



Lei nº 1646/2021

“Institui o Plano Municipal da Primeira Infância - PMPI, para o período 2021/2031 e dá outras providências”

CANDIDO MURILO PINHEIRO RAMOS, Prefeito Municipal de Nazaré Paulista, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal de Nazaré Paulista aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica instituído o Plano Municipal da Primeira Infância - PMPI, no Município de Nazaré Paulista - SP, nos termos dos anexos desta Lei, com a finalidade de garantir a proteção integral, a promoção e a defesa da criança de zero a seis anos enquanto sujeito de direito, de acordo com os princípios da Declaração Universal dos Direitos das Crianças.

§1º - Os documentos do Anexo Único desta Lei, destinam - se a orientar os programas, projetos e ações voltados para crianças de zero a seis anos, desenvolvidos no âmbito do Município de Nazaré Paulista.

§2º - Os programas, projetos e ações das Diretorias Municipais de Educação, Assistência Social e Saúde, se integrarão de forma intersetorial nas ações finalísticas voltadas para as crianças de zero a seis anos de idade.

§3º - O Plano Municipal da Primeira Infância - PMPI, atende às determinações, constantes no Plano Nacional da Primeira Infância, no Plano Estadual da Primeira Infância e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

§4º - São consideradas como ações finalísticas voltadas para crianças de zero a seis anos:

- a) saúde das crianças;
- b) educação infantil;
- c) assistência social as crianças e suas famílias;
- d) proteção a família e a comunidade da criança;
- e) convivência familiar e comunitária das crianças em situações especiais;
- f) o direito de brincar de todas as crianças;
- g) atendimento à diversidade das crianças negras, quilombolas e indígenas;
- h) assegurar o direito de cidadania a todas as crianças;



- i) enfrentar a violência contra crianças;
- j) controlar a exposição precoce aos meios de comunicação;
- k) evitar acidentes na primeira infância.

Art. 2º - O Plano Municipal da Primeira Infância de Nazaré Paulista será implementado num período de 10 (dez) anos, compreendido entre os anos de 2021/2031.

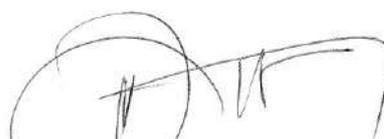
Art. 3º - A Prefeitura Municipal de Nazaré Paulista – SP, deverá a cada ano, no período de elaboração da Lei Orçamentária Anual, apresentar suas metas de resultados e seu respectivo plano de ação para a efetivação das diretrizes e dos objetivos do PMPI.

Art. 4º - Será de responsabilidade dos Departamentos de Educação, Assistência Social e Saúde e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA avaliar a execução do PMPI, estabelecendo os mecanismos necessários ao acompanhamento das metas, realizando, quando necessário, a revisão ou atualização das ações do PMPI, pautada nos indicadores estabelecidos.

Art. 5º - As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta das receitas orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Nazaré Paulista, 14 de dezembro de 2021.



CANDIDO MURILO PINHEIRO RAMOS
Prefeito Municipal

Publicado conforme o dispositivo no
Artigo 86 da Lei Orgânica

Luciene A. Pinheiro
Assessora do Depto. de Administração



Plano Municipal da Primeira Infância 2021/2031



Plano Municipal da Primeira Infância

Não, não tenho caminho novo.
O que tenho de novo é o jeito de caminhar.

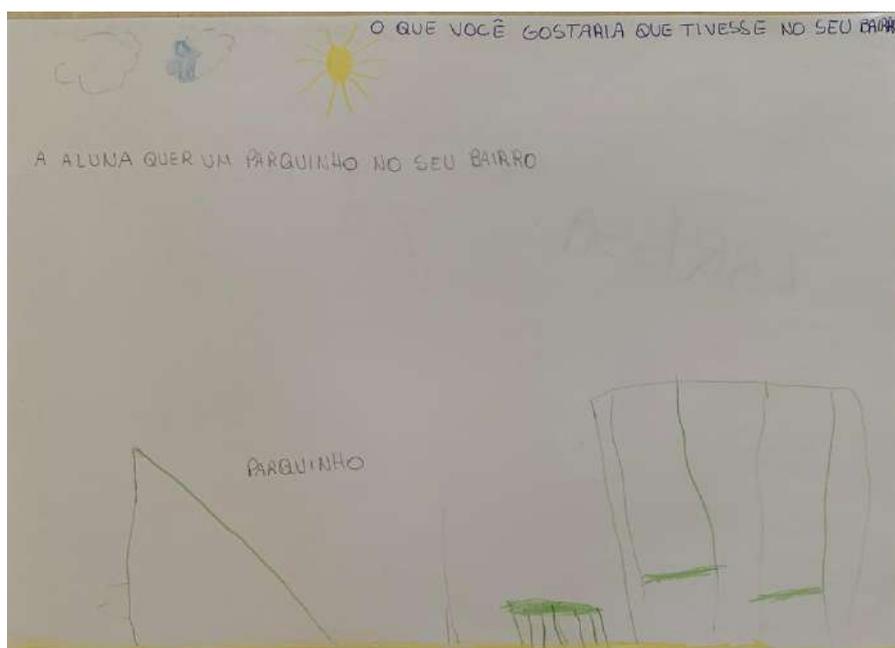
Thiago Mello





As crianças quando bem cuidadas, são uma semente de paz e
esperança.

Zilda Arns Neumann



Os Estados e Municípios são instados a desenvolver estratégias baseadas em direitos, coordenadas e multissetoriais, a fim de que o interesse superior à criança seja sempre o ponto de partida no planejamento e na prestação de serviços.

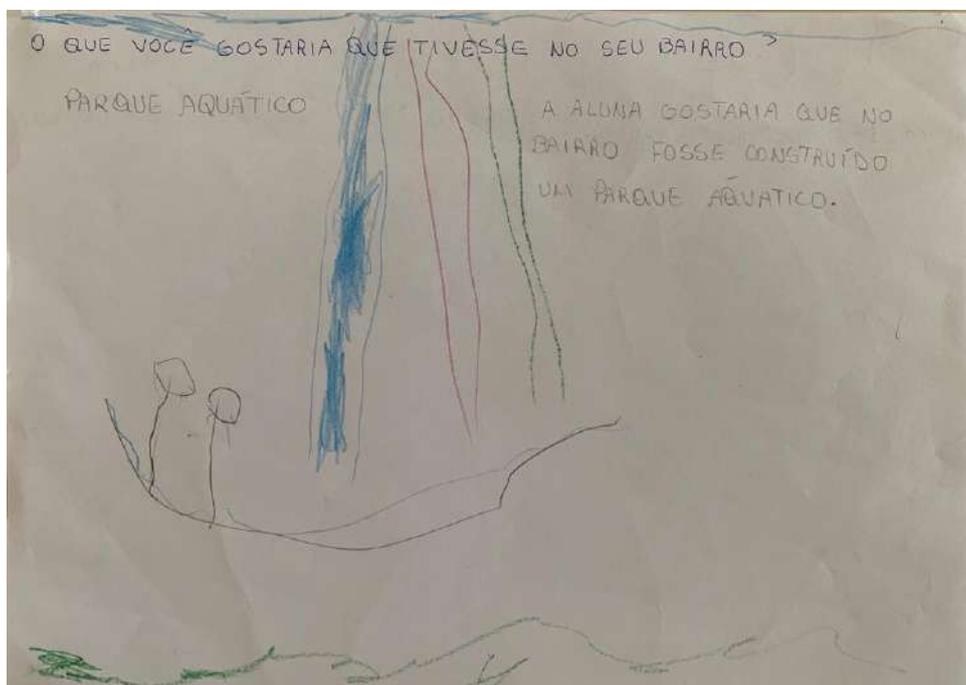
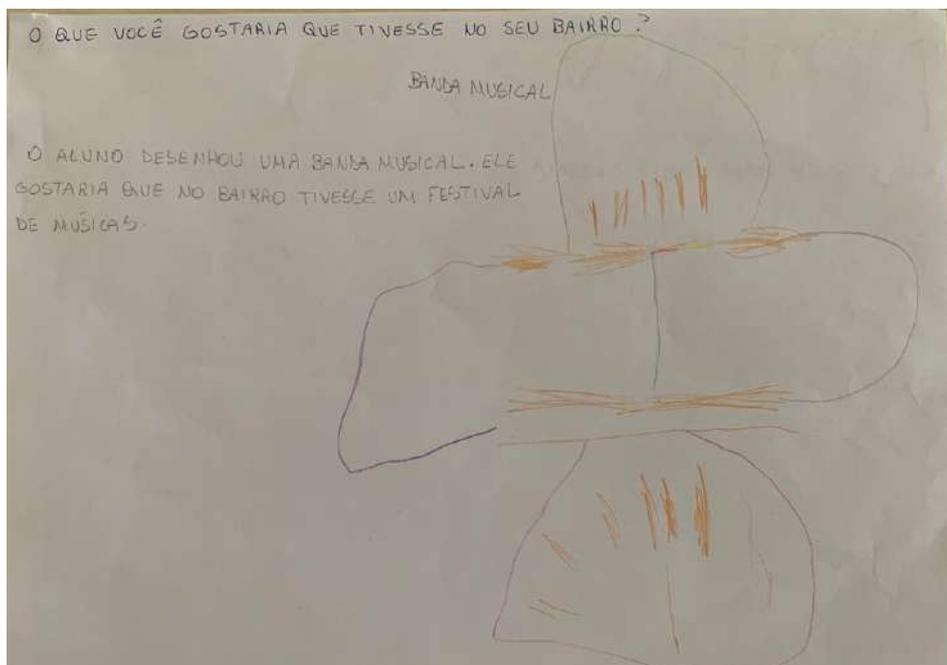
Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas, 2005, parágrafo 22

A criança é inocente, vulnerável e dependente. Também é curiosa, ativa e cheia de esperança. Seu universo deve ser de alegria e paz, de brincadeiras, de aprendizagem e crescimento. Seu futuro deve ser moldado pela harmonia e pela cooperação. Seu desenvolvimento deve transcender à medida que amplia suas perspectivas e adquire novas experiências. Mas para muitas crianças a realidade da infância é muito diferente.

ONU - Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, 30 de setembro de 1990



Não existe um ver que não seja também um olhar nem um ouvir que não seja também um escutar e o modo como olhamos e escutamos é plasmado pelas nossas expectativas, pelas nossas posições e pelas nossas intenções. *Jerome Bruner.*



Este Plano mostra as nossas expectativas, posições e intenções ao olharmos e escutarmos as crianças de nossa cidade.



O Plano Nacional da Primeira Infância (PNPI, 2010) afirma sabiamente que “a infância constitui uma etapa da vida com sentido e conteúdos próprios. (...) Por isso, não olhamos para as crianças na perspectiva do adulto que desejamos que sejam, mas como cidadãs, sujeitos de direitos, enquanto crianças. Entendê-la como pessoa em desenvolvimento implica conferir plenitude ao momento da infância por ela ter sentido em si mesma (...)” Essas são palavras que nos motivaram a seguir em frente na busca da garantia de direitos para as nossas crianças. O PMPI é um instrumento que norteará as ações futuras para o Plano Desenvolvimento da Primeira Infância de nossa Nazaré Paulista, fase mais importante e essencial da vida humana.

Célia Rocha



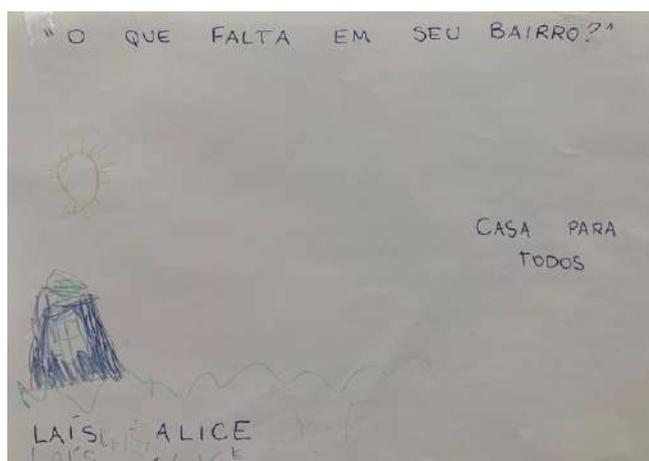
Todas as crianças pequenas devem ser cuidadas e educadas em ambientes seguros de sorte que cresçam saudáveis, vivazes, com amplas possibilidades de aprender. A última década forneceu mais evidências de que a



boa qualidade dos programas de cuidados e educação na primeira infância, na família e em programas mais estruturados tem impacto positivo sobre a sobrevivência, o crescimento, o desenvolvimento e o potencial de aprendizagem da criança. Esses programas devem ser abrangentes e focar todas as necessidades da criança, inclusive saúde, nutrição e higiene, assim como seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial. Devem ser oferecidos na língua materna da criança e identificar e aprimorar os cuidados e a educação das crianças com deficiências. Parcerias entre governos, ONGs, comunidades e famílias podem ajudar a garantir o provimento de programas de cuidados e educação de boa qualidade às crianças, principalmente àquelas em situações mais desfavoráveis, por meio de atividades centrais na criança, focadas na família, baseadas na comunidade e apoiadas por políticas nacionais, multissetoriais e com recursos adequados.

Os Governos (...) têm a responsabilidade primária de formular políticas de cuidado e educação para a primeira infância no contexto dos planos nacionais de Educação para Todos – EPT, mobilizando apoio político e popular, e promovendo programas flexíveis e adaptáveis para crianças pequenas, que sejam adequados para sua idade e que não sejam simplesmente uma antecipação dos sistemas escolares formais.

UNESCO, Plano de Ação – Dacar, 2000



Introdução



Tornou-se lugar comum afirmar que as crianças são o futuro da nação e que o país que não cuida de suas crianças não terá um futuro melhor do que o presente. Já não há mais dúvida de que investir na infância é fincar as bases de um futuro mais sólido, de que priorizar a infância é uma estratégia inteligente para obter ganhos sociais ou econômicos superiores aos gerados por quaisquer outros investimentos. No entanto, para as crianças, mais importante do que preparar o futuro é viver o presente. Elas precisam viver agora e na forma mais justa, plena e feliz. Se a infância é “o tempo das silenciosas preparações”, a ambivalência da infância – presente e futuro – exige que cuidemos dela agora pelo valor da vida presente, e, simultaneamente, mantenhamos o olhar na perspectiva do seu desenvolvimento rumo à plenificação de seu projeto de existência. Em que pese ser a criança projeto, prenúncio e preparação da vida adulta – e esse sentido de crescimento exerça fascínio, funde esperanças e arregimente investimentos dos adultos na primeira infância – é necessário ver, também, na criança um valor nela mesma, isto é, como criança. A infância constitui uma etapa da vida com sentido e conteúdo próprios. Adultos inteligentes, criativos, empreendedores, com ampla flexibilidade mental, são, antes, consequência que objetivos da ação nos primeiros anos de vida. Por isso, não olhamos para as crianças na perspectiva do adulto que queremos ver nela; olhamos para elas por serem crianças, cidadãs, sujeitos de direitos. Entender a criança como pessoa em desenvolvimento implica dar plenitude ao momento da infância por ela ter sentido em si mesma. Isto quer dizer: a criança vive um conteúdo próprio da existência humana, intransferível para outras idades e sedimentadora da adolescência, da juventude e da vida adulta. Adicionalmente, implica, nessa mesma dinâmica, situá-la num processo de formação cuja meta é o sempre mais adiante. Mais do que desenhar um cenário para o futuro - o Plano traça objetivos e metas para agora e para o tempo que vai seguindo, assinala compromissos políticos imediatos e sequenciais. Se, de uma parte, é confortante imaginarmos um cenário de vida feliz e grande desenvolvimento de nossas crianças num futuro ao alcance de nossa própria vida, de outra parte, é imperiosa a ação de construí-lo diariamente, persistentemente. Aquele sem esta é ficção, alienação e projeção irresponsável.



Ao contrário, a ação hoje, inserida na perspectiva daquele cenário, impregna de dignidade a nossa vida atual.

Na Constituição Federal no paradigmático artigo 227, atribui à família – e aí estão os pais, os irmãos, os parentes –, à sociedade – e nela estão compreendidos todos os cidadãos e suas organizações representativas –, e ao Estado, dirigido pelo governo, nas suas três esferas de Poder – Executiva, Legislativa e Judiciária, a responsabilidade perante os direitos da criança: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao fazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. A Família, por mais que esta tenha se modificado na sua estrutura, nas formas de exercer suas funções e nos papéis intra-familiares em relação à reprodução das condições materiais e culturais de sobrevivência e na função geracional, continua sendo a instituição primordial de cuidado e educação dos filhos, mormente nos seus primeiros anos de vida. Não lhe é facultado delas abdicar (art. 229 da CF e art. 22 do ECA).

De uma parte, há o direito da família aos filhos, que envolve seu cuidado e educação inicial. A pobreza não lhe retira esse direito, nem este pode ser confiscado pelo Estado por causa daquela. Antes, compete ao Estado garantir à família as condições para exercê-lo (ECA, art. 23).

De outra parte, há o direito da criança à convivência familiar e, como parte dela, essencial para a constituição da personalidade infantil, à formação dos vínculos afetivos. Qualquer forma de substituição da convivência familiar nos anos iniciais da vida será parcial e deverá ser transitória. Quanto à Sociedade, por mais indefinido ou impreciso que pareça o que lhe compete fazer para garantir os direitos da criança, algumas áreas de atuação são claras:

a) participar, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações (de saúde - art. 198, III; de assistência social – art. 204, II; de educação – art. 213; de todos os direitos – art. 227, § 7º da CF);



b) participar de conselhos paritários com representantes governamentais, como Conselhos de Educação, de Saúde, de Assistência Social, de Acompanhamento e Controle Social do Fundeb, Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente etc., que têm funções de planejamento, acompanhamento, controle social e avaliação;

c) assumir a execução de ações, na ausência do Poder Público ou em parceria com ele, podendo, nesse caso, o Poder Público repassar recursos ou autorizar, mediante lei e, se absolutamente necessário, incentivos fiscais e isenção de impostos, taxas e serviços;

d) desenvolver programas, projetos e ações compreendidas no conceito de responsabilidade social e de investimento social privado;

e) promover ou participar de campanhas e ações que promovam o respeito à criança, seu acolhimento e o atendimento de seus direitos.

O Estado, se, por uma parte, não é pai nem mãe a ponto de assumir integral e satisfatoriamente o papel de cuidador e educador da infância, por outra, não pode dele eximir-se ou estabelecer metas tímidas sob o argumento de que não dispõe de recursos financeiros suficientes. A vontade política e as decisões governamentais criam, localizam e mobilizam os recursos existentes. Assim, se cumprirá a opção da sociedade e da Nação brasileira inscrita em sua Carta Magna de que os direitos da criança e do adolescente devem ser assegurados com absoluta prioridade (art. 227).

Segundo o ECA, “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” (art. 4º, parágrafo único).



Breve Histórico de Nazaré Paulista

Originou-se junto à primitiva capela de Nossa Senhora de Nazaré, no Município de Atibaia, construída em 1676, por Matias Lopes, fundador do povoado. As terras do atual município fizeram parte do caminho por onde passou o bandeirante Fernão Dias em 1674. A categoria Município foi conseguida em 10 de junho de 1850, através de Lei promulgada por Vicente Pires da Mota, Presidente da Província de São Paulo, com terras da então freguesia de Nazaré e da freguesia de Santo Antônio da Cachoeira, hoje Piracaia, desmembrada da Vila de Atibaia. Em 1866, seu território foi acrescido de terras desmembradas de Conceição de Guarulhos, hoje Guarulhos. Posteriormente foram processadas trocas de terras com os Municípios de Atibaia, Piracaia, Santa Isabel e Juqueri, hoje cidade de Mairiporã. Em 30 de novembro de 1944, mudou sua denominação para Nazaré Paulista. O Distrito de Ajuritiba, que passou a denominar-se Bom Jesus dos Perdões, alcançou autonomia político-administrativa em 18 de fevereiro de 1959, sendo desmembrado de Nazaré Paulista.

Dados do Município de Nazaré Paulista

Dados Geográficos Nazaré Paulista está localizado na região Sudeste do Brasil, a oeste do Estado de São Paulo, mais precisamente nas coordenadas geográficas 23°10'52" sul e 46°23'42" oeste. De acordo com o levantamento realizado pelo IBGE (2018), o município abrange uma área de 326,254 km², em uma altitude de 845 m. O município de Nazaré Paulista faz divisa com os seguintes municípios: Bom Jesus dos Perdões, Piracaia, Atibaia, Santa Isabel, Guarulhos, Mairiporã e Igaratá.

Localização do município de Nazaré Paulista no Estado de São Paulo.

Os principais acessos pelo modal rodoviário podem ser feitos via terrestre pelas rodovias SP-36 Nazaré-Guarulhos (Rodovia Juvenal Ponciano de Camargo) e SP-65 (Rodovia Dom Pedro I).



Econômico:

Segundo levantamento realizado pelo SEADE (2015), o município de Nazaré Paulista possui grande representatividade no setor de serviços, seguido do setor de agropecuária e industrial.

Serviços	Nazaré Paulista	São Paulo
Agropecuária	5,19	2,04
Indústria	19,75	21,21
Serviços	75,06	76,75

Fonte: SEADE, 2017

Participação (%) de Nazaré Paulista e do Estado de São Paulo em diferentes setores da economia.

Torna-se válido salientar que Nazaré Paulista é membro do Circuito entre Serras e Águas, o qual se destaca por seus recursos naturais como as nascentes, cachoeiras e represas, sendo excelente para prática de atividades náuticas, como passeios de barco, mergulho e pesca esportiva. Os setores de atividades econômicas desenvolvidas em Nazaré Paulista geraram quase 2 mil empregos formais, com salário médio de R\$ 2.664,76 mensais.

População:

De acordo como Censo de 2010 do IBGE a população de Nazaré Paulista é de 16.414 mil habitantes, tendo uma densidade demográfica de aproximadamente 50,31 habitantes/km². A pirâmide etária de Nazaré Paulista permite deduzir que a população deste município possui uma diminuição na taxa de natalidade, sendo que uma parte da população se encontra economicamente ativa. A dedução acima pode ser afirmada através dos dados que foram organizados pelo SEADE (2018), pois no ano de 2018 a taxa de natalidade foi de 13,03 nascimentos a cada mil habitantes e no ano de 2000 esta taxa foi de 19,68



nascimentos a cada mil habitantes, ou seja, houve uma diminuição na taxa supracitada. A taxa de mortalidade infantil para o ano de 2013 foi de 16,81 mortos a cada mil nascidos vivos, se comparado com o valor do ano anterior que foi de 4,61 mortos a cada mil nascidos vivos, o que apresenta um aumento. (SEADE, 2018). Segundo o SEADE (2015), a Dimensão Longevidade no ano de 2016 era de 74 anos para o município de Nazaré Paulista e de 72 anos para o Estado de São Paulo. O indicador supracitado é composto pela combinação de quatro taxas de mortalidade específicas a determinadas faixas etárias: perinatal (fetos e crianças de zero a seis dias); infantil (de zero a um ano); de 33 pessoas de 15 a 39 anos; e de pessoas de 60 a 69 anos (SEADE, 2020).

Cultura:

O Turismo Cultural é definido a partir da motivação do turista, especificamente a de estar em contato com o patrimônio histórico e cultural e determinados eventos culturais, de forma que possam vivenciar a experiência e preservar a sua integridade. A relação do turista com a cultura ou algum aspecto cultural pode ser observada em duas dinâmicas: uma refere-se ao conhecimento, a motivação em aprender e entender o objeto da visita; outra corresponde a experiências participativas, contemplativas e de entretenimento, que acontecem em função do objeto de visita. (Turismo Cultural: Orientações Básicas – MTUR, 2008).

Segurança:

Delegacia de Polícia Civil

A Delegacia de Polícia Civil está localizada na Rua Jacob Rodrigues, nº 113, e o telefone para contato é (11) 4597-1232. Disque-Denúncia.

Para realizar denúncias de forma anônima, é possível discar para o telefone 181. Energia elétrica: A energia elétrica de Nazaré Paulista é fornecida pela Empresa Elektro (ARSESP, 2020). De acordo com o Ranking Paulista de Energia (2018), em 2018 o consumo de energia elétrica do município de Nazaré Paulista foi de 34.875 MWh, sendo que 15.933 MWh deste consumo foi para a



área residencial, 3.029 MWh para a área rural, 8.274 MWh para a área industrial, 5.539 MWh para a área de comércio e serviços e apenas 2.099 MWh para a iluminação e serviços públicos.

Caracterização Ambiental do Município:

Atributos Climáticos

A classificação climática de Köeppen-Geiger mais conhecida por classificação climática de Köppen é o sistema de classificação global dos tipos climáticos mais utilizado em geografia, climatologia e ecologia. Dentre as classificações de Köeppen-Geiger (CEPAGRI, 2014 e EMBRAPA, 2014), o município de Nazaré Paulista classifica-se como tipo Cwa - Clima 37 temperado úmido. As chuvas são mais concentradas no verão e temperaturas menos elevadas devido ao fator altitude. A temperatura média é 20,3° C, sendo que a maior temperatura média é 28,7° C (janeiro/fevereiro) e menor temperatura média é 9,5° C (julho). Julho é considerado o mês mais frio, com média de 16,5°C, conforme mostra a tabela, que apresenta dados estimados de temperatura, os quais foram obtidos através de equações de temperatura em estudos realizados pelo CEPAGRI/UNICAMP, para o período de 1961 a 1990, respectivamente.

Segundo dados do Centro de Pesquisas Meteorológicas e Climáticas Aplicadas à Agricultura – CEPAGRI, a temperatura média anual no município de Nazaré Paulista é de 20,3°C. A pluviosidade média do município é de aproximadamente 1.381,6 mm.

Diagnóstico Territorial da Primeira Infância

1. Número de crianças de 0 a 6 anos em Nazaré Paulista



Município de Nazaré Paulista
Educação Infantil: Creche
População projetada e matrícula por grupos de idade
2015 - 2020

Ano	Projeção da População				Matrícula				Taxa de atendimento
	Grupos de idade			Total	Grupos de idade			Total	0 a 3
	0 a 3	4 e 5	6		0 a 3	4 e 5	6 ou mais		
2015	1.022	403	193	1.618	273	26	-	299	26,7
2016	1.020	429	206	1.655	281	34	-	315	27,5
2017	1.016	454	219	1.689	305	29	-	334	30,0
2018	1.010	483	232	1.725	317	32	-	349	31,4
2019	1.004	510	246	1.760	359	30	-	389	35,8
2020	997	538	260	1.795	335	29	-	364	33,6

Fontes: Fundação Seade - Projeção da População. Elaborado pela DPE/GGE/DGA e DPAQ.

MEC/Inep - Síntese Estatística de Educação Básica - Matrículas.

Notas: 1) Dados de projeção ajustados para 1º de julho.

2) A faixa etária é calculada considerando a idade do aluno na data de referência do Censo Escolar da Educação Básica.

3) O mesmo aluno pode ter mais de uma matrícula.

4) Inclui matrículas de Ensino Regular e Educação Especial Exclusiva.

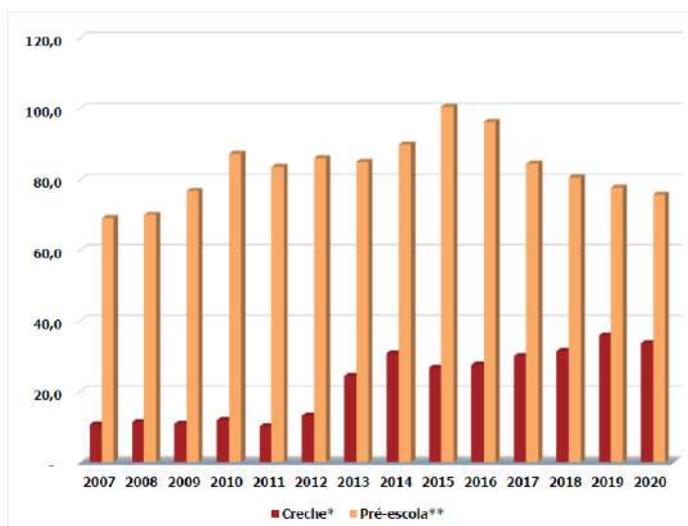
2. Demanda de Creches no Município

DEMANDA POR VAGAS	OFERTA DE VAGAS	DE RESULTADO
336	413	77+

3. Percentual de matrículas em Creche e Pré-escola

Município de Nazaré Paulista
Matrículas na Creche e Pré-escola em relação à população da faixa etária (em %)
2007 - 2020

Ano	Creche*	Pré-escola**
2007	10,7	69,0
2008	11,3	70,0
2009	10,9	76,7
2010	11,9	87,2
2011	10,1	83,5
2012	13,1	86,0
2013	24,3	85,0
2014	30,8	89,9
2015	26,7	100,5
2016	27,5	96,3
2017	30,0	84,4
2018	31,4	80,5
2019	35,8	77,6
2020	33,6	75,7



Fonte: Fundação Seade - SIM Educação - 2007-2015, e dados de 2016-2020 elaborados pela FDE/DPE/GGE/DGA e DPAQ.

* Matrículas na Creche de crianças de 0 a 3 anos, em relação à população na mesma faixa etária (em %).

** Matrículas na Pré-escola de crianças de 4 e 5 anos, em relação à população na mesma faixa etária (em %).



4 - Número de crianças de 0 a 6 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família

Crianças de 0 a 4 anos: 620 crianças

Crianças de 5 e 6 anos: 281 crianças

Total de crianças atendidas de 0 a 6 anos: 901

5. Coeficiente de Mortalidade infantil (óbitos por 1.000 nascidos vivos)

A mortalidade infantil é considerada um importante indicador das condições de vida e de saúde de uma população. Segundo os dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil no Brasil apresentou redução de 16,7% no período de 2010 a 2015 (de 16,0 para 13,3 mortes de crianças menores de um ano de idade a cada 1.000 nascidos vivos. Entretanto, após 26 anos de queda, houve um aumento, entre os anos de 2015 e 2016, de 4,8% na taxa de mortalidade infantil (elevando-se para 14,0 mortes a cada 1.000 nascidos vivos). Também houve aumento, em 2016, da taxa de mortalidade na infância: 16,4 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos, representando um acréscimo de 3,2% em relação ao ano anterior.

Uma questão grave é a mortalidade de crianças na primeira semana de vida (mortalidade neonatal precoce, muito relacionada à prematuridade) e a mortalidade de bebês filhos de mães adolescentes. As principais causas de morte no primeiro ano de vida, em 2016, estiveram relacionadas: (a) às complicações neonatais no parto pré-termo (25%); (b) às anomalias congênitas (24%); (c) à encefalopatia neonatal devida à asfixia e ao trauma no nascimento (15%); (d) a outros transtornos do período neonatal (15%); e (e) à sepse neonatal e a outras infecções neonatais (12%). Essas cinco primeiras causas foram responsáveis por 91% das mortes em crianças menores de um ano em 2016.

Desde 2015, a cobertura vacinal no Brasil apresenta uma tendência de queda. O sarampo, uma das doenças até então controladas pela imunização, retornou a níveis preocupantes.



Esta situação também é observada nos índices de coberturas de outras vacinas. Com a pandemia de COVID-19, as coberturas vacinais ficaram abaixo de 80 %.

O coeficiente de mortalidade infantil é mais uma marca da desigualdade na cidade de Nazaré Paulista, que apresenta taxas variáveis entre a população de baixa renda. Dados de 2019 apontam 13,45 óbitos por mil nascidos vivos, portanto abaixo da média nacional.

Os bairros mais vulneráveis apresentam maiores índices de mortalidade infantil, isto decorre das barreiras geográficas naturais que dificultam acesso aos serviços básicos e de saúde.

Outro problema que carece de especial atenção é a mortalidade materna. Este foi o único Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) que o Brasil não alcançou. Teria que reduzir para 33 casos por 100 mil até 2015; no entanto, parou no patamar de 62 e subiu para 64 em 2016. Dentre as mortes maternas, algo ao redor de 92% tem causas evitáveis: ocorrem, principalmente, por hipertensão, hemorragia ou infecções e abortos provocados. Novamente aqui, a cor e a etnia entram como fatores de discriminação, dado que a maior parte das mortes maternas no Brasil ocorre entre as mulheres negras de 15 a 29 anos.

6. Percentual de nascidos vivos com pelo menos sete consultas de pré-natal

Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), em 2016, apenas 67,7% das mães de nascidos vivos no Brasil realizaram ao menos sete consultas pré-natal, mínimo considerado adequado. O município de Nazaré Paulista apresenta uma situação mais alentadora, com uma taxa média de 81,2%.

7. Número de nascidos vivos de mães adolescentes:

Embora a gravidez na adolescência no município de Nazaré Paulista apresente índices inferiores aos nacionais, o fenômeno não deixa de ser



preocupante pelas desigualdades territoriais verificadas, repetindo o padrão de maior incidência nas regiões mais vulneráveis e populosas.

Os bairros que abrigam famílias com nível socioeconômico mais alto apresentam taxas de gravidez na adolescência próximas de zero, como é o caso do Centro e Vicente Nunes. Por outro lado, em bairros e com alta vulnerabilidade social como Cuiabá, Mascate, Livramento, Moinho, Araújo, mais de 10 em cada 100 crianças nascidas vivas são de mães adolescentes. Ainda que a gravidez na adolescência possa ser uma escolha pessoal, frequentemente ela reflete a falta de acesso a informação, a métodos contraceptivos e a oportunidades de construção de projetos de vida diferentes daqueles impostos pela exclusão e a situação de vulnerabilidade vivida pelos adolescentes.

Além disso, é necessário ressaltar que parte do contingente das adolescentes que engravidam são vítimas de violência sexual. Segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, disponível em, acesso em 17/09/2018), 68% das vítimas de estupro no país são crianças e adolescentes.

EIXO ESTRATÉGICO I

ASSISTÊNCIA SOCIAL

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

Em Nazaré Paulista, a Assistência Social encontra-se na gestão básica, se dá por meio de seus equipamentos públicos tendo 01 CRAS que oferta serviços, programas e projetos da proteção social básica e o Departamento de Assistência Social, que é o órgão gestor da assistência, atende além das



questões administrativas, a gestão do Programa Bolsa Família, e a demanda da Proteção Social Especial.

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

As ações de proteção social básica organizam-se em torno do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). O CRAS é uma porta aberta para as demandas socioassistenciais no território, como também para a identificação de populações específicas e mais vulneráveis, visando o seu acesso a direitos. É a unidade que oferta um conjunto de serviços socioassistenciais e faz a gestão territorial da Proteção Social Básica. Tem, portanto, papel mobilizador e articulador nos territórios, o que contribui e potencializa o acesso das famílias ao SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

O CRAS é uma unidade de proteção social básica do SUAS, que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais no território, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania.

A equipe técnica do CRAS que é composta por: 01 coordenador; 01 técnico profissional de nível superior com formação em serviço social; 01 técnico profissional de nível superior com formação em psicologia, 01 administrativo, 01 auxiliar de serviços gerais e 06 estagiários que executam a função de visitador do Programa Criança Feliz.

O CRAS executa o cadastro do CadÚnico, SCFV– Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, Programa Viva Leite e o Programa Criança Feliz.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é o serviço responsável por realizar o trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de



potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo.

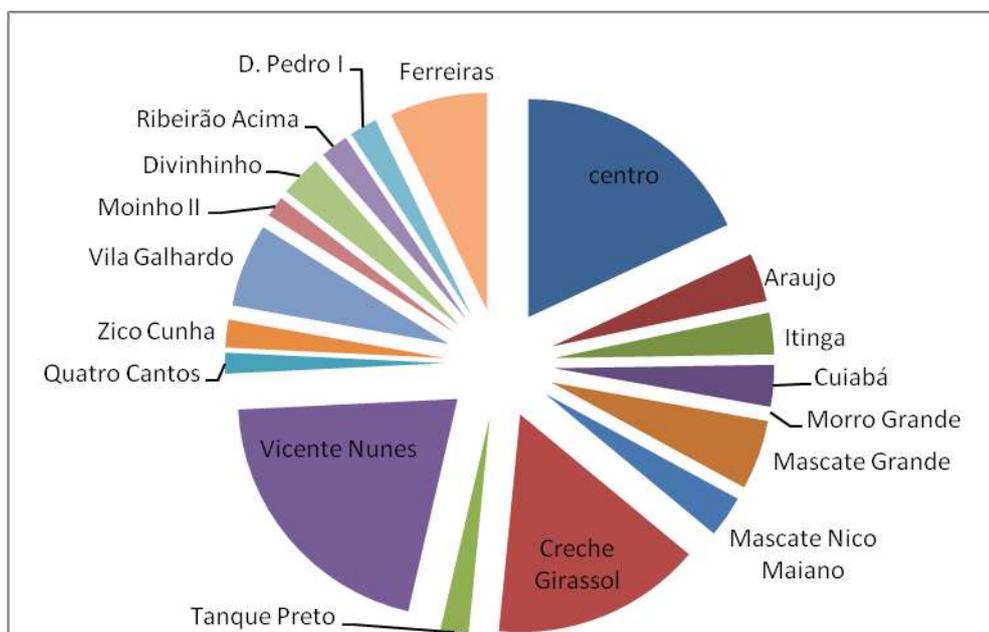
O SCFV integra o conjunto de serviços da proteção social básica e tem por objetivo fortalecer as relações familiares e comunitárias, assim como promover a integração e a troca de experiências entre as/os participantes. Sua oferta complementa o trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social realizado pelo PAIF e os grupos do serviço são, necessariamente, referenciados ao CRAS.

O Programa Viva Leite foi instituído em 1999 com o objetivo de melhorar as condições nutricionais das crianças dando segurança alimentar, nutricional e prevenção de anemia ferropriva e deficiências de vitaminas A e D.

O programa oferta por criança 15 litros por mês de leite fluido pasteurizado ENRIQUECIDO com Ferroamino ácido quelato, vitaminas A e D.

Atualmente o município atende 195 crianças e recebe 2.895 litros de leite por mês.

Segue o gráfico que ilustra os beneficiários por bairro:



O Programa Criança Feliz



O Programa Criança Feliz (PCF) foi instituído pelo Decreto nº 8.869, de 05 de outubro de 2016, como parte da implementação do Marco Legal da Primeira Infância. Tem como uma de suas características principais a intersectorialidade, a partir da articulação de ações das políticas de Assistência Social, Saúde, Educação, Cultura, Direitos Humanos e Direitos das Crianças e dos Adolescentes, entre outras, com o fim de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância.

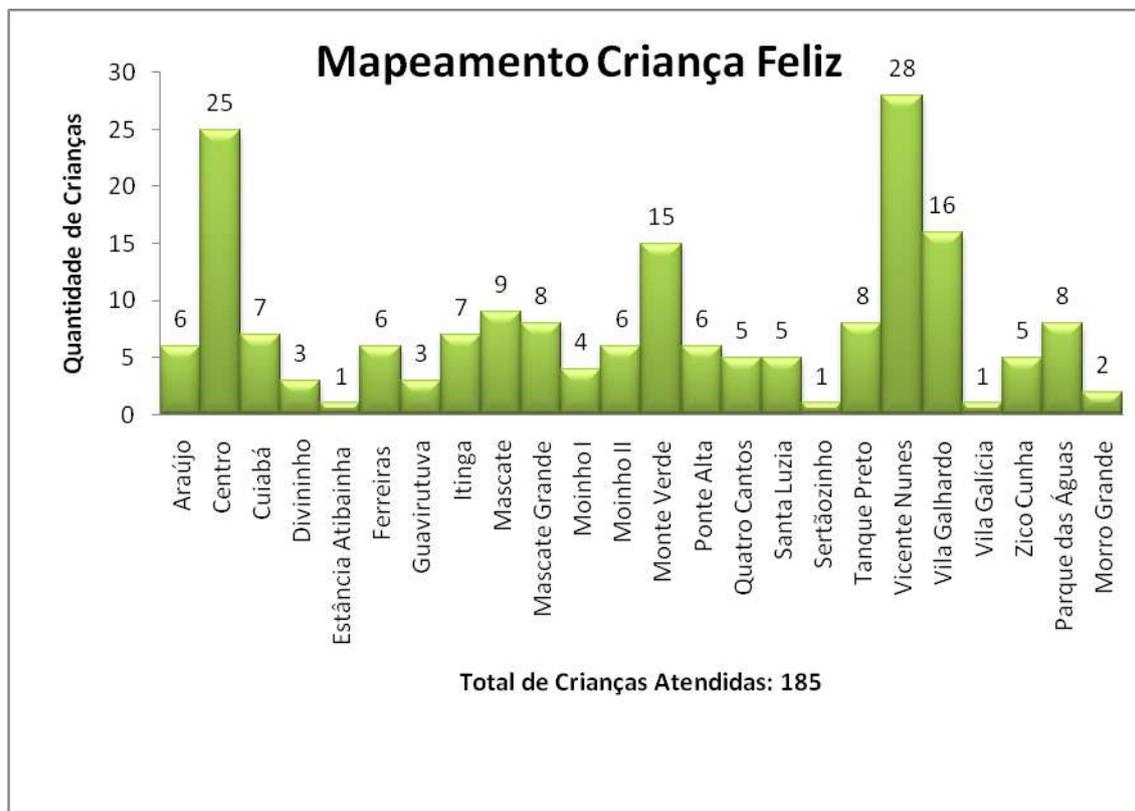
O eixo central de atuação do Programa são as visitas domiciliares, que tem a finalidade de apoiar e acompanhar o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância e apoiar à gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais. Além disso, visa colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação das crianças atendidas. Tais elementos encontram retaguarda, igualmente, na oferta de serviços socioassistenciais, que ao contribuir para o fortalecimento da capacidade protetiva das famílias, permitem alçar o público do Programa à condição de prioridade absoluta determinada pelo marco legal vigente no País.

As visitas domiciliares compreendem ação planejada e sistemática, com metodologia específica para atenção e apoio à família, fortalecimento de vínculos e estímulo ao desenvolvimento infantil. Na integração com o SUAS, as visitas domiciliares do CF potencializam a perspectiva preventiva e a proteção proativa no âmbito da proteção social. Além disso, integram o componente das visitas domiciliares do PCF ações complementares, que dizem respeito à viabilização da participação das famílias em outras ações do SUAS, da saúde, da educação, entre outras políticas, em acordo com suas necessidades. Reconhece-se, com isso, que a visita domiciliar possibilita a identificação de demandas familiares para as diversas políticas públicas.

O Programa Criança Feliz constitui público de atendimento: gestantes, crianças de até 36 (trinta e seis) meses e suas famílias cadastradas no Cadastro Único; crianças de até 72 (setenta e dois) meses e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada; crianças de até 72 (setenta e dois) meses



afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no art. 101, caput, incisos VII e VIII, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e suas famílias.



PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

A Proteção Social Especial visa não apenas fortalecer as famílias no desempenho da sua função protetiva, mas também reparar danos e incidências de violações de direitos, romperem padrões violadores de direitos e restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia das famílias. Assim, os serviços socioassistenciais ofertados pela PSE potencializam os recursos individuais, familiares e comunitários para a superação das situações de risco pessoal e social por violência e/ou



violação de direitos, bem como atuam prevenção da reincidência ou agravamento dessas situações.

No município de Nazaré Paulista não temos o equipamento CREAS, principal unidade da PSE, o serviço é ofertado pelo Departamento de Assistência Social, responsável por ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI, podendo também ofertar ou referenciar outros serviços e programas.

O PAEFI configura-se como serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende a realização de atendimentos, segundo as demandas e especificidades de cada situação (individuais, familiares e em grupo; orientação jurídico-social; entre outras atividades). Com objetivos de contribuir para o fortalecimento da família no seu papel de proteção, incluir famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, contribuir para acabar com as violações de direitos na família, e prevenir a reincidência de violações de direitos, o PAEFI conta com uma equipe composta por profissionais de diversas áreas como: Assistente social, Psicóloga e Pedagoga.

Com relação aos serviços da alta complexidade, o Departamento de Assistência Social, oferta atendimentos para crianças e adolescentes em instituições de acolhimento. O município de Nazaré Paulista possui um alto índice de famílias em situação de exclusão social que se depara com a questão do desemprego e de todas as demais situações que colaboram para a vulnerabilidade destas famílias (violência, tráfico e consumo de drogas, etc.). Tais situações facilitam o transbordamento de outros dificultadores, como o prejuízo na estrutura e dinâmica das famílias, que se vêem impossibilitadas de satisfazer suas próprias necessidades e conseqüentemente as necessidades de suas crianças e adolescentes.

O Departamento de Assistência Social identificou que em sua unidade de acolhimento, (Centro Abayomi, que atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos), as principais causas do



acolhimento são: violência, negligência, abandono, abuso sexual e drogadição.

MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS DO MUNICÍPIO

A Municipalização das medidas socioeducativas em meio aberto de Nazaré Paulista, iniciou em 2008, a mesma segue os preceitos da Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (1993), Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (1990), Sistema Único de Assistente Social – SUAS (2005) e Sistema Nacional Socioeducativo- SINASE (2006).

O Sistema Nacional de atendimento Socioeducativo – SINASE é composto pelos programas de execução de todas as medidas previstas no artigo nº112 do Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA. O Sistema Único de Assistente Social – SUAS responde pela a execução das medidas em meio aberto no país, conforme descreve a Política Nacional de Assistência Social, a defesa e acesso a direitos sociais,entre eles a da saúde.

Os atendimentos ao jovem são realizados seguindo às indicações do SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativas, ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente e SUAS- Sistema Único da Assistência Social.

A realidade brasileira mostra que existem famílias com as mais diversas situações de vulnerabilidade social que podem induzir á violação dos direitos de seus membros, em especial, de suas crianças e adolescentes.

O atendimento de jovens que cumpre medida socioeducativas em meio aberto (Prestação de Serviços à Comunidade- PSC e Liberdade Assistida - LA), é executada no Departamento de Assistência Social.

O Serviço teve Inicio em 2008 com 02 adolescentes, em 2011 foram registrados seis (06) atendimentos, em 2012 manteve se o mesmo número, a partir de 2013 houve um aumento significativo de 100% dos adolescentes. Em 2014 foram atendidos 12 adolescentes. Em 2015 foram atendido 11 adolescentes. Em 2016 foram atendido 13 adolescentes. Em 2017 foram atendidos 10 adolescentes. Em 2018 foram atendido 11 adolescentes, sendo 07 sexos masculinos e 04 sexos femininos. Em 2019 foram atendidos 11 adolescentes,



sendo 01 menina e 10 meninos. Em 2020 foram atendidos 13 adolescentes em medidas Socioeducativas, sendo 06 adolescentes em medida acumulados-LA/PSC, 04 adolescentes em Liberdade Assistida – LA e 03 adolescentes em medidas de Prestação de serviço a comunidade - PSC.

Em 2021 estamos até o momento com 05 adolescentes em media acumulada LA/PSC.

As maiores incidências de ato infracional cometido pelos adolescentes são:

Sexo	Idade	Bairro	Atos Inflacionais
Masculino	16 anos	Mascate/Monte Verde	Lesão corporal leve
Masculino	16 anos	Mascate/Monte Verde	Posse de drogas
Masculino	16 anos	Mascate	Lesão corporal
Masculino	14 anos	Mascate	Posso de drogas
Masculino	16 anos	Cuiabá	Crime de trânsitos
Masculino	17 anos	Cuiabá	Crime de trânsitos
Masculino	18 anos	Cuiabá	Crime de trânsitos
Masculino	16 anos	Morro Grande	Crime de trânsitos
Feminino	16 anos	Tanque preto	Posse de drogas
Masculino	17 anos	Cuiabá	Lesão corporal
Masculino	20 anos	Vicente Nunes	Posse de drogas
Masculino	16 anos	Centro	Lesão corporal
Masculino	15 anos	Mascate/Monte Verde	Lesão corporal leve

Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente

Além dos equipamentos das políticas publicas da Assistência, Educação e Saúde também contamos com outros importantes parceiros na rede de atendimento à criança:

CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA composto por 05 titulares e 05 suplentes representantes do poder público e 05



titulares e 05 suplentes representantes da sociedade civil que desenvolvam atividades ligadas à criança e ao adolescente, atualmente contamos com representantes da Pastoral da Criança, APOESP (associação de Professores do Estado de São Paulo), APM da Escola Clélia de Barros Leite da Silva e Igreja Evangélica Assembléia de Deus de Nazaré Paulista.

Conselho Tutelar

O Conselho Tutelar é um órgão integrante da administração pública municipal, permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. É composto por cinco (5) membros titulares, na forma do artigo 132 do Estatuto da Criança e do Adolescente, para mandato de 4 (quatro) anos.

Atualmente está cediado na Praça Nossa Senhora de Nazaré, nº 63, com atendimento de segunda a sexta feira, das 08h às 17h e após o horário em regime de plantão via telefone celular pelo número (11) 99970-1718.

Comissão Intersetorial para atendimento a Criança e Adolescente em situação de Violência

Através do Decreto 3385/2021 foi instituído uma comissão composta por representantes das políticas públicas de: Assistência Social, Saúde, Educação, Segurança Pública e Trânsito, Cultura, Esporte e Lazer para construção e monitoramento de Programa à criança e adolescente em situação de violência.

META	ESTRATÉGIAS
1 - Garantir a oferta do Programa Criança Feliz em todo o territorial municipal.	1.1 Ampliar a divulgação do Programa
	1.2 Realizar busca ativa de acordo com a lista de nascidos vivos extraída do programa E-SUS
	1.3 Realizar busca ativa com base nas informações de registro de vacinação
	1.4 Realizar busca ativa com base nas informações de matrículas das creches



META	ESTRATÉGIAS
2- Dar continuidade ao atendimento de 100% das crianças participantes do PCF de 3 a 6 anos de todo o território municipal.	2.1 Ampliar o quadro de visitantes
	2.2 Prorrogar a permanência das crianças participantes do Programa Criança Feliz até os 06 anos com conteúdo próprio para a faixa etária.
META	ESTRATÉGIAS
3- Realizar Campanhas para sensibilização sobre “Diversas formas de violência contra a criança”	3.1 Elaborar em conjunto com outras políticas públicas e Conselhos calendário anual das campanhas
	3.2 Estabelecer parceria com o Departamento de Comunicação para publicidade em todos os canais da Administração Pública.
META	ESTRATÉGIAS
4-Implantar brinquedotecas em todos os equipamentos sociais que atendem crianças com até 6 anos;	4.1 Adquirir brinquedos e livros infantis para fortalecer e garantir as Brinquedotecas em todos os equipamentos sociais que atendem crianças com até 6 anos;
META	ESTRATÉGIAS
5. Ampliar o território de abrangência da distribuição do	5.1 Garantir a distribuição do leite em todos os bairros do município.



Programa Viva Leite	
META	ESTRATÉGIAS
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 dos conselhos tutelares.
META	ESTRATÉGIAS
7. Ampliar o envolvimento das famílias e da sociedade na valorização dos cuidados e vínculos na primeira infância;	7.1 Sensibilizar a sociedade sobre os mecanismos de exclusão e invisibilidade das crianças na primeira infância no espaço público, a fim de ampliar a percepção sobre a importância de espaços acessíveis adequados à primeira infância.
	7.2 Estimular o menor uso de equipamentos eletrônicos até os 03 primeiros anos da criança.
	7.3 Incentivar que os genitores dediquem tempo à criança com qualidade, momento de escuta, afeto e trocas de saberes, fortalecendo assim o vínculo entre pais e filhos.
	7.4 Elaborar e veicular material informativo para pais e cuidadores com foco em estratégias para a educação não violenta e fortalecer a cultura de paz nos núcleos familiares.
META	ESTRATÉGIAS
8. Promoção da intersetorialidade	8.1 Fortalecer a atuação do comitê da Primeira Infância
	8.2 Articular com todos os departamentos públicos, bem como com os atores da sociedade civil para um trabalho em conjunto.
	8.3 Dar publicidade aos trabalhos realizados pela rede, a fim de dar visibilidade, publicidade e alcançar novos atores.
META	ESTRATÉGIAS
9. Implantar	9.1 Buscar parcerias para criação de praças e playgrounds.



espaços públicos para convivências e lazer ao ar livre	9.2 Mobilizar a sociedade civil para parcerias de implantação e cuidados desses espaços de lazer e convivência.
META	ESTRATÉGIAS
10. Ampliar em 10% a equipe técnica do DAS	10.1 realização de Concurso Público ou Processo Seletivo para ampliação do quadro do DAS até o final da vigência deste plano.

Eixo estratégico II

SAÚDE

SAÚDE E BEM-ESTAR

OBJETIVOS: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

CARACTERÍSTICAS GERAIS E ESTRUTURAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

O prédio do Hospital Germano José de Faria conta com 20 (vinte) leitos de internação clínica, área administrativa, recepção e serviços de apoio. Esta unidade hospitalar destinar-se-á ao recebimento de usuários do SUS, referenciados pelo DMS para realização de pequenas cirurgias, internação clínica em leitos de retaguarda, atendimento de urgência e emergência, pronto atendimento e exames de retaguarda, (SADT). Presta atendimento ambulatorial de primeira vez para usuários ingressantes referenciados e de seguimento para usuários previamente internados na unidade.

O Hospital Municipal de Nazaré Paulista soma aproximadamente 2 mil metros quadrados de área construída num terreno com 3,6 mil metros quadrados. O prédio conta com 4 grandes blocos, divididos em internação, ambulatórios, centro cirúrgico e pronto socorro.

O hospital atende consulta de pronto socorro livre demanda (urgência e emergência), e alguns ambulatórios de especialidade. É referência para atendimento primário dos casos de covid-19 e acidentes automobilísticos na rodovia DOM PEDRO I.



Conta com serviços de farmácia, laboratório, raio x e fisioterapia. Atualmente é administrado por Organização Social em regime de contrato de gestão.

SERVIÇOS PRESTADOS NO HMNP E MISSÃO DO HMNP NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE NAZARÉ PAULISTA:

O HMNP presta os seguintes serviços:

- Pronto atendimento de urgência e emergência em clínica médica, 24h;
- Disponibilidade de leitos de enfermagem e observação;
- Exames ambulatoriais.
- Exames laboratoriais 24hs.
- Serviço de radiologia 24hs.
- Administração de medicamentos, inclusive gases medicinais.
- Atendimento de enfermagem.
- Atendimento de fisioterapia.
- Atendimento de nutrição.
- Atendimento de farmácia 24 hs.

O HMNP é a maior porta de entrada de pronto atendimento da cidade, realiza aproximadamente 250 atendimentos/dia e serve de referência para toda a rede ambulatorial do município, inclusive SAMU. Sua maior missão é atender as referências das unidades públicas de saúde e a demanda espontânea, resolvendo os casos de menor complexidade e, encaminhando os casos de maior gravidade após estabilização do paciente.

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS:

O Hospital Municipal, com seus recursos humanos e técnicos, atende aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde necessários para o tratamento ou estabilização e transferência do paciente.



São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, realizados pela unidade às pessoas que procuram tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada. Emergências são casos mais graves de aparecimento súbito e imprevisto e exige solução imediata.

Sendo uma unidade do tipo “portas aberta”, o mesmo deverá dispor de atendimento às urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Na unidade são disponibilizados leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência, por período de até 12 horas. Se, em consequência do atendimento de urgência / emergência o paciente for colocado em regime de “observação” (leitos de observação e leitos de enfermagem), e não ocorrer a sua transferência para um dos hospitais da região em menos de 12 horas, ou não for concluído o tratamento necessário para sua alta, o paciente será mantido na unidade até que se consiga sua transferência ou sua alta pelo médico visitador clínico.

A unidade esta apta a realizar os seguintes grupos de procedimentos:

- a. Pequenas cirurgias;
- b. Atendimento em pediatria;**
- c. Atendimento em psiquiatria;**
- d. Atendimento em clínica médica;**
- e. Exames de apoio em laboratório clínico e raio x;**
- g. Atendimento em Infectologia;**

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL:

O serviço ambulatorial destina-se à realização de consultas especializadas de primeira vez e de seguimento imediato, desde que pré-agendadas e reguladas pelo DMS, conforme descrito abaixo:

- a. Pré-operatório para procedimentos eletivos, pequenas cirurgias;
- b. Acompanhamento pós-alta hospitalar do HMGJF



As especialidades atendidas no ambulatório são:

- a. Medicina interna
- b. Clínica cirúrgica (pequenas cirurgias);
- c. Clínica Médica
- d. Ortopedia
- e. Pediatria
- f. Psiquiatria
- g. Infectologia

O acompanhamento ambulatorial será prestado até que seja efetivada a contra-referência do usuário para tratamento ambulatorial na rede de atenção pública à saúde ou até que haja a alta ambulatorial, deverá incluir todos os exames complementares necessários ao acompanhamento do usuário.

A prescrição realizada pelos profissionais da unidade quanto aos medicamentos e insumos destinados ao usuário ambulatorial deverá estar contida nas listas padronizadas pelo SUS e nos protocolos clínicos preconizados pelo município.

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA:

Este Serviço é oferecido para investigação diagnóstico-terapêutica em usuários internados ou assistidos no ambulatório do hospital. Os exames considerados de urgência ou emergência para usuários internados são disponibilizados durante 24 horas por dia, 7 dias na semana e incluídos na saída hospitalar.

- a. Radiologia geral;
- b. Exames laboratoriais em bioquímica clínica, hematologia, uroanálise, sorologias e anatomia-patológica;

Em adição aos exames e procedimentos listados acima, também é oferecido serviço para investigação diagnóstico-terapêutica ambulatorial (SADT Ambulatorial). Tais



exames e procedimentos são realizados em pacientes externos encaminhados e não matriculados no ambulatório da instituição.

QUADRO DE PESSOAL:

CATEGORIA
2- Clínicos/Plantonistas para o período diurno – 12 horas (07:00 as 19:00 h) Segunda a Sexta-feira.
1- Clínico/Plantonista para o período diurno – 12 horas (07:00 as 19:00 h) Sábado e Domingo
1- Clínico/Plantonista para o período noturno – 12 horas (19:00 as 07:00 h) Segunda a Domingo
1- Médico Clínico Visitador – (diárias, sete dias na semana)
1- Médico CCIH – (mínimo de 3 horas semanais)
2- Médicos/ clínico – ambulatório de clínica médica – (de 12 horas semanais)
1- Médico pediatra – ambulatório de pediatria – (08 horas semanais)
1- Médico psiquiatra – ambulatório de psiquiatria – (6 horas semanais)
1 - Médico Diretor Clínico

PROFISSIONAIS DE SAÚDE (área não médica)	
Enfermeiro 12 x 36 diurno (07:00 as 19:00h)	5
Enfermeiro 12 x 36 noturno (19:00 as 07:00h)	4
Enfermeiro RT – (40 horas semanais)	1
Farmacêutico – (30 horas semanais)	4
Técnico de farmácia - (40 horas semanais)	1
Nutricionista – (30 horas semanais)	1
Fisioterapeuta – (30 horas semanais)	1
Téc./Auxiliar de Enfermagem 12 x 36 diurno (11) (+ 1 folguistas) - (07:00 as 19:00 h)	12
Téc./Auxiliar de Enfermagem 12 x 36 noturno (10) (+ 1 folguistas) - (07:00 as 19:00 h)	11
PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS E APOIO	
Administrador Geral – (30 horas semanais)	1
Recepcionista diurno (40 horas semanais)	6
Recepcionista diurno - (12/36)	2
Recepcionista noturno - (12/36)	2
Faxineira - (40 horas semanais)	2



UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

O Centro de saúde Benedito Carvalho Sobrinho, está localizado na Rua Cel. Benedito Bueno, s/nº - Centro – Nazaré Paulista – SP – CEP 12960-000 - Tel.: (11) 4597-1526 ramal 234 e (11) 4597-3065.

A Equipe médica do Centro de saúde é composta por **05 médicos** sendo eles 01 Ginecologista, 01 Pediatra e 03 Clínicos gerais – Atualmente realizam consultas sendo elas:

- Ginecologista - Consulta de rotina às Segundas feiras e Pré-natal Terça e Sexta feira – Média de 51 pacientes por semana.
- Pediatra – Segunda e Quinta feira - Média de 36 pacientes por semana.
- Clínico geral – Todos os dias da semana, de Segunda à Sexta feira - Média de 119 pacientes por semana.

A Equipe técnica é composta por 01 Coordenador, 02 Psicólogas que realizam atendimentos divididos entre crianças e adolescentes, 01 Nutricionista para atendimentos gerais, 01 Assistente Social para atendimentos gerais, 03 recepcionistas, 01 motorista, 02 Farmacêuticos, 04 Enfermeiros e 03 Técnicos de enfermagem.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

A tomada de decisão desde a trajetória da criação do SUS até a definição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada preferencial da Atenção Básica à Saúde provocou a produção e a institucionalização de inúmeros recursos legais.

A ESF se fortaleceu como porta de entrada da rede de serviços de saúde do município, seu programa voltado ao acolhimento das famílias trouxe muitas conquistas na área da Atenção Básica. O trabalho das ACS (agentes comunitárias de saúde) aproximou os usuários da unidade e das ofertas de serviços disponibilizados pelo programa.



A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A COVID-19:

A pandemia da COVID-19 é um desafio muito grande para a ciência e para a sociedade, exigindo respostas rápidas para o seu enfrentamento. No Brasil, assim como em alguns outros países do mundo, essas respostas têm sido centradas nos serviços hospitalares, como a ampliação do número de leitos. É preciso alertar, porém, que muito poderia e deveria ser feito no âmbito da APS a fim de combater o avanço da pandemia, já que esse é potente na redução das iniquidades de saúde e tem um alto grau de capilarização em território nacional.

Entre todas as atribuições da ESF já descritas anteriormente, destaca-se seu papel na captação de pessoas pertencentes à comunidade e na associação com diferentes setores institucionais para o desenvolvimento conjunto de medidas preventivas e de promoção à saúde. Nesse sentido, a ESF, como porta de entrada preferencial do SUS, assume papel fundamental na resposta global à doença em situações de surtos e epidemias, oferecendo atendimento resolutivo com potencial de identificação precoce de casos graves que devam ser encaminhados para serviços especializados.

O PAPEL DA COMUNIDADE JUNTO À ESF NO COMBATE À PANDEMIA:

Como já mencionado, a participação social é um dos princípios norteadores do SUS e contribui para a democratização do sistema. Nesse sentido, a comunidade pode participar tanto da gestão e da organização das ações e dos serviços de saúde, quanto de ações mais específicas em relação ao seu próprio território, atuando de maneira ativa na prevenção e no combate à pandemia.

Em relação à gestão e à organização das ações em saúde, a comunidade pode, por meio de conferências e reuniões de conselhos regionais de saúde, participar na construção de condições para promoção, proteção e recuperação da



saúde, através do envolvimento direto dos usuários nos processos de discussão, deliberação e controle das políticas de saúde.

Quanto à participação ativa da comunidade na promoção em saúde no seu território, destaca-se a importância da educação em saúde promovida pela ESF como uma maneira de contribuir para o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados. Essa prática educativa busca respeitar o universo cultural de todos e das formas de organização da comunidade, considerando que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças, conhecimentos e são detentoras de um potencial para se organizar e agir.

Dessa forma, com uma consciência crítica estabelecida, a comunidade pode, de forma ativa, auxiliar a ESF na identificação de particularidades do território para a futura elaboração de medidas mais representativas e também atuar como vigilantes de saúde e agentes de conscientização.

Nesse contexto, a mobilização social, através de parcerias da ESF com instituições do território, como escolas, igrejas, comércios e centros comunitários, e do estabelecimento de estreitos vínculos com os usuários, além de representar os preceitos da ESF, torna-se uma importante ferramenta para o envolvimento da população e para a disseminação de informações seguras que trazem conscientização sobre a importância das medidas de prevenção, principalmente durante a pandemia

Garantir o direito à vida, à saúde e à boa nutrição na primeira infância, a gestante garantia de acompanhamento pré-natal.

META	ESTRATÉGIAS
1. Alcançar 95%	1.1 Registrar de forma adequada as doses de vacinas aplicadas.
	1.2 Ofertar a vacina nas salas de vacina das UBS, e promover campanhas para atualização das carteirinhas de vacinação.
	1.3 Intensificar a cobertura nas faixas etárias com baixa cobertura vacinal.
	1.4 Realizar a busca ativa dos faltosos através de



de cobertura vacinal para crianças de até 5 anos	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.
	1.7 Em parceria com a rede de educação, no momento da matrícula, fazer o reconhecimento das crianças com doses faltantes.
META	ESTRATÉGIAS
2. Reduzir a desnutrição de gestantes e crianças de 0 a 6 anos e a obesidade na primeira infância	2.1 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.
	2.2 Intensificar o incentivo e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável durante as consultas e as visitas domiciliares
	2.3 Sensibilizar a sociedade para a promoção da alimentação saudável.
	2.4 Ampliar a disponibilização de salas de apoio à amamentação nos equipamentos públicos
	2.5 Fortalecer o programa de aleitamento materno nas Greches de Educação Infantil.
	2.6 Capacitar 100% das equipes de atenção básica para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.
	2.7 Proibir a abordagem de empresas que incentivem a alimentação não saudável nos equipamentos públicos.
	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 à 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.
META	ESTRATÉGIAS
3. Reduzir o coeficiente de mortalidade infantil* 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, para isso ampliar a oferta de vagas no ambulatório de pediatria
	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.

* Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

META	ESTRATÉGIAS
4. Reduzir para menos de 10% o percentual de nascidos vivos de mães	4.1 Apoiar iniciativas de educação entre os adolescentes.
	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 assuntos relacionados à gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis em palestras nas UBSs.
	4.4 Atender a 100% da demanda por métodos contraceptivos de longa duração para adolescentes, principalmente em situação de alta vulnerabilidade.
	4.5 Abordar tema como os direitos sexuais e



adolescentes	reprodutivos no programa Saúde na Escola. 4.6 Promover meios adequados para o acesso do adolescente na atenção básica. 4.7 Aumentar a disponibilização de preservativos em espaços públicos e particulares (centros educacionais, culturais e esportivos).
META	ESTRATÉGIAS
5. Aumentar a prevalência de partos humanizados	5.1 Garantir o direito de acompanhante em todos os partos em maternidades públicas e privadas, se a mulher assim o desejar. 5.2 Garantir a previsibilidade de vaga em maternidade previamente definida pela grade de parto. 5.3 Garantir junto ao prestador acolhimento humanizado e acesso aos programas de planejamento familiar. 5.4 Articular com o prestador acompanhamento do pré-natal de alto risco com a realização de exames complementares no serviço de origem.
META	ESTRATÉGIAS
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) dos territórios para o cuidado em saúde conforme o perfil de cada população. 6.2 Desenvolver as ações na atenção básica com equidade garantindo acesso aos serviços essenciais ofertados nas unidades de saúde. 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. 6.5 Ajustar condições de ofertar consultas para gestantes e crianças segundo os protocolos de acesso. 6.6 Monitorar o fornecimento de dietas e formulas infantis padronizados pelo município para famílias carentes.
META	ESTRATÉGIAS
7. Reduzir os casos de sífilis congênita para 0,5 casos por mil	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 para sífilis em todas as



nascidos vivos	UBSs. 7.4 Garantir a realização do teste rápido para sífilis para 100% das gestantes quando cadastradas no pré-natal do SUS.
META	ESTRATÉGIAS
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
	8.3 Realizar vigilância das gestantes, puérperas e crianças com sofrimento mental por meio de visitas domiciliares e consultas mais frequentes.
	8.4 Realizar parcerias intersetoriais com o CRAS e DADES para absorver as demandas identificadas pelas unidades e encaminhá-las a rede para acompanhamento.
	8.5 Ampliar o acesso de gestantes e crianças em sofrimento nos programas de saúde mental disponibilizados pela rede municipal.
META	ESTRATÉGIAS
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 escolas municipais e em grupos de pais e responsáveis.
	9.3 Promover ações intersetoriais para discussão e promoção da dieta não cariogênica.
	9.4 Intensificar as ações curativas por meio do Tratamento Restaurador Atraumático.
	9.5 Realizar programas de escovação e fluoretação nas escolas públicas municipais.
	9.6 Distribuir Kits de higiene bucal nas escolas municipais.
META	ESTRATÉGIAS
10. Reduzir em 25% o coeficiente de mortalidade por acidente até 5	10.1 Garantir que todos os serviços que atendem à criança tenham suas instalações em cumprimento com as normas e requisitos de segurança existentes.
	10.2 Oferecer formação em prevenção de acidentes para as mães durante a gestação e



anos de idade	profissionais que atendem às crianças.
	10.3 Realizar campanhas de conscientização para prevenção de acidentes na infância.

Eixo estratégico III

EDUCAÇÃO

Desde a mais tenra idade, (todas as crianças) devem ser incentivadas a participar da vida cultural da sociedade em que vivem. ONU – Conferência de Cúpula sobre a Criança, 1990

“A educação é o mais poderoso instrumento de formação humana e fator decisivo no desenvolvimento social e econômico. Dela depende o progresso nas ciências, a inovação tecnológica, a invenção do futuro. Mas ela é, também, a condição indispensável para a realização do ser humano”. (PNPI, 2010)

No Plano Nacional pela Primeira Infância ressalta que intervir nessa etapa, com um programa de Educação Infantil de qualidade, é uma estratégia inteligente e eficaz, como atestam pesquisas recentes, pois garante uma vida mais plena para toda criança de qualquer ambiente sócio/ econômico, possibilitando que as crianças vivam uma infância mais feliz, sedimenta a base do desenvolvimento pessoal posterior, assegura maior resultado na educação escolar, traduzido em melhor aprendizagem no ensino fundamental e médio, aumenta ganhos financeiros futuros e reduz gastos posteriores em programas sociais.

A Educação Infantil é um direito das crianças de 0 a 5 anos garantido na Constituição Federal de 1988, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e que, na LDB - Lei 9.394/96, passa a ser tratada como a primeira etapa da Educação Básica.

Ela tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança, contemplando a ação da família e da comunidade. No Brasil, a educação das crianças menores de 7 anos tem uma história de cento e cinquenta anos. Seu crescimento, no entanto, deu-se principalmente a partir dos anos 70 do século XX e foi mais acelerado até 1993. Em 1998, estava presente em 5.320 Municípios,



que correspondem a 96,6% do total. A mobilização de organizações da sociedade civil, decisões políticas e programas governamentais têm sido meios eficazes de expansão das matrículas e de aumento da consciência social sobre o direito, a importância e a necessidade da educação infantil. Essa é uma oferta educacional, porém, proporcionalmente muito limitada, mesmo nos anos recentes.

Como forma de garantir o direito das crianças, todas as autorizações de criação e funcionamento dos estabelecimentos públicos, privados e comunitários, relacionados à Educação Infantil, no município, precisam passar pelo Conselho Municipal de Educação. Os processos são analisados a partir da Lei do Sistema Municipal de Ensino nº 270/2000 e das Resoluções nº 009/2004 e nº 003/2011 do Conselho Municipal de Educação CME. Essa legislação prevê adequadas condições de infraestrutura, profissionais habilitados, propostas pedagógicas e formação continuada nos estabelecimentos de ensino que atendem essa etapa de Educação Básica.

O compromisso de oferecer acesso à Educação Infantil se consolidou mais a partir da Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013 (que altera a Lei nº 9394/1996), a qual torna obrigatório o ensino de 4 a 17 anos. Essa etapa inicial da educação básica atende crianças de zero a cinco anos de idade. Na primeira fase de desenvolvimento, de zero a três anos, as crianças são atendidas nas creches ou instituições equivalentes. A partir dos quatro anos frequentam a pré-escola.

A progressiva ampliação do atendimento de 0 a 3 anos se consolida com o Plano Nacional de Educação, lei nº 13.0005 de 25 de junho de 2014, que na meta 1 prevê a universalizar, até 2016, a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade e ampliar a oferta de educação infantil em creches de forma a atender, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das crianças de até 3 (três) anos até o final da vigência deste PNE.

Assim, o município através do Plano Municipal de Educação nº 1181, de 15 de setembro de 2015 que progressivamente, prevê a ampliação do atendimento da Educação Infantil para as crianças de 0 a 3 anos em creches e universalização de 4 a 5 anos em pré-escola, a fim de que os alunos nessa faixa etária tenham suas necessidades de atendimento educacional, de bem-estar



social e desenvolvimentos atendidos. Abaixo segue o panorama de atendimento de Nazaré Paulista.

Meta	Estratégia
1.50% do público alvo em até 2025 (vigência do PME)	1.1.Oportunizar que as Crianças de 0 a 3 anos de idade sejam matriculadas em CEI's (Centro de Educação Infantil), com acesso a Cuidado e Educação de qualidade (afetividade, alimentação, descanso, higiene, desenvolvimento cognitivo, emocional e motor) com profissionais qualificados, estrutura física (Acessibilidade) e material pedagógico em quantidade e qualidade suficientes, em Período Integral;
	1.2.Solicitar ao Departamento de saúde que no Programa Bairro a Bairro da Saúde realizem levantamento, da população de 0 a 3 anos incompleta fora de Creche para análise de Demanda reprimida e definição das áreas prioritárias para construção/ampliação de CEI's;
	1.3.Realização de concurso público para a contratação de equipe de apoio para os Centros de Educação Infantil;
	1.4.Garantir condições de mobilidade segura e acessível para que as crianças possam acessar os equipamentos públicos.
Meta	Estratégia
2.Construir cinco prédios até o final da vigência deste plano	2.1.Finalizar dois CEI's com estrutura física preconizada e seguindo as regras de Acessibilidade. Sendo um em parceria com o FNDE/MEC, no bairro do Vicente Nunes e outra com o FDE/ Secretaria de Educação do Estado, no bairro do Mascate e bairro do Divininho;
	2.2. Busca parceria através de convênios com a Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, para



	construção de uma creche no bairro do Cuiabá e para ampliar a construção da creche Darci Pinheiro, no centro de Nazaré Paulista.
Meta	Estratégia
3. Garantir a universalização do atendimento de todas as crianças de 4 e 5 anos.	3.1. Garantir atendimento integral a todas as crianças de 4 e 5 anos;
	3.2. Definir e implementar protocolos de busca ativa para a identificação das crianças fora da escola;
	3.3. Mapear e requalificar os espaços públicos disponíveis para assegurar o atendimento em tempo integral, garantindo a acessibilidade;
Meta	Estratégia
4. Índice de qualidade da Educação Infantil	4.1. Avaliar anualmente o índice de qualidade da Educação Infantil com base nas dimensões: espaço, materiais e mobiliários, formação, planejamento institucional e participação das famílias, através de pesquisa, quadro e gráficos;
Meta	Estratégia
5. Melhorar a qualidade da educação Infantil	5.1. Revisar anualmente o Projeto Político Pedagógico da unidade escolar;
	5.2. Garantir a implementação do Currículo da Educação Infantil;
	5.3. Garantir que todas as unidades de educação infantil disponham de espaços pedagógicos e lúdicos adequados e acessíveis, internos e externos, que propiciem o brincar;
	5.4. Assegurar (até 2025) uma relação educando por docente no sistema municipal de ensino que fortaleça a qualidade social da educação e as condições de trabalho dos profissionais da educação, na seguinte proporção:



	<p>Berçário I: 12 crianças / 1 educador; Berçário II: 16 crianças / 1 educador; Maternal I: 18 crianças / 1 educador; Maternal II: 18 crianças / 1 educador; Infantil I: 25 crianças Infantil II: 25 crianças Apoio na pré-escola compatível com o número de turmas e salas;</p>
	<p>5.5. Incentivar a participação dos pais ou responsáveis no acompanhamento das atividades escolares dos filhos por meio de estreitamento das relações entre as escolas e as famílias;</p>
	<p>5.6. Promover a Formação Continuada dos profissionais da Educação Infantil com foco no desenvolvimento integral da criança;</p>
	<p>5.7. Equipe Gestora dos CEI's realizar os encontros de HTPC (Horário de trabalho Pedagógico Coletivo) de forma a promover o estudo, o compartilhamento de experiências entre os pares, o planejamento, a avaliação e o monitoramento de estratégias de aprendizagem;</p>
	<p>5.8. 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 professores (as) do atendimento educacional especializado, profissionais de apoio ou auxiliares;</p>
	<p>5.9. Assegurar condições para a efetivação da gestão democrática da educação, buscando fortalecer a autonomia da gestão escolar e aprimorar mecanismos efetivos de controle social e acompanhamento das políticas educacionais no Município.</p>



	5.10. Realizar anualmente amostra de artes da infância.
Meta	Estratégia
6.100% dos Cardápios Adequados e com formação continuada de merendeiras semestralmente.	6.1. Elaborar com a Nutricionista cardápio saudável e adequado às necessidades da faixa etária, regionalizado, respeitando a sazonalidade e adaptado às necessidades que surgirem no dia a dia (Baixo peso, Obesidade, Intolerâncias, etc);
	6.2. Organizar a licitação dos gêneros alimentícios que compõe o cardápio da alimentação escolar;
	6.3.Promover a formação continuada das merendeiras da rede municipal e estadual
	6.4. Desenvolver de forma transversal no currículo dos CEI's atividades e projetos de Educação Alimentar;
	6.5. Construir junto com a comunidade hortas e composteiras em todas os CEI's.

Objetivos

1. Ampliar a oferta de educação infantil de forma a atender, até 2025, a 50% da população de até 3 anos de idade e 100% da população de 4 e 5 anos.
2. Adequar os padrões mínimos de infraestrutura das instituições de educação infantil (creches e pré-escolas) públicas nos itens:
 - a) Organiza espaço interno, com iluminação, insolação, ventilação, visão para o espaço externo, rede elétrica e segurança, água potável, esgotamento sanitário;
 - b) instalações sanitárias e para a higiene pessoal das crianças;
 - c) instalações para preparo e/ou serviço de alimentação;
 - d) ambiente interno e externo para o desenvolvimento das atividades, conforme as diretrizes curriculares e a metodologia da educação infantil, incluindo o repouso, a expressão livre, o movimento e a brincadeira;



e) mobiliário, equipamentos e materiais pedagógicos na escala da criança, seguros e com manutenção e reposição permanentes, sustentados, na sua concepção, pelo projeto pedagógico;

f) adequação às características das crianças com deficiências, incorporando os parâmetros do Desenho Universal e da acessibilidade aos projetos arquitetônicos, de mobiliário, assim como aos materiais pedagógicos;

3. Adaptar os atuais prédios de educação infantil, em cinco anos, todos estejam conforme os padrões mínimos de infra-estrutura estabelecidos;

4. Admitir a partir da vigência deste plano, somente profissionais graduados em curso de pedagogia ou similar, com habilitação em educação infantil e, esgotada essa disponibilidade, os que possuam a titulação de nível médio, modalidade normal, com habilitação específica. Nos concursos públicos para a educação infantil, seja exigida a formação em libras.

8. Assegurar que, em três anos, todas as instituições de educação infantil tenham formulado, com a participação dos profissionais de educação, das famílias e das organizações representativas da comunidade, seus projetos pedagógicos, atendendo as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes curriculares para a promoção da igualdade racial, do Conselho Nacional de Educação. E assegurar que esses projetos estejam sendo aplicados.

9. Estabelecer em todos os Municípios, no prazo de três anos, um sistema de acompanhamento, controle e supervisão da educação infantil, nos estabelecimentos públicos e privados, visando ao apoio técnico-pedagógico para a melhoria da qualidade e à garantia do cumprimento dos padrões mínimos estabelecidos pelas diretrizes nacionais e estaduais. Estimular nesse trabalho, a participação das instituições de ensino superior, bem como de organizações da sociedade civil com comprovada experiência na área.

10. Instituir mecanismos de colaboração entre os setores da educação, cultura, saúde e assistência na manutenção, expansão, administração, controle e avaliação das instituições de atendimento das crianças de zero a três anos de idade.



11. Garantir, por meio de uma ação conjunta da União, dos Estados e dos Municípios, a alimentação escolar para as crianças atendidas, nos estabelecimentos públicos e conveniadas de educação infantil.

12. Assegurar, em todos os Municípios, o fornecimento de materiais pedagógicos adequados às faixas etárias e às necessidades do trabalho educacional, e representativo da diversidade étnico-cultural das crianças, segundo os padrões mínimos de infraestrutura.

Eixo IV

Intersetorialidade da Primeira Infância

Meta	Estratégia
1. 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	1.1. 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.
Meta	Estratégia
2. Promover a participação social no monitoramento e na implementação do PMPI	2.1. Consolidar mecanismos de participação da sociedade no monitoramento e controle das políticas públicas para a primeira infância;
	2.2. Promover a participação social nos conselhos de direitos e de controle social das políticas para a primeira infância;
	2.3. Desenvolver estratégias de divulgação do Plano Municipal pela Primeira Infância a fim de promover o envolvimento da sociedade e das famílias na sua implementação.



Meta	Estratégia
3. Ampliar o envolvimento das famílias e da sociedade na valorização dos cuidados e vínculos na primeira infância	3.1. Implementar programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças na primeira infância;
	3.2. Criar um plano de comunicação sobre a importância do desenvolvimento integral na primeira infância;
	3.3. Sensibilizar a sociedade sobre os mecanismos de exclusão e invisibilidade das crianças na primeira infância no espaço público, a fim de ampliar a percepção sobre a importância de espaços acessíveis adequados à primeira infância.
Meta	Estratégia
4. Tornar o ambiente da cidade mais acolhedor para as crianças de 0 a 6 anos	4.1. 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;
	4.2. Garantir a construção de áreas de lazer para crianças no interior dos novos conjuntos habitacionais, considerando as especificidades da primeira infância;
	4.3. Desenvolver anualmente ações na Semana Mundial do Brincar visando a sensibilização das famílias, dos cuidadores e da sociedade em geral sobre a importância do brincar



Meta	Estratégia
5. Promover uma cultura de paz e não violência contra a criança	5.1. Promover, anualmente, campanhas de promoção da cultura da não violência familiar e contra crianças;
	5.2. Elaborar e veicular material informativo para pais e cuidadores com foco em estratégias para a educação não violenta;

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação da implementação do PMPI/Nazaré Paulista são elementos fundamentais 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/Nazaré Paulista também deve ser uma tarefa partilhada, que contemple contribuições dos diferentes atores envolvidos, inclusive das crianças. A promoção da participação social no monitoramento é uma das metas deste Plano, contida no eixo de intersetorialidade para o atendimento integral na primeira infância.

Ele pode ser realizado 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, 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 Plano. 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 devem ser realizados a cada dois anos.

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

O processo de avaliação e controle social do Plano deverá ser realizado em três dimensões distintas;

Avaliação da execução das estratégias previstas no Plano: A primeira dimensão do acompanhamento da implementação diz respeito às estratégias nele mapeadas. Esse processo deve identificar quais programas e ações voltados ao atendimento na primeira infância estão sendo implementados. Assim, será possível verificar se as estratégias definidas norteiam o desenho e a realização das ações e serviços da Prefeitura de Nazaré Paulista e dos demais atores não governamentais para gestantes e crianças de 0 a 6 anos. Para esta finalidade, é imperativa a necessidade de elaboração de um marco lógico, com indicadores que permitam o monitoramento da execução das estratégias do plano, e uma comparação ao longo dos anos. Dentre as estratégias de monitoramento e avaliação traçadas, encontram-se duas que merecem destaque:

- Qualidade dos serviços públicos voltados à primeira infância:
- Transparência do orçamento em relação à primeira infância:

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



Em relação ao controle do orçamento destinado à primeira infância, a Prefeitura será responsável por destacar em 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 representem em relação ao respectivo orçamento realizado.

Essa é mais uma forma de a administração municipal prestar contas para a sociedade, sendo certo que nem todas as despesas públicas que atingem a primeira infância podem ser identificadas como exclusivas da área.

Nesse sentido, deve haver um esforço para demonstrar os números da forma mais aproximada possível. O balanço da implementação das estratégias do Plano deve se dar anualmente, durante a Semana Municipal da Primeira Infância, acrescentada ao calendário oficial do Município.

Avaliação do alcance das metas definidas e da trajetória em direção ao seu cumprimento

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

Nesse caso, também é fundamental a definição de indicadores que possibilitem a avaliação de avanços nas metas. Esse processo gera importantes subsídios para a tomada de decisão sobre eventuais necessidades de revisão ou mudanças de rumos do PMPI/Nazaré Paulista.