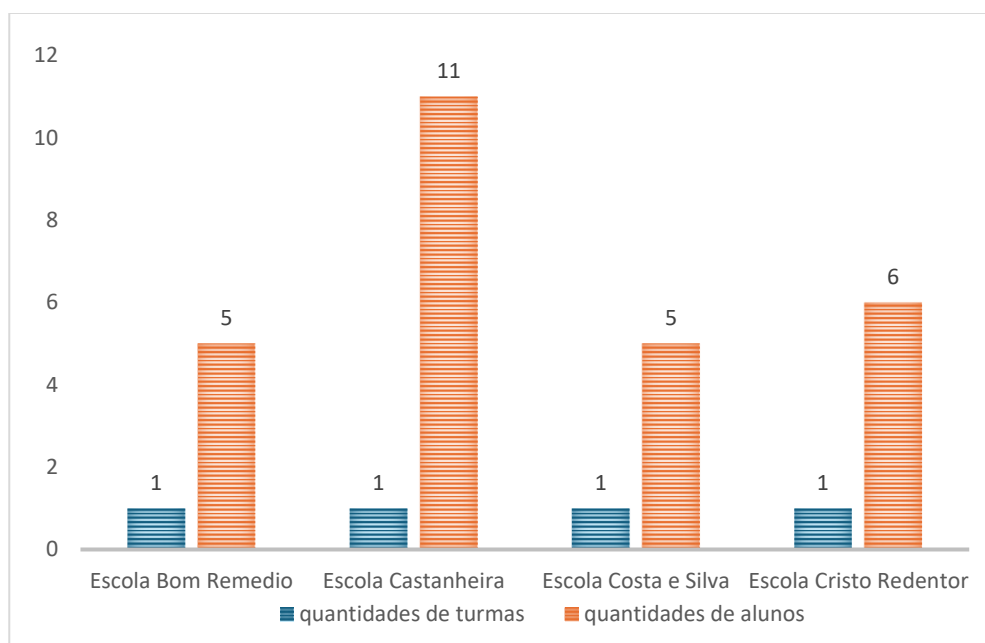
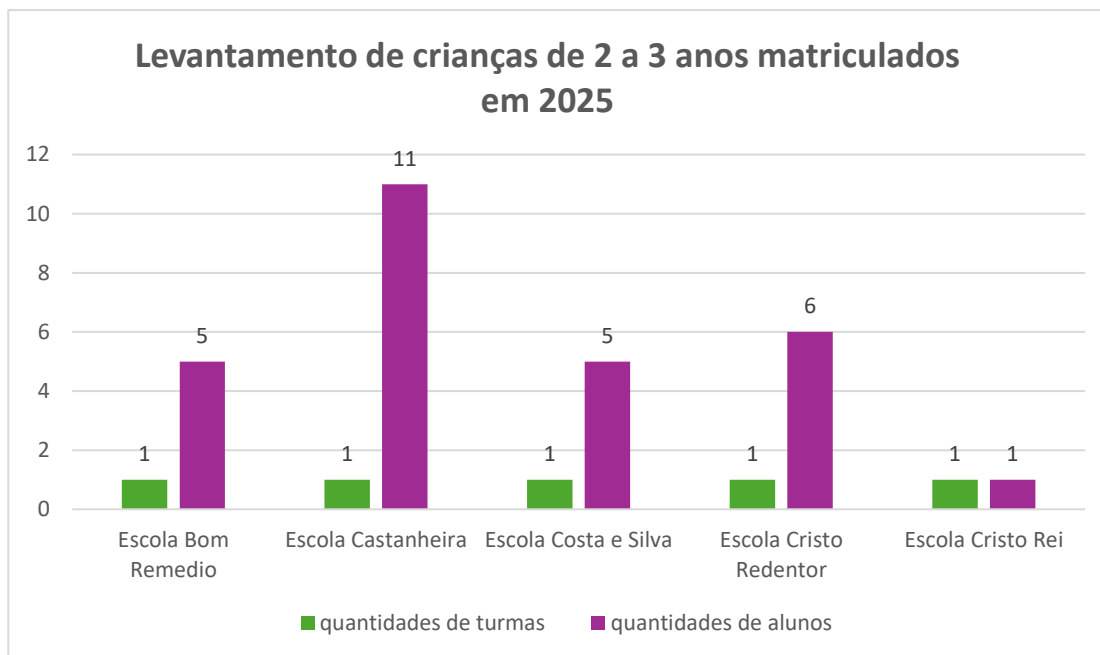
5. Parcerias do Estado e expansão do atendimento à Primeira Infância

O município de Tailândia (PA) foi contemplado pelo programa “Creches por Todo o Pará”, iniciativa do Governo do Estado que busca ampliar a oferta de vagas na Educação Infantil, contribuindo para a garantia do direito à educação das crianças de 0 a 5 anos e favorecendo a inserção das mães e dos demais responsáveis no mercado de trabalho.

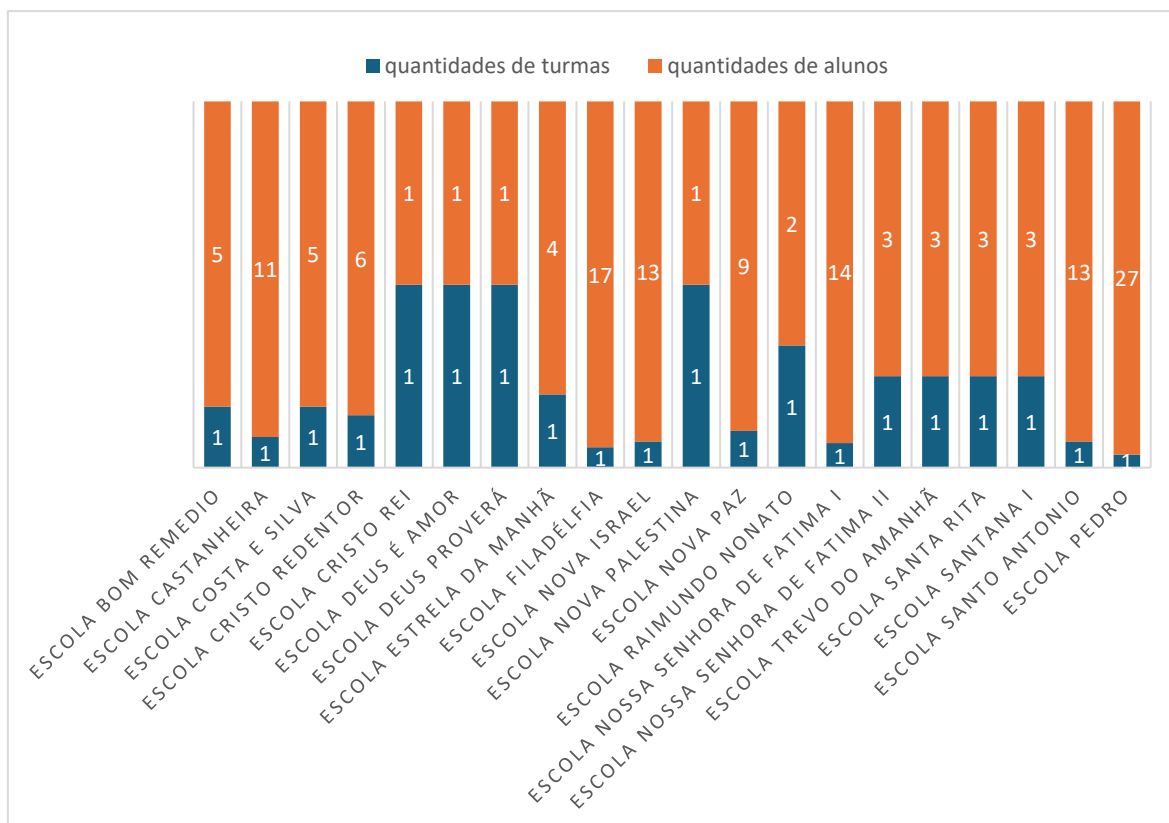
Atualmente, o município conta com cinco creches que atendem crianças na faixa etária de 2 a 3 anos, contribuindo para o atendimento das necessidades educacionais da primeira infância e oferecendo às famílias maior apoio no cuidado e na educação de seus filhos.

A ampliação da oferta de vagas e o fortalecimento da infraestrutura educacional são medidas importantes para promover o desenvolvimento integral das crianças, ampliar as oportunidades de aprendizagem e contribuir para a redução das desigualdades no acesso à Educação Infantil.

ESCOLAS QUE ATENDEM TURMAS DE 3 ANOS EM 2025



ESCOLAS QUE ATENDEM TURMAS DE 3 ANOS EM 2025 DO CAMPO



PERCENTUAL DE ATENDIMENTO EM CRECHES DA POPULAÇÃO DE 0 A 3 ANOS

Está demonstrado que a creche é um poderoso meio de socialização e pode promover estímulos que colaboram para o desenvolvimento pleno dos indivíduos. Isso pode trazer impactos positivos para crianças em situação de vulnerabilidade social. Por isso, a meta nacional do Plano Nacional de Educação (PNE) é atingir pelo menos 50% de matrículas em creches, para crianças de 0 a 3 anos, até o ano de 2024.

Considera no cálculo somente matrículas de crianças até 3 anos em creche.



Fonte: IBGE / INEP

Nota Técnica: O percentual da população de 0 a 3 anos que frequenta a creche (ou taxa líquida de matrículas) é obtido através da razão entre o total de matrículas de 0 a 3 anos em "creche" (INEP) sobre o total da população de 0 a 3 anos (IBGE). Em alguns casos, o número de matrículas é superior ao total da população daquela faixa etária. Isso ocorre pois em certas regiões as matrículas são realizadas em cidades vizinhas pela disponibilidade das escolas. É considerado o total geral de matrículas, incluindo educação especial, classes exclusivas e educação indígena. Os dados do Censo Escolar estão disponíveis para 2022, 2023 e 2024. Para a população geral de crianças até 3 anos, é utilizada de forma fixa a população divulgada pelo Censo 2022.

PERCENTUAL DE ATENDIMENTO EM PRÉ-ESCOLA DA POPULAÇÃO DE 4 A 5 ANOS

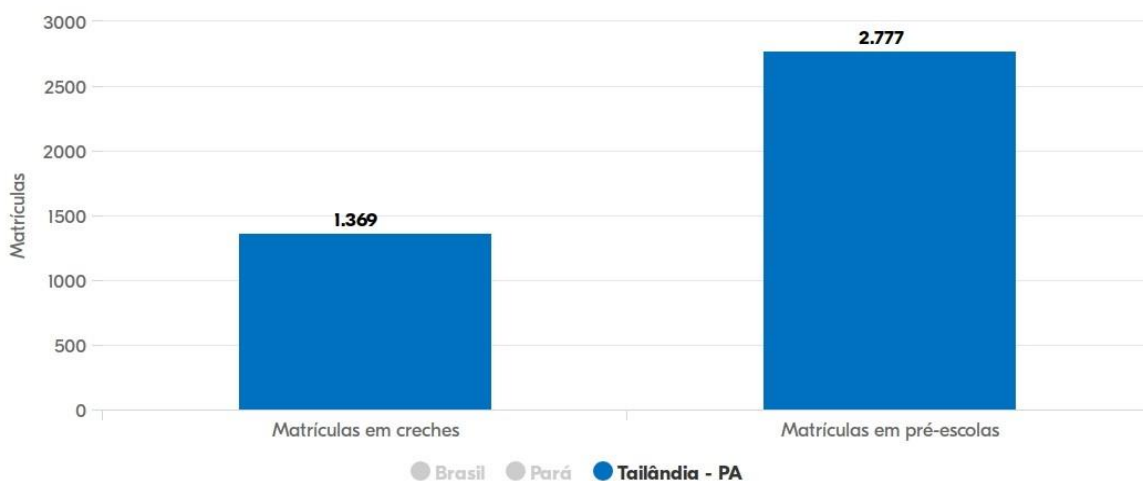
Para a pré-escola, a meta era de 100% de matrículas das crianças de 4 e 5 anos, em 2016. Trata-se da primeira etapa obrigatória da educação básica e de uma medida essencial para garantir que todas as crianças brasileiras, independentemente de suas condições socioeconômicas, tenham acesso a boas oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem, desde o início do seu processo educacional formal. Considera no cálculo somente matrículas de crianças de 4 e 5 anos em pré-escola.



Fonte: IBGE / INEP

Nota Técnica: O percentual da população de 4 e 5 anos que frequenta a pré-escola (ou taxa líquida de matrículas) é obtido através da razão entre o total de matrículas de 4 e 5 anos em "pré-escola" (INEP) sobre o total da população de 4 e 5 anos (IBGE). Em alguns casos, o número de matrículas é superior ao total da população daquela faixa etária. Isso ocorre pois em certas regiões as matrículas são realizadas em cidades vizinhas pela disponibilidade das escolas. É considerado o total geral de matrículas, incluindo educação especial, classes exclusivas e educação indígena. Os dados do Censo Escolar estão disponíveis para 2022, 2023 e 2024. Para a população geral de crianças de 4 e 5 anos, é utilizada de forma fixa a população divulgada pelo Censo 2022.

A educação infantil compreende duas etapas, a creche e a pré-escola, sendo a pré-escola a primeira etapa obrigatória da educação básica. Este gráfico apresenta os totais de matrículas nestas duas etapas.



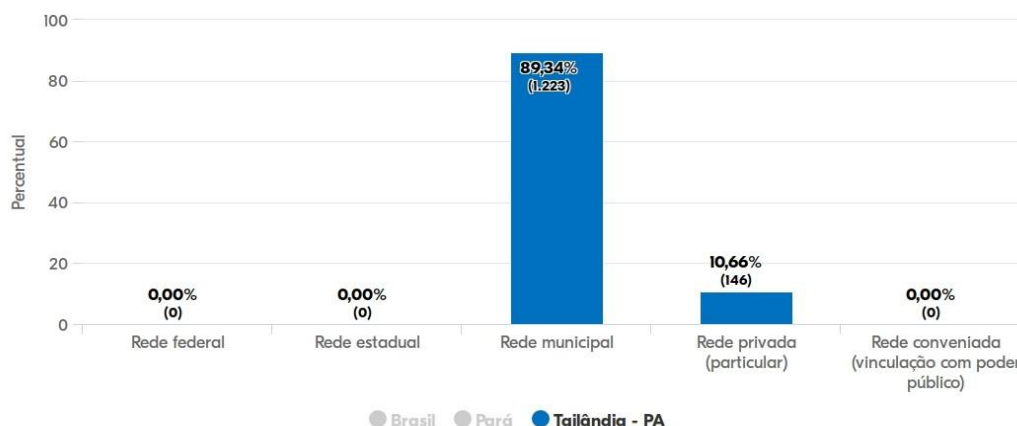
Fonte: INEP (2024)

Nota Técnica: Total de matrículas por etapa de ensino na educação infantil. Dados obtidos através da seção "Estatísticas do Censo Escolar" no portal Inepdata a partir dos dados do Censo Escolar 2024.

MATRÍCULAS EM CRECHES POR DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

Este indicador mostra a distribuição da oferta (matrículas) de creches entre as redes municipal, estadual, federal e privada. A rede privada é segmentada na apresentação em "Rede privada

(particular)" que são as escolas que comumente conhecemos como escolas particulares pagas e as escolas em "Rede conveniada (vinculação com poder público)", que são estão na rede privada, mas em instituições conveniadas com o poder público. Instituições conveniadas são predominante filantrópicas e comunitárias, mas podem também ser confessionais ou escolas administradas por instituições privadas.

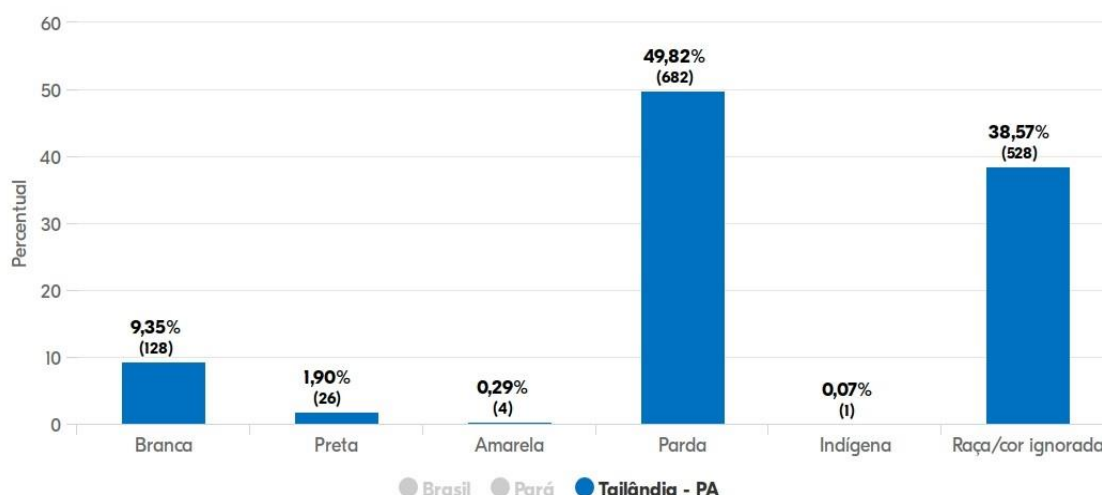


Fonte: INEP (2024)

Nota Técnica: Dados obtidos através da planilha de escolas e matrículas do Censo Escolar 2024 (mais recente disponível). Filtro Ativo: Colunas "TP SITUACAO FUNCIONAMENTO" com valor "1" e "QT MAT INF" com valor igual ou maior que "1". Categorização das dependências administrativas através da coluna "TP DEPENDENCIA". Identificação das escolas conveniadas com o poder público através da variável "IN PODER PUBLICO PARCERIA". Matrículas calculadas como a soma da coluna "QT MAT INF CRE".

MATRÍCULAS EM CRECHES - POR RAÇA/COR

Tomando por base que as populações de cor/raça 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 cor/raça deste indicador deveriam espelhar as proporções da população como um todo.

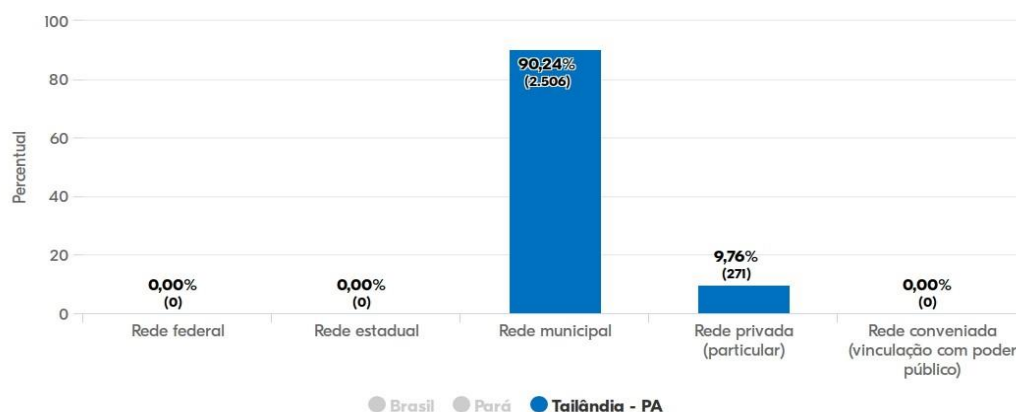


Fonte: INEP (2024)

Nota Técnica: Total de matrículas por raça/cor no nível da etapa de ensino "creche". Dados obtidos através da seção "Estatísticas do Censo Escolar" no portal Inepdata. Para a extração destes dados foram utilizadas as seguintes opções: Ano 2024; Etapa de Ensino: Educação Infantil; Nível da Etapa de Ensino: Creche; Categorias: 1; Na categoria 1, filtro por cor/raça.

MATRÍCULAS EM PRÉ-ESCOLAS POR DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

Este indicador mostra a distribuição do atendimento das pré-escolas entre as redes municipal, estadual, federal e privada. A rede privada é segmentada na apresentação em "Rede privada (particular)" que são as escolas que comumente conhecemos como escolas particulares pagas e as escolas em "Rede conveniada (vinculação com poder público)", que são estão na rede privada, mas em instituições conveniadas com o poder público. Instituições conveniadas são predominante filantrópicas e comunitárias, mas podem também ser confessionais ou escolas administradas por instituições privadas.

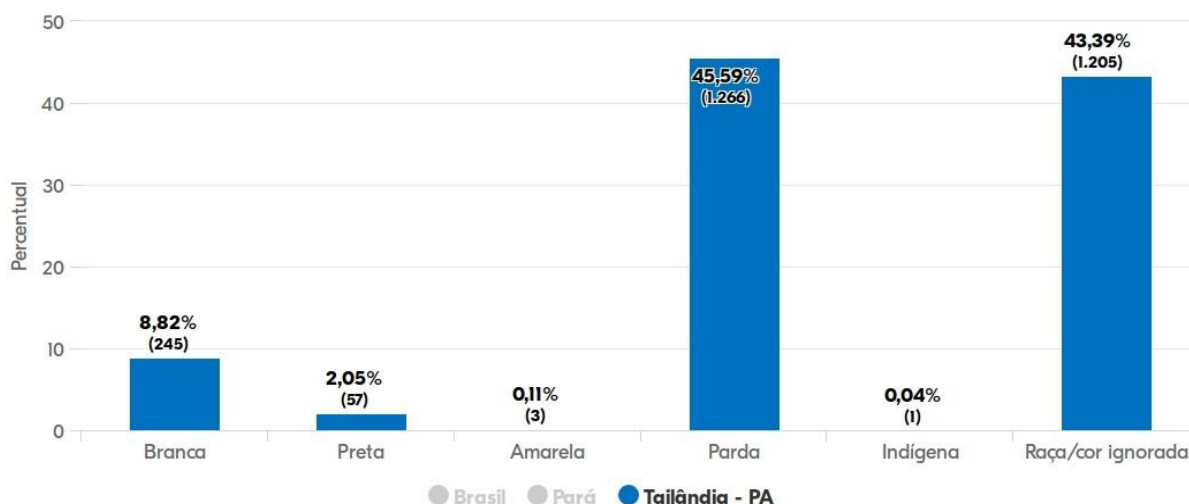


Fonte: INEP (2024)

Nota Técnica: Dados obtidos através do Censo Escolar 2024 (mais recente disponível). Filtro Ativo: Colunas "TP SITUACAO FUNCIONAMENTO" com valor "1" e "QT MAT INF" com valor maior ou igual que "1". Categorização das dependências administrativas através da coluna "TP DEPENDENCIA". Identificação das escolas conveniadas com o poder público através da variável "IN PODER PUBLICO PARCERIA". Matrículas calculadas como a soma da coluna "QT MAT INF PRE".

MATRÍCULAS EM PRÉ-ESCOLAS - POR RAÇA/COR

Tomando por base que as populações de cor/raça preta e parda são estatisticamente compostas por famílias mais vulneráveis, estes dados permitem avaliar onde estão as crianças que faltam para a universalização desta fase da educação básica no estado ou município.

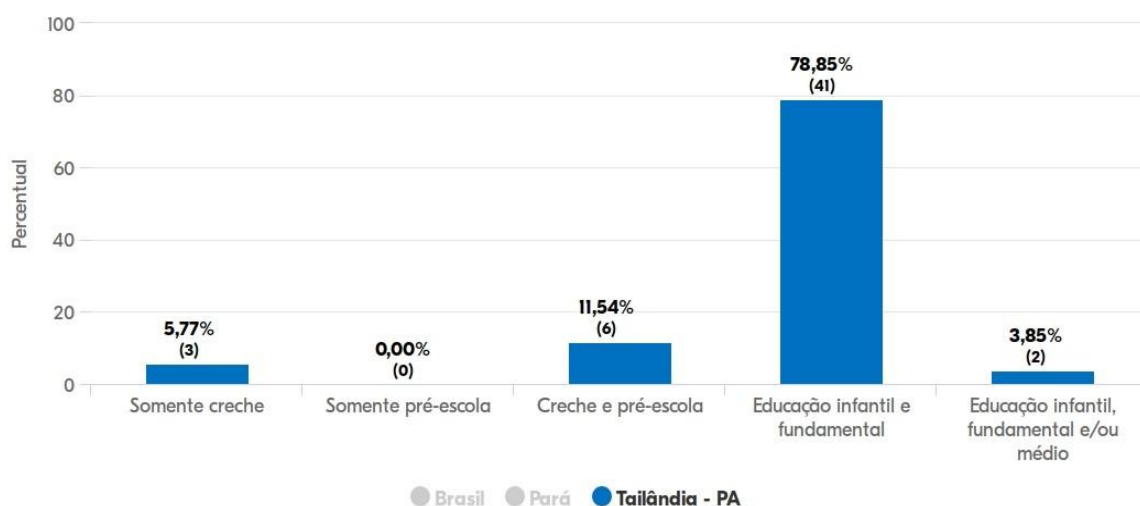


Fonte: INEP (2024)

Nota Técnica: Total de matrículas por raça/cor no nível da etapa de ensino "pré-escola". Dados obtidos através da seção "Estatísticas do Censo Escolar" no portal Inepdata. Para a extração destes dados foram utilizadas as seguintes opções: Ano 2024; Etapa de Ensino: Educação Infantil; Nível da Etapa de Ensino: Pré-escola; Categorias: 1; Na categoria 1: filtro por cor/raça.

ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL POR ATENDIMENTO

Este indicador demonstra se as escolas são escolas dedicadas à educação infantil ou se fornecem simultaneamente educação infantil com outras etapas da educação básica. O indicador permite reconhecer, em combinação com os dados sobre matrículas, oportunidades de melhora no atendimento das crianças no estado ou município – seja pelo incentivo à abertura de vagas exclusivas de creche ou pré-escola, seja pelo estímulo a atender os dois tipos de público.



Fonte: INEP (2024)

Nota Técnica: Os dados são obtidos através do Censo Escolar 2024. São consideradas somente escolas em funcionamento com pelo menos uma matrícula na educação infantil (creche e/ou pré-escola). As categorias exibidas são: *Somente creche*: Todas as matrículas da escola são na etapa creche. *Somente pré-escola*: Todas as matrículas da escola são na etapa pré-escola. *Creche e pré-escola*: A escola possui matrículas em ambas as etapas. *Educação infantil e fundamental*: A escola possui matrículas desde a educação infantil até o ensino fundamental.

Educação infantil, fundamental e/ou médio: A escola possui matrículas desde a educação infantil até o ensino médio.

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.	1.1- Desenvolver uma estrutura de governança intersetorial que seja as políticas públicas para a primeira infância.
	1.2- Criar mecanismos que promovam a atuação articulada do executivo como Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.
	1.3- Dar transparência à destinação de recursos para a primeira infância no orçamento.
	1.4 - Ofertar serviços integrados, adequados às idades, situações e condições das famílias.
	1.5- Compatibilizar as divisões administrativas das secretarias municipais
	1.6- 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.
	1.7 - Integrar os prontuários de dados de todas as secretarias municipais que atendem na primeira infância.
	1.8- Consolidar uma estrutura de gestão e governança local baseada na criação de comitês regionais nos territórios.
	1.9- 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.
	1.10 Desenvolver e implantar protocolos integrados de atendimento na primeira infância.
	1.11 Integrar e qualificar os serviços de visita domiciliar com vistas a garantir maior cobertura territorial e foco na primeira infância.
2. Implantar padrões de qualidade para o atendimento na primeira infância, considerando o desenvolvimento individual das crianças e a especificidade de cada serviço.	2.1 - Definir padrões mínimos de qualidade para os serviços públicos destinados à população na primeira infância.
	2.2 - Avaliar anualmente os serviços ofertados pela Prefeitura para a população na primeira infância.
	2.3 -Consolidar um sistema de avaliação intersetorial do desenvolvimento na primeira infância.
3. 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.	3.1 - 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.
4. Promover a participação social no monitoramento e na implementação do PMPI/Tailândia.	4.1 - Consolidar mecanismos de participação da sociedade no monitoramento e controle das políticas públicas para a primeira infância.
	4.2 - Promover a participação social nos conselhos de direitos e de controle social das políticas para a primeira infância.

	4.3 - Desenvolver estratégias de divulgação do Plano Municipal pela Primeira Infância afim de promover o envolvimento da sociedade e das famílias na sua implementação.
5. Diversificar as fontes de recursos para o atendimento integral na primeira infância.	5.1 - Desenvolver e aprimorar estratégias de financiamento de projetos e programas voltados ao atendimento na primeira infância.
	5.2 - 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.

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
1. Garantir atendimento a todas as crianças de 0 a 3 anos	1.1 - Assegurar, até 2035, atendimento na Educação Infantil para 75% das crianças de 0 a 3 anos ou 100% da demanda registrada, o que for maior. 1.2 - Garantir condições de mobilidade segura e acessível para que as crianças possam acessar os equipamentos públicos.
2. Garantir atendimento integral a todas as crianças de 4 e 5 anos	2.1 - Garantir a manutenção da universalização do atendimento na educação infantil às crianças de 4 e 5 anos de idade. 2.2 - permanecer com os protocolos de busca ativa para a identificação das crianças fora da escola. 2.3 - Mapear e requalificar os espaços públicos disponíveis para assegurar o Atendimento em tempo integral, garantindo a acessibilidade. 2.4 - 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.
3. Melhorar a qualidade da educação infantil.	3.1 - Garantir a execução do Currículo da Educação Infantil em todo município. 3.2 - Garantir que todas as unidades de educação infantil disponham de espaços pedagógicos adequados e acessíveis, internos e externos, que propiciem o livre brincar. 3.3 - Ampliações de salas acessíveis com acessibilidade e profissionais capacitados. 3.4 - Garantir salas de atendimento educacional especializado. 3.5 - Desenvolver programas de formação continuada para os profissionais da educação com foco no desenvolvimento integral da criança. 3.6 - 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. 3.7 - 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. 3.8 - 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. 3.9 - Garantir profissionais de apoio/cuidadores. 3.10 - Garantir auxiliares de salas, garantidos em lei. 4.1 - Implementar programas de orientação e apoio às famílias, por meio da

4. Ampliar o envolvimento das famílias e da sociedade na valorização dos cuidados e vínculos na primeira infância.	articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças na primeira infância.
	4.2 Criar um plano de comunicação sobre a importância do desenvolvimento integral na primeira infância.
	4.3 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.
	4.4 Promover a ampliação do período da licença paternidade no setor público e privado.
	4.5 Criar um prêmio de reconhecimento para ações de impacto na primeira infância para órgãos do governo, sociedade civil e iniciativa privada.
5. Tornar o ambiente da cidade mais acolhedor para as crianças de 0 a 6 anos.	5.1 Adequar as calçadas e o transporte público para garantir mobilidade segura e acessível para as crianças na primeira infância e seus cuidadores.
	5.2 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.
	5.3 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.
	5.4 Estimular a criação de territórios educadores com a participação de equipamentos públicos e privados, promovendo parcerias para sua preservação.
	5.5 Garantir a construção de áreas de lazer para crianças no interior dos novos conjuntos habitacionais, considerando as especificidades da primeira infância.
6. 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.	6.1 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.
	6.2 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.
	6.3 Ampliar a oferta de atividades físicas e modalidades esportivas nos equipamentos públicos para crianças na primeira infância com e sem deficiência.
	6.4 Oferta de atividades físicas orientadas para gestantes.
	6.5 Instalar bibliotecas infantis e ampliar a biblioteca municipal.
	6.6 Implementar iniciativas de estímulo à leitura parental.
	6.7 Ampliar os mecanismos de comunicação sobre os serviços públicos disponíveis para gestantes e crianças na primeira infância e as formas de acesso a eles.
	6.8 Promover a divulgação da agenda cultural e de outras atividades voltadas para gestantes e crianças na primeira infância nos polos.

EIXO ESTRATÉGICO III

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

ODS correspondentes:



META	ESTRATÉGIAS
5. Garantir o acesso aos serviços públicos dispostos neste plano a todas as crianças em situação de vulnerabilidade.	1.1- 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.
	1.2 - 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.
	1.3 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.
	1.4 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.
2. 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.	2.1 Ampliar o serviço de acolhimento qualificado.
	2.2 - Capacitar 100% das equipes de acolhimento conjunto para a promoção do desenvolvimento na primeira infância.
3. Garantir acesso aos serviços de acolhimento familiar para 100% das crianças de 0 a 6 anos, que tenham perfil para esse serviço.	3.1- Implementar serviços de acolhimento familiar.
	3.2 Criar e implementar o serviço de acolhimento familiar emergencial para situações que requeiram um acolhimento imediato e de curta duração.
	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 ¹⁵ , sem a necessidade da medida do acolhimento.
4. Promover uma cultura de paz e não violência contra a criança.	4.1- Aprimorar o sistema de notificação de violência contra a criança, incluindo a criação de um canal de denúncias.
	4.2 - Garantir o encaminhamento de todas as denúncias de violência contra a criança recebidas, incluir no SIPIA todas as informações.
	4.3 - Promover, anualmente, campanhas de promoção da cultura da não violência familiar e contra crianças.
	4.4 - Elaborar e veicular material informativo para pais e cuidadores com foco em estratégias para a educação não violenta.
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.	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.
	5.2 Garantir que mães e gestantes em prisão domiciliar tenham plano individualizado de acompanhamento.
	5.3 Garantir atendimento e acompanhamento às adolescentes(gestantes e

	mães)que cumprem medidas socioeducativas de liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade.
	5.4 Garantir que todos os cartórios de registro civil forneçam Informação para o registro de filhos nascidos em casas de parto.
	5.5 Ampliar a dupla filiação nas certidões de nascimento.
6. Aprimorar o sistema de garantia de direitos.	6.1- Promover maior integração das políticas públicas e das ações do Sistema de Justiça.
	6.2- Desenhar e implementar ações de qualificação do conselho tutelar.
8.- 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.	8.1 Estimular pesquisas que contribuam para a detecção precoce de situações que requerem atenção especializada.
	8.2 Garantir nos protocolos intersetoriais procedimentos para a detecção de situações que requerem atenção especializada, para o encaminhamento e para o atendimento adequado dessa população.
	8.3 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.
9.Articular as políticas para a primeira infância às políticas da agenda do desenvolvimento sustentável.	9.1 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.
	9.2 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.
	9.3 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.

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	1.1 Registrar de forma adequada as doses de vacinas aplicadas.
	1.2 Intensificar a vacina nas salas de vacina das UBS.
	1.3 Intensificar a cobertura nos bolsões de baixa cobertura vacinal.
	1.4 Realizar a busca ativa dos faltosos através de visitas domiciliares, consultas e grupos educativos.
	1.5 Capacitar de forma permanente as equipes para o convencimento das famílias/cuidadores em relação à importância da vacinação.
	1.6 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.
6. Reduzir a desnutrição de gestantes e crianças de 0 a 6 anos e a obesidade na primeira infância.	2.1 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.
	2.2 Ampliar a disponibilização de salas de apoio à amamentação nos equipamentos públicos.
	2.3 Implementar e fortalecer o programa de aleitamento materno nos Centros de Educação Infantil (CEIs).
	2.4 Intensificar o incentivo e apoio ao aleitamento materno e à alimentação Complementar saudável durante as consultas e as visitas domiciliares.
	2.5 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.
	2.6 Sensibilizar a sociedade para a promoção da alimentação saudável.
	2.7 Capacitar 100% das equipes de atenção básica para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.
	2.8 Monitorar o crescimento e desenvolvimento de 90% das crianças abaixo da linha da pobreza.
	2.9 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.
3. Reduzir o coeficiente de mortalidade infantil ¹⁶ para menos de 10/1000 nascidos vivos e da taxa de mortalidade materna para menos de 40/100.000.	3.1 Aumentar em 100% a disponibilidade anual de métodos contraceptivos de longa duração, principalmente às mulheres em situação de alta vulnerabilidade.
	3.2 Apoiar iniciativas de educação entre pares de lideranças locais.
	3.3 Realizar busca ativa que garanta a captação precoce (até a 12ª semana) das gestantes para iniciar o pré-natal.
	3.4 Realizar sete ou mais consultas de pré-natal para 90% das gestantes.
	3.5 Realizar a primeira consulta do recém-nascido na atenção básica em até sete dias após o nascimento por meio de consulta ou visita domiciliar.
	3.6 Realizar a primeira consulta de puerpério na atenção básica até trinta dias após o parto para pelo menos 80% das mulheres. 3.7 Realizar a formação continuada dos profissionais responsáveis pelo pré-natal.

4. Reduzir para menos de 10% o percentual de nascidos vivos de mães adolescentes.	4.1 Apoiar iniciativas de educação entre as intersectorialidade na adolescência.
	4.2 Promover formação continuada para a rede de proteção, com ênfase nos conselheiros tutelares, em relação aos direitos sexuais e reprodutivos.
	4.3 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.
	4.4 Atender a 100% da demanda por métodos contraceptivos de longa duração para adolescentes, principalmente em situação de alta vulnerabilidade.
	4.5 Trabalhar os direitos sexuais e reprodutivos no programa Saúde na Escola.
	4.6 Abordar de forma adequada o adolescente para acesso à atenção básica.
	4.7 Aumentar a disponibilização de preservativos em espaços públicos e particulares (centros educacionais, culturais e esportivos).
5. Aumentar a prevalência de partos humanizados	5.1 Capacitar as equipes de saúde e implementar protocolo para atendimento humanizado no parto.
	5.2 Aumentar a proporção de partos normais para 65% dos partos na cidade.
	5.3 Garantir o direito de acompanhante em todos os partos no hospital municipal, se a mulher assim o desejar.
	5.4 Garantir a previsibilidade de vaga em maternidade para gestante de risco.
6. Garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade a gestantes e crianças de 0 a 6 anos.	6.1 Otimizar as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para o Cuidado em saúde conforme o perfil de cada população.
	6.2 Desenvolver as ações na atenção básica com equidade e singularidade regionais.
	6.3 Monitorar o fornecimento de medicamentos elencados na Rede Municipal de Medicamentos.
	6.4 Ajustar as condições de oferta de exames à demanda segundo os protocolos de acesso.
7. Reduzir os casos de sífilis congênita para 0,5 casos por mil nascidos vivos.	7.1 - Captar precocemente as gestantes com sífilis no pré-natal (até a 12ª semana de gestação).
	7.2 - Garantir tratamento adequado e intensificar a vigilância das gestantes com sífilis durante o pré-natal.
	7.3 - Garantir teste rápido parasífilis em todas as UBSs.
	7.4 - Garantir a realização do teste rápido para sífilis para 100% das gestantes quando cadastradas no pré-natal do SUS.
8. Detectar precocemente o sofrimento mental de gestantes, puérperas e crianças até 6 anos e realizar as intervenções necessárias.	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.
	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 Infante Juvenil), Adulto e Álcool e Drogas.
	8.3 - Realizar vigilância das gestantes, puérperas e crianças com sofrimento mental por meio de visitas domiciliares e consultas mais frequentes.
9. Aumentar a proporção de crianças livres de cárie com idade de 1 até 6 anos em 7%.	9.1 - Realizar levantamento epidemiológico para atualizar a linha de base.
	9.2 - Intensificar as ações educativas de saúde bucal nas CEIs e EMEIs e em grupos de pais e responsáveis.
	9.3 - Promover ações intersectoriais para discussão e promoção da dieta não cariogênica.
	9.4 - Intensificar as ações curativas por meio do Tratamento Restaurador Atraumático.
	10.1 - Garantir que todos os serviços que atendem à criança tenham suas instalações em cumprimento com as normas e requisitos de segurança existentes.

10. Reduzir em 25% o coeficiente de mortalidade por Acidente até 5 anos de idade	10.2 - Oferecer formação em prevenção de acidentes para as mães durante a gestação e profissionais que atendem às crianças.
	10.3 - Realizar campanhas de conscientização para prevenção de acidentes na infância.

5- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação da implementação do PMPI/Tailândia-PA são um elemento fundamental para a garantia da sua efetivação, sustentabilidade e eficácia, e cuja importância é destacada no Marco Legal da Primeira Infância. 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/Tailândia-PA, também deve ser uma tarefa partilhada, que contemple contribuições dos diferentes atores envolvidos, inclusive das crianças.

O acompanhamento do PMPI/Tailândia-PA, 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/Tailândia-PA 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/Tailândia-PA. 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 e do CMDCA.

Em relação ao controle do orçamento destinado à primeira infância, a Prefeitura será responsável por destacarem 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.

6- ORÇAMENTO

No Plano Municipal pela Primeira Infância, o montante de recursos que, ano a ano, serão necessários para realizar as ações e o alcance das metas estabelecidas não serão detalhadas, em vez disso, optou-se por delinear as diretrizes políticas e legais para o financiamento das

políticas e das ações que dão consistência e vigor ao objetivo de estabelecer na rubrica orçamentária municipal recursos para a primeira infância, a partir da diretriz de prioridade absoluta aos direitos da criança e do adolescente.

O plano plurianual (PPA), as leis de diretrizes orçamentárias (LDO) e os orçamentos anuais (LOA) observarão as dotações orçamentárias compatíveis com os eixos estratégicos do PMPI/Tailândia-PA, as metas e as ações estratégicas, a fim de viabilizar sua execução.

REFERÊNCIAS:

- <https://primeirainfanciaemdados.org.br/recomendacoes>
- <https://primeirainfanciaemdados.org.br/município/tailandia-pa>
- <https://cidades.ibge.gov.br>
- <https://blog.gesuas.com.br/creas>
- www.gov.br/mds
- Plano municipal de saúde 2026-2029
- Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SUSA) (2023)
- <https://www.agenciapara.com.br>
- <https://tailandia.pa.gov.br>
- <https://www.indsh.org.org>
- Plano Nacional pela Primeira Infância 2010-2022/ 2020-2030.
- PMPI: Orientações Práticas da Construção à Execução PRELETORA:SOLIDADE Menezes - MP - PA, 11/06/2026 (email:solidademenezes@gmail.com)
- Cartilha Plano Municipal para a Primeira Infância: Um passo a passo a elaboração (Selo Unicef – 2021-2024)