



**PLANO DECENAL DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS  
ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE MAJOR VIEIRA-SC**

Major Vieira (SC), novembro de 2016

## **SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO
2. PRINCÍPIOS
3. MARCO LEGAL
4. MARCO CONCEITUAL
5. MARCO SITUACIONAL - DIAGNÓSTICO
  - 5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO, FAMILIAR E COMUNITÁRIO
  - 5.2 DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE
  - 5.3 DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE
  - 5.4 DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA
  - 5.5 DO DIREITO À EDUCAÇÃO, À CULTURA, AO ESPORTE E AO LAZER
6. AÇÕES CONFORME EIXOS DO PLANO DECENAL
7. METODOLOGIA DE TRABALHO
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## **1 INTRODUÇÃO**

As crianças e os adolescentes têm direitos subjetivos à liberdade, à dignidade, à integridade física, psíquica e moral, à educação, à saúde, à proteção no trabalho, à assistência social, à cultura, ao lazer, ao desporto, à habitação, a um meio ambiente de qualidade e outros direitos individuais indisponíveis, sociais, difusos e coletivo.

Portanto as crianças e adolescentes são detentores desses direitos, diante da Família, do Estado, e da sociedade, que obrigatoriamente devem garantir esses direitos. Não apenas como atendimento de necessidades, mas especialmente um direito mais abrangente de desenvolvimento humano, econômico e social.

Cabe ao Plano Municipal de Políticas da Criança e Adolescente favorecer, o desenvolvimento pleno de suas crianças e adolescentes do município tendo como norteadora a Constituição Federal como norte e o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA como caminho a seguir. As ações serão apontadas pelo Diagnostico Social da Criança e Adolescente.O qual apontará as violações de direitos com maior incidência e alternativas de ações para enfrentá-los e também preveni-los.

Ressalte-se a importância do trabalho do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA que, buscando formular a política pública, busca uma integração dos diversos setores da sociedade e a importância do trabalho intersetorial na construção deste Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Diversas leis nacionais, tratados, convenções e normativas internacionais estabelecem a importância da promoção e proteção dos direitos humanos, criando mecanismos que garantam o atendimento de crianças e adolescentes e suas respectivas famílias, conforme suas necessidades e direitos de participação na elaboração das políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente, inspirados na Convenção sobre os Direitos da Criança, consagraram as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, dignos de tratamento diferenciado em função da maior vulnerabilidade inerente à

peculiar condição de pessoas em desenvolvimento. Por isso, assegura-se o direito à proteção integral e à prioridade absoluta para todas as crianças e os adolescentes, a fim de que lhes sejam viabilizado o completo desenvolvimento de suas potencialidades humanas.

Nessa perspectiva, a família, a sociedade e o Estado são corresponsáveis por assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, bem como por resguardá-los de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, conforme o art. 227 da CF/1988.

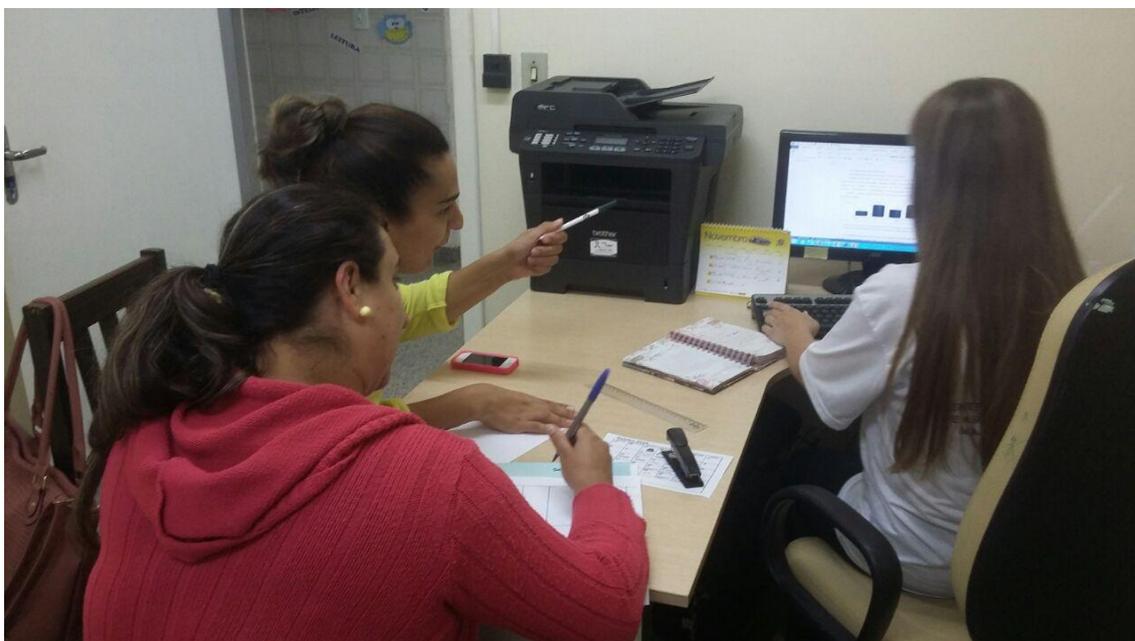
O Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente é um documento que estabelece um planejamento de longo prazo ao Município, inclusive à sociedade, para que haja a congregação de esforços, recursos, propostas e ações, criando uma estrutura interligada de políticas públicas direcionadas à efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes. Ao propor um planejamento de longo prazo, com compromissos firmados, pretende-se que essa política transcenda gestões, garantindo sua continuidade, fazendo deste um Plano de Estado e não um plano de governo.

Os objetivos do Plano Decenal consistem em definir diretrizes, ações, metas, com a construção de indicadores de monitoramento das políticas públicas direcionadas ao cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes nos próximos dez anos, a contar de sua publicação.

Nesses termos, este Plano Decenal apresenta a metodologia de trabalho utilizada para a construção do Plano Decenal dos Direitos Humanos das Crianças e Adolescentes, os princípios, o marco legal e conceitual, na sequência apresenta-se o diagnóstico da situação de crianças e adolescentes. Posteriormente a partir do diagnóstico, apresenta-se as ações intersetoriais proposta de execução para 10 anos. Finalizando o plano defini-se a forma de monitoramento e avaliação do processo de execução.

## 2 METODOLOGIA DE TRABALHO

No dia 03 de junho de 2016, reuniram-se na AMPLANORTE, os municípios de Bela Vista do Toldo, Irineópolis, Itaiópolis, Major Vieira, Papanduva e Três Barras, com o objetivo de dar início ao processo de elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, coordenado pela Assistente Social Janice Merigo (EGEM). Na oportunidade, considerando ser o primeiro encontro, discutiu-se com os participantes, em especial representantes da Comissão Intersetorial dos municípios sobre Direitos Humanos, Proteção integral e Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Na continuidade dos trabalhos realizou-se a leitura da Resolução 171 do CONANDA, que orienta sobre a elaboração do Plano Decenal, aprovou-se o roteiro unificado para a elaboração do plano, bem como definiu-se as competências e atribuições da equipe de assessoria da Escola de Gestão Pública Municipal – EGEM, e das Comissões Intersetoriais dos Municípios, bem como foi elaborado o Plano de Atividades.



No dia 27 de junho de 2016, foi realizado o segundo encontro na AMPLANORTE, com a coordenação da Assistente Social Denise Aparecida Michelute Gerardi, onde foi construído instrumental quanto aos dados a serem levantados e suas fontes, dando início ao processo de elaboração do marco situacional do município. Os participantes das Comissões Intersetoriais se

comprometeram a coletar os dados parciais do município, de acordo com a divisão dos blocos de direitos por município para apresentação no próximo encontro.



O terceiro encontro foi realizado na AMPLANORTE no dia 29 de junho de 2016, também sob a coordenação da Assistente Social, Sra. Denise Aparecida Michelute Gerardi, onde foram apresentados os dados parciais solicitados no encontro anterior, finalizando a dinâmica sobre a construção do marco situacional e sendo deliberado que as comissões enviassem até 13 de agosto o material produzido para análise e revisão técnica da EGEM. Novamente orientou-se quanto à necessidade de registros escritos e fotográficos das atividades desenvolvidas pelas Comissões Intersetoriais nos municípios para acréscimo no item Metodologia de Trabalho.



No dia 29 de agosto foi realizado o quarto encontro na AMPLANORTE, também sob a coordenação da Assistente Social, Sra. Denise Aparecida Michelute Gerardi. Neste encontro trabalhou-se a definição das metas e construção das ações do Plano Decenal, bem como a Introdução, Princípios e Marco Legal que embasam o documento.

### 3 PRINCÍPIOS

A Política dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes está embasada em princípios sólidos e incorporados pela sociedade de forma permanente. Estes princípios estão divididos entre princípios doutrinários e organizativos.

Dentre os princípios doutrinários, dois deles: Universalidade dos direitos com equidade e justiça social e Igualdade e direito à diversidade, são reconhecidos como princípios universais de direitos humanos, não estando diretamente vinculados a crianças e adolescentes. Estes princípios estão afirmados no Artigo 5º da nossa Constituição Federal.

Já os outros três princípios doutrinários: Proteção integral para a criança e o adolescente, Prioridade absoluta para a criança e o adolescente e Reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, estão diretamente relacionados aos direitos humanos exclusivos de crianças e adolescentes. Estes princípios estão afirmados na Constituição Federal, na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e no Estatuto da Criança e do Adolescente, já que constituem a base da doutrina de proteção integral.

Os princípios organizativos são: Descentralização político-administrativa, Participação e controle social e Intersetorialidade e trabalho em rede.

Segue breve relato sobre os oito princípios que regem a política de direitos humanos de crianças e adolescentes:

- Universalidade dos direitos com equidade e justiça social refere-se à garantia de que todos os direitos sejam extensivos para todas as crianças e adolescentes do país, visando o acesso igualitário aos direitos e políticas. A existência de grupos de crianças e adolescentes em desiguais condições exige o desenvolvimento de programas e ações voltados ao reconhecimento dos direitos de crianças e adolescentes historicamente discriminados, ou seja, exige esforços no sentido de buscar, num contexto de profundas desigualdades sociais, condições para que todos acessem os seus direitos.

- Igualdade e direito à diversidade significa assegurar a igualdade de direitos sem discriminação por etnia, raça, cor, cultura, gênero, religião, condição econômica e/ou social, orientação sexual, deficiências, entre outras. A busca pela igualdade é um processo em constante construção na sociedade,

já que novos direitos e deveres, novas regras, grupos e necessidades sociais sempre surgirão.

- Proteção integral para a criança e o adolescente significa considerar o pleno processo de formação física, psíquica e moral em que se encontram, por isso necessitam de plenas condições para o seu desenvolvimento integral. A Doutrina da Proteção Integral foi introduzida pela Constituição Federal de 1988 no ordenamento jurídico brasileiro, na qual considera 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 lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

- Prioridade absoluta para a criança e o adolescente nos serviços públicos, na formulação e execução das políticas, na destinação privilegiada de recursos públicos, bem como prioridade absoluta na área da saúde, tendo direito à primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, considerando a fragilidade inerente à própria condição especial de pessoa em desenvolvimento.

- Reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos significa compreendê-los como dignos de todos os direitos da pessoa humana, mesmo que em razão da sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento não apresentem condições de reivindicá-los, dependendo de outros para isto, continuam sendo detentores dos direitos sem nenhum prejuízo.

- Descentralização político-administrativa pressupõe a distribuição de competências, papéis, atribuições e responsabilidades entre os entes federados (União, Estado, Distrito Federal e Municípios). Assim, conforme o pacto federativo, a política de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes deve se dar de forma compartilhada pelas três esferas de governo.

- Participação e controle social pressupõem a participação da comunidade na formulação de políticas públicas e aplicação de recursos públicos. Foram incorporados na normativa nacional pela Constituição de 1988,

inaugurando uma concepção de Estado amplo do qual a sociedade civil organizada também é parte integrante. A participação da sociedade civil nos conselhos de direitos vem se tornando importante instrumento de controle social e garantia de transparência dos atos do poder público.

- Intersetorialidade e trabalho em rede configuram que a formulação e implantação das ações ocorram necessariamente de forma articulada entre os diversos setores das diferentes políticas públicas, além da articulação entre o governo e a sociedade civil nas três esferas de estado, respeitando as especificidades das competências de cada uma das partes. Essa articulação inclui a integração com os poderes legislativo e judiciário.

## 4 MARCO LEGAL

Neste item apresenta-se os marcos legais e jurídicos que embasam a garantia dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, internacionalmente e nacionalmente,

### 4.1. INTERNACIONAL

**Declaração do Direitos da Criança**, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, em 1959. Esta normativa representa a ruptura internacional dos paradigmas das políticas públicas para as crianças e os adolescentes. A Declaração instituiu novos valores para a ordem jurídica internacional no que se refere aos direitos das crianças e dos adolescentes, estabelecendo direitos fundamentais de caráter universal.

**Regras Mínimas das Nações Unidas** para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude, em 1985, conhecidas como Regras de Beijing. Esse documento estabelece o princípio da legalidade no caso de prática de ato infracional, além da necessidade de mobilização por parte dos Estados na implementação de condições adequadas ao saudável e pleno desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

**Convenção sobre os Direitos da Criança**, em 20 de novembro de 1989. A Convenção reafirma os princípios e direitos elencados na Declaração e vai além, exigindo dos Estados ações para a concretização desses direitos, impulsionando transformações efetivas na realidade das crianças e dos adolescentes.

**Diretrizes das Nações Unidas para Prevenção da Delinquência Juvenil ou Diretrizes de Riad**, de 1990, representaram mais um passo na conquista dos direitos das crianças e dos adolescentes. Esse documento reconheceu a necessidade de estratégias a fim de prevenir o envolvimento dos jovens em atos infracionais.

## 4.2. NACIONAL

**Constituição Federal de 1988**, que estabelece que compete a família, juntamente com o Estado, a sociedade em geral e a comunidade, *“assegurar à criança e ao adolescente o exercício de seus direitos fundamentais”* (Art. 227).

**Lei Federal 8.069**, de 13 de julho de 1990 - ECA, corrobora este princípio e reforça a necessidade de respeito a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoa em desenvolvimento bem como a doutrina da prioridade absoluta no Art. 4 da citada lei.

**Resolução nº 171**, de 04 de dezembro de 2014 que estabelece os parâmetros para discussão, formulação e deliberação dos planos decenais dos direitos humanos da criança e do adolescente em âmbito estadual, distrital e municipal.

**Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e Plano Nacional Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 - 2020**. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília/DF: Conanda, 2010.

**Lei nº 12.594/2012** instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), contendo importantes avanços e complementações ao Estatuto. A Lei do SINASE estabeleceu normas referentes à aplicação e à execução de medidas socioeducativas a adolescentes autores de ato infracional, dispondo desde a parte conceitual até o financiamento do sistema socioeducativo.

**Plano Nacional da Convivência Familiar e Comunitária**. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília/DF: Conanda, 2006.

**Lei nº 12.010/2009**, conhecida como Lei Nacional de Adoção, produziu profundas alterações na sistemática do Estatuto no que se refere à convivência familiar, ao acolhimento institucional e à adoção.

**Lei nº 12.696/2012** alterou os arts. 132, 134, 135 e 139 do Estatuto. As principais inovações dizem respeito à concessão de direitos trabalhistas aos conselheiros tutelares, como cobertura previdenciária, férias anuais, licença-maternidade e paternidade e gratificação natalina, além do direito à remuneração, que será definida por lei municipal ou distrital.

**Resoluções nº 105/2005, 113/2006 e 139/2010 do CONANDA**, que regulamentam as disposições do Estatuto referentes aos conselhos de direitos, ao sistema de garantia de direitos e aos conselhos tutelares, respectivamente.

**Resolução nº 105/2005** estabelece os parâmetros para criação e funcionamento dos conselhos de direitos da criança e do adolescente em todo o território nacional.

**A Resolução nº 113/2006**, por sua vez, define as diretrizes e critérios para a institucionalização e fortalecimento do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente. Esse sistema constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nas três esferas governamentais.

**Resolução nº 139/2010** fixou parâmetros para a criação e funcionamento dos conselhos tutelares.

## **5 MARCO CONCEITUAL**

Um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 foi à incorporação das políticas sociais como responsabilidade do Estado, atendendo às históricas reivindicações das classes trabalhadoras. Nessa direção, a Constituição enfatiza a seguridade social, retira a família do espaço privado, colocando-a como alvo de políticas públicas e afirma direitos da população infanto-juvenil, compreendendo-os como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento e, por isso, possuindo absoluta prioridade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a garantia dos direitos fundamentais. Assegura-lhe a oportunidade, lhe faculta o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social. Responsabiliza a família, a comunidade, a sociedade e o poder público pela garantia da efetivação desses direitos.

Diante dos marcos legais apresentados relativos a criança e ao adolescente, apresentamos algumas concepções de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, bem como algumas ideias principais no aprofundamento teórico sobre a proteção integral.

Direitos humanos são os direitos fundamentais da pessoa humana, enunciados historicamente a partir do progressivo reconhecimento, pelas legislações nacionais e normas internacionais, da inerente dignidade de todo indivíduo, independentemente de raça, sexo, idade ou nacionalidade. A consagração de tais direitos constitui um traço marcante do processo civilizatório, e sua efetiva implementação, um indicador seguro do nível de desenvolvimento humano atingido por um povo ou nação.

### **5.1. DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Os direitos humanos são normalmente visualizados sobre duplo aspecto: por um lado, constituem restrições ao poder do Estado, e por outro, condições mínimas para uma existência digna asseguradas a todo indivíduo. Tendo como antecedentes históricos a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão francesa de 1789 e a Constituição Norte-americana com suas dez

primeiras emendas, aprovadas em 1789, o principal diploma proclamador dos direitos humanos, atualmente, é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU em 1949. Ela reconhece como direitos fundamentais de todas as pessoas, além da dignidade, o direito à vida, à liberdade, à segurança, à igualdade perante à lei, ao trabalho e à propriedade, entre outros.

A Declaração traz, ademais, uma menção específica às crianças, estabelecendo, em seu art. 25º, § 2º, que: “A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.” Tal regra permite a conclusão de que os direitos fundamentais de crianças e adolescentes constituem um capítulo especial na temática dos direitos humanos.

Nesse sentido, a expressão “direitos humanos de crianças e adolescentes” não significa, apenas, a indicação de um grupo etário específico dentre os sujeitos titulares desses direitos. Ela significa, também, o reconhecimento de um status especial atribuído aos direitos fundamentais que possuam por titulares crianças e adolescentes, elegidos como sendo merecedores de distinta proteção, eis que mais vulneráveis que os adultos. De fato, às crianças e adolescentes são conferidos, além de todos os direitos fundamentais consagrados a qualquer pessoa humana, ainda outros direitos, igualmente fundamentais, que lhes são específicos, tais como o direito à inimputabilidade penal e o direito à convivência familiar e comunitária.

Além disso, todos os direitos fundamentais de que gozam as crianças e adolescentes são alcançados pelo princípio da prioridade, segundo o qual sua proteção e satisfação devem ser buscados (e assegurados pelo Estado) antes de quaisquer outros. Ou seja, dentre os direitos fundamentais reconhecidos a todos os indivíduos, expressão de sua intrínseca dignidade, aqueles relativos a crianças e adolescentes hão de vir em primeiro lugar. Essa salvaguarda especial atribuída aos direitos humanos de crianças e adolescentes encontra-se consagrada em diversos diplomas internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, de 1959, e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 1989. No plano nacional, todos os direitos fundamentais reconhecidos internacionalmente às crianças e adolescentes foram assegurados pela Constituição Brasileira de 1988, que em seu art. 227, caput, estabelece:

“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 lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

E em 1990, com a edição do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069), bem como com a aprovação, pelo Brasil, da Convenção da ONU, passaram a contar as crianças e adolescentes brasileiras com um sistema legal bastante completo e moderno, que lhes assegura proteção integral a todos os seus interesses, sob a égide da prioridade absoluta. Sua efetiva implementação, entretanto, permanece sendo um desafio para o Estado e toda a sociedade.

## 5.2 SITUAÇÃO DA INFÂNCIA NO BRASIL E AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS

A situação da infância no Brasil, apresentada pelo Plano Decenal Nacional (2010), segundo projeções do IPEA o país poderá ser a 5ª. economia do mundo na próxima década. Contudo, a nova conjuntura brasileira coloca para o Estado brasileiro o desafio e a tarefa de fazer avançar a construção de efetivas oportunidades de vida digna, com plena proteção para mais de 63 milhões de crianças e adolescentes, o que corresponde a 33% da população brasileira.

Até o início dos anos 1970, dados da estrutura etária brasileira revelavam a predominância de uma população jovem, uma vez que 53% dos brasileiros e das brasileiras estava na faixa de 0 a 19 anos de idade. Já em 1980, observa-se uma redução desse grupo que passa a representar pouco menos da metade da população, 49,6%. Nas décadas seguintes, esse percentual cai ainda mais, passando para 45% em 1991 e 40,2% no ano 2000.

Cabe salientar que o país vive uma transição demográfica, decorrente do aumento da expectativa de vida e da redução da taxa de fecundidade feminina. O segmento de 0 a 5 anos de idade, que chegou a perto de 22 milhões na metade dos anos 80, atingirá cerca de 15 milhões ao final da próxima década. A faixa etária de 6 a 14 anos, que chegou a atingir seu nível máximo de 32 milhões em 1990, em 2020 é estimada em 25 milhões. E de 15 a 17 anos, observa-se uma tendência de declínio a partir de 2020.

Mesmo diante deste contexto, em que a população infanto juvenil terá um declínio, a política pública de atendimento a criança e adolescente junto aos Municípios, em especial os órgãos que atuam na defesa e garantia de direitos – CMDCA e CT, continuam tendo árduo trabalho, no sentido da garantia da prioridade absoluta e da oferta qualificada dos serviços ofertados a essa população, como aos demais segmentos que também aparecem com maior incidência de violação de direitos, no caso pessoas idosas e mulheres.

As crianças e adolescentes continuam, após 26 anos de Estatuto da Criança e Adolescente, Lei que as protege, sofrendo violações de direitos, sofrem violência psicológica, física, negligência, abuso sexual, envolvidos no trabalho infantil, afastados do convívio familiar e comunitário entre outras. Portanto diante destas situações em 1990, criou-se o Conselho Tutelar, órgão que atua na defesa e garantia de direitos da criança e adolescente. Para o enfrentamento dessas situações, há que se destacar o papel dos Conselhos Tutelares como instância formal de atendimento à violação ou ameaça de violação de direitos.

Os Conselhos Tutelares (CT) encontram-se instalados em 98,3% dos municípios brasileiros, num total de 5.472 Conselhos, com 27.360 conselheiros tutelares (IBGE, 2009a). Dos 92 municípios que não possuem CT 52% se concentram em três estados: Maranhão, Bahia e Minas Gerais. Ao considerarmos que há 10 anos estavam presentes em 71,9% dos municípios, verifica-se que estão praticamente universalizados. (Plano Decenal Nacional, 2010).

Em Santa Catarina, os Conselhos Tutelares que estão atuando, constatou-se pelo trabalho executado pela Federação Catarinense de Municípios – FECAM e pelas Capacitações realizadas pela Escola de Gestão Pública Municipal – EGEM, que mais de 80% dos Conselheiros Tutelares que tomaram posse em 10 de janeiro de 2016, são Conselheiros novos, ou seja, assumem o primeiro mandato. Essa realidade demanda formação continuada sobre a proteção integral e todos os temas inerentes a criança e adolescente. Sabemos da importância da estrutura adequada e equipamentos para que de fato os conselheiros possam executar suas atribuições.

A Política de Atendimento a Criança e Adolescente é garantida nos Municípios por meio do CMDCA, do CT e do FIA. No que atine às atividades do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) perante o Conselho Tutelar, insta destacar que, de acordo com conceito extraído do art. 1º da Resolução nº 105/2005 do Conanda, os Conselhos do Direito da Criança e do Adolescente são "órgãos deliberativos da política de promoção dos direitos da criança e do adolescente, controladores das ações em todos os níveis no sentido da implementação desta mesma política e responsáveis por fixar critérios de utilização através de planos de aplicação do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente, incumbindo-lhes ainda zelar pelo efetivo respeito ao princípio da prioridade absoluta à criança e ao adolescente, nos moldes do previsto no art.4º, caput e parágrafo único, alíneas 'b', 'c' e 'd' combinado com os artigos 87, 88 e 259, parágrafo único, todos da Lei nº 8.069/90 e art.227, caput, da Constituição Federal".

Dentre as funções incumbidas a esse órgão, de central relevância na defesa dos direitos de crianças e adolescentes, registra-se:

- 1) A apreciação da proposta, com a faculdade de envio de propostas de alteração do Regimento Interno elaborado e aprovado pelo Conselho Tutelar (Art. 18, §1º, Resolução 170/2014 CONANDA);
- 2) Cabe ao CMDCA, em conjunto com os Conselhos Tutelares, promover ampla e permanente mobilização da sociedade acerca da importância e do papel do Conselho Tutelar (Art. 52, Resolução nº 170/2014 CONANDA).
- 3) Os Conselhos Municipais ou do Distrito Federal dos Direitos da Criança e do Adolescente, com apoio dos Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente e do CONANDA, deverão estabelecer, em conjunto com o

Conselho Tutelar, uma política de qualificação profissional permanente dos seus membros, voltada à correta identificação e atendimento das demandas inerentes ao órgão (Art. 49, Resolução nº 170/2014 CONANDA).

### 5.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A INTERSETORIALIDADE

Em relação a oferta das políticas públicas – saúde, assistência social, educação, esporte, cultura e lazer, é necessário a cada dia avançarmos no trabalho intersetorial e integrado, de apoio e fortalecimento das famílias, para que assumem sua função protetiva, sem desconsiderar que o Estado tem sua responsabilidade na “proteção social”, quando a família não consegue por algum, a circunstância dar conta da organização dos seus membros.

Referenciar a interdisciplinaridade no bojo da política pública não significa acabar com as estruturas setorializadas, e sim obter meios para articulá-las em busca de resultados sinérgicos, visando à integração dos componentes ES pecíficos para a construção de um conhecimento comum. Portanto, mantém-se a especificidade de cada setor com o objetivo de torná-los interativos e articulados entre si na busca de resolutividade para problemas complexos na ordem social.

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são, também, características importantes dos programas de apoio sócio-familiar, que devem articular diferentes políticas sociais básicas – em especial a saúde, a assistência social e a educação – e manter estreita parceria com o SGD, sem prejuízo do envolvimento de políticas como habitação, trabalho, esporte, lazer e cultura, dentre outras (BRASIL, 2006, p. 39).

A intersetorialidade compõe os diferentes setores que constroem, de forma conjunta e pactuada, um projeto integrado destinado a alcançar objetivos mais amplos. Esse planejamento inclui a identificação de determinantes, envolvimento dos sujeitos implicados no processo, neste caso crianças e adolescentes, e a formulação de intervenções estratégicas que transcendam as ações setoriais e impactuem diferentes dimensões do problema em um processo técnico e político. Garantir a proteção integral de

Crianças e Adolescentes é de competência de todas as Políticas Públicas, de forma intersetorial.

O Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes é destinado à promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes de e representa o compromisso de oferecer prioridade a essa temática. Possui como finalidade à formulação e implementação de políticas públicas que assegurem a garantia dos direitos das crianças e adolescentes, e para tanto foi criado de forma integrada e articulada, dentro da perspectiva da proteção integral.

## 6 MARCO SITUACIONAL – DIAGNÓSTICO

### 6.1 PERFIL DEMOGRÁFICO, FAMILIAR E COMUNITÁRIO

A origem do município de Major Vieira seguramente é do início da década de 1910, quando o comerciante e colonizador Manoel Thomaz Vieira decidiu estabelecer em suas propriedades um núcleo rural sob a denominação de Colônia Vieira.

O município de Major Vieira está na Região Sul do Brasil, no Planalto Norte de Santa Catarina, a 392 km de Florianópolis, a 179 km de Curitiba – Paraná e a 22 km de Canoinhas, a cidade-polo regional. Insere-se na microrregião geográfica de Canoinhas. Limita-se ao norte com os municípios de Canoinhas e Três Barras, a leste com Papanduva e Monte Castelo; ao sul com Santa Cecília e a oeste com Bela Vista do Toldo. Ao norte o município é atravessado pela rodovia SC - 477, fazendo a ligação com a BR – 116, no município de Papanduva, e a BR – 280, em Canoinhas. Major Vieira possui 526 m<sup>2</sup> de área e 789 metros de altitude.

Distrito criado com a denominação de Colônia Vieira, pela lei municipal nº 195, de 24-01-1924, subordinado ao município de Canoinhas. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito de Colônia Vieira figura no município de Canoinhas. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Colônia Vieira permanece no município de Canoinhas. Pela lei estadual nº 247, de 30-12-1948, o distrito de Colônia Vieira passou a denominar-se Major Vieira. Em divisão territorial datada o distrito de 1-07-1955, o distrito já denominado Major Vieira permanece no município de Canoinhas. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-07-1960.

Elevado à categoria de município com a denominação Major Vieira, pela lei estadual nº 663, de 23-12-1960. Desmembrado de Canoinhas. Sede no antigo distrito de Major Vieira. Constituído do distrito sede. Instalado em 23-01-1961. Em divisão territorial datada de 31-12-1963, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2003.

Em relação ao poder público a Prefeitura Municipal de Major Vieira conta com as seguintes secretarias

- Secretaria Municipal de Administração;

- Secretaria Municipal de Obras;
- Secretaria Municipal de Assistência Social;
- Secretaria Municipal de Finanças;
- Secretaria Municipal de Saúde;
- Secretaria Municipal de Agricultura;
- Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desporto.

A população de Major Vieira apresentou, no ano de 2010, crescimento de 8,30% desde o Censo Demográfico realizado em 2000. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população da cidade alcançou 7.479 habitantes, o equivalente a 0,12% da população do

Estado. O gráfico a seguir demonstra a evolução populacional do município nos últimos Censos.

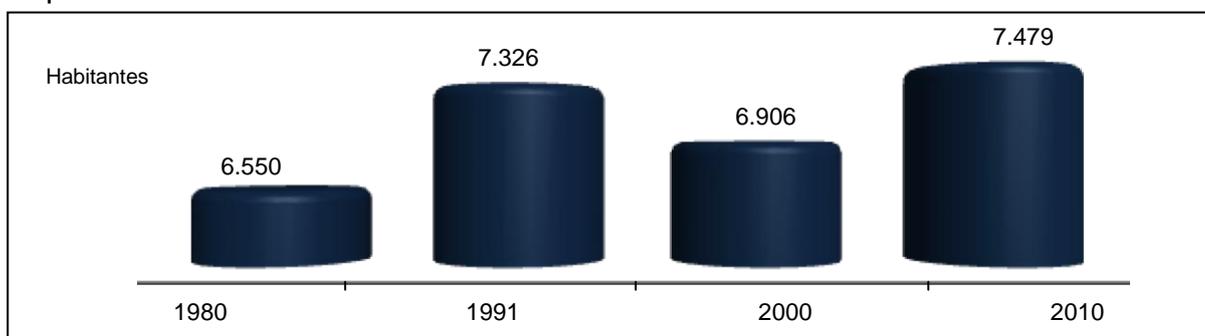


Gráfico 01: POPULAÇÃO TOTAL DE MAJOR VIEIRA, NO PERÍODO 1980 A 2010

Fonte: IBGE, DIRETORIA DE ESTATÍSTICA, GEOGRAFIA E CARTOGRAFIA, 2010.

O comparativo dos dados dos Censos Demográficos do IBGE demonstrou que Major Vieira apresentou, entre 2000 e 2010, uma taxa média de crescimento populacional da ordem de 0,83% ao ano, conforme gráfico a seguir..

Taxa de Crescimento

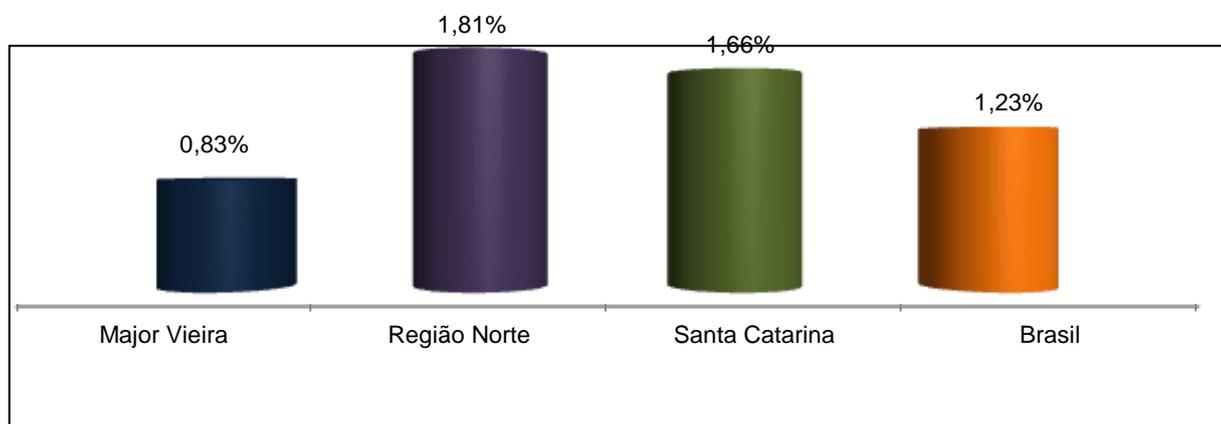


Gráfico 02: TAXA DE CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL DA POPULAÇÃO, SEGUNDO MAJOR VIEIRA, REGIÃO NORTE, SANTA CATARINA E BRASIL, NO PERÍODO 2000 A 2010

Fonte: RESULTADOS ELABORADOS PELO SEBRAE/SC COM BASE EM DADOS DO IBGE - APOIADOS NOS CENSOS DEMOGRÁFICOS, 2000 E 2010.

A distribuição populacional por gênero, segundo dados do IBGE extraídos do Censo Populacional 2010, apontou que, no município, os homens representavam 50,80% da população e as mulheres, 49,20%.

A estrutura etária de uma população, habitualmente, é dividida em três faixas: os jovens, que compreendem do nascimento até 19 anos; os adultos, dos 20 anos até 59 anos; e os idosos, dos 60 anos em diante. Segundo esta organização, no município, em 2010, os jovens representavam 34,4% da população, os adultos 54,9% e os idosos 10,8%.

Ainda relacionado à faixa etária da população, compete mencionar a questão da população economicamente ativa (PEA), que se caracteriza por abranger todos os indivíduos de um lugar que, em tese, estariam legalmente aptos ao trabalho, ou seja, todos os indivíduos ocupados e desempregados.

No Brasil, o IBGE calcula a PEA como o conjunto de pessoas que estão trabalhando ou procurando emprego. Apesar do trabalho de crianças ser ilegal no Brasil, o IBGE calcula a PEA considerando pessoas a partir dos 10 anos de idade, uma vez que a realidade no país, por vezes, mostra situações diferentes do que prega a lei.

O gráfico a seguir apresenta a PEA do município para os anos de 2000 e 2010, tomando por base a metodologia do IBGE.

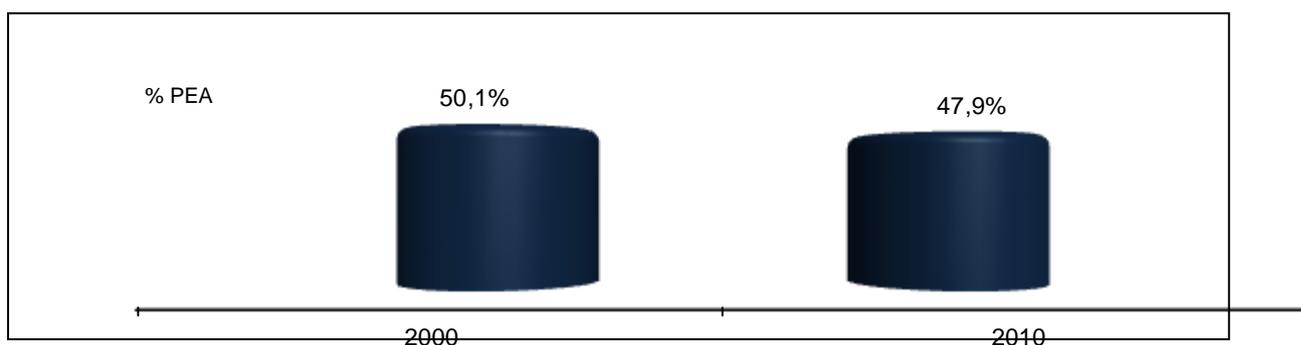


Gráfico 3 – POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA EM MAJOR VIEIRA, EM 2000 E 2010

Fonte: IBGE, DIRETORIA DE ESTATÍSTICA, GEOGRAFIA E CARTOGRAFIA, 2010.

De acordo com os dados do IBGE (2016), a população estimada pela contagem rápida de 2010 em Major Vieira é de 7.479 habitantes, com estimativa de 7.899 em 2015. Destaca-se que no ano 2000, a população do município era de 6906 habitantes.

**Tabela 1 – População total de Major Vieira (2010 e 2015)**

<b>Município</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>
Major Vieira	6906	7479	

Fonte: IBGE, 2016.

De acordo com o IBGE (2016), o comparativo dos dados do Censo Demográfico de 2000 e 2010 e 2015, Major Vieira tem apresentado nos últimos anos uma taxa média de crescimento populacional da ordem de 1,2% ao ano. Considerando o período avaliado, o município apresentou uma taxa acumulada de crescimento populacional de 11,1%.

**Tabela 2 – Total de crianças e adolescentes por faixa etária de Major Vieira, (2012).**

<b>Município - Major Vieira Faixa etária</b>	<b>TOTAL POR IDADE</b>
<b>&lt; 1 ano</b>	125
<b>1 a 4 anos</b>	429
<b>5 a 8 anos</b>	458
<b>9 a 12 anos</b>	572
<b>13 a 16 anos</b>	606
<b>16 a 19 anos</b>	562
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2.752</b>

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado (2016).

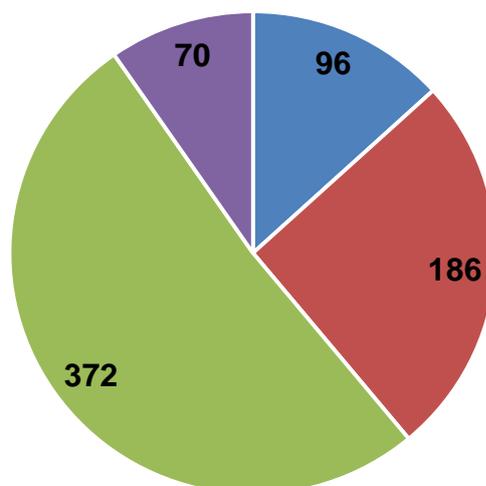
De acordo com a tabela 2, o total de crianças e adolescentes residentes no município é 2.752. A predominância está na faixa etária entre 13 e 16 anos, seguida de 9 a 12 anos.

O CadÚnico é a ferramenta que fornece dados sobre cada membro da família, sobre sua renda, do estado da casa em que a família reside, do acesso a serviços sociais básicos, e mais uma porção de informações para o Governo Federal. Através desses dados obtidos pelo CadÚnico, o Governo Federal estuda os perfis das famílias cadastradas e dependendo da situação de pobreza das famílias, pode criar ou reformular as leis e regras desses programas sociais para atender melhor a suas necessidades. Programas sociais como o Bolsa Família utilizam informação retirada diretamente do sistema, cadastrado pelas famílias que desejam participar de algum programa social específico.

Podem se cadastrar no CadÚnico as famílias que tenham renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. Aquelas famílias que tenham renda superior a meio salário mínimo poderão ser incluídas no CadÚnico, desde que sua inclusão esteja vinculada à seleção ou ao acompanhamento de programas sociais implementados pela União, estados ou municípios.

Dessa forma é possível notar no gráfico 05 que o município de Major Vieira possui em sua base de dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal 96 famílias que possuem renda *per capita* de até R\$77,00; 186 famílias com renda *per capita* de R\$77,01 à 154,00; 372 famílias com renda *per capita* de R\$154,01 até meio salário mínimo e 70 famílias com renda *per capita* superior à meio salário mínimo.

## TIPOS DE FAMÍLIAS CADASTRADAS NO CADÚNICO



■ Até R\$77,00      ■ R\$77,01 a R\$154,00  
■ R\$154,00 a 1/2 sm      ■ Acima de 1/2 sm

Gráfico 05: TIPOS DE FAMÍLIAS CADASTRADAS NO CADÚNICO

Fonte: CECAD (2016)

### 6.2 DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Art.196 da Constituição Federal).

A decisão de um gestor sobre quais ações de saúde desenvolver deve ser fruto da interação entre a percepção de governo e os interesses da sociedade, motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população, o que resulta na implementação de um plano capaz de promover uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população.

### 6.2.1 Natalidade

Em 2014, o total de nascidos vivos no município de Major Vieira foi de 76 crianças, aumentando em 2015 para 97. Em 2016 a tendência de acordo com o total até maio de 2016 é a elevação desses nascimentos, observando-se um aumento do número de nascidos vivos gradativo nos últimos anos.

**Tabela 3 – Total de nascidos vivos, Major Vieira, 2014 a maio de 2016.**

Ano	2014	2015	Até 05/2016
Total	76	97	58

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado (SES), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), 2016.

### 6.2.2 Mortalidade

O perfil de mortalidade de uma cidade, um país ou uma área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde pode fornecer indicativos de como essas populações vivem; como seus habitantes se relacionam entre si; além da qualidade e acesso a serviços de saúde.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado (2016), entre a faixa etária de zero a 19 anos, houve apenas 1 morte entre 9 e 12 anos por causas externas, entre o ano de 2014 a maio de 2016.

A distribuição de óbitos da população residente destaca-se por contribuir para a avaliação dos níveis de saúde da população e identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição de mortalidade.

**Tabela 4 – Óbito por Faixa etária segundo Causas e Município Residência – Major Vieira, 2014 a maio de 2016.**

Faixa etária	2014	2015	2016
< 1 ano	-	-	-
1 a 4 anos	-	-	-
5 a 8 anos	-	-	-
9 a 12 anos	-	1	-
13 a 16 anos	-	-	-
17 a 19 anos	-	-	-

<b>TOTAL</b>	0	1	-
--------------	---	---	---

Fonte: Secretaria de Saúde do Saúde (SES), 2016.

### 6.2.3 Mortalidade Infantil

O tema “Mortalidade Infantil”, desde que foi introduzido nos serviços públicos de saúde, tem despertado interesse muito grande, devido às implicações e complexidades que o cercam. Se, por um lado evidencia uma determinada situação de saúde, por outro, cria demandas, no sentido de se tentar reduzir os índices, principalmente daquelas causas que são evitáveis por medidas até bem simples.

A mortalidade infantil, em crianças menores de um ano, vem diminuindo no município, seguindo uma tendência que se observa tanto para o Brasil, quanto para o estado de Santa Catarina, se comparado aos anos anteriores (2009 a 2013), onde constam nos registros da SES (2016), cinco casos de mortes até cinco anos de idade em Major Vieira.

**Tabela 5 – Mortalidade até um ano até cinco anos, (2009 a 2012).**

<b>Município</b>	2009	2010	2011	2012
Major Vieira	02	-	01	02

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Os indicadores de saúde são instrumentos utilizados pela Saúde Pública para avaliar as condições de vida de uma população. A mortalidade infantil é considerada um dos itens mais relevantes desses indicadores. Conhecer o perfil da mortalidade infantil é fundamental para a formulação de estratégias que permitam melhorar metas e serviços de saúde ofertados para a população. O importante é oferecer assistência adequada à mulher durante a gravidez e o parto e um acompanhamento principalmente das crianças consideradas de risco.

Estudos mostram que a mortalidade infantil está diretamente ligada pelas condições de pré-natal, gravidez, história materna, conduta e doenças maternas, idade materna, procedimentos perinatais, mortalidade perinatal, condições e tipo de parto, síndrome da morte súbita, estado marital, intervalo

entre partos, fatores interpartais, condições socioeconômicas, prematuridade, baixo peso ao nascer, más formações congênitas, mães portadoras do HIV e de outras doenças infecto contagiosas. O fator importante que contribuiu para a queda do índice da mortalidade infantil foi o aprimoramento da Atenção ao Pré-Natal, através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

#### 6.2.4 Morbidade

**Tabela 6 – Internações segundo causas e por faixa etária, 2015, Major Vieira.**

<b>MORBIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS</b>	<b>Menor 1 ano</b>	<b>1 a 4 anos</b>	<b>5 a 9 anos</b>	<b>10 a 14 anos</b>	<b>15 a 19 anos</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias		5	3	6	7
Neoplasias		3	1		
Doenças sangue órgãos hematológico e transtornos imunitários					3
Transtornos mentais e comportamentais					1
Doenças do sistema nervoso	2			2	1
Doenças do aparelho circulatório	2				
Doenças do aparelho respiratório	2	6	5	3	3
Doenças do aparelho digestivo		1	1	8	9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo			1	2	3
Doenças do aparelho geniturinário		1	3		6
Gravidez parto e puerpério					18
Algumas afecções originadas no período perinatal	11				
Lesões envenenamento e alg out conseq causas externas	1	2	2	3	14
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>65</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS, (SIH/SUS), 2016.

A tabela acima, expressa o número de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas em anos de ocorrência. Estes dados

refletem a demanda hospitalar que é atendida nos serviços no SUS, porém, não expressa, necessariamente, o quadro nosológico da população residente e que depende do SUS. (OPAS, 2008).

Destaca-se que a incidência de internamentos hospitalares em Major Vieira é relacionada à gravidez, parto e puerpério. Este é um dado do nível de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos a população desta região. Excluindo-se esse grupo de internações, as doenças do aparelho respiratório aparecem como a principal causa de morbidade hospitalar em todas as regiões do país, seguida, das doenças do aparelho circulatório. Em Major Vieira, a segunda causa de internamento prevalente são as doenças infecciosas e parasitárias.

#### 6.2.4 Outros dados

**Tabela 7 – Total de crianças e adolescente com deficiência, por tipo e por faixa etária – Major Vieira, maio/2016.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Deficiência Física</b>	<b>Deficiência Mental</b>	<b>Deficiência auditiva</b>	<b>Deficiência Visual</b>
<b>&lt; 1 ano</b>				1
<b>1 a 4 anos</b>	1	1		
<b>5 a 8 anos</b>	1	1		
<b>9 a 12 anos</b>	1	2	1	1
<b>13 a 16 anos</b>	1	2		
<b>17 a 19 anos</b>	1	1	2	2
<b>TOTAL</b>	5	7	3	4

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, 2016.

Um direito só pode ser entendido como tal, quando ele assegura a igualdade entre todos, promove a cidadania e muda a vida das pessoas. Segundo dados do IBGE, 23,91% da população brasileira, possui algum tipo de deficiência. Em Santa Catarina este índice é de 21%. (Santa Catarina, 2012).

De acordo com a tabela 7, o total de crianças e adolescentes com deficiência no município de Major Vieira é de 12 pessoas. Estes dados representam as deficiências severas identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde de Major Vieira, no entanto, não expressam o número absoluto de

deficientes do município, pois quando comparado com dados do BPC (Benefícios de Prestação Continuada) esse número se eleva para 15 pessoas.

**Tabela 8 – Total de crianças e adolescente que fazem uso de algum tipo de droga, por faixa etária – Major Vieira, maio/2016.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Uso de droga</b>
<b>9 a 12 anos</b>	3
<b>13 a 16 anos</b>	21
<b>17 a 19 anos</b>	51
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, 2016.

A tabela acima expressa o número de adolescentes que residem em major Vieira, que fazem uso de algum tipo de droga. Entre essas drogas estão o tabaco, álcool, maconha e outras. O número apresentado (75 pessoas) é expressivo e de intensa preocupação. Destaca-se que esse dado pode representar falta de outros atrativos e atividades para essa faixa etária. O Estatuto da criança e do adolescente, em seu artigo 71 (Brasil, 2006), expõe que a criança e o adolescente tem direito a informação, cultura lazer, esportes, diversões, espetáculos e produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

**Tabela 8 – Gravidez na adolescência, por faixa etária – Major Vieira, 2015 e maio/2016.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Gravidez</b>
<b>13 a 16 anos</b>	07
<b>17 a 19 anos</b>	12
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, 2016.

**Tabela 9 – Número de crianças e adolescentes diabéticos, por faixa etária – Major Vieira, maio/2016.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Diabéticos</b>
<b>9 a 12 anos</b>	1
<b>13 a 16 anos</b>	

<b>17 a 19 anos</b>	2
<b>TOTAL</b>	3

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, 2016.

**Tabela 10 – Total de crianças e adolescente segundo estado nutricional, por faixa etária – Major Vieira, maio/2016.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Baixo Peso</b>	<b>Desnutrição</b>	<b>Obesidade</b>
<b>&lt; 1 ano</b>	3		2
<b>1 a 4 anos</b>	6	2	8
<b>5 a 8 anos</b>	4		11
<b>9 a 12 anos</b>	1		14
<b>13 a 16 anos</b>	1		6
<b>17 a 19 anos</b>			2
<b>TOTAL</b>			<b>43</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, 2016.

Segundo Brasil (2009), a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades. Dessa forma, a alimentação exerce papel fundamental sobre a saúde da criança, sendo importante potencializar ações de promoção da alimentação saudável e de acompanhamento do estado nutricional, numa linha de cuidado integral à Saúde da Criança e do adolescente em todos os níveis de atendimento.

A tabela 10 apresenta o total de crianças e adolescente segundo estado nutricional, por faixa etária de Major Vieira, demonstrando que entre os distúrbios alimentares, a obesidade é o de maior ocorrência no município. De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasil (2013), documentos apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação

à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem tornar essas escolhas factíveis à população.

**Tabela 11 – Total de crianças e adolescente expostos a agrotóxicos, por faixa etária – Major Vieira, maio/2016.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Total</b>
<b>5 a 8 anos</b>	1
<b>9 a 12 anos</b>	1
<b>13 a 16 anos</b>	5
<b>17 a 19 anos</b>	30
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, 2016.

As exposições infantis na população geral estão na maioria relacionadas ao uso doméstico, de gramados e jardins, durante as aplicações ou nas atividades praticadas durante o dia e, ainda, pela alimentação

A realidade das crianças residentes em áreas rurais é particular, tanto pela exposição múltipla e contínua quanto pelas condições de trabalho e saúde, que podem agravar consideravelmente os efeitos produzidos por esses contaminantes químicos. Em geral as residências se situam no meio das lavouras, assim com as escolas se encontram muito próximas a estas áreas, e mesmo as crianças que não se expõem diretamente durante o trabalho são alvo da contaminação por várias rotas, como ar, água e solo. Nesse contexto, as crianças cujos familiares são produtores e trabalhadores rurais podem sofrer riscos maiores de exposição a agrotóxicos que as da população geral

**Tabela 12 – Total de crianças e adolescente com distúrbios psiquiátricos e depressão, por faixa etária – Major Vieira, maio/2016.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Total</b>
<b>1 a 4 anos</b>	1
<b>5 a 8 anos</b>	5
<b>9 a 12 anos</b>	1
<b>13 a 16 anos</b>	3
<b>17 a 19 anos</b>	1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, 2016.

**Tabela 13 – Total de cobertura por imunobiológico, Major Vieira, 2015.**

Imunobiológico	Total
BCG	84,62
Rota vírus	87,81
Meningo C	87,91
Hepatite	84,62
Pentavalente	84,62
Póliomielite	76,92
Hepatite A	75,82
Tríplice viral	85,71
Tetra	84,62

Fonte: Secretaria de Saúde do Saúde (SES), 2016.

#### 6.2.5 Capacidade Instalada

### **O MUNICÍPIO POSSUI 01 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO E 09 POSTOS DE ATENDIMENTOS NO INTERIOR.**

Segundo o CNES<sup>1</sup> e ESUS<sup>2</sup> estão cadastradas no município de Major Vieira 03 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I<sup>3</sup> e 01 Equipe de Saúde da Família sem Saúde Bucal. As duas primeiras equipes Saúde da Família foram implantadas em 2001 e a terceira, em 2009. O município aguarda aprovação do Ministério da saúde para inserção da quarta equipe de ESF com a terceira de Saúde bucal que foram solicitadas em novembro de 2015. As áreas e micro áreas são localizadas na zona rural e

<sup>1</sup> CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Sistema de Informação do DASTASUS onde são inseridos os estabelecimentos do município, equipes, profissionais, entre outros.

<sup>2</sup> ESUS - é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

<sup>3</sup> Equipe composta por um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ESF (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), com responsabilidade sanitária pela mesma população e território adscritos à ESF à qual está vinculada.

urbana respectivamente e 19 agentes comunitários de saúde fazem parte das equipes e estão cadastrados no ESUS e CNES. As equipes estão vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, porém os atendimentos e atividades também são realizados em 09 (nove) postos da zona rural.

O processo de trabalho das equipes saúde da família do município segue o estabelecido pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, e as atividades desenvolvidas além da atenção básica, são informadas no ESUS, e avaliadas periodicamente visando a readequação do processo de trabalho quando necessário.

Em 2010 foi implantado o NASF (Núcleo de apoio a saúde da Família) ampliando o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, como preconiza a Estratégia Saúde da Família. Os profissionais que fazem parte dos NASF são: 01 psicólogo, 01 fonoaudiólogo, 01 fisioterapeuta, 01 farmacêutico e 01 assistente social.

#### **Quadro 1 – Equipes Saúde da Família**

<b>EQUIPE I – ÁREA I</b>	
Mico áreas/Localidades (Total de 07 micro áreas)	Colônia São Roque, Rio Novo, Serra Preta, Rio Vermelho, Colônia Ruthes, Santo Antônio e Sol Nascente.
<b>EQUIPE II – ÁREA II</b>	
Mico áreas/Localidades (Total de 07 micro áreas)	Salto Canoinhas, Campina dos Santos, Palmital, Rio Bonito, COHAB II, Centro, rio da Veada e Pulador.
<b>EQUIPE III – ÁREA III</b>	
Mico áreas/Localidades (Total de 05 micro áreas)	Lajeado Liso, Rio Claro, Toldo de Cima, Paiol Velho, Brasília, Butiá e Centro II.

Fonte: CNES municipal, 2016.



**Mapa 2 – Equipes da Estratégia saúde da Família em Major Vieira**

As Unidades de Saúde da Área Rural estão localizadas na Colônia Ruthes, Serra Preta, Rio Novo, Colônia São Roque, Toldo de Cima, Pulador, Lajeado Liso, Rio Claro e Paiol Velho.

Não existe Pronto Atendimento no Município no período diurno, e os atendimentos de emergência são atendidos na Unidade de Saúde ou encaminhados via SAMU para os Hospitais de referência (de acordo com a PPI<sup>4</sup>).

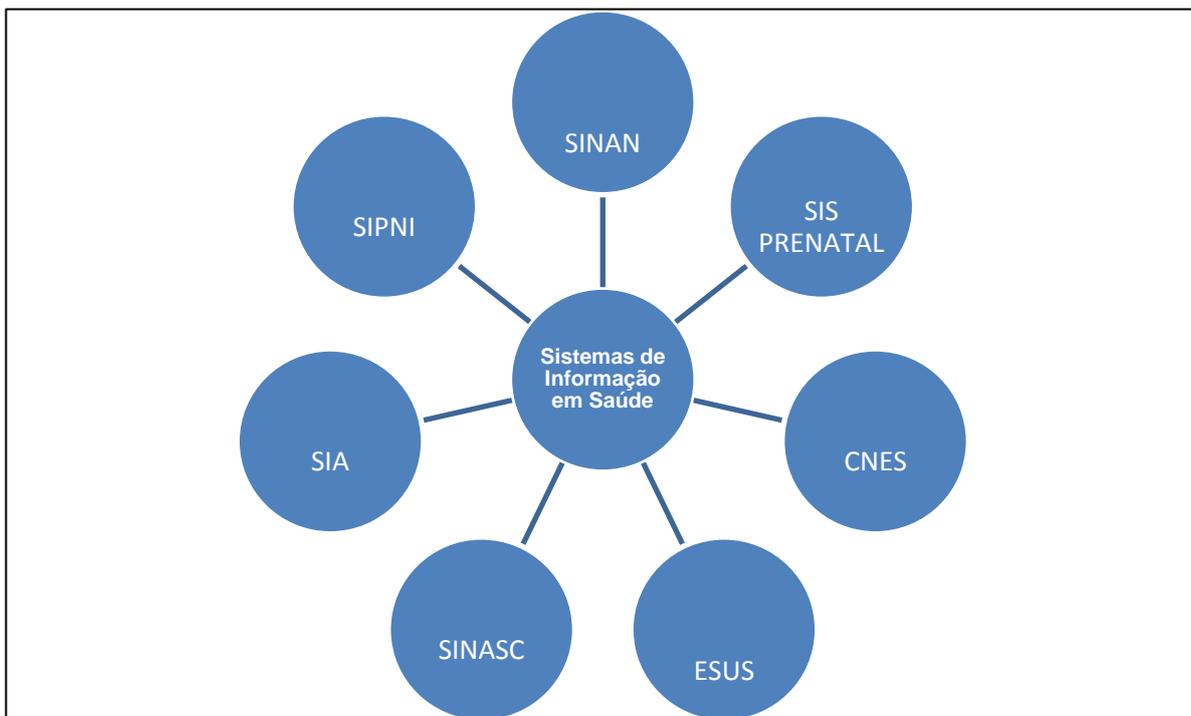
O município possui um Hospital Geral, instituição municipal, denominada Hospital Municipal De Major Vieira, com 38 leitos, todos destinados ao SUS.

A Unidade Sanitária Central atende a demanda do município, das 7 as 17 h, com atenção básica, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, pediatria, urologia e odontologia, ortopedia, clínica geral, psicólogo, fisioterapeuta, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Encaminhamento para Tratamento Fora de Domicílio, Programa de hipertensão e diabetes, Imunização, Programa de Preventivo do câncer de colo do útero e mamas,

<sup>4</sup> PPI Ambulatorial - Programação Pactuada e Integrada trata-se das pactuações feitas entre Estado e Municípios, visando organizar os tetos, referencias e distribuição de atendimentos dentro do Estado.

Programa de Pré-natal (gestantes), Programa de DST/AIDS, Programa de controle hanseníase e tuberculose, entre outros.

**Figura 1 – Alguns Sistemas de Informação em Saúde do MS alimentados no Município**



### 6.2.7 Recursos Humanos

**Quadro 2 – Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Major Vieira**

PROFISSIONAIS	Carga	
	Horária 20 h	Carha Horaria 40 h
Agentes comunitários de saúde		19
Assistente Social		1
Agente administrativo		1
Agente de Combate a Endemias		1
Enfermeira		5
Farmacêutico	1	
Fisioterapeuta	1	

Médico Ginecologista/obstetra	1	1
Médico Cirurgião Geral	1	
Médico Clínico Geral	2	
Odontólogo	2	2
Pediatra	1	
Psicóloga	1	
Técnicas enfermagem		5
Técnica em Higiene dental		2
Vigilante sanitaria		2
Motoristas	5	
		3

### 6.3 DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE

A Constituição Federal de 1988 elencou como princípio fundamental a dignidade da pessoa humana, não obstante ao Estatuto da criança e do adolescente instituído pela lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 trata no Capítulo II este tema de maneira especial.

É condição *sine qua non* para crianças e adolescentes se desenvolverem sujeitos de direitos civis, humanos e sociais, ter garantido o direito à liberdade, respeito e dignidade. E este direito deve ser garantido por todos, além disso, não somente garantir este direito como os por a salvo de qualquer tratamento desumano, constrangedor, violento, e aterrorizante, conforme o artigo 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Portanto, família comunidade em geral, Sociedade e poder público devem assegurar estes direitos com absoluta prioridade conforme os ditames constitucionais:

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:

I – ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – brincar, praticar esportes e divertir-se;

V – participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;

VI – participar da vida política, na forma da lei;

VII – buscar refúgio, auxílio e orientação.

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Art. 18. É dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Artigo 18-A. A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los. (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, considera-se: (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014):

I – castigo físico: ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em: (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

a) sofrimento físico; ou (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

b) lesão; (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

II – tratamento cruel ou degradante: conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que: (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

a) humilhe; ou (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

b) ameace gravemente; ou (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

c) ridicularize. (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

Artigo 18-B. Os pais, os integrantes da família ampliada, os responsáveis, os agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa encarregada de cuidar de crianças e de adolescentes, tratá-los, educá-los ou protegê-los que utilizarem castigo físico ou tratamento cruel ou degradante como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto estarão sujeitos, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, às seguintes medidas, que serão aplicadas de acordo com a gravidade do caso: (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014).

I – encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família; (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

II – encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico; (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

III – encaminhamento a cursos ou programas de orientação; (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

IV – obrigação de encaminhar a criança a tratamento especializado; (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

V – advertência. (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014)

Parágrafo único. As medidas previstas neste artigo serão aplicadas pelo Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais. (Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014).

Seguem abaixo dados sobre as demandas de atendimento do Conselho Tutelar:

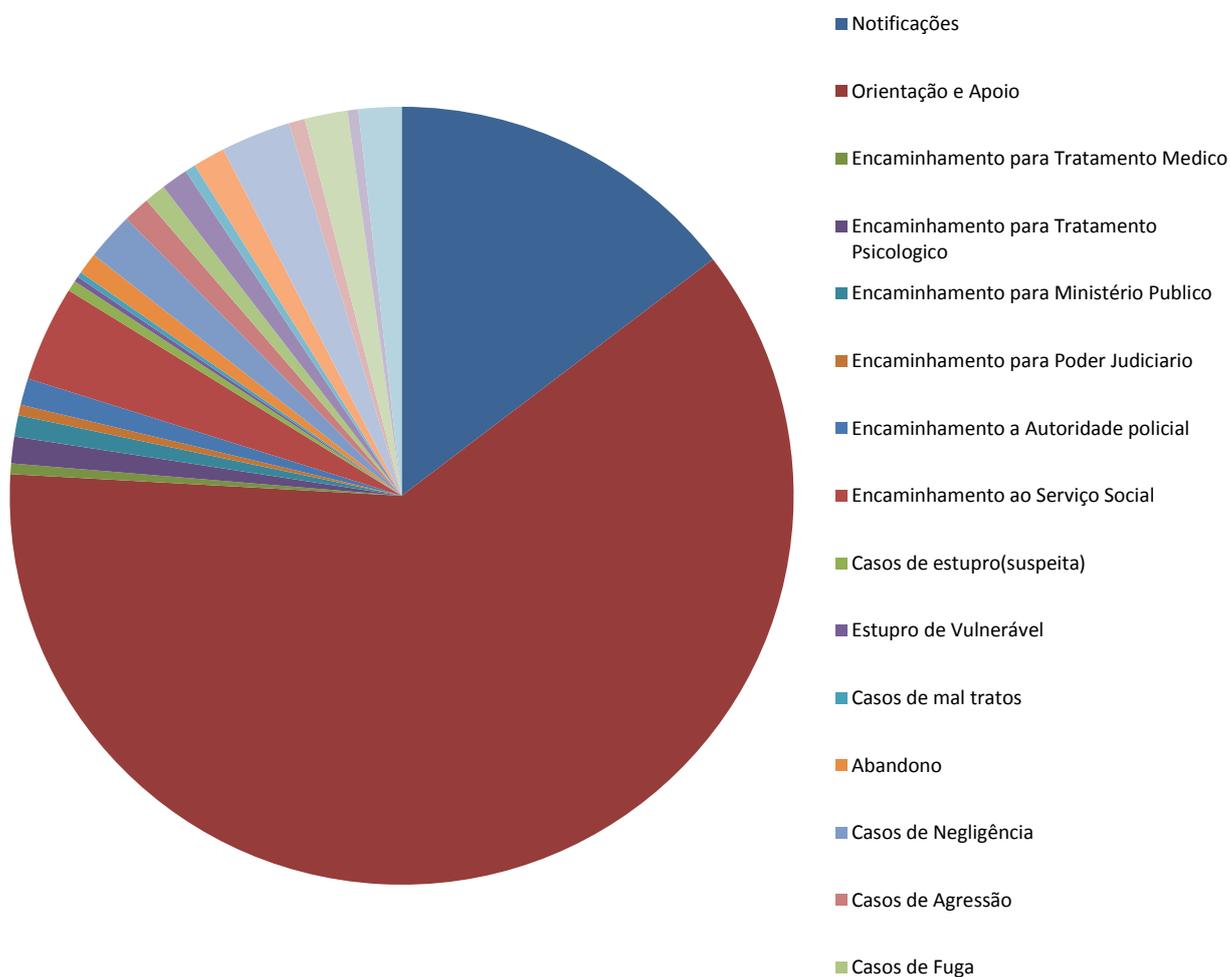
### **Dados referentes a 2015**

<b>Atividades</b>	<b>Total do ano</b>
Notificação	45
Orientação e Apoio	76
Encaminhamento ao Responsável	7
Encaminhamento para Tratamento médico	7
Encaminhamento para Tratamento Psicológico	12
Encaminhamento para Tratamento de Drogadição	1
Encaminhamento para Ministério Público	9

Encaminhamento ao Poder Judiciário	5
Encaminhamento a Autoridade Policial	0
Encaminhamento ao Serviço Social	20
Casos de Estupro Suspeita	2
Estupro de Vulnerável	0
Casos de Mal Tratos	4
Abandono	2
Casos de Negligencia	26
Casos de Agressão	3
Casos de Fuga	1
Trabalho Infantil	0
Abrigo em Entidade	1
Desabrigamento	1
Acompanhamento para Depoimento	7
Acompanhamento para B.O	16
Acompanhamento para IML	0
Requisição de Certidão de Nascimento	3
Visita Acompanhamento familiar	68
Visita (Acompanhamento Delegacia)	0
Matricula Escolar	1
Frequência Escolar	5
Falta de Transporte Escolar	1
Roubo e Furto	0
Advertência	5
Total de Atendimentos	<b>328</b>

FONTE CONSELHO TUTELAR-ARQUIVO

## Total de atendimentos de janeiro a julho de 2016 - Conselho Tutelar



### Dados de Janeiro a julho de 2016

Atividades	Total do ano
Notificação	74
Orientação e Apoio	212

Encaminhamento ao Responsável	0
Encaminhamento para Tratamento médico	2
Encaminhamento para Tratamento Psicológico	5
Encaminhamento para Tratamento de Drogadição	2
Encaminhamento para Ministério Público	4
Encaminhamento ao Poder Judiciário	2
Encaminhamento a Autoridade Policial	0
Encaminhamento ao Serviço Social	18
Casos de Estupro (suspeita)	2
Estupro de Vulnerável	1
Casos de Mal Tratos	1
Abandono	2
Casos de Negligencia	60
Casos de Agressão	10
Casos de Fuga	2
Trabalho Infantil	2
Abrigo em Entidade	5
Desabrigamento	0
Acompanhamento para Depoimento	1
Acompanhamento para B.O	13
Acompanhamento para IML	0
Requisição de Certidão de Nascimento	2
Visita Acompanhamento familiar	145
Visita (Acompanhamento Delegacia)	0
Matricula Escolar	3
Frequência Escolar	28
Falta de Transporte Escolar	2
Roubo e Furto	0
Advertência	8
Total de Atendimentos	

FONTE CONSELHO TUTELAR

A liberdade a qual trata o artigo 16, deve ser exercida sob orientação dos pais ou responsáveis para assegurar a proteção das crianças e adolescentes e evitar possíveis ameaças a integridade dos mesmos. Ressalta-

se que os artigos 83 - 85 versam sobre as restrições de locomoção que trata das viagens sem a companhia dos pais ou responsáveis. Entre as restrições legais destaca-se também a de frequentar locais que não contemplem sua classificação etária.

A criança e o adolescente tem direito a escolha de seu culto religioso ou mesmo de não fazer esta escolha, isto ocorre principalmente na adolescência. Geralmente há influência dos pais nesta escolha. Não é intuito do Estatuto da Criança e do adolescente impedir os pais de orientar, contudo o sentido protetivo desta lei leva a crer que a decisão de optar por uma religião deve ser respeitada.

No que se refere ao direito de brincar, praticar esportes e divertir-se cabe a todos o dever de garantir ambientes saudáveis para tal prática, levando em consideração que o brincar é de suma importância para criança assimilar conhecimentos, crescer saudável e se tornar um adulto responsável.

Da mesma forma a convivência familiar e comunitária deve ser garantida mesmo que em famílias extensas ou substitutas, sem preconceito, discriminação de raça, sexo, credo religioso ou idade. Devendo ser parâmetros para a constituição de sujeitos de direitos, que sejam autônomos e atores de sua própria história.

É de fundamental importância ofertar espaços e construir ações que fomentem a participação política tendo em vista, que o adolescente pode exercer a prática do voto direto e secreto a partir dos 16 anos. Todos, família, sociedade e Estado devem agir positivamente para assegurar a dignidade das crianças e adolescentes, colocando-os a salvo de qualquer tratamento degradante.

Neste sentido a Política Nacional de Assistência Social vem corroborar tendo por função a proteção social, e a defesa dos direitos, bem como ocupar-se de prover proteção a vida e prevenção de incidência de riscos sociais. Regula e organiza no território nacional os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais. É um sistema não contributivo e deve ser financiado com recursos previstos no orçamento da seguridade social, tendo a União, Estados e Municípios corresponsáveis por sua gestão, provisão e cofinanciamento. Importante frisar que a Política Nacional de Assistência Social foi um divisor de águas entre o modelo assistencialista que reforçava a

caridade e benesses para os que necessitavam. Esta construção se iniciou desde a constituição de 1988, a qual expressou o estabelecimento de um novo pacto federativo, fomentando a garantia de direitos por meio de políticas públicas e fortalecendo a participação da população na gestão pública, perpassando a criação da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) aprovada em 1993 e posteriormente com a criação da Política Nacional de Assistência Social em 2004.

### **Medidas Socioeducativas / Ato Infracional**

2014 - 6 adolescentes PSC - Lesões corporais  
1 adolescente LA – Conta dignidade sexual

2015 – 2 adolescentes PSC - lesões corporais

2016 – 3 adolescentes PSC – Lesões corporais  
1 adolescente LA- Contra patrimônio

### **Crianças em acolhimento Institucional**

2014 – 3

2016 – 5

Atualmente: 6

Número de crianças e adolescentes em situação de negligência, abandono e violência

2016 – 19

Números de famílias atendidas na PSE

6 Famílias

## **6.4 DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA**

O município de Major Vieira conta com a Secretaria Municipal do Bem Estar Social, que em sua estrutura possui uma equipe de referência de Média Complexidade composta por uma assistente social 20hs, uma psicóloga 20hs e advogado 10hs, uma assistente social 30hs responsável pelos Benefícios Eventuais e Habitação além de recepcionista e gestor municipal de assistência social.

Conta também com o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, com equipe composta por uma assistente social 30hs, uma psicóloga 40hs, uma técnica de referência 40hs, uma orientadora social 40hs, uma facilitadora de oficinas 40hs, um auxiliar administrativo 20hs, uma técnica administrativa 40hs, uma coordenadora 40hs, 02 recepcionistas (ambas 20hs) que realizam diversas atividades na perspectiva do atendimento aos usuários.

O CRAS de Major Vieira é localizado à Travessa Otacílio Florentino de Souza, 188, Centro, próximo à Prefeitura Municipal, oferecendo espaços adequados para o atendimento individual (garantindo o sigilo), espaços para grupos e espaços para crianças.

Foi inaugurado no dia 10 de Julho de 2015 e é regulamentado pelo Decreto 1.667 de 08 de Julho de 2015.

O Centro de Referência de Assistência Social – CRAS atua no âmbito das famílias e indivíduos em seu contexto familiar e comunitário, visando a prevenção, orientação e fortalecimento dos vínculos fragilizados.

No nível básico, o município assume, com autonomia, a gestão da proteção social básica, na Assistência Social. Por isso, deve responsabilizar-se pela oferta de programas, projetos e serviços socioassistenciais, que fortaleçam vínculos familiares e comunitários, que promovam os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e transferência de renda e que vigiem direitos violados no território.

O Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) é o principal programa de Proteção Social Básica do SUAS, com a função de desenvolver ações e serviços básicos continuados às famílias em situação de vulnerabilidade social sob responsabilidade da unidade do CRAS.

O PAIF tem o compromisso de disponibilizar as famílias atendimento Socioassistencial, Socioeducativo e de Convivência. Além da oferta de Projetos

Específicos para a preparação ao mercado de trabalho e acompanhamento a usuários do Benefício de Prestação Continuada.

Segundo documentos oficiais do MDS o acompanhamento social das famílias no âmbito da Proteção Social Básica de Assistência Social tem a função de assumir a partir de uma dimensão socioeducativa a perspectiva da construção da autonomia, o protagonismo social, o fortalecimento da cidadania e dos vínculos familiares e comunitários (Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social, 2009).

A acolhida é a principal atividade do programa, pois é o momento em que é estabelecido o primeiro contato entre a equipe da unidade e os usuários que buscam atendimento na assistência social. Configura-se como porta de entrada dos usuários ao SUAS, já que é partir da acolhida que é estabelecido vínculo com a família e possibilitado seu acesso a outros serviços, programas, projetos e benefícios da rede.

A atividade pode ser realizada por qualquer membro da equipe técnica, desde que capacitado para tal. Ressalta-se que será organizado pelo serviço social da unidade um material que subsidia as ações da equipe no momento da acolhida, indicando possíveis locais de encaminhamento.

O objetivo central é acolher a família, favorecer uma escuta empática e possibilitar um momento para que os indivíduos expressem suas dificuldades/necessidades. E, somente a partir disso são realizadas as devidas orientações e encaminhamentos para as outras atividades do PAIF e/ou para a rede socioassistencial.

O Grupo de Gestantes “Ensinando a prevenir... Orientando para cuidar” do PAIF, tem como objetivo proporcionar às futuras mães um momento para se prepararem para a chegada do bebê, bem como oferecer um espaço de discussão e de expressão das vivências relativas à maternidade na busca pela qualidade no processo de gestação, tornando-as mais seguras em diversas situações. Orientar acerca dos direitos na gestação.

O SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos também é oferecido pelo CRAS desde Janeiro/2016, e trata-se de um serviço de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (Lei nº 12.435/2011) tipificado por meio da Resolução CNAS nº109/2009.

Atua de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF.

É um serviço ofertado de modo contínuo e ininterrupto. Está associado principalmente com a segurança de convívio.

Seus objetivos são: Complementar o trabalho social com família; Prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos, em especial, das pessoas com deficiência; Promover acessos a benefícios e serviços socioassistenciais, fortalecendo a rede de proteção social de assistência social nos territórios; Promover acessos a serviços setoriais - educação, saúde, cultura, esporte e lazer -, contribuindo para o usufruto dos usuários aos demais direitos; Oportunizar o acesso às informações sobre direitos e sobre participação cidadã; Possibilitar acessos a experiências e manifestações artísticas, culturais, esportivas e de lazer; Favorecer o desenvolvimento de atividades intergeracionais, propiciando trocas de experiências e vivências.

O público prioritário são: Crianças, adolescentes, pessoas idosas: Em situação de isolamento; Em trabalho infantil ou dele retirado; Com vivência de violência e/ou negligência; Fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 anos; Em situação de acolhimento; Em cumprimento de MSE em meio aberto; Egressos de medidas socioeducativas; Situação de abuso e/ou exploração sexual; Com medidas de proteção do ECA; Crianças e adolescentes em situação de rua; Vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência.

As Oficinas tem por finalidade desenvolver atividades que visam à valorização do cidadão, elevando seu nível cultural, profissional, social e econômico; acesso ao trabalho e à renda sob a garantia dos direitos humanos; desenvolvendo a autonomia e a emancipação do usuário, bem como buscando contribuir para a reabilitação psicossocial e econômica da família.

O encaminhamento do BPC – Benefício de Prestação Continuada também é um serviço ofertado pelo CRAS de forma gratuita. O BPC é um benefício da assistência social, destinado às pessoas idosas (acima de 65 anos) e pessoa com deficiências que possuem renda, por pessoa da família (*per capita*) igual ou inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. O valor do BPC é de um

salário mínimo, pago a idosos que não tem renda e as pessoas com deficiência que não podem trabalhar e levar uma vida independente.

O CRAS também atua como unidade de demanda do PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico, que disponibiliza cursos profissionalizantes gratuitos voltados à inserção no mercado de trabalho.

Também é possível cadastrar-se aos programas sociais do Governo Federal através do setor do Cadastro Único – CadÚnico, onde são realizados cadastramentos, recadastramentos e atualizações dos dados dos beneficiários, por exemplo do Programa Bolsa Família; que trata-se de um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade.

## **ANÁLISE SITUACIONAL**

O *acolhimento institucional*, anteriormente denominado *abrigamento em entidade*, é uma das medidas de proteção previstas pela Lei Federal nº 8069/1990 (ECA) e aplicáveis a crianças e adolescentes sempre que os direitos reconhecidos naquela lei forem ameaçados ou violados.

Proteger crianças e adolescentes cujos direitos estejam ameaçados, de forma que os mesmos possam desfrutar do direito a viver junto à sua família e comunidade, é um grande desafio. A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) possibilitou uma nova ênfase no sentido de apoiar a convivência familiar e comunitária, destacando o caráter de brevidade e excepcionalidade na aplicação da medida de abrigo.

De acordo com o gráfico abaixo, no município de Major Vieira, durante o período de Janeiro a Junho de 2016 ocorreram seis acolhimentos institucionais.

### ÍNDICE DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL JANEIRO A JUNHO/2016

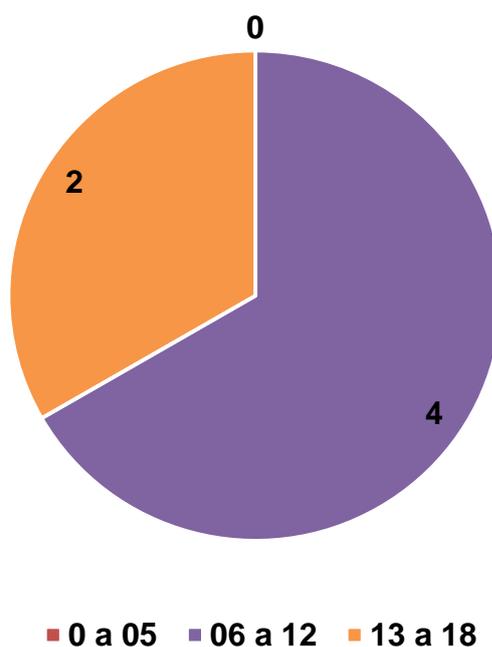


Gráfico 01: ÍNDICE DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Fonte: SMAS-MV (2016)

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos do Centro de Referência de Assistência Social do município de Major Vieira teve início em Janeiro de 2016, com a inserção de usuários através de busca ativa, encaminhamentos do Conselho Tutelar, da Secretaria de Educação e demanda espontânea.

No gráfico 02 é possível visualizar o volume de crianças e adolescentes atendidas durante o período de Janeiro a Junho de dois mil e dezesseis.

### CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM SCFV JANEIRO A JUNHO/2016

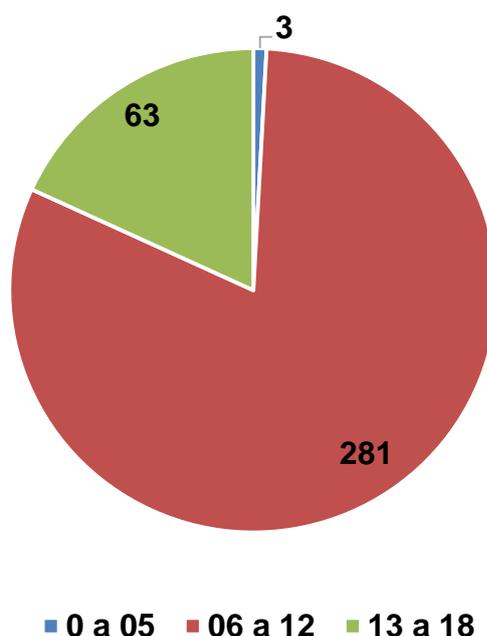


Gráfico 02: CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM SCFV

Fonte: SISC-CRAS (2016)

Um dos objetivos do PAIF é fortalecer a função protetiva da família e prevenir a ruptura dos seus vínculos, sejam familiares ou comunitários, contribuindo na melhoria da qualidade de vida nos territórios, bem como apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares.

Uma das ações realizadas pela equipe técnica é a Acolhida, que na maioria das vezes, torna-se o processo de contato inicial de um indivíduo ou família com o PAIF. É necessário que seja um contato “qualificado” da família com o SUAS, que consiste no processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como de oferta de informações sobre as ações do Serviço, da rede socioassistencial e demais políticas setoriais.

O trabalho realizado no PAIF articula-se ao SCFV para assegurar que o usuário não participe de uma intervenção fragmentada e isolada (perspectiva da socialização e convivência familiar e comunitária). Articula-se também com

as ações da rede socioassistencial e intersetorial no âmbito da competência da assistência social.

No gráfico 03 encontra-se o número de famílias com crianças e adolescentes atendidas no PAIF, observando a faixa etária de 0 a 05 anos, 06 a 13 anos e 14 a 17 anos.

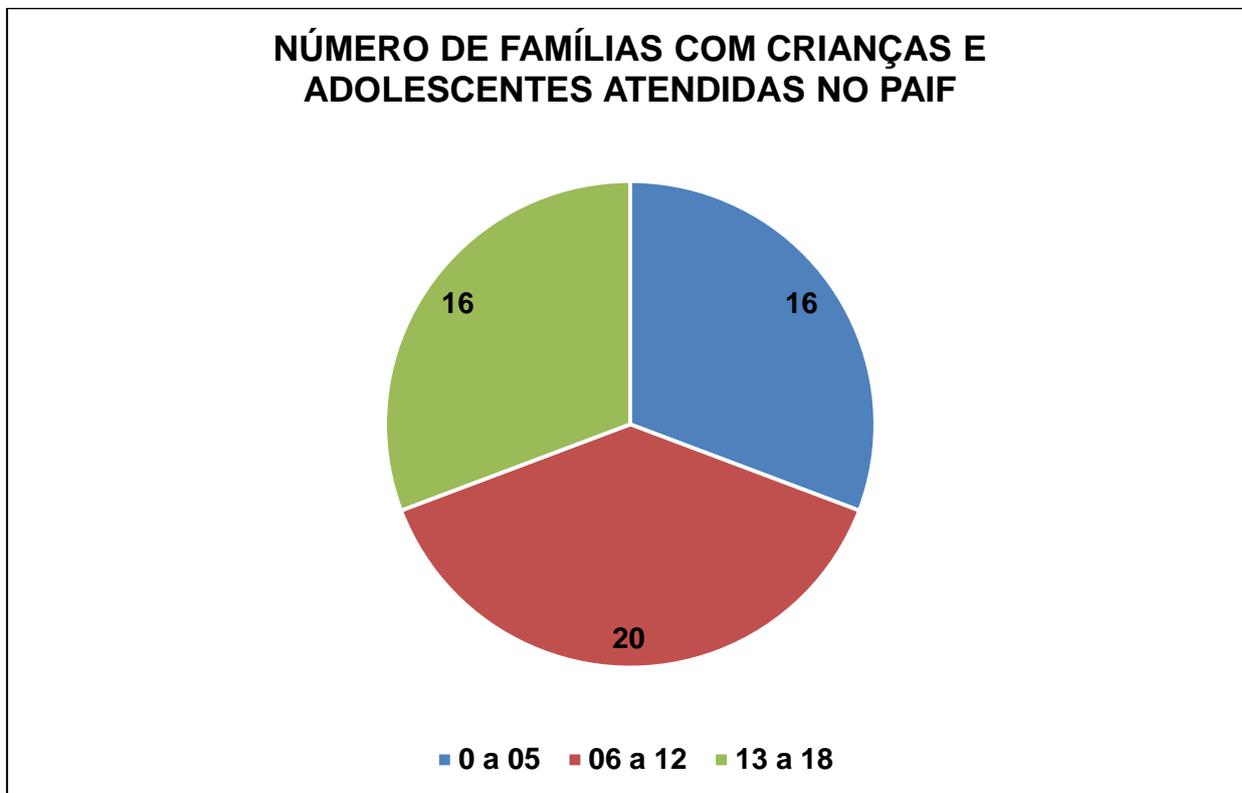


Gráfico 03: NÚMERO DE FAMÍLIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS NO PAIF

Fonte: PAIF-CRAS (2016)

Alguns dos resultados esperados com as atividades do CRAS são:

- Prevenção da situação de risco social no território referenciado;
- Inserção da família, seus membros e indivíduos na rede de serviços socioassistenciais e, ou, em outros serviços (de outras políticas) públicos;
- Conhecimento do território e identificação de situações de vulnerabilidade social e de risco pessoal e social (abusos, violência, negligência, abandono, trabalho infantil, discriminação e outros);
- Impacto quanto à melhoria das condições de vida das famílias referenciadas e indivíduos;
- Fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

- Evitar o rompimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Desenvolver as competências familiares;
- Evitar a violação de direitos (encaminhando a família e indivíduos para a rede de proteção social básica e especial e para as demais Políticas Sociais);
- Potencializar a Rede de Proteção Social Básica local.

No gráfico a seguir consta o número de famílias com crianças e adolescentes que são atendidas no CRAS, seja no PAIF, SCFV, CadÚnico, Bolsa Família ou BPC.

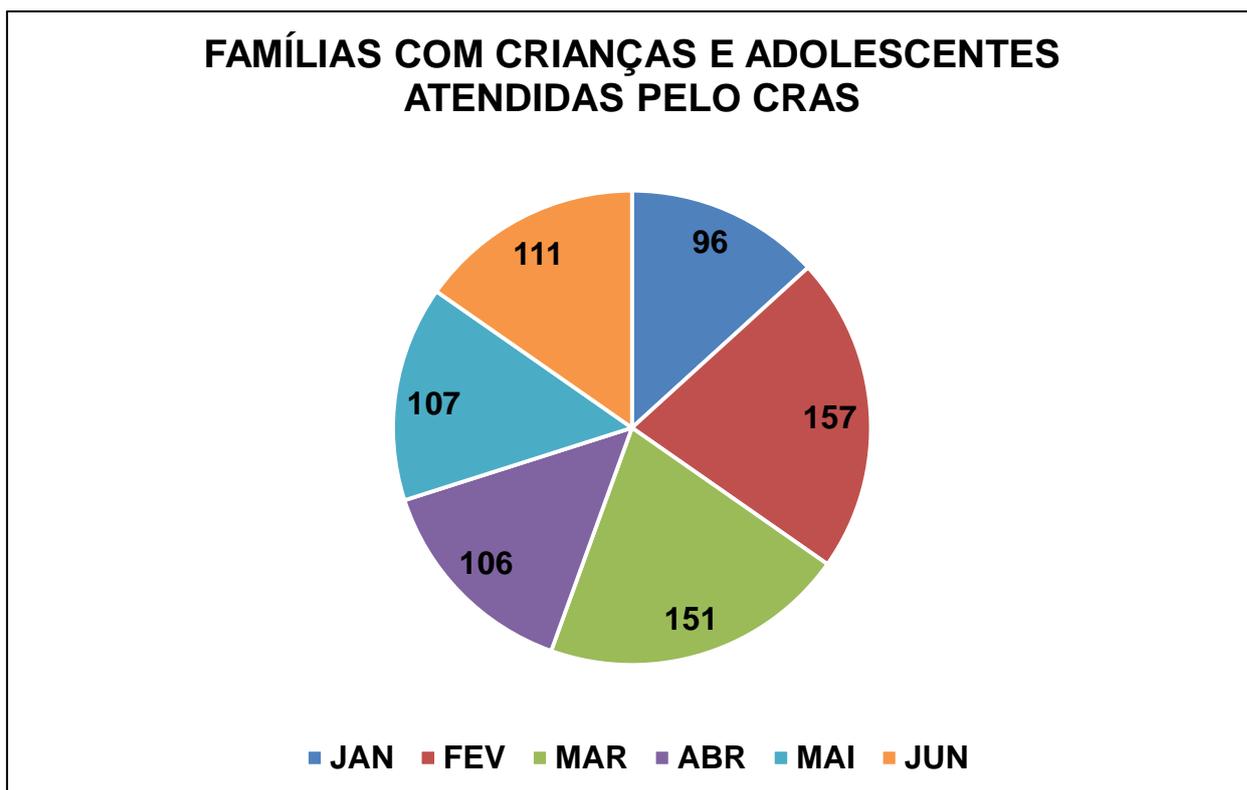


Gráfico 04: FAMÍLIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS PELO CRAS

Fonte: CONTROLE INTERNO-CRAS (2016)

A convivência familiar é chave para o fortalecimento dos vínculos afetivos e troca de experiências, mas pode ser muito melhor aproveitada se tiver em si objetivos concretos a serem atingidos.

O trabalho social se baseia no respeito à heterogeneidade dos arranjos familiares, aos valores, crenças e identidades das famílias e se fundamenta no fortalecimento da cultura do diálogo, no combate a todas as formas de

violência, de preconceito, de discriminação e de estigmatização nas relações familiares.

O trabalho social também objetiva a potencialização dos recursos disponíveis das famílias, suas formas de organização, sociabilidade e redes informais de apoio para o fortalecimento ou resgate de sua auto-estima e a defesa de direitos.

As atividades em grupo tem por objetivo fortalecer os vínculos familiares, comunitários e sociais da população atendida, contribuindo para a sua inclusão social; executar atividades de orientação, encaminhamento e acompanhamento das famílias, contribuindo para a prevenção de situações de risco, promoção, proteção e inserção social; potencializar a rede de serviços; prestar também atendimentos às crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, em situações de violência ou discriminação, beneficiários do Programa Bolsa Família, principalmente os que estão em descumprimento das condicionalidades do programa.

O Centro de Referência de Assistência Social conta atualmente com sete grupos de pais com crianças e adolescentes atendidos pela Equipe.

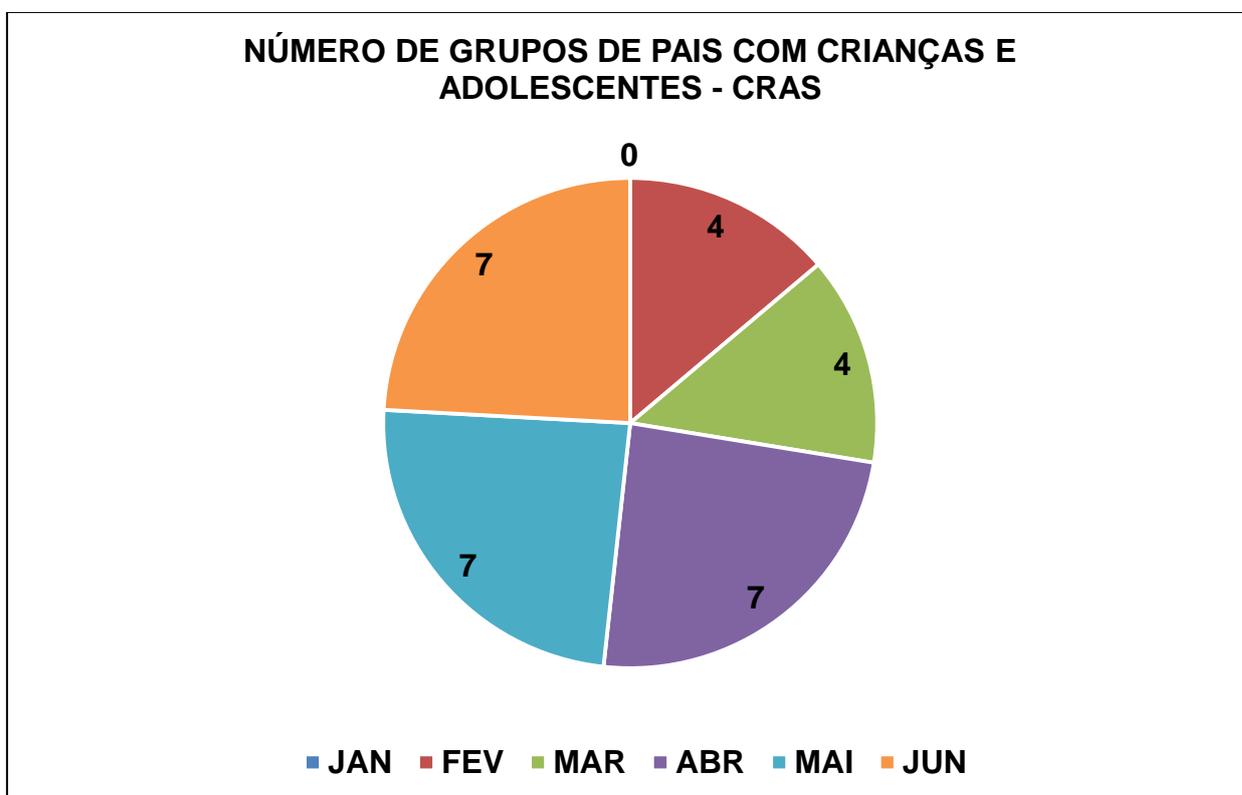


Gráfico 06: NÚMERO DE GRUPOS DE PAIS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES - CRAS

Fonte: PAIF-CRAS (2016)

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a família tem especial proteção do Estado, assim como assegura às crianças e aos adolescentes o direito à convivência familiar e comunitária.

Em 2006, a Convivência Familiar e Comunitária é reconhecida dentro do Sistema de Garantia de Direitos com o grande desafio da implementação do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, que indica um modo de trabalho baseado na transversalidade e no esforço intersetorial nas diferentes esferas de governo.

O direito à convivência familiar e comunitária é tão importante quanto o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito e à liberdade. A nossa constituição diz que a “família é a base da sociedade” (ECA art. 226) e que compete a ela, ao Estado, à sociedade em geral e às comunidades “assegurar à criança e ao adolescente o exercício de seus direitos fundamentais” (ECA art. 227).

Sendo assim o município conta atualmente com nove instituições, incluindo Igrejas e associações comunitárias que desenvolvem algum tipo de trabalho com crianças e adolescentes como é possível visualizar no gráfico 07:

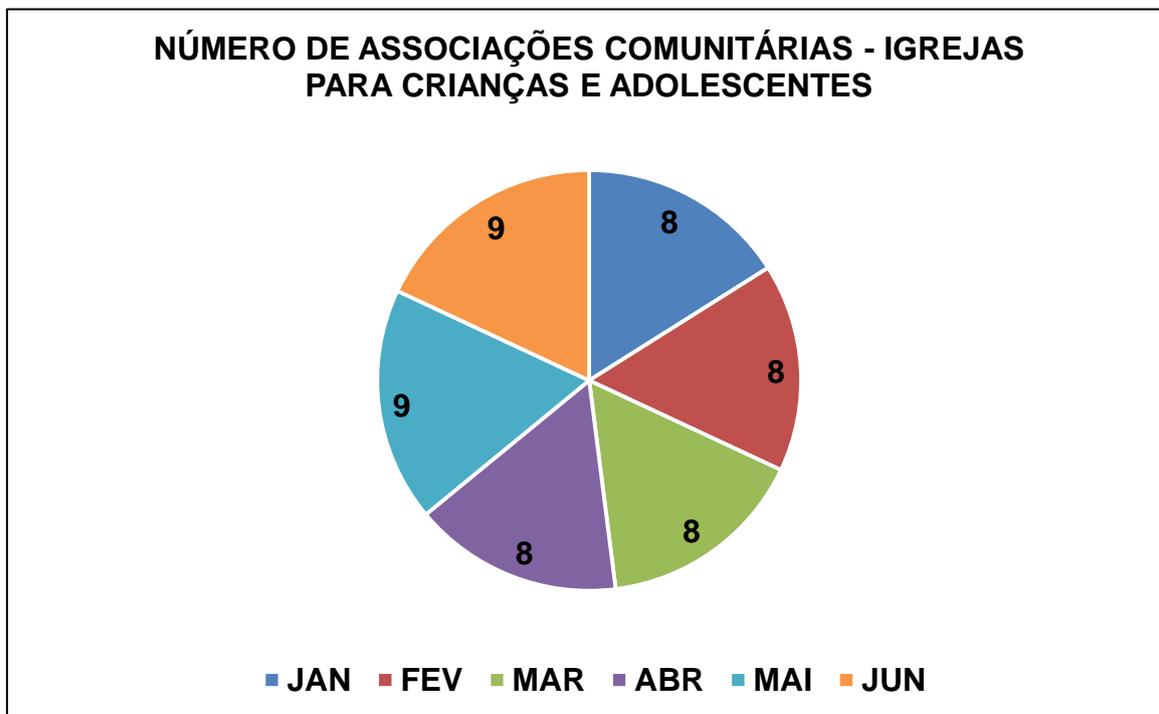


Gráfico 07: NÚMERO DE ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS - IGREJAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Fonte: CMAS E IGREJAS DO MUNICÍPIO (2016)

O Programa Família Acolhedora consiste em cadastrar e capacitar famílias da comunidade para receberem em suas casas, por um período determinado, crianças, adolescentes ou grupos de irmãos em situação de risco pessoal e social, dando-lhes acolhida, amparo, aceitação, amor e a possibilidade de convivência familiar e comunitária. A família de acolhimento representa a possibilidade de continuidade da convivência familiar em ambiente sadio para a criança ou adolescente.

Receber uma pessoa em acolhimento provisório não significa integrá-lo como filho. A família de apoio assume o papel de parceira no atendimento e na preparação para o retorno à família biológica ou substituta.

Toda a família acolhedora recebe, por seis meses, período determinado de uma adoção provisória, uma ajuda de custo de um salário mínimo. A maioria das crianças e adolescentes que participam do programa retornam aos seus lares, após o período de acolhimento em lares substitutos.

Em 2014 o poder executivo municipal encaminhou à Câmara de Vereadores um Projeto de Lei nº17/2014 que instituía o Programa Família Acolhedora, que foi rejeitado pelos vereadores na sessão do 15/12/2014 por votos unânimes, por este motivo é possível notar o nulo índice no gráfico a seguir de famílias acolhedoras em Major Vieira.

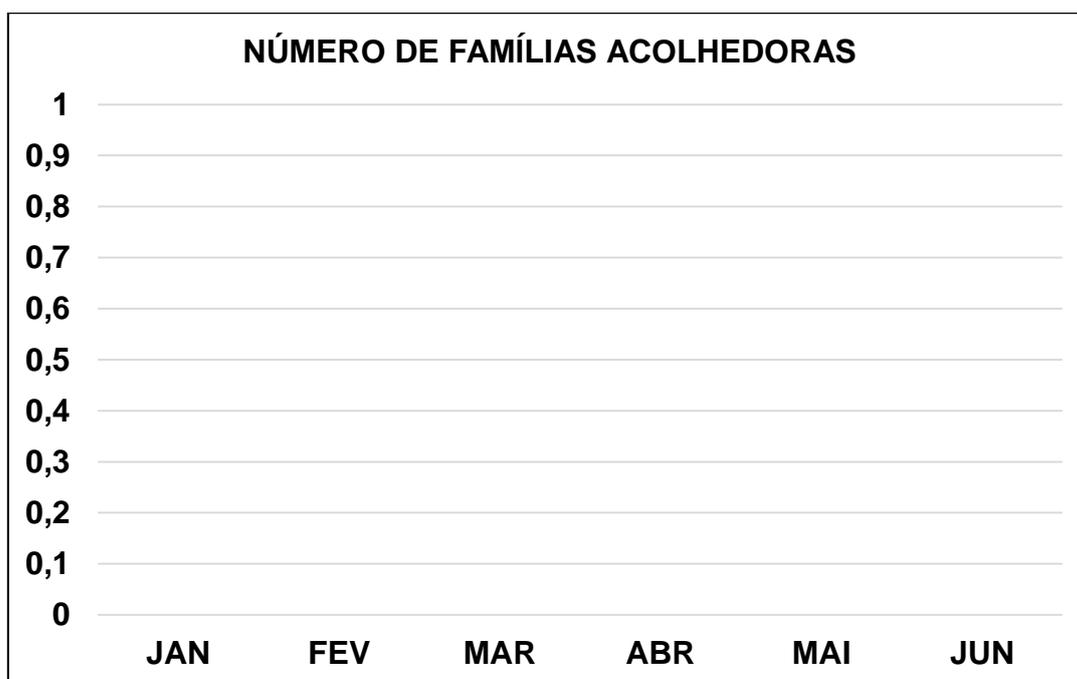


Gráfico 08: NÚMERO DE FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

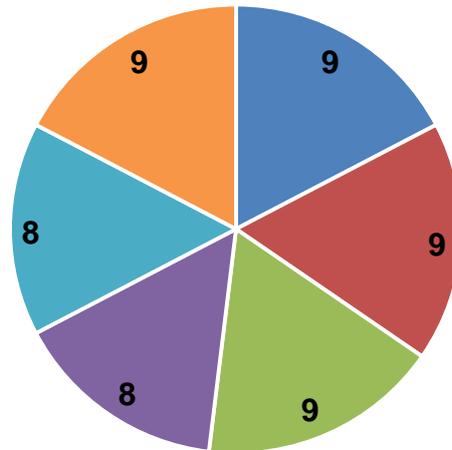
Fonte: *Secretaria Municipal do Bem Estar Social (2016)*

Equipes de referência são aquelas constituídas por servidores responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários.

A Proteção Social Básica realizada no Centro de Referência de Assistência Social conta com equipe composta por uma assistente social 30hs, uma psicóloga 40hs, uma técnica de referência 40hs, uma orientadora social 40hs, uma facilitadora de oficinas 40hs, um auxiliar administrativo 20hs, uma técnica administrativa 40hs, uma coordenadora 40hs, 02 recepcionistas (ambas 20hs) que realizam diversas atividades na perspectiva do atendimento aos usuários. (Vide gráfico 09).

Suas funções são regulamentadas pela Lei Municipal nº2.193 de 02 de abril de 2014 e também pela NOB-RH/SUAS, aprovada pela Resolução nº269/CNAS de 03 de dezembro de 2006 e publicada pela Resolução nº01/CNAS de 25 de Janeiro de 2007.

### NÚMERO DE PROFISSIONAIS NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA



■ JAN ■ FEV ■ MAR ■ ABR ■ MAI ■ JUN

Gráfico 09: NÚMERO DE PROFISSIONAIS NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

Fonte: *Secretaria Municipal do Bem Estar Social (2016)*

A Secretaria Municipal do Bem Estar Social, possui em sua estrutura uma equipe de referência de Média Complexidade composta por uma assistente social 20hs, uma psicóloga 20hs e advogado 10hs desde o mês de Março de 2016, conforme o gráfico a seguir.

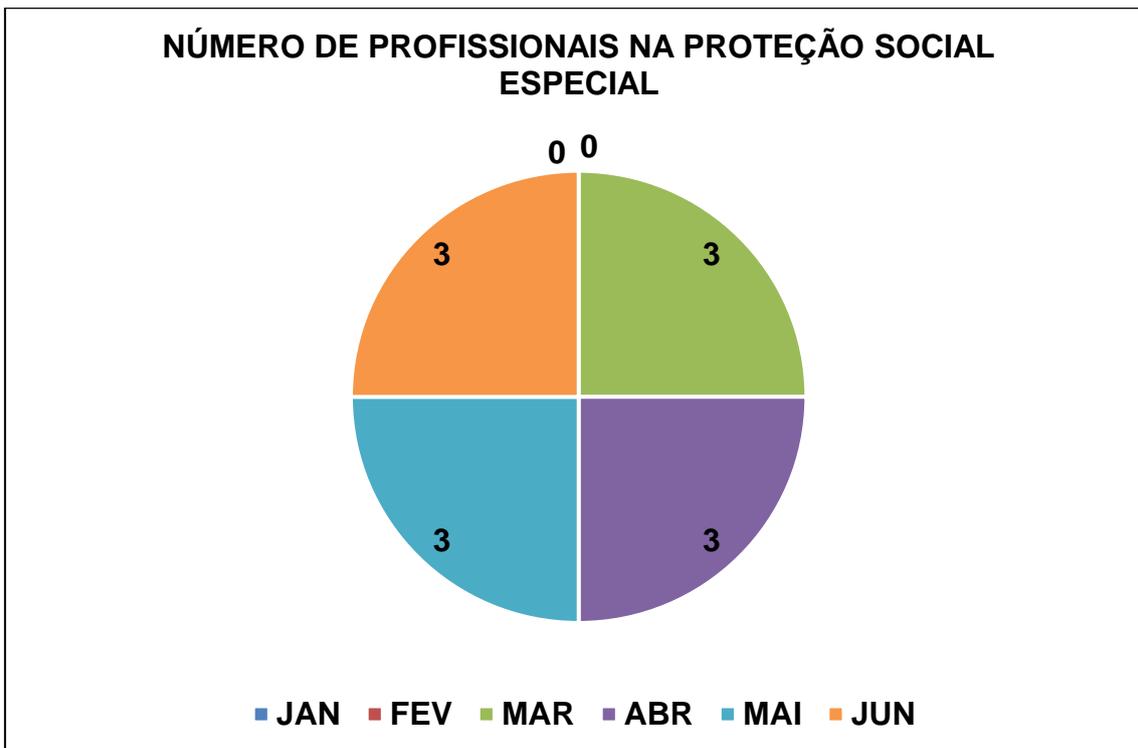


Gráfico 10: NÚMERO DE PROFISSIONAIS NA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

Fonte: *Secretaria Municipal do Bem Estar Social (2016)*

## 5.5 DO DIREITO À EDUCAÇÃO, À CULTURA, AO ESPORTE E AO LAZER

A educação é essencialmente uma prática social presente em diferentes espaços e momentos da produção da vida social. Nesse contexto, a educação escolar, objeto de políticas públicas, cumpre importante papel nos processos formativos por meio dos diferentes níveis, ciclos e modalidades educativas.

A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-lhes, igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; direito de ser respeitado por seus educadores; direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores; direito de organização e participação em entidades estudantis; acesso à escola pública e gratuita próxima de sua estabelecimento de ensino por dependência administrativa.

**Estabelecimento de ensino segundo a Etapa/Modalidade ministrada no ano 2015**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Total</b>	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>
Educação Infantil Creches	01	01	0
Educação Infantil Pré Escola	01	01	0
Ensino Fundamental	04	03	01
Ensino Médio	01	0	01
Educação de Jovens e Adultos	01	0	01

**ESTRUTURA DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL: RELAÇÃO DE ESCOLA / NÚMERO DE ALUNOS**

<b>Rede</b>	<b>Escola</b>	<b>Local</b>	<b>Nº de Alunos</b>
Estadual	Escola de Educação Básica Luiz Davét	Urbana	639
Municipal	Creche Municipal EstephaniaSjabelski	Urbana	65
Municipal	Escola Primária Municipal Tia Chiquinha	Urbana	497
Municipal	Escola de Ensino Fundamental Frei André Malinski	Rural	231
Municipal	Escola Básica Dráusio Celestino Cunha	Rural	204
Estadual	CEJA – Centro de Educação de Jovens e Adultos	Urbana	34
	Total		1.670

**MATRICULAS POR REDE DE ENSINO SEGUNDO A ETAPA/ MODALIDADE**

**Número de alunos por rede de ensino e etapa/ modalidade no ano de 2015**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Total</b>	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>
Educação Infantil Creches	65	65	--

Educação Infantil Pré Escola	186	186	--
Ensino Fundamental	1119	746	373
Ensino Médio	266	--	266
Educação de Jovens e Adultos	34	--	34

### MÉDIA DE ALUNOS POR TURMA / ETAPAS DE ENSINO / 2014

<b>Educação Infantil</b>				
<b>Localização</b>	<b>Rede</b>	<b>Total</b>	<b>Creche</b>	<b>Pré- escola</b>
Total	Total	18,6	16	19,7
Total	Estadual	--	--	--
Total	Municipal	18,6	16	19,7
Total	Público	18,6	16	19,7
Urbana	Total	19,5	16	21,8
Urbana	Estadual	--	--	--
Urbana	Municipal	19,5	16	21,8
Urbana	Público	19,5	16	21,8
Rural	Total	16,5	--	16,5
Rural	Municipal	16,5	--	16,5
Rural	Público	16,5	--	16,5

### MÉDIA DE ALUNOS POR TURMA / ETAPAS DE ENSINO / 2014

<b>Ensino Fundamental 8 e 9 anos</b>				
<b>Localização</b>	<b>Rede</b>	<b>Total</b>	<b>Anos Iniciais</b>	<b>Anos Finais</b>
Total	Total	23,1	23,4	22,8
Total	Estadual	25,2	27	25
Total	Municipal	22,4	23,2	19,6
Total	Público	23,1	23,4	22,8
Urbana	Total	24,9	24,8	25
Urbana	Estadual	25,2	27	25

Urbana	Municipal	24,7	24,7	--
Urbana	Público	24,9	24,8	25
Rural	Total	20,5	21,1	19,6
Rural	Municipal	20,5	21,1	19,6
Rural	Público	20,5	21,1	19,6

### MÉDIA DE ALUNOS POR TURMA / ETAPAS DE ENSINO / 2014

Ensino Médio					
Séries					
Localização	Rede	Total	1ª série	2ª série	3ª série
Total	Total	21	22,8	19,2	19,8
Total	Estadual	21	22,8	19,2	19,8
Total	Municipal	--	--	--	--
Total	Público	21	22,8	19,2	19,8
Urbana	Total	21	22,8	19,2	19,8
Urbana	Estadual	21	22,8	19,2	19,8
Urbana	Municipal	--	--	--	--
Urbana	Público	21	22,8	19,2	19,8
Rural	Total	--	--	--	--
Rural	Municipal	--	--	--	--
Rural	Público	--	--	--	--

### TAXA DE DISTORÇÃO IDADE – SÉRIE POR MUNICÍPIO/ 2014

Taxa de Distorção Idade-Série – Ensino Fundamental de 8 e 9 anos				
Localização	Rede	Total	1º ao 5º Ano	6º ao 9º Ano
Total	Total	16,7	8,9	28,9
Total	Estadual	34,3	25,9	35,2
Total	Municipal	9,9	8,1	17,5
Total	Público	16,7	8,9	28,9
Rural	Total	10,3	5,7	17,5
Rural	Municipal	10,3	5,7	17,5

Rural	Público	10,3	5,7	17,5
Urbana	Total	20,1	10,6	35,2
Urbana	Estadual	34,3	25,9	35,2
Urbana	Municipal	9,5	9,5	--
Urbana	Público	20,1	10,6	35,2

### TAXA DE DISTORÇÃO IDADE – SÉRIE POR MUNICÍPIO/ 2014

Taxa de Distorção Idade-Série – Ensino Médio					
Localização	Rede	Total	1ª Série	2ª Série	3ª Série
Total	Total	14,3	17,6	9,4	12,7
Total	Estadual	14,3	17,6	9,4	12,7
Total	Municipal	--	--	--	--
Total	Público	14,3	17,6	9,4	12,7
Rural	Total	--	--	--	--
Rural	Municipal	--	--	--	--
Rural	Público	--	--	--	--
Urbana	Total	14,3	17,6	9,4	12,7
Urbana	Estadual	14,3	17,6	9,4	12,7
Urbana	Municipal	--	--	--	--
Urbana	Público	14,3	17,6	9,4	12,7

### PROFESSORES DAS REDES DO MUNICÍPIO / ENSINO SUPERIOR / EDUCAÇÃO ESPECIAL

Rede	Total de Professores	Ensino Superior Completo	Habilitação em Educação Especial
Estadual	51	42	01
Municipal	89	63	08
Total	140	105	09

**IDEB**

	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>
<b>BRASIL</b>				
Total	3,8	4,0	4,1	4,2
Rede Pública	3,5	3,7	3,9	4,0
Rede Estadual	3,6	3,8	3,9	4,0
Rede Municipal	3,4	3,6	3,8	3,8
Rede Privada	5,8	5,9	6,0	5,9
<b>SANTA CATARINA</b>				
Total	4,3	4,5	4,9	4,5
Rede Pública	4,1	4,2	4,7	4,3
Rede Estadual	4,1	4,2	4,7	4,1
Rede Privada	5,9	6,3	6,4	6,4
<b>MAJOR VIEIRA</b>				
	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>
Rede Pública	4,2	5,0	5,2	4,7
Rede Estadual 4º e 5º ano	3,7	5,7	5,0	5,7
Rede Estadual 8º /9º ano	4,0	4,1	4,4	4,0
Rede Municipal 4º e 5º ano	4,9	5,0	6,1	--
Rede Municipal 8º/9º ano	--	--	--	4,2

**POPULAÇÃO ALFABETIZADA E ANALFABETIZADA DE MAJOR VIEIRA /  
POPULAÇÃO ACIMA DE 15 ANOS**

	<b>Alfabetizadas</b>	<b>Analfabetizadas</b>
<b>Ano 2010</b>	5.230 alfabetizados	347 analfabetizados

**TAXA DE ANALFABETISMO DE MAJOR VIEIRA  
POPULAÇÃO ACIMA DE 15 ANOS**

	<b>Municipal</b>	<b>Nacional</b>
<b>Ano 2010</b>	6,22 %	9,37 5

**RANKING MUNICIPAL PELA POPULAÇÃO ANALFABETIZADA**

	<b>Ranking Estadual</b>	<b>Ranking Nacional</b>
<b>Ano 2010</b>	145 <sup>o</sup>	4.642 <sup>o</sup>

**RANKING MUNICIPAL PELA TAXA DE ANALFABETISMO**

	<b>Ranking Estadual</b>	<b>Ranking Nacional</b>
<b>Ano 2010</b>	121 <sup>o</sup>	4.631 <sup>o</sup>

Fonte dos dados: <http://portal.inep.gov.br/indicadores-educacionais>, consulta em todas as escolas do município, de esfera municipal e estadual.

## 5.6. DO DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E PROTEÇÃO NO TRABALHO

A profissionalização e a proteção no trabalho são direitos fundamentais assegurados aos adolescentes a partir dos 14 anos. O direito à profissionalização visa a proteger o interesse dos adolescentes de se prepararem adequadamente para o exercício do trabalho na vida adulta, visto que a qualificação profissional é elemento essencial para a inserção futura no mercado de trabalho (MACHADO, 2003, p.188). No entanto, toda a abordagem sobre o trabalho permitido ao adolescente, seja no âmbito da profissionalização

ou fora dela, deve ser realizada com especial cautela e atenção, em razão de sua condição peculiar de desenvolvimento e da proteção excepcional e integral a que faz jus. O respeito às normas que regulamentam a proteção no trabalho para os adolescentes é, pois, fator determinante para que outros direitos fundamentais não sejam violados, bem como para que não haja consequências prejudiciais ao desenvolvimento daqueles.

O Estatuto reforça de forma expressa o direito do adolescente à profissionalização e à proteção no trabalho, corroborando toda a normatização já exposta, sobretudo os limites estabelecidos ao trabalho do adolescente. O trabalho permitido a este deve respeitar as premissas do respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e a capacitação profissional adequada ao mercado de trabalho.

## 1. AÇÕES CONFORME EIXOS DO PLANO DECENAL

Eixos	Diretrizes	Objetivos Estratégicos	Metas	Ações Municipais Intersetoriais	Prazos	Responsáveis
1. Promoção dos Direitos da Criança e Adolescente	1. Promoção da cultura do respeito e da proteção aos direitos humanos de crianças e adolescentes no âmbito da família, das instituições e da sociedade.	1. Promover o respeito aos direitos da criança e do adolescente na sociedade em geral e nos meios de comunicação de modo a consolidar uma cultura de cidadania.	1- até 2020, através de políticas públicas, que envolva toda rede de proteção, Administração Pública, Juizado da Infância, Ministério Público, Conselho Tutelar, CMDCA, Educação, CRAS, CREAS, Saúde, Sociedade, Conselhos, e quem mais for necessário  Fomentar, articular e integrar as diversas políticas, programas, projetos, serviços e ações de apoio sociofamiliar para a promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.	- Divulgação dos direitos de crianças e adolescentes por meio de panfletos; - Realização de palestras educativas com famílias nas comunidades; - Inclusão de um calendário de palestras nas escolas sobre seus direitos e deveres;  Trabalhar os vínculos familiares e comunitários, na medida em que tanto a construção quanto o fortalecimento dos mesmos dependem também, dentre outros fatores, de investimento do Estado. Políticas Públicas voltadas a família, a comunidade e ao espaço coletivo – habitação, saúde, trabalho, segurança,	Até 2020	Políticas Públicas  POLITICAS PUBLICAS DESENVOLVIDAS PELO CMDCA, QUE ENVOLVAM TODA REDE DE PROTEÇÃO, ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, JUIZADO DA INFANCIA, MINISTERIO

			<p>educação, assistência social, desenvolvimento urbano, combate à violência, ao abuso e à exploração de crianças e adolescentes, distribuição de renda e diminuição da desigualdade social, meio ambiente, esporte e cultura, dentre outros</p>		<p>PUBLICO, CONSELHO TUTELAR, CMDCA, EDUCAÇÃO, CRAS, CREAS, SAÚDE, SOCIEDADE, CONSELHOS, E QUEM MAIS FOR NECESSÁRIO</p> <p>CMDCA, REDE DE PROTEÇÃO, ASSISTENCIA SOCIAL, COMUNIDADE</p>
			<p>A necessidade da preservação dos vínculos familiares e comunitários para o desenvolvimento da criança e do adolescente, a partir de um contexto familiar e social onde os direitos sejam garantidos e os cuidados sejam de qualidade sejam efetivamente cumpridos.</p>	<p>Projetos direcionados com pessoas da própria comunidade, que se disponham a trabalhar a preservação dos vínculos familiares, buscando conhecer a família, trabalhar os vínculos através da pratica, ou seja com visitas, com conversas. Podendo ser os próprios vizinhos, conhecidos, ou membros da comunidade que se disponham a participar de capacitações, e se envolvam</p>	

			<p>A existência e a adequada estruturação de uma rede de serviços de atenção e proteção à criança, ao adolescente e à família, capazes de prover orientação psicopedagógico e de dialogar com pais e responsáveis, criando espaços de reflexão quanto à educação dos</p>	<p>do projeto.</p> <p>Desenvolver o projeto “Posso ajudar”, dentro da proposta de ajuda, solidariedade, onde a sociedade é chamada para dentro do contexto da preservação dos vínculos familiares, buscando ajudar a organização familiar, oferecendo ajuda na prática.</p> <p>Formar grupos dentro da sociedade, voluntários, que conheçam e tenham interesse nesta proposta.</p> <p>Capacitação</p> <p>Reuniões de interação da Rede, através de reuniões com exposição de caso, divisão das tarefas, reuniões, palestras, exposições.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

			<p>filhos, bem como de intervir eficientemente em situações de crise, para resguardar os direitos da criança, fortalecendo a família para o adequado cumprimento de suas responsabilidades, ou propiciando cuidados alternativos à criança e ao adolescente que necessitem, para sua segurança e após rigorosa avaliação técnica, ser afastados da família</p> <p>Difusão de uma cultura de direitos, em que as famílias, a comunidade e as instituições conheçam e valorizem os direitos da criança e do adolescente, especialmente a sua liberdade de expressão e o direito de participação na vida da família e da comunidade, opinando e sendo ouvidos sobre as</p>	<p>Distribuição de Cartilhas com o Eca, palestras, nas Escolas, inserção de crianças e adolescentes nos Conselhos Municipais.</p> <p>Criar um espaço próprio para apresentação de trabalhos.</p> <p>Fomentar a criação e vinculação em meios de comunicação, como jornais, internet, rádio comunitária de crianças e adolescentes, com</p>		
--	--	--	---	--	--	--

			<p>decisões que lhes dizem respeito</p>	<p>liberdade de expressão.</p> <p>Através do CMDCA, inserir crianças e adolescente como membros do respectivo Conselho.</p> <p>Existência e a adequada estruturação dos Conselhos Tutelares, bem como a capacitação dos conselheiros para o exercício de suas funções em defesa dos direitos da criança e do adolescente, em estreita articulação com a Justiça da Infância e da Juventude, o Ministério Público e com os demais atores do Sistema de Garantia de Direitos</p>		
		<p>2. Fortalecer as competências familiares em relação à proteção integral e educação em direitos humanos de crianças e adolescentes.</p>	<p>- Até 2020, universalizada, a oferta de ações para famílias com foco em praticas educativas e de cuidados de crianças e adolescentes na perspectiva dos direitos humanos</p>	<p>- Realização de reuniões comunitárias visando à convivência familiar e comunitária.</p> <p>- Capacitação dos profissionais ligados diretamente na defesa dos direitos de crianças e adolescentes.</p>	<p>Mensal/ Ações contínuas.</p>	<p>CRAS, CT, SMS, SMAS, SME e CMDCA</p>

		<p>3. Fomentar a cultura da sustentabilidade socioambiental no processo de educação em direitos humanos com crianças e adolescentes.</p>	<p>a da sustentabilidade socioambiental incorporada nos currículos da educação básica programas como uma das dimensões dos direitos de crianças e adolescentes</p>	<p>- Criação de campanhas socioeducativas intersetoriais visando a proteção e a conservação do meio ambiente;</p> <p>- Organização de feira pedagógica anual municipal (na esfera municipal e estadual juntas) , oficinas de materiais recicláveis e projetos de fontes de energia sustentáveis;</p> <p>- Incorporação da temática da sustentabilidade socioambiental nos currículos da educação básica;</p> <p>- Estabelecimento de parcerias com empresas de reciclagem e comunidade local para desenvolver projetos na área de sustentabilidade socioambiental</p> <p>- Inserção do COM-VIDA</p>	<p>2017 A 2027</p>	<p>Assistência Social, Cultura, Educação, Saúde, Agricultura e empresas</p>

				(Comissão de Meio Ambiente e Qualidade de Vida) nas escolas municipais.		
		4. Implementar o ensino de direitos humanos de crianças e adolescentes na educação básica, em atendimento à Lei nº 11.525/07.	Até 2020, implantado em 100% das escolas de educação básica o ensino dos direitos humanos de crianças e adolescentes;	-Inserção contínua de temas sobre direitos e deveres da criança e do adolescente em todas as disciplinas curriculares de forma interdisciplinar. - Inclusão no planejamento da disciplina do ensino religioso conteúdo sobre os direitos humanos da criança e do adolescente	2018	Educação, CMDCA e CT.
2. Universalização do acesso a políticas públicas de qualidade que garantam os direitos humanos de crianças, adolescentes e suas famílias e contemplem a superação das desigualdades, com promoção da equidade e afirmação da diversidade.	5. Priorizar a proteção integral de crianças e adolescentes nas políticas de desenvolvimento econômico e ambiental.	Até 2020, criar e implantar a Secretaria municipal de desenvolvimento econômico;	Elaboração de projeto de lei; Encaminhamento à Câmara de Vereadores; Criação da secretaria municipal de desenvolvimento econômico;	2018 2018 2019	Administração Pública	
	6. Fortalecer as políticas públicas de erradicação da pobreza e de superação das iniquidades.	Até 2020, erradicada a pobreza extrema;	- Capacitação dos profissionais que atuam no CADÚNICO para efetivar o Programa Bolsa Família. - Valorização a mão de obra local dispendo de condições de trabalho. - Fiscalização o Programa	Contínuo	Intersetorial, empresas locais e comunidade em geral.	

				<p>Bolsa Família, fazendo com que o benefício chegue a quem realmente necessita.</p> <p>- Criar novos projetos de qualificação profissional, oferta de trabalho no município para superação da pobreza.</p>		
			<p>- Até 2020, atingida a meta estabelecida no ODM de acesso da população sem acesso a esgotamento sanitário e água potável</p>	<p>- Palestras nas comunidades para sensibilizar a população orientando sobre os riscos à saúde do esgotamento à céu aberto e informando as formas corretas de destinação dos dejetos e de onde implantar poços.</p>	Contínuo	<p>Intersectorial, CMDCA, empresas locais e comunidade em geral.</p>
		<p>7. Adotar mecanismos que garantam registro civil e a documentação básica de crianças e adolescentes.</p>	<p>Até 2026, emissão de Registro de Nascimento para 100% das Crianças e Adolescentes até 12 anos de idade.</p>	<p>Promoção de campanhas que incentivem e realizem a emissão do Registro de Nascimento de forma gratuita para as crianças e adolescentes que não contém o referido documento.</p>	2017	<p>Secretaria da Assistência social Secretaria municipal da saúde secretaria municipal da Educação Conselho tutelar</p>

			Até 2026 garantir a emissão da Documentação básica de crianças e adolescentes	Realização de projetos sociais que realizem a emissão da documentação básica: RG e CPF, em continuidade ao Projeto Viva seu Bairro, já realizado em anos anteriores	2017	Setor responsável pela emissão do Estado, Secretaria do Desenvolvimento Social, Conselho tutelar Secretaria municipal da educação
		8. Fortalecer a política de Assistência Social na oferta de serviços de proteção social básica e especial às crianças, adolescentes e famílias que delas necessitem.	Até 2026, fortalecer o trabalho de proteção social básica na prevenção de violação de direitos	Contratação de profissionais efetivos de acordo com a NOB-SUAS - RH	2017	Administração Municipal, Secretaria da Assistência social
		9. Fortalecer políticas de segurança alimentar para erradicação da fome e da melhoria da qualidade nutricional de crianças e adolescentes.	Até 2026, erradicar a fome no Município.  Monitorar a situação	Fortalecer o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional para que possa implementar suas ações no município.  Monitoramento da situação	2017  2017	Secretaria da Assistência social

			<p>alimentar e nutricional</p> <p>Prevenir e controlar distúrbios e doenças nutricionais.</p>	<p>alimentar e nutricional por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).</p> <p>Monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos em relação a situação alimentar e nutricional, por meio dos sistemas de informação. (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Informação de Nascidos Vivos - Sinasc, Sistema Nacional de Agravos Notificáveis – Sinan e Esus);</p> <p>Avaliação periódica do estado de nutrição por meio de controle de peso mensal via agentes comunitários de saúde.</p> <p>Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.</p>	<p>A 2027</p>	
--	--	--	---	--	-------------------	--

			<p>Desenvolver ações intersetoriais com vistas ao acesso universal ao alimentos</p>	<p>Detecção da situação de risco e a prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de normalidade, desde a desnutrição – incluindo as carências específicas – até a obesidade.</p> <p>Acompanhamento da situação das doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas com a alimentação e estilos de vida considerados inadequados;</p> <p>Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, por meio de palestras nas escolas com profissionais da rede.</p> <p>Incentivo do aleitamento materno desde a gestação, por meio de palestras em grupo de gestantes sobre a</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>Garantir segurança e qualidade dos alimentos comercializados.</p>	<p>importância do aleitamento materno, bem como orientações durante todo o período de aleitamento por meio de visitas domiciliares pelo agente comunitário de saúde.</p> <p>Utilização de espaços e grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes, escolas...) para estímulo a organização de hortas comunitárias e nos lares.</p> <p>Fortalecimento das ações de vigilância sanitária na busca da garantia da segurança e da qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos, mediante o cumprimento das normas técnicas e operacionais;</p> <p>Modernização dos instrumentos de fiscalização, com a adoção de medidas de controle e segurança na</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>produção e na prestação de serviços na área de alimentos, levando em conta, em especial, visando à prevenção de doenças transmitidas por alimentos.</p> <p>Vistoria em todos os segmentos da cadeia alimentar existentes no município, desde a produção, rotulagem, embalagem, reembalagem, armazenagem, transporte, comercialização, até o consumo.</p>		
		10. Consolidar políticas de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias.	Implantar programa de atenção a saúde da criança e do adolescente e implementar as ações deste.	<p>Realização de ações educativas (programa de rádio, palestras em escolas, distribuição de panfletos e divulgação em website) sobre DST's e AIDS, métodos contraceptivos, prevenção da gravidez na adolescência, e outros, em 100% das escolas existentes no Município.</p> <p>Avaliação constante e monitoramento de</p>	2017	Secretaria municipal de educação Secretaria municipal de Saúde

			<p>Implementar o Programa de Combate ao Tabagismo e de combate as drogas no município.</p> <p>Manter o programa de Imunização.</p>	<p>indicadores e planejamento de ações conforme indicadores apresentados.</p> <p>Capacitação da rede de atendimento.</p> <p>Promover encontros conforme orientação do Estado/SC para a implementação do programa na UBS;</p> <p>Realizar palestras educativas em escolas e grupos do município (orientar crianças e adolescentes para a prevenção do uso de drogas e outros vícios);</p> <p>Oferecer Vacinação através do esquema vacinal básico de rotina para 100% das crianças adolescentes do município, atingindo uma cobertura de no mínimo 95% desta população;</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Oferecer atenção humanizada e qualificada na gestação, parto e nascimento a 100% das gestantes e crianças do município.</p>	<p>Busca ativa dos casos faltosos ou com atraso no esquema vacinal;</p> <p>Realização das Campanhas de Vacinação conforme o âmbito nacional;</p> <p>Digitação e acompanhamento do Sistema de Avaliação do Programa de Imunização – API</p> <p>Educação permanente da equipe assistencial.</p> <p>Garantia de acesso aos exames durante a gestação (laboratoriais e de imagem),</p> <p>Acompanhar todas as gestantes do município fazendo busca ativa por meio do agente comunitário de saúde de gestantes faltosas;</p> <p>Prevenção da transmissão vertical do HIV por meio da detecção precoce via</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>realização de teste rápido e por meio de medidas profiláticas na hora do parto.</p> <p>Garantia de acesso ao parto;</p> <p>Realização de grupos de gestantes com encontros mensais para realização de palestras e atividades educativas.</p> <p>Educação permanente da equipe assistencial</p> <p>Garantia de vacinação da gestante</p> <p>Proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar;</p> <p>Realização de teste do pezinho em 100% dos nascidos vivos residentes no município.</p> <p>Acompanhamento do</p>	
			Combate aos distúrbios		

			<p>nutricionais e de crescimento e desenvolvimento da criança.</p>	<p>crescimento e desenvolvimento por meio de puericultura. (1 consulta após o nascimento, uma ao mês até o sexto mês, uma no nono mês e uma no décimo segundo mês, duas no segundo ano, e anualmente nos anos subsequentes).</p> <p>Promoção do aleitamento materno;</p> <p>Acompanhamento da criança, pesagem e orientações à família pertinentes em relação ao desenvolvimento e crescimento;</p> <p>Atualização constante de dados na carteirinha de saúde da criança.</p> <p>Garantir continuidade com profissional nos diagnósticos de distúrbios do crescimento e/ou desenvolvimento. (Psicólogo, fonoaudiólogo,</p>	
--	--	--	--	--	--

				fisioterapia, neurologista)  Educação permanente da equipe assistencial		
		11. Universalizar o acesso e promover a permanência de crianças e adolescentes na educação básica, concluída em idade adequada, garantindo aprendizagem de qualidade e a educação integral, com a ampliação de tempos, espaços e oportunidades.	Até 2026, atendimento de 100% das crianças de 4 a 5 anos na pré-escola	Manutenção do número de vagas adequadas para 100% de crianças de 4 a 5 anos do Município.  Promoção de campanhas junto as famílias para que realizem a inserção de todas as crianças de 04 a 5 anos no ambiente escolar.	2017	Secretaria municipal de educação Sec. Assist social Conselho tutelar
		12. Consolidar a oferta de ensino profissionalizante de qualidade integrado ao ensino médio.	Até 2026, Implantar no Município cursos profissionalizantes	Realização estudo de demanda de áreas de interesse da população em questão e analisar a área de trabalho disponível .	2017	Prefeitura Municipal Sec. Educação Sec. Assistência Social Sec. De Estado da Educação
		13. Ampliar o acesso a programas de profissionalização e aprendizagem e inserção	Até 2020, 100% das empresas estatais, Empresas privadas, Empresas Multinacionais	Divulgação nas empresas quanto ao acesso aos programas de profissionalização.	-Durante a vigência do plano.	O cmdca, conselho tutelar, secretaria de

		no mercado de trabalho dos adolescentes a partir dos 14 anos de acordo com a legislação vigente.	e Órgãos públicos ofertando vagas para adolescentes com a idade a partir de 14 anos.	Inserção os adolescentes de 14 anos  Inclusão aos adolescentes em situação de vulnerabilidade social.  Informação e acompanhamento as famílias sobre o programa e  Acompanhamento às famílias.		assistencia social, cras.  administração pública municipal.
		14. Ampliar o acesso e a oferta de políticas culturais que nas suas diversas expressões e manifestações considerem o desenvolvimento de crianças e adolescentes e o seu potencial criativo.	Até 2020 ofertar cinema, teatro, dança, desenvolvendo nas crianças e adolescentes o seu potencial criativo, valorizando a cultura.	Cursos gratuitos administrados pela casa da cultura.  Projetos de aulas de dança, canto, teatro e cinema, gratuitos.  Contratação dos profissionais para ministrar os cursos e as aulas.  Aquisição constante de livros visando a melhoria nas bibliotecas.	2017 A 2027	Secretaria Municipal de Cultura Esporte e Lazer secretaria de esporte, Educação e Administração.
		15. Ampliar o acesso	- Atingir 40% em geral	Ampliação das vagas dos	2017	Secretaria

		a políticas e programas que garantam o direito ao esporte e ao lazer, assegurando a participação de crianças e adolescentes com deficiência.	dos jovens e adolescentes do município que estão inscritos no Cadastro Único, em programas sociais de esporte, lazer e para desporto..	programas visando a inclusão de crianças e adolescentes com deficiência.  Criação de vagas gratuitas para as crianças e adolescentes com deficiência.		Cultura, esporte lazer, administração. CMDCA Conselho Tutelar.
2. Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes	3. Universalização e fortalecimento dos conselhos tutelares, objetivando a sua atuação qualificada.	16. Promover a implantação e o funcionamento do Conselho Tutelar no município, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo CONANDA.	Fortalecimento do Conselho Tutelar, através do efetivo cumprimento da legislação, e das Resoluções do Conanda, na aplicabilidade dos seus direitos sociais, fortalecidos pela Constituição Federal, como por exemplo receber remuneração (definida pelo município ou por lei específica), cobertura previdenciária, ter acesso a férias (com acréscimo de um terço no salário), licenças maternidade e paternidade e gratificação natalina	Requerer Previsão orçamentária, quanto a readequação urgente do salário dos Conselheiros Tutelares, com remuneração digna do cargo;  Promover capacitações constantes para o Conselho Tutelar;  Implantação do SIPIA;  Fornecer todos os mecanismos para o correto trabalho do órgão;  Fortalecer a integração com a Rede de Proteção;	2017	Conselho Tutelar CMDCA, Estado.
	4. Proteção especial a	17. Fortalecer as	Atender 100% dos casos	Implantação do serviço de	2018	Conselho

	crianças e adolescentes com seus direitos ameaçados ou violados.	ações previstas no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária.	de necessidade de acolhimento.	acolhimento no município de crianças e adolescentes aos parâmetros da legislação vigente e resoluções do CONANDA/ CNAS.		assistência social administração pública, CMDCA voluntários.
		18. Formular parâmetros e estruturar uma rede integrada de atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, em suas diversas formas.	Desenvolver o trabalho com 100% as famílias em situação de violência e vulnerabilidade social.	<p>Composição da equipe de referencia no CRAS, Secretaria da Assistência Social e Equipe de Média Complexidade, para atender as demandas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade</p> <p>Trabalhar estratégias na comunidade, como por exemplo:</p> <p>Redes espontâneas de solidariedade entre vizinhos: a família recebe apoio em situações de crise como morte, incêndio ou doenças;</p> <p>Práticas informais organizadas: a comunidade compartilha com os pais ou responsáveis a função de</p>	Até o final de 2017.	Administração Pública município

				<p>cuidado com a criança e com o adolescente, bem como denuncia situações de violação de direitos, dentre outras; e</p> <p>Práticas formalmente organizadas: a comunidade organiza projetos e cooperativas para a geração de emprego e renda, por exemplo.</p> <p>Uma rede de serviços potencializada e integrada torna-se fundamental para a superação de suas vulnerabilidades, através de profissionais qualificados.</p> <p>Superação de vulnerabilidades sociais decorrentes da pobreza e privação – incluindo condições de habitabilidade, segurança alimentar, trabalho e geração de renda;</p>		
			Fortalecimento de vínculos familiares e de	Orientação através de profissionais qualificados		

			<p>pertencimento social fragilizados;</p>	<p>(Conselho Tutelar, CRAS, Média, CMDCA, CMAS, Educação, Saúde) da família e, especialmente, dos pais, quanto ao adequado exercício das funções parentais, em termos de proteção e cuidados a serem dispensados às crianças e adolescentes em cada etapa do desenvolvimento, mantendo uma abordagem dialógica e reflexiva; Integração sócio-comunitária da família, a partir da mobilização das redes sociais e da identificação de bases comunitárias de apoio; Orientação jurídica, quando necessário. A estruturação de programas dessa natureza e abrangência pressupõe um arcabouço teórico-metodológico e um corpo técnico devidamente qualificado e quantitativamente bem dimensionado face às</p>		
--	--	--	---	--	--	--

demandas existentes em cada território. A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são, também, características importantes dos programas de apoio sócio-familiar, que devem articular diferentes políticas sociais básicas – em especial a saúde, a assistência social e a educação. Isso deverá ocorrer com a consolidação de políticas públicas universais e de qualidade e pela integração entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e o Sistema Educacional.

Implantar o protocolo para atendimento as violências na UBS e rede (fluxograma, diagnóstico, abordagem e atendimento);

				Garantia , sigilo e intervenção nos casos existentes por toda equipe de saúde em todas as fases.		
		19. Fortalecer as ações previstas no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência sexual contra crianças e adolescentes MAJOR VIEIRA	Implantar linha de cuidado para atenção a saúde de 100% de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual.  Implantar programa de combate a violência sexual contra crianças e adolescentes.	- Implantação protocolo de atendimento intersetorial a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.  - Capacitação das equipes intersetoriais de atendimento (rede de atendimento).  - Garantia de atendimento pela equipe multiprofissional.  - Desenvolvimento de ações intersetoriais e intrasetoriais (campanhas, palestras, acompanhamento de crianças, adolescentes e suas famílias)	2017  2017 A 2027  2017 A 2027  2018	Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação,      Sec. De Saúde, Sec. De Educ. Sec. De Ass Social

		20. Fortalecer as ações previstas no Plano Nacional de prevenção e erradicação do trabalho infantil e de proteção ao adolescente trabalhador.	- Fortalecer vínculos familiares e comunitários entre crianças e adolescentes.	- Inserção crianças, adolescentes e suas famílias em Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV e Programa de Atendimento Integral à Família – PAIF.	2017	CRAS- Centro de Referência De Assistência Social
			- Diminuir a exposição de crianças e adolescentes das famílias agricultoras ao contato com agrotóxicos.	- Conscientização familiar e comunitária através de palestras, campanhas, reuniões ampliadas nas comunidades e divulgação (folders explicativos, cartazes, rádio, website).	2017 A 2027	Rede de Atendimento
				Articulação de parceria com empresas fumicultoras e outras.	2017 A 2027	Rede de Atendimento; Empresas fumicultoras.

		21. Implementar os serviços e programas de proteção dos direitos e responsabilização dos adolescentes em conflito com a lei, de acordo com os parâmetros do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.	Divulgar para 100% das crianças e adolescentes inseridos na rede regular de ensino municipal e estadual de direitos e deveres.	Divulgação em escolas, prédios públicos, rádio local, website, etc.  - Palestras em todas as escolas do município (rede municipal e estadual).  - Realização de pedágios para entrega de panfletos.	2017 A 2027  2017 A 2027  2017 A 2027	Rede de Atendimento  Rede de Atendimento  Rede de Atendimento
--	--	---	--	---	---	---



				<p>Garantia de atendimento com equipe especializada (psicólogo, assistente social, médico clínico geral, médico psiquiatra...)</p> <p>Capacitação da rede de atendimento;</p> <p>Ações intra setoriais e Inter setoriais;</p> <p>Avaliar e monitorar indicadores e planejar ações de acordo com os resultados obtidos e necessidade da demanda.</p> <p>Notificação e investigação de 100% dos casos de maus tratos comunicados e/ou evidentes.</p>		
		23. Fortalecer e aprimorar os mecanismos de denúncia e notificação de violações dos direitos de crianças e adolescentes.	Divulgar os mecanismos e órgãos existentes para denúncia.	<p>Mobilização através de campanhas com a rede de atendimento.</p> <p>Divulgação em rádio, website, locais públicos, escolas.</p>	<p>2017 A 2027</p> <p>2017 A</p>	<p>Rede de Atendimento</p> <p>Rede de Atendimento</p>

				<p>Promoção anual da semana de combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes.</p> <p>Capacitação do ACS e equipe de saúde para o recebimento e andamento/continuidade de denúncias de violação de direitos da criança e adolescente;</p> <p>Palestras nas escola.</p>	<p>2027</p> <p>2017</p> <p>A</p> <p>2027</p>	<p>Rede de Atendimento</p>
		<p>24. Universalizar, em igualdade de condições, o acesso de crianças e adolescentes aos sistemas de justiça e segurança pública para a efetivação dos seus direitos.</p>	<p>Cumprimento integral da Resolução 113 do Conanda sobre fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos;</p>	<p>Garantir a criança e adolescente e as suas famílias o acesso aos órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público e da defensoria Pública, como garantia dos seus direitos;</p> <p>Assegurar através do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente a articulação e integração das instancias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação</p>	<p>2017</p> <p>A</p> <p>2027</p>	<p>Rede de Atendimento</p>

				de instrumentos normativos e no municionamento dos mecanismos de promoção, defesa, e controle para efetivação dos direitos humanos da criança e adolescente nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal.		
3. Protagonismo e participação de Crianças e Adolescentes	5. Fomento de estratégias e mecanismos que facilitem a expressão livre de crianças e adolescentes sobre os assuntos a eles relacionados e sua participação organizada, considerando sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento.	25.Promover a participação de crianças e adolescentes nos espaços de convivência e de construção da cidadania, inclusive nos processos de formulação, deliberação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.	Divulgar as reuniões e ações do CMDCA  Promover a participação de crianças e adolescentes no CMDCA	Divulgação através de rádio, redes sociais das ações e reuniões do CMDCA  Campanhas para promover o esclarecimento sobre o CMDCA e a importância da participação dos adolescentes nos conselhos.  Implantação de um sistema eleitoral para a escolha dos representantes dos adolescentes nos conselhos  Criação de reuniões e/o grupos de discussão e estudo dos adolescentes junto aos seus representantes para	2017 a 2027	▪ CMDCA

				repassa das discussões, ações e decisões dos conselhos		
		26. Democratizar o acesso aos meios de comunicação para que crianças e adolescentes possam se expressar e manifestar suas opiniões.	Promover a discussão de temas diversos por crianças e adolescentes inseridos na rede de ensino municipal e estadual.	<p>Criação de programas de comunicação (jornal, vídeos, redes sociais) entre escolas no qual crianças e adolescentes possam participar de forma integrada para discussões de temas diversos que sejam de interesse dos mesmos.</p> <p>Abertura de espaços e participações da criança e adolescente para debate de diversos temas durante a realização de palestras da saúde na escolas durante o ano letivo e/ou nos grupos de saúde e conselhos existentes na saúde.</p>		
4. Controle Social da Efetivação dos Direitos da Criança e Adolescente	6. Universalização e fortalecimento dos conselhos de direitos da criança e do adolescente para assegurar seu caráter paritário, deliberativo e controlador,	27. Promover a implantação universal dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, fortalecendo suas	Capacitar 100% dos conselheiros de Direito	Publicação e divulgação das reuniões e resoluções do CMDCA, possibilitando a participação da sociedade. Realização de capacitação continuada dos conselheiros	2017 A 2027	CMDCA

	<p>garantindo a natureza vinculante de suas decisões.</p>	<p>atribuições de mobilizar a sociedade, formular, acompanhar e avaliar as políticas públicas para crianças e adolescentes.</p>		<p>municipais de direitos da criança e do adolescente.</p> <p>Criar através do Conselho Municipal dos direitos da criança e adolescente, mecanismos que proporcionem que a criança e adolescente participem ativamente das formulações, deliberações, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Buscando apoio nas escolas, e assim trazendo estas crianças para dentro do CMDCA.</p> <p>Acesso a toda população através de página na internet, e redes sociais, do trabalho do CMDCA;</p> <p>Buscar a participação ativa da sociedade, dentro do Conselho, através de palestras, programas de rádio, campanhas, entre outras.</p>		
--	---	---	--	--	--	--

		28. Desenvolver metodologias e sistemas de monitoramento e avaliação da Política Nacional e do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.	Monitorar e avaliar 100% da execução Política Nacional e o Plano decenal da criança e do Adolescente no município.  Recursos do governo municipal para pesquisa, estudos, e publicações em temas relacionados ao plano decenal.	Realização de reunião anual conjunta aos conselheiros setoriais para monitorar e avaliar a execução Política Nacional e o Plano decenal da criança e do Adolescente  Realização de reunião Semestral do CMDCA para avaliação do plano decenal e execução de suas ações.  Registro das ações em um instrumento de avaliação do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.  Destinação de recursos específicos para pesquisa, estudos e publicações em temas relacionados ao plano decenal.	2017 A 2027	Comissão do Plano
5. Gestão da Política Municipal	7. Fomento e aprimoramento de estratégias	29. Estabelecer mecanismos e	Criar em 2017 uma comissão, dentro do	Criação de uma comissão, dentro do CMDCA,	Dez/2017	CMDCA

<p>dos Direitos da Criança e Adolescente</p> <p>TRÊS BARRAS</p>	<p>de gestão da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes fundamentadas nos princípios da indivisibilidade dos direitos, descentralização, intersetorialidade, participação, continuidade e corresponsabilidade dos três níveis de governo.</p>	<p>instâncias para a articulação, coordenação e pactuação das responsabilidades de cada esfera de governo na gestão do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.</p>	<p>CMDCA, responsável pela coordenação da política de direitos humanos de crianças e adolescentes</p>	<p>responsável pela coordenação da política de direitos humanos de crianças e adolescentes</p>		
	<p>30. Efetivação da prioridade absoluta no ciclo e na execução orçamentária das três esferas de governo para a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, garantindo que não haja corte orçamentário.</p>	<p>30. Dotar a política dos direitos humanos de crianças e adolescentes de recursos suficientes e constantes para a plena implementação das ações do Plano Decenal, não sujeitas à limitação de empenho, anualmente na LDO.</p>	<p>Garantir a partir de 2017 recursos para o plano decenal incorporado integralmente ao PPA do município.</p>	<p>Destinação de recursos, no PPA e LDO para aplicação Na política municipal dos direitos humanos de crianças e adolescentes</p>	<p>Até 2020</p>	<p>Gestores municipais</p>
	<p>31. Qualificação de profissionais para atuarem na rede de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes com especial</p>	<p>31. Implementar uma política de formação para atuação de profissionais nas políticas públicas para crianças e</p>	<p>Ate 2027, 100% dos conselheiros tutelares e membros do CMDCA incluídos em cursos de capacitação</p>	<p>Trabalhar em unidade o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente com o Conselho Tutelar, respeitando suas respectivas</p>	<p>A partir de 2017</p>	<p>CMDCA Conselho Tutelar</p>

	atenção para a formação continuada de conselheiras e conselheiros de direitos e tutelares.	adolescentes, com ênfase na rede de conselheiros e conselheiras dos direitos e tutelares.		atribuições;  Incluir os Conselheiros em curso de capacitação regularmente;		
32.	Implementação de monitoramento gerencial do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e do seu respectivo orçamento.	24. Desenvolver metodologias de monitoramento e avaliação do Plano Decenal no âmbito do governo municipal.	Monitorar e avaliar a execução das ações do plano decenal	Criar indicadores de monitoramento e avaliação da situação da infância e adolescência no município anualmente.  Realização de reuniões semestrais da comissão de avaliação e monitoramento.	2017 a 2027	CMDCA
33.	Produção de conhecimentos sobre a infância e a adolescência, aplicada ao processo de formulação de políticas públicas.	25. Ampliar as linhas de financiamento de pesquisas e publicações no campo da promoção, proteção e defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes.	A partir de 2017 destinar recursos do governo municipal para pesquisa, estudos, e publicações em temas relacionados ao plano decenal	Destinação de recursos específicos para pesquisa, estudos e publicações em temas relacionados ao plano decenal	2017 a 2027	Gestores municipais

## **7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento e avaliação do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes será realizado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente - CMDCA, em conjunto com a Comissão intersetorial que elaborou o plano. As ações intersetoriais propostas no Plano Decenal serão avaliadas semestralmente.

O CMDCA encaminhará questionário para as Secretarias Municipais. Cada Secretaria informará o CMDCA se as ações previstas no Plano Decenal foram executadas, se estão em execução, ou não executadas. As que não forem executadas terão que ser encaminhadas pelas Secretarias Municipais com a justificativa da não execução, para que o CMDCA possa avaliar, pensar, planejar estratégias para contribuir na sua execução. O CMDCA poderá a seu critério, agendar reunião intersetorial, após recebimento do questionário, para ampliar o debate, dando a oportunidade para que cada secretaria possa apresentar seus resultados na execução do Plano Municipal.

O monitoramento e avaliação serão realizados num processo sistemático e contínuo; por meio do relatório. Serão registradas as ações desenvolvidas em cada semestre, conforme apresentadas no Plano Municipal. O relatório de monitoramento e avaliação será encaminhado anualmente a cada Gestor Municipal das pastas envolvidas, para conhecimento e providências, bem como será apresentado em Reunião Plenária do CMDCA, com a participação do Ministério Público.

É de fundamental importância o CMDCA utilizar-se dos Relatórios das Conferências Municipais da Criança e Adolescente e das Políticas Setoriais, realizadas a cada dois e quatro anos, para avaliar a execução do plano e rever estratégias e prioridades. Ainda, orientar as políticas intersetoriais a utilizarem durante as Oficinas das Políticas Intersetoriais, no processo de realização das Conferências Municipais, o Plano Decenal Municipal, em especial as ações definidas como documento norteador para as discussões e deliberações nestes próximos 10 anos.

É necessário e urgente que as ações e as Políticas Públicas sejam executadas com a perspectiva da intersectorialidade, qualificando o atendimento à população infante juvenil no Município. Para que o trabalho intersectorial se fortaleça é necessário o monitoramento contínuo das ações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

Disponível em

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.

BRASIL. Lei Federal nº 8069 de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília. 1990.