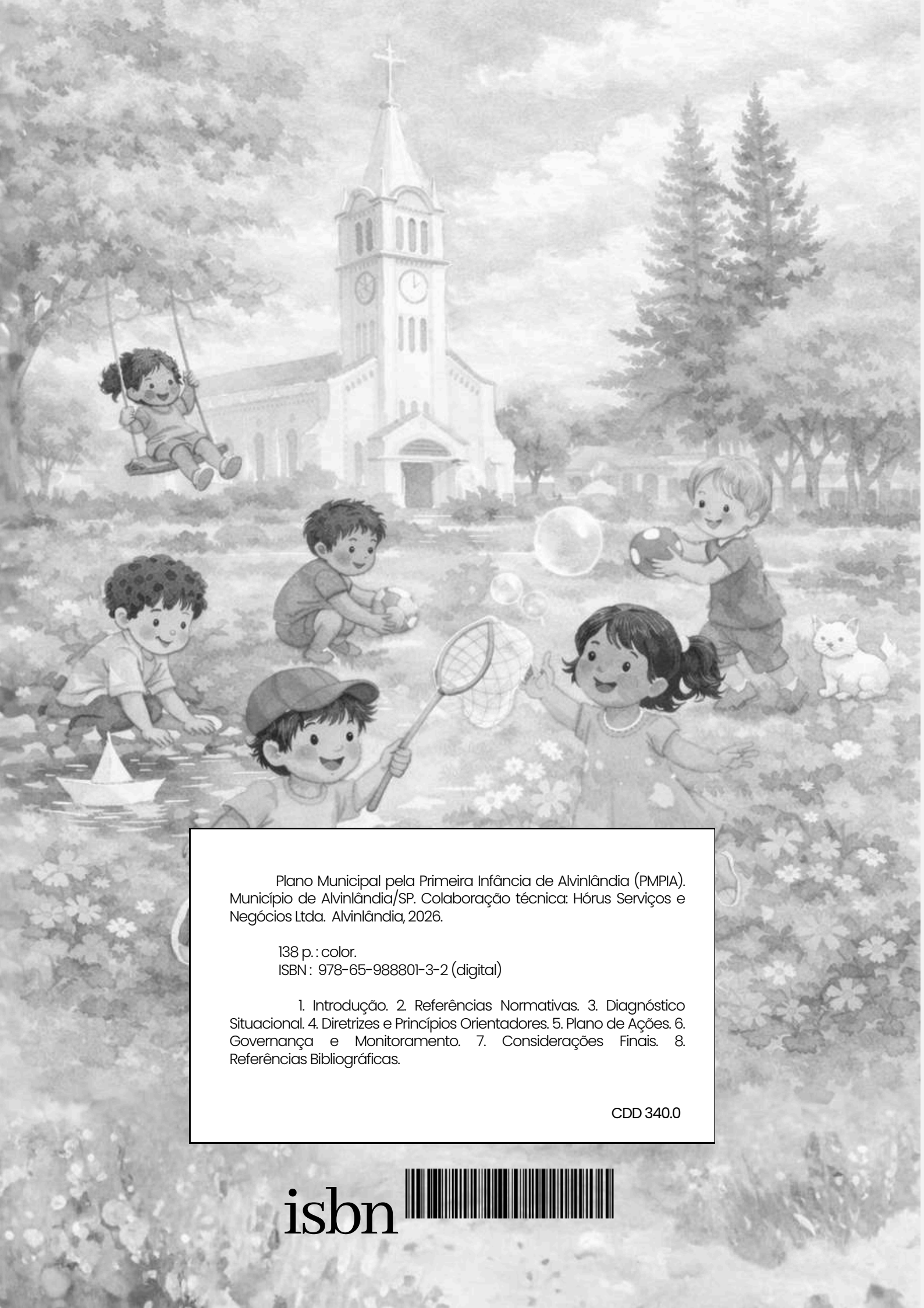




**PLANO MUNICIPAL
PELA PRIMEIRA
INFÂNCIA**
Alvinlândia/SP



Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPPIA).
Município de Alvinlândia/SP. Colaboração técnica: Hórus Serviços e
Negócios Ltda. Alvinlândia, 2026.

138 p. : color.

ISBN : 978-65-988801-3-2 (digital)

1. Introdução. 2. Referências Normativas. 3. Diagnóstico
Situacional. 4. Diretrizes e Princípios Orientadores. 5. Plano de Ações. 6.
Governança e Monitoramento. 7. Considerações Finais. 8.
Referências Bibliográficas.

CDD 340.0

isbn





MUNICÍPIO DE ALVINLÂNDIA | ESTADO DE SÃO PAULO

**PLANO MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA DE ALVINLÂNDIA (PMPA)
2026-2036**

Comissão Técnica de Elaboração

(Lei nº 1.994 de 03 de dezembro de 2025)

Diretoria Municipal de Educação
Diretoria Municipal de Promoção e Assistência Social
Diretoria Municipal de Saúde
Diretoria Municipal de Esportes, Cultura e Turismo
Diretoria Municipal de Administração
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conselho Tutelar
Conselho Municipal de Educação
Conselho Municipal de Saúde

Assessoria Técnica

Hórus Serviços e Negócios Ltda

Alvinlândia, 2026

Ser Criança

Ser criança é dureza-
Todo mundo manda em mim-
Se pergunto o motivo,
Me respondem "porque sim".

Isso é falta de respeito,
"Porque sim" não é resposta,
Atitude autoritária
Coisa que ninguém gosta!

Adulto deve explicar
Pra criança compreender
Esses "podes" e "não podes",
Pra aceitar sem se ofender!

Criança exige carinho,
E sim! Consideração!
Criança é gente, é pessoa,
Não bicho de estimação!

Tatiana Belinky

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
1.1. Justificativa	8
1.2. Objetivo Geral	8
1.3. Objetivos Específicos	9
1.4. Metodologia de Construção	10
1.4.1 Fluxograma de Construção	11
1.5. Escuta Qualificada com Crianças	12
2. ESTUDO NORMATIVO	13
2.1. Entendendo a Primeira Infância	14
2.1.1. Desenvolvimento Infantil	14
2.1.2. Políticas Públicas na Primeira Infância	15
2.2 Marcos Legais Internacionais	18
2.3. Legislação Federal	20
2.4. Política Estadual da Primeira Infância	22
2.4.1. Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI)	23
2.5. Legislação Municipal	28
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	30
3.1. Contextualização Histórica e Territorial	31
3.2. Perfil Socioeconômico e Demográfico	32
3.2.1. Dados Populacionais e Projeções	32
3.2.2. Indicadores Econômicos	32
3.2.3. Cobertura do Bolsa Família	34
3.2.4. Indicadores de Desenvolvimento Humano e Social	35
3.2.5. Condições de Moradia e Renda	37
3.2.6. Tendências de Emprego	38
3.3. Indicadores de Saúde	40
3.3.1. Nascidos Vivos	41
3.3.2. Rede de Atenção Primária	43
3.3.3. Cobertura Vacinal	45
3.3.4. Taxa de Mortalidade Infantil	46
3.3.5. Taxa de Detecção de HIV e Sífilis Congênita	48
3.3.6. Gravidez na Adolescência	48
3.3.7. Cobertura do Pré-Natal	50
3.3.8. Mortalidade Materna	51
3.3.9. Nutrição Infantil	51
3.3.10. Saúde Bucal na Infância	55

3.4. Indicadores de Educação Infantil	55
3.4.1. Estrutura Educacional	60
3.5. Parentalidade	62
3.6. Indicadores de Assistência Social e Proteção	63
3.6.1. Cobertura do Cadastro Único	64
3.6.2. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	71
3.6.3. Rede de Proteção Articulada	71
3.6. Cultura, Esporte, Lazer e Brincar	72
3.7. Direito à Cidade, Mobilidade e Meio Ambiente	73
3.8. Situações de Vulnerabilidade e Violações de Direitos	76
3.9. Prevenção de Acidentes na Primeira Infância	84
3.10. Vozes da Primeira Infância	87
3.10.1. Metodologia de Escuta	87
3.10.2. Impressões das Crianças	88
3.10.5. Conclusão Técnica	94
4. DIRETRIZES, PRINCÍPIOS E EIXOS	95
4.1. Princípios Norteadores	96
4.2. Diretrizes Gerais do Plano	99
4.3. Eixos Estruturantes das Ações	102
4.4. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	106
4.4.1. Vinculação dos ODS ao PMPIA	107
5. PLANO DE AÇÕES	111
5.1. Matriz de Ações	112
6. GOVERNANÇA E MONITORAMENTO	130
6.1. Implementação e monitoramento	131
6.2. Divisão de Responsabilidades Institucionais	131
6.3. Controle Social	132
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
8. REFERÊNCIAS	135

Índice de Siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNEI	Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFAN	Instituto da Infância
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNPI	Plano Nacional pela Primeira Infância
PPA	Plano Plurianual
PMPIA	Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia
REPI	Rede Estadual Primeira Infância
RNPI	Rede Nacional Primeira Infância
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UCR	Unidade de Cuidados em Reabilitação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde



Introdução

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPIA) constitui instrumento estratégico de planejamento e de efetivação de direitos, alinhado à Constituição Federal, ao Estatuto da Criança e do Adolescente, ao Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), à Política Estadual pela Primeira Infância (Lei nº 17.347/2021) e às diretrizes da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI).

Reconhece-se que **“A primeira infância é a fase que corresponde aos primeiros seis anos de vida. Essa fase é considerada como uma ‘janela de oportunidade’, pois é quando diversas estruturas do cérebro estão em formação e há a aquisição de capacidades fundamentais para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades futuras mais complexas”** (NCPI, 2014). Nessa perspectiva, destaca-se que “Preparar a criança para o mundo não exige apenas uma educação de pais e mães no modo tradicional mas deve, por parte das autoridades e da ciência, fomentar e implantar ações para que isso aconteça” (LOPES, 2010).

O PMPIA tem por objetivo direcionar, de maneira articulada e intersetorial, as políticas destinadas às gestantes, às crianças de 0 a 6 anos e às suas famílias, integrando ações de saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, habitação e segurança alimentar. O documento sistematiza diretrizes, objetivos, metas e indicadores, assegurando consonância com o PPA, a LDO e a LOA, bem como prevendo instrumentos de monitoramento e avaliação. A participação social, viabilizada por oficinas, escutas públicas e metodologias lúdicas apropriadas à infância, configura-se como eixo essencial para conferir legitimidade à elaboração e à implementação.

Dessa forma, o PMPIA **transforma evidências científicas em políticas públicas concretas, reafirmando o compromisso municipal com o desenvolvimento integral na primeira infância**, a promoção da equidade e a sustentabilidade social. Como assinala Melo (2020), “As crianças são o futuro da nação”, assegurar seus direitos desde o início da vida significa fortalecer, no presente, as bases de um futuro mais justo e inclusivo.

1.1. Justificativa

A primeira infância constitui período sensível do desenvolvimento humano, no qual intervenções intersetoriais qualificadas produzem ganhos duradouros em saúde, educação, proteção social e participação cidadã, além de impactos positivos na redução de desigualdades e na eficiência do gasto público. A natureza multifatorial as quais abrangem **abrangem saúde materno-infantil, educação infantil, assistência social, segurança alimentar e nutricional, convivência familiar e comunitária, prevenção de violências, mobilidade e urbanismo sensível à infância**, exige planejamento integrado, territorializado e orientado por evidências.

Nesse contexto, o PMPPIA justifica-se como instrumento político-técnico capaz de:

- I.** organizar a governança intersetorial e os fluxos do Sistema de Garantia de Direitos;
- II.** estabelecer diagnóstico situacional com linha de base e recorte territorial;
- III.** definir diretrizes, objetivos, metas e indicadores mensuráveis;
- IV.** alinhar programação e financiamento ao PPA, à LDO e à LOA;
- V.** instituir mecanismos de monitoramento e avaliação com transparência e participação social, incluindo a escuta de crianças por metodologias adequadas.

O Plano expressa o compromisso do Estado com a proteção integral e com a eficiência na oferta, ampliação e qualificação dos serviços, priorizando famílias e territórios em situação de maior vulnerabilidade.

1.2. Objetivo Geral

Estabelecer, para horizonte decenal, a política municipal intersetorial, integrada, territorializada e orientada por evidências para a primeira infância em Alvinlândia/SP, garantindo a proteção integral e o desenvolvimento infantil pleno, com metas e indicadores pactuados, governança e financiamento alinhados ao PPA/LDO/LOA, participação social qualificada e monitoramento e avaliação contínuos, visando à redução de desigualdades e à sustentabilidade das ações.

1.3. Objetivos Específicos

- Instituir e operacionalizar a governança intersetorial da primeira infância (comitê gestor, câmaras técnicas e protocolos) sob articulação do CMDCA e órgãos setoriais.
- Realizar e atualizar periodicamente o diagnóstico situacional integrado (linha de base, recortes territoriais e por grupos específicos), com mapeamento de oferta, capacidades instaladas e vazios assistenciais.
- Implantar sistema municipal de informação e monitoramento da primeira infância, integrando bases setoriais e produzindo painéis públicos de indicadores e metas.
- Assegurar a participação social e a escuta de crianças, institucionalizando processos de consulta, audiências e metodologias lúdicas adequadas.
- Universalizar a pré-escola (4–5 anos) e ampliar com equidade o acesso à creche (0–3 anos), com padrões de qualidade alinhados à BNCC, formação continuada e ambientes pedagógicos seguros e inclusivos.
- Fortalecer a atenção integral à saúde segundo a PNAISC: pré-natal e puerpério qualificados, visitas domiciliares, puericultura, triagens e imunização, desenvolvimento infantil, saúde bucal e saúde mental perinatal.
- Qualificar a proteção social (PSB e PSE): apoio à parentalidade, acompanhamento familiar (PAIF/PAEFI), busca ativa de crianças fora da escola ou sem documentação, prevenção do trabalho infantil.
- Estruturar a prevenção e o enfrentamento das violências contra crianças (inclusive violência sexual), com fluxos intersetoriais, escuta protegida, notificação e cuidado em rede.
- Garantir inclusão e acessibilidade para crianças com deficiência e transtornos do neurodesenvolvimento: identificação precoce, intervenções oportunas e AEE/articulação intersetorial.
- Promover o direito ao brincar e à cidade, qualificando e ampliando espaços públicos lúdicos, rotas seguras e soluções urbanas sensíveis à infância, com enfoque em mobilidade, verde urbano e segurança viária.
- Consolidar a segurança alimentar e nutricional: aleitamento materno, alimentação escolar saudável, prevenção e manejo de anemia e obesidade infantil.

- Fortalecer a rede de proteção jurídica e a garantia de direitos (registro civil, guarda/adoção, convivência familiar e comunitária), com atuação coordenada do SGD.
- Estabelecer modelos de financiamento estáveis: programação orçamentária temática, priorização de dotações, captação de transferências e uso qualificado do FIA, com transparência e controle social.
- Implementar formação continuada intersetorial e supervisão técnica para equipes, com protocolos de cuidado, linhas de cuidado e padrões de qualidade.
- Instituir ciclos de monitoramento e avaliação (relatórios anuais, revisão quadrienal e ajustes de metas), com divulgação pública de resultados e aprendizagem institucional.

1.4. Metodologia de Construção

A elaboração do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPIA) foi organizada com base em um **processo metodológico técnico, participativo e intersetorial**, em conformidade com o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), a Política Estadual pela Primeira Infância (Lei nº 17.347/2021) e as orientações do Guia para Elaboração do PMPI da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). O método empregado seguiu um cronograma oficial de execução, composto por etapas sequenciais que garantiram rigor técnico, escuta social e alinhamento às normativas.

A **primeira etapa** consistiu na elaboração do ato normativo, com encaminhamento de **Projeto de Lei Municipal para estabelecer os parâmetros de elaboração do Plano**. Em ato contínuo, foi realizado um estudo sistemático, abrangendo os marcos legais universais, nacionais, estaduais e municipais pertinentes à primeira infância, de modo a consolidar fundamentos jurídicos e conceituais para o PMPIA. Em seguida, **na segunda etapa**, foram promovidas **reuniões do Comitê Intersetorial**, instância responsável pelo alinhamento metodológico, definição do escopo de trabalho e pactuação de responsabilidades entre as áreas de governo.

Na **terceira etapa**, desenvolveu-se o **diagnóstico situacional intersetorial**, com levantamento de dados administrativos, indicadores socioeconômicos, análise da rede de serviços e das vulnerabilidades territoriais. Essa fase incluiu ainda oficinas participativas com atores estratégicos e a escuta qualificada com crianças, conduzida por metodologias lúdicas (desenhos, colagens, brincadeiras dirigidas e rodas de conversa breves). Esse recurso assegurou que a percepção das próprias crianças fosse incorporada ao diagnóstico, conforme previsto no Marco Legal da Primeira Infância.

Por fim, todas as informações coletadas foram organizadas em um diagnóstico consolidado, que serviu de base para a definição de diretrizes estratégicas, objetivos, metas e indicadores. Essa etapa culminou na elaboração do plano de ações decenal, estruturado por eixos temáticos e metas pactuadas, acompanhado de instrumentos de monitoramento e avaliação.

O processo foi concluído com a apresentação pública do PMPIA, assegurando transparência, validação social e legitimação democrática do documento como instrumento de Estado, e não apenas de governo.

1.4.1. Fluxograma de Construção



1.5. Escuta Qualificada com Crianças

A Escuta Qualificada consistiu em etapa fundamental do processo de elaboração do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPIA), assegurando a efetivação do direito de participação das crianças, conforme dispõe o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016, art. 4º, VI). **O público-alvo contemplou crianças de 3 a 6 anos** matriculadas na rede municipal de educação infantil e creches, garantindo diversidade territorial e social. A atividade foi conduzida pelos educadores responsáveis por cada turma.

A escuta foi organizada a partir do tema **“O que eu gosto e o que eu não gosto na minha cidade, na minha escola e nos lugares onde brinco”**, permitindo às crianças expressar espontaneamente suas percepções sobre espaços de convivência, lazer, segurança, escola e relações comunitárias. O objetivo foi integrar a perspectiva infantil ao diagnóstico situacional do PMPIA, reconhecendo a criança como sujeito de direitos e protagonista na construção de políticas públicas.

A metodologia adotada baseou-se em dois eixos complementares: dinâmicas lúdicas (desenhos e brincadeiras dirigidas), que possibilitaram a expressão simbólica de sentimentos e opiniões; rodas de conversa breves com questões simples e acessíveis como **“Do que você mais gosta de fazer na escola?”**, **“Onde você gosta de brincar?”** e **“O que deixa você triste ou com medo?”**; e, por fim, o registro sistematizado das falas, expressões e produções das crianças em relatório técnico, assegurando confidencialidade, ética e respeito à singularidade de cada participante.

Dimensão	Descrição
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Garantir o direito de participação das crianças (Lei nº 13.257/2016, art. 4º, VI). Coletar percepções espontâneas sobre cidade, escola, espaços de brincar e relações comunitárias. Subsidiar o diagnóstico do PMPIA com a perspectiva infantil.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> Público-alvo: crianças de 3 a 6 anos da rede municipal, priorizando diversidade territorial e social. Condução: educadores. Dinâmicas lúdicas: desenhos e brincadeiras dirigidas. Roda de conversa adaptada: perguntas simples como “O que você gosta na escola?” e “O que deixa você triste ou com medo?”. Registro sistematizado: elaboração de relatório técnico, com ética e confidencialidade.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> Produção de um diagnóstico sensível ao olhar da criança. Identificação de percepções sobre segurança, lazer, escola e convivência comunitária. Valorização da escuta infantil como princípio estruturante do PMPIA. Subsídios diretos para definição de diretrizes, ações e metas do plano.



Estudo Normativo

2. ESTUDO NORMATIVO

A formulação do Plano Municipal pela Primeira Infância **exige um consistente embasamento jurídico e político, capaz de assegurar a coerência entre as ações locais e os compromissos assumidos nos planos internacionais, nacional, estadual e municipal.** Este estudo normativo tem por objetivo sistematizar os principais marcos legais e programáticos que orientam a garantia dos direitos das crianças de zero a seis anos, reconhecendo-as como sujeitos de direitos e prioridade absoluta, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988 e a legislação correlata.

A análise contempla, de forma articulada, os instrumentos internacionais de direitos humanos, os referenciais nacionais, como o Marco Legal da Primeira Infância (**Lei nº 13.257/2016**) e o Plano Nacional pela Primeira Infância, a Política Estadual pela Primeira Infância do Estado de São Paulo (**Lei nº 17.347/2021**), bem como as normas e iniciativas já instituídas no município de Alvinlândia/SP. Desse modo, o estudo fornece a base normativa necessária à construção de diretrizes, objetivos e metas locais, fortalecendo a intersetorialidade e a integração entre os diferentes níveis federativos.

2.1. Entendendo a Primeira Infância

O conceito de Primeira Infância consolidou-se nos marcos internacionais de proteção à criança, especialmente na Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU (1989) e nas conferências mundiais sobre infância realizadas na década de 1990. A partir de então, organismos como UNICEF, UNESCO e OMS passaram a empregar a expressão “early childhood” para destacar os primeiros anos de vida como uma fase decisiva para o desenvolvimento humano. No Brasil, o termo adquiriu maior densidade com a Constituição de 1988 (art. 227), o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e, sobretudo, com o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), que consolidou a expressão no ordenamento jurídico.



Chamamos de Primeira Infância a fase que vai **do nascimento até os 6 anos**, englobando ainda a **Primeiríssima Infância**, que vai de 0 a 3 anos de idade.

2.1.1. Desenvolvimento Infantil

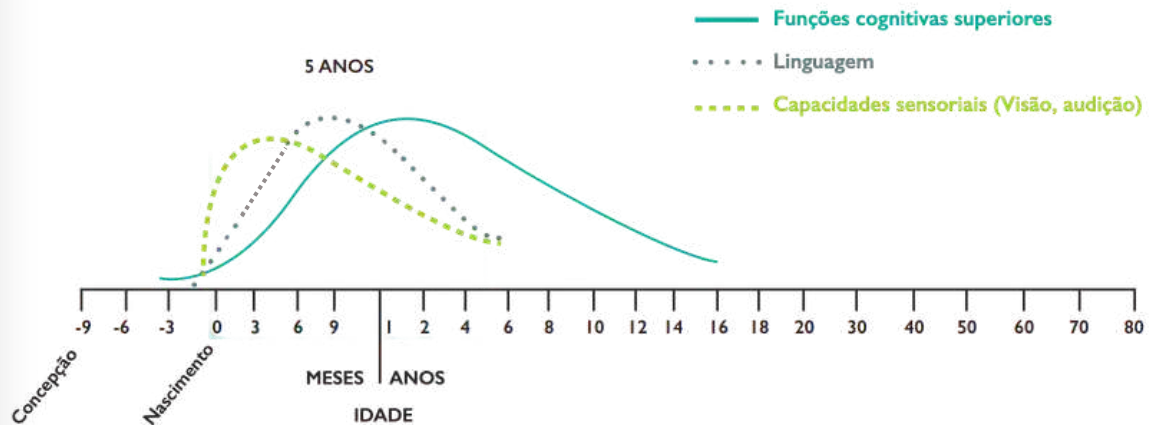
A primeira infância constitui uma etapa decisiva da vida, na qual se **estruturam circuitos cerebrais** e são adquiridas competências essenciais que servirão de base para aprendizagens mais complexas ao longo do desenvolvimento. Crianças que vivenciam um processo saudável e integral nesses primeiros anos apresentam maior capacidade de adaptação a diferentes contextos, facilidade na aquisição de novos saberes e, conseqüentemente, melhores condições para alcançar bom desempenho escolar, realização pessoal e profissional, autonomia econômica e exercício pleno da cidadania.

O processo de aprendizagem inicia-se desde o nascimento. Muito antes do ingresso na escola, a criança aprende continuamente em seus vínculos afetivos e nas interações que estabelece em seu cotidiano, nos âmbitos físico, cognitivo e socioemocional. Durante a primeira infância, **esse processo é fortemente determinado pelo ambiente no qual a criança se insere e com o qual interage**, sendo as relações estabelecidas fundamentais para seu desenvolvimento integral.

A garantia de um desenvolvimento pleno exige **a oferta de nutrição adequada, cuidados em saúde, ambiente familiar acolhedor, estável e seguro, vínculos afetivos positivos, estímulos constantes e oportunidades de acesso à educação de qualidade.** Esses fatores constituem o alicerce necessário para que cada criança viva com dignidade no presente e alcance, no futuro, o máximo de seu potencial humano e social.

Desde a gestação, o cérebro inicia a **formação de células nervosas e conexões chamadas sinapses**, que se multiplicam intensamente, podendo chegar a 700 novas conexões por segundo no segundo ano de vida. Essas conexões são fortalecidas quando utilizadas, armazenando informações de forma mais eficiente; as menos utilizadas enfraquecem e desaparecem, em um processo chamado “poda sináptica”.

Além disso, o cérebro apresenta plasticidade cerebral, isto é, **a capacidade de se remodelar** constantemente em resposta às experiências e estímulos do ambiente. Nos chamados períodos sensíveis, essa plasticidade é ainda maior, possibilitando que certas habilidades sejam adquiridas com mais facilidade. Por isso, os primeiros anos de vida são fundamentais para a formação de circuitos cerebrais que sustentam o desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional ao longo de toda a vida.



Fonte: Modificado de Charles A. Nelson, From Neurons to Neighborhoods, 2000

A imagem apresentada demonstra que, logo após o nascimento, destacam-se **as janelas de oportunidade para o fortalecimento das capacidades sensoriais, como visão e audição**. Esse processo atinge seu auge nos primeiros meses de vida, sendo fundamental que a criança tenha acesso a estímulos adequados e a um acompanhamento de saúde capaz de identificar e intervir precocemente em possíveis barreiras, como catarata congênita ou deficiência auditiva.

Na sequência, observa-se que a linguagem assume centralidade entre o primeiro e o terceiro ano de vida, **período em que a criança desenvolve a capacidade de distinguir, articular e organizar os sons da língua materna**. Esse processo, embora continue ao longo da infância, encontra nos primeiros anos sua base mais sólida para o domínio da pronúncia e da gramática. A ausência de interações comunicativas, de estímulos linguísticos e de acesso à educação infantil de qualidade **pode comprometer o pleno desenvolvimento dessa habilidade**, com impactos que tendem a se prolongar por toda a vida escolar.

As **funções cognitivas superiores**, como memória, atenção, raciocínio lógico e capacidade de planejamento iniciam sua estruturação ainda na primeira infância, com desenvolvimento mais intenso entre três e cinco anos. Embora continuem a ser refinadas durante a adolescência, é nesse período inicial que se formam as conexões fundamentais. Ambientes de aprendizagem estimulantes, oportunidades de brincar, convivência familiar e comunitária saudável, bem como interações positivas com adultos de referência, tornam-se, portanto, indispensáveis para a consolidação dessas competências.

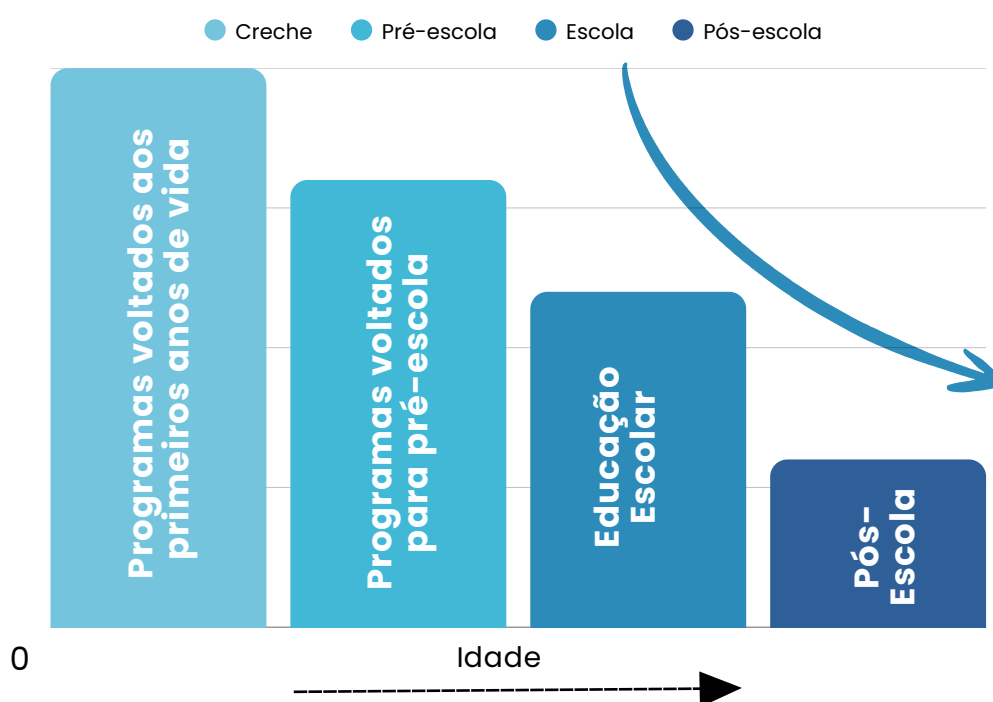
2.1.2 Políticas Públicas pela Primeira Infância

Segundo apontam os estudos realizados pelo Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2014), **investir no desenvolvimento infantil desde os primeiros anos de vida é a forma mais eficaz de promover aprendizagem, saúde e bem-estar, reduzindo custos sociais futuros**. A plasticidade cerebral nessa fase possibilita que cada estímulo recebido se torne a base para novas aquisições, diminuindo desigualdades e prevenindo o ciclo intergeracional da pobreza. Quanto mais cedo se investe, maior será o retorno para a criança e para a sociedade.

Evidências internacionais demonstram que **programas de nutrição, saúde, educação e estímulos adequados na primeira infância resultam em melhores condições físicas e mentais**, maior escolaridade e melhores oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Crianças beneficiadas por tais programas tendem a apresentar menor envolvimento com violência e criminalidade, além de maior autonomia e estabilidade ao longo da vida adulta.

Esses resultados comprovam que a primeira infância é uma janela crítica para a formação do chamado **"capital humano"**, entendido como o conjunto de habilidades cognitivas, socioemocionais e de saúde que sustentam o desenvolvimento individual e coletivo. Assim, políticas públicas voltadas a essa etapa representam o investimento social mais consistente e estratégico, com impactos duradouros na equidade, na produtividade e na coesão social.

Taxa de retorno do investimento em capital humano



2.2. Marcos Legais Internacionais

A consolidação dos direitos da criança no cenário internacional resultou de um processo histórico marcado por avanços normativos e institucionais ao longo do século XX. Desde a criação do Comitê de Proteção da Infância pela Sociedade das Nações, em 1919, até a adoção da Convenção sobre os Direitos da Criança pela ONU, em 1989, diversas declarações, convenções e tratados afirmaram a criança como sujeito de direitos, impulsionando a construção de marcos jurídicos e políticas públicas voltadas à sua proteção integral. Essa trajetória, fortalecida por iniciativas regionais e organismos multilaterais, fundamenta os compromissos atuais dos Estados em assegurar, com prioridade absoluta, o desenvolvimento pleno da infância.

- **1919:** Criação do Comitê de Proteção da Infância pela Sociedade das Nações, reconhecendo que os Estados não são os únicos soberanos em matéria de direitos das crianças.
- **1923:** Eglantyne Jebb, fundadora da Save the Children, formula a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança.
- **1924:** A Sociedade das Nações adota a Declaração de Genebra.
- **1927:** Fundação do Instituto Interamericano da Criança (IIN), por dez países americanos, para promoção do bem-estar infantil e da maternidade (hoje vinculado à OEA).
- **1934:** A Sociedade das Nações aprova novamente a Declaração de Genebra.
- **1946:** O Conselho Econômico e Social da ONU recomenda a adoção da Declaração de Genebra. É criado o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.
- **1948:** A Assembleia Geral da ONU proclama a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que inclui implicitamente direitos de crianças e adolescentes.

- **1959:** A Assembleia Geral da ONU adota, por unanimidade, a Declaração dos Direitos da Criança (não obrigatória).
- **1969:** No âmbito americano, é firmado o Pacto de São José da Costa Rica (Convenção Americana sobre Direitos Humanos), cujo art. 19 assegura medidas especiais de proteção à criança.
- **1979:** Celebração do Ano Internacional da Criança, em comemoração aos 20 anos da Declaração dos Direitos da Criança.
- **1983:** ONGs internacionais iniciam a elaboração da Convenção sobre os Direitos da Criança, em articulação com a ONU.
- **1985:** A ONU aprova as Regras de Beijing, voltadas à proteção de crianças e adolescentes em conflito com a lei.
- **1989:** A Assembleia Geral da ONU adota a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), tratado internacional de cumprimento obrigatório.
- **1990:** A ONU adota três instrumentos:
 1. Regras de Tóquio – medidas alternativas à privação de liberdade.
 2. Diretrizes de Riad – prevenção da delinquência juvenil.
 3. Regras para a Proteção dos Menores Privados de Liberdade.
- **1999:** A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprova a Convenção nº 182, sobre a proibição das piores formas de trabalho infantil e sua eliminação imediata.
- **2001:** Celebra-se o Ano Interamericano da Infância e Adolescência, sob coordenação da OEA.

2.3. Legislação Federal

A construção da agenda nacional para a infância no Brasil foi marcada pela promulgação de dispositivos constitucionais e legais que consolidaram a doutrina da proteção integral e ampliaram o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Desde a Constituição Federal de 1988 até a mais recente legislação sobre proteção digital, observa-se a criação de marcos normativos que orientam políticas públicas em diferentes áreas, como saúde, educação, convivência familiar e comunitária, combate à violência e inclusão social. Esses instrumentos jurídicos, em constante atualização, constituem o alicerce para a implementação do Plano Municipal pela Primeira Infância, oferecendo bases sólidas de legitimidade e coerência às ações locais, em consonância com os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Marco Legal da Primeira Infância:

Ano	Tipo de Legislação	Conteúdo resumido
1988	Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988 (arts. 227 a 229)	Estabelece a prioridade absoluta de crianças e adolescentes; assegura saúde integral, educação, proteção no trabalho, convivência familiar e comunitária, e garantias processuais.
1990	Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA)	Institui a doutrina da proteção integral e organiza o Sistema de Garantia de Direitos de crianças e adolescentes.
1990	Decreto Federal nº 99.710, de 21 de novembro de 1990	Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) no ordenamento jurídico brasileiro.
2005	Lei Federal nº 11.114, de 16 de maio de 2005	Torna obrigatória a matrícula das crianças de 6 anos no Ensino Fundamental; orienta redes a adequarem a oferta.
2006	Lei Federal nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006	Amplia o Ensino Fundamental para 9 anos e consolida a matrícula obrigatória a partir dos 6 anos .
2006	Resolução CONANDA nº 119, de 11 de dezembro de 2006	Dispõe sobre o SINASE e define diretrizes nacionais do atendimento socioeducativo.
2009	Lei Federal nº 12.010, de 3 de agosto de 2009	“Nova Lei da Adoção”: aperfeiçoa a garantia do direito à convivência familiar e comunitária.

Ano	Tipo de Legislação	Conteúdo Resumido
2014	Lei Federal nº 13.010, de 26 de junho de 2014 (Lei Menino Bernardo)	Garante educação sem castigo físico ou tratamento cruel/degradante a crianças e adolescentes.
2015	Lei Federal nº 13.185, de 6 de novembro de 2015	Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (bullying) .
2016	Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016 (Marco Legal da Primeira Infância)	Define diretrizes intersetoriais para políticas públicas voltadas às crianças de até 6 anos e altera diplomas correlatos.
2017	Lei Federal nº 13.431, de 4 de abril de 2017	Estabelece o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência e altera o ECA.
2017	Lei Federal nº 13.509, de 22 de novembro de 2017	Atualiza normas sobre adoção e altera o ECA, a CLT e o Código Civil.
2018	Decreto Federal nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018	Regulamenta a Lei nº 13.431/2017 (escuta especializada e depoimento especial).
2019	Lei Federal nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019	Institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência (inclusão no ECA).
2021	Decreto Federal nº 10.701, de 31 de maio de 2021	Institui o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes (caráter intersetorial).
2022	Lei Federal nº 14.344, de 24 de maio de 2022 (Lei Henry Borel)	Cria mecanismos de prevenção e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes.
2024	Lei Federal nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024	Endurece o combate ao abuso e exploração sexual , bullying e cyberbullying; altera ECA e CP, prevendo medidas escolares e políticas nacionais.
2024	Decreto Federal nº 12.083, de 27 de junho de 2024	Estabelece diretrizes para a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância e cria o Comitê Intersetorial.
2025	Lei Federal nº 15.211, de 17 de setembro de 2025 (Estatuto Digital da Criança e do Adolescente)	Dispõe sobre proteção de crianças e adolescentes em ambientes digitais (segurança, verificação de idade, tratamento de conteúdo e dados).

2.4. Política Estadual da Primeira Infância

O Estado de São Paulo fundamenta a promoção e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes em um sólido arcabouço jurídico e em políticas públicas de caráter integrado. Sua Constituição, em consonância com a Constituição Federal e com normas setoriais específicas, consagra a prioridade absoluta e a proteção integral, com atenção especial à primeira infância.

Nesse contexto, em 12 de março de 2021, foi promulgada a **Lei nº 17.347**, que instituiu a Política Estadual pela Primeira Infância e estabeleceu as bases para o Plano Estadual da Primeira Infância, atribuindo papel estratégico à articulação intersetorial entre saúde, educação, assistência social e proteção no território paulista. Em alinhamento com o Marco Legal da Primeira Infância (**Lei nº 13.257/2016**), esse instrumento orienta a criação de ambientes seguros e acolhedores que garantam às crianças o pleno exercício de seus direitos, reconhecendo a centralidade dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento integral e assegurando, ainda, o acesso da população infantil às vacinas, conforme as recomendações do Programa Nacional de Imunização.

A Política Estadual pela Primeira Infância compreende um conjunto articulado de programas, projetos e serviços voltados ao fortalecimento dos vínculos familiares, à ampliação da integração comunitária e ao respeito à singularidade de cada criança. Também contempla diretrizes para a promoção e a proteção dos direitos nos meios de comunicação e no ambiente digital, bem como para a salvaguarda da liberdade de consciência e de crença, em conformidade com a legislação vigente.

Para garantir a efetividade dessas diretrizes e reafirmar as crianças como sujeitos de direitos, o Plano Estadual apoia-se no **Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)**, estruturado em três eixos complementares: defesa, mediante a garantia de acesso à justiça e a responsabilização por violações; promoção, por meio da formulação e execução de políticas públicas intersetoriais que viabilizem o exercício pleno dos direitos; e controle social, com a participação e a fiscalização das instâncias competentes sobre a implementação e os resultados das ações. Todo esse arranjo está alinhado à Constituição Federal, ao Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), ao Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016) e à Lei estadual nº 17.347/2021, bem como às orientações do CONANDA.

O **Decreto Estadual nº 69.522**, de 6 de maio de 2025, reestruturou o Comitê Gestor Estadual do Programa Criança Feliz, fortalecendo sua governança e ampliando o escopo de suas competências. Entre as atribuições conferidas, sobressaem: a coordenação do Plano Estadual da Primeira Infância; a formulação de diretrizes e a pactuação de ações em cooperação com o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente; o apoio técnico e a indução de boas práticas junto aos municípios; a promoção de campanhas públicas, seminários e ações formativas; a colaboração na elaboração de propostas orçamentárias; além da articulação de mecanismos de monitoramento, avaliação e transparência, essenciais à efetivação das políticas públicas voltadas à primeira infância

O Estado de São Paulo vem registrando avanços relevantes na formulação e na execução de políticas públicas integradas e intersetoriais voltadas à efetivação dos direitos de crianças e adolescentes. Iniciativas como o **Criança Feliz Paulista e o São Paulo pela Primeiríssima Infância** evidenciam a capacidade de cooperação entre Estado, municípios e sociedade civil, favorecendo a expansão do acesso a serviços essenciais e o fortalecimento das redes de proteção e cuidado.

Persistem, contudo, desafios estruturais notadamente a universalização do acesso à educação integral, com padrões de qualidade, e a redução das desigualdades regionais que impõem a continuidade do aperfeiçoamento das estratégias em curso.

2.4.1. Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI)

O **Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI)** expressa a capacidade dos municípios paulistas de promover o desenvolvimento infantil por meio do acesso a serviços de saúde e educação destinados às crianças de zero a cinco anos. Produzido anualmente desde 2016, o IPPI é construído com base em registros administrativos, a partir dos quais se elaboram indicadores sintéticos organizados nas dimensões de saúde e de educação.

A elaboração do índice é de responsabilidade da **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)**, instituição vinculada à Secretaria da Fazenda e Planejamento, reconhecida nacionalmente como referência na produção e difusão de estatísticas e análises socioeconômicas e demográficas do Estado de São Paulo.

2023 Estado de São Paulo | **0,774**

IPPI Composto Estadual



● Muito baixo ● Baixo ● Médio baixo ● Médio alto ● Alto ● Muito alto

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

Na dimensão saúde, o indicador de esforço é composto pelas variáveis percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2,5 kg) e percentual de partos não cesarianos no SUS, enquanto o indicador de resultado é formado pelas variáveis taxa de mortalidade na infância (menores de cinco anos) e taxa de mortalidade por causas evitáveis em menores de um ano.

Saúde

● Estado de São Paulo

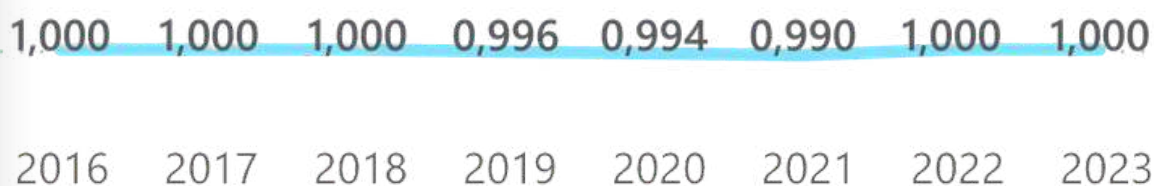


Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

Para a educação, o indicador de cobertura compreende as variáveis matrículas em creche em relação à população de 0 a 3 anos e matrículas em pré-escola em relação à população de 4 e 5 anos. O indicador de qualidade abrange as variáveis número médio de profissionais, por turma, em creches das redes pública e conveniada, e número médio de docentes com ensino superior, para cada 26 crianças, nessas redes.

Educação

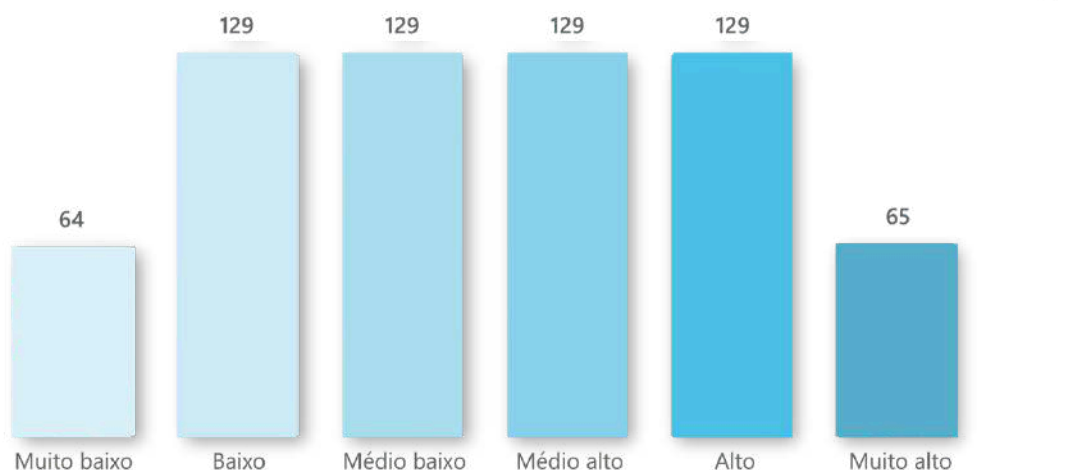
● Estado de São Paulo



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

No Estado de São Paulo, a série 2016–2023 revela contraste estrutural entre as dimensões do IPPI: o subíndice de Saúde evolui de 0,559 para pico em 2021 (0,588) e recua a 0,549 em 2023, encerrando abaixo de 2016 e indicando deterioração recente de componentes como baixo peso ao nascer, proporção de partos não cesarianos no SUS e mortalidade (infantil e por causas evitáveis); já o subíndice de Educação permanece no teto ($\approx 1,000$), com leve oscilação em 2019–2021 e plena recuperação em 2022–2023, sinalizando cobertura e padrões de qualidade consolidados em creche e pré-escola. Em síntese, **o IPPI estadual de 0,774** resulta de um desempenho educacional sustentado e de um gargalo em Saúde, que passa a ser o vetor prioritário para elevar o índice, sem prejuízo da manutenção da qualidade educacional alcançada.

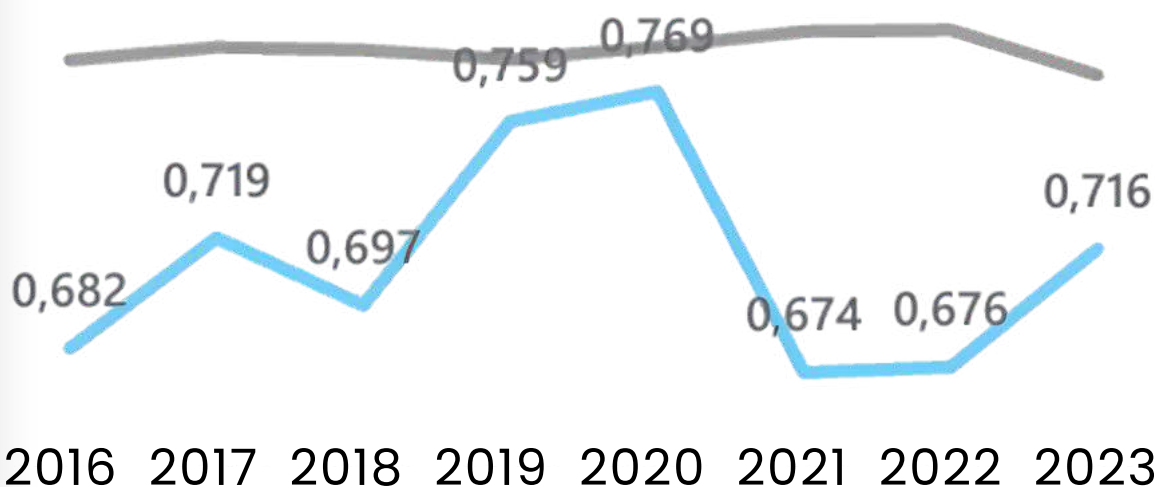
Municípios por grupos do IPPI



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

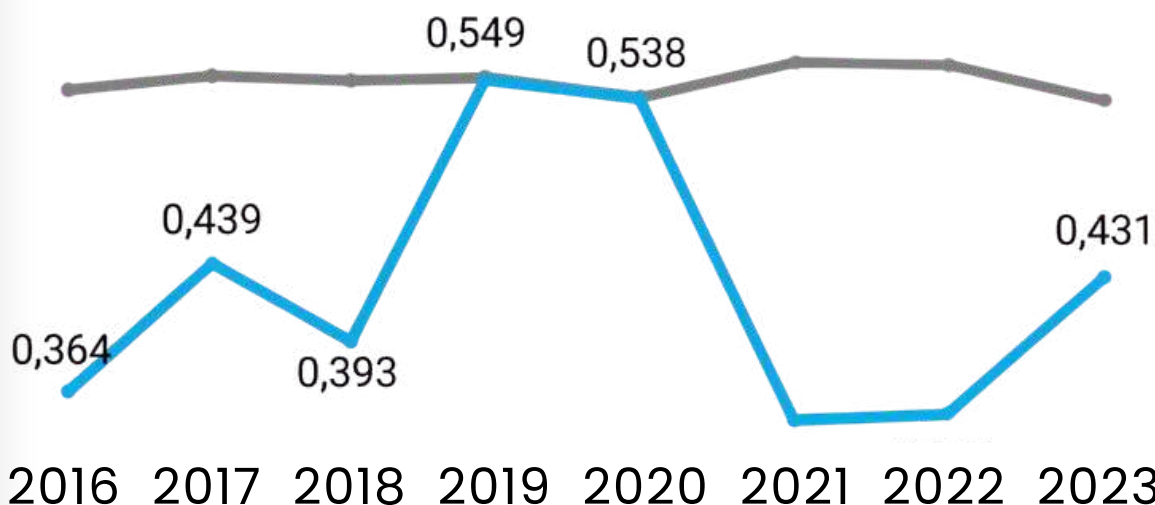
A distribuição dos **645 municípios** pelos grupos do IPPI é praticamente simétrica e quantílica: 64 ($\approx 9,9\%$) no “muito baixo”, 129 (20%) em cada um dos quatro grupos intermediários (“baixo”, “médio baixo”, “médio alto” e “alto”) e 65 ($\approx 10,1\%$) no “muito alto”. Em termos de leitura para gestão, há 30% nos extremos (193 municípios somando muito baixo+baixo e 194 somando alto+muito alto) e 40% no miolo, sugerindo ausência de polarização acentuada; por isso, o foco analítico deve recair sobre o posicionamento percentual de cada município e sobre os determinantes do subíndice de Saúde, já que transitar de grupo requer superar os pontos de corte estaduais, enquanto na Educação o desafio tende a ser de manutenção e equidade.

IPPI Composto Municipal



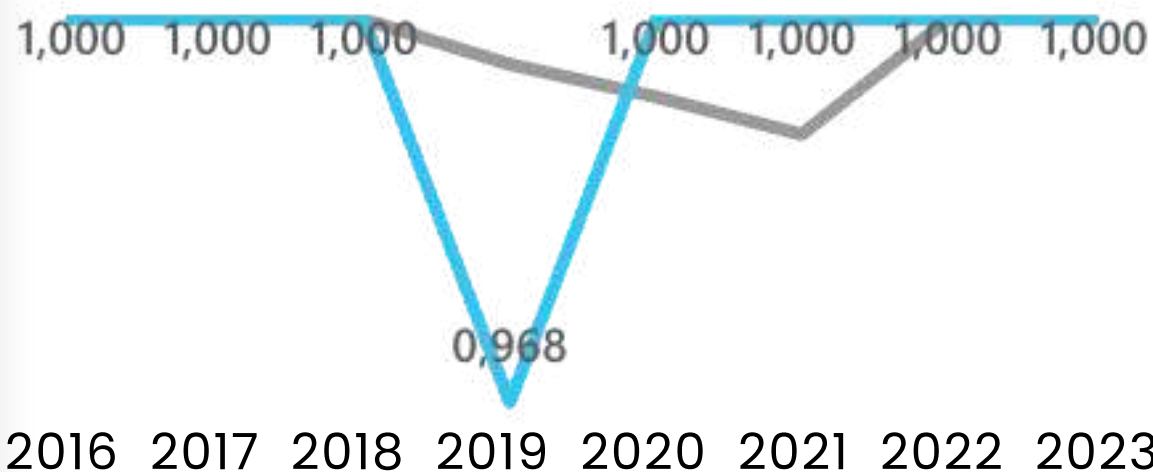
Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

Saúde - Alvinlândia



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

Educação - Alvinlândia



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

Em Alvinlândia, o IPPI **evoluiu positivamente** entre 2016 e 2020 (0,682 → 0,769), apresentou queda acentuada em 2021 (0,674), manteve-se praticamente estável em 2022 (0,676) e teve recuperação parcial em 2023 (0,716), ainda abaixo do pico de 2020.

O componente Saúde **foi o mais instável, com melhora** até 2019–2020 (0,549 e 0,538) e forte recuo em 2021 (0,348), seguido de retomada em 2023 (0,431).

Já Educação permaneceu em patamar máximo em quase toda a série (1,000), com queda pontual em 2019 (0,968). **No conjunto, o município se mantém abaixo do desempenho do Estado de São Paulo ao longo do período**, e a principal variação do índice está associada ao comportamento do componente Saúde, indicando que o fortalecimento e a continuidade das ações de atenção materno-infantil devem ser prioridade para reduzir desigualdades.

2.5. Legislação Municipal

A **Lei Municipal nº 1.994/2025** institui, no âmbito do Município de Alvinlândia, o Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPIA) 2026–2036, consolidando a primeira infância como prioridade no planejamento e na gestão pública municipal. Seu conteúdo, contudo, não se apresenta de forma isolada: integra um percurso normativo já estruturado pelas **Leis Municipais nº 850/1995 e nº 866/1996**, que organizaram a política municipal de atendimento à criança e ao adolescente, instituindo o CMDCA, o Conselho Tutelar e o Fundo Municipal, posteriormente aperfeiçoadas pelas **Leis nº 1.299/2010 e nº 1.431/2014**, voltadas à atualização do regime jurídico e da estrutura de funcionamento do Conselho Tutelar.

Esse arcabouço foi ampliado por normas voltadas à proteção especial e à resposta intersetorial às situações de risco e violência. A **Lei Municipal nº 1.767/2022** autorizou convênio com serviço de acolhimento para crianças e adolescentes, enquanto o **Decreto Municipal nº 3.214/2023** criou o Comitê de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social de Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, com atribuições de articulação, planejamento, acompanhamento e avaliação da rede local. Na sequência, o **Decreto Municipal nº 3.362/2025** regulamentou o atendimento integrado às vítimas ou testemunhas de violência, instituiu protocolo municipal e definiu fluxos intersetoriais, inclusive com escuta especializada e prevenção da revitimização.

Nesse contexto, o PMPIA tem por finalidade implementar políticas públicas voltadas à garantia da proteção integral, da promoção e da defesa dos direitos da criança de 0 a 6 anos, reconhecendo-a como sujeito de direitos. A **Lei nº 1.994/2025** define princípios, diretrizes, 11 eixos finalísticos, revisão ao término da vigência e instâncias permanentes de governança, como o Comitê Intersetorial e a Coordenação Executiva, vinculando ainda sua execução ao planejamento orçamentário anual do Município.

Para assegurar a continuidade da proteção nas situações de afastamento do convívio familiar, a **Lei Municipal nº 2.005/2026** autorizou subvenção financeira, por meio de termo de fomento, destinada ao acolhimento institucional de crianças em situação de vulnerabilidade social ou risco, reforçando a dimensão protetiva do sistema municipal de garantia de direitos. Assim, o conjunto legislativo de Alvinlândia evidencia evolução normativa consistente: da estruturação dos órgãos de defesa e controle social à institucionalização da governança da primeira infância e da rede de proteção, com base na corresponsabilidade entre família, sociedade e poder público.

Ano	Tipo de Legislação	Conteúdo Resumido
1995	Lei Municipal nº 850, de 28 de junho de 1995	Dispõe sobre a política municipal de atendimento à criança e ao adolescente , criando CMDCA, Conselho Tutelar e Fundo Municipal.
1996	Lei Municipal nº 866, de 10 de abril de 1996	Institui a política municipal de atendimento, reorganiza CMDCA, Conselho Tutelar e Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente .
2010	Lei Municipal nº 1.299, de 31 de dezembro de 2010	Revoga a Lei 989/2002 e altera a Lei 866/1996 sobre escolha, requisitos, remuneração e estrutura do Conselho Tutelar .
2014	Lei Municipal nº 1.431, de 25 de março de 2014	Altera a Lei 1.299/2010 e cria cinco cargos de Conselheiro Tutelar no quadro de pessoal em comissão.
2022	Lei Municipal nº 1.767, de 27 de janeiro de 2022	Autoriza convênio com entidade de acolhimento em Duartina para atendimento de crianças e adolescentes, com repasse municipal de recursos.
2023	Decreto Municipal nº 3.214, de 1º de novembro de 2023	Cria Comitê de Gestão Colegiada para articular a rede de cuidado e proteção de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.
2025	Decreto Municipal nº 3.362, de 21 de julho de 2025	Regulamenta o atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência e institui protocolo municipal intersetorial.
2025	Lei Municipal nº 1.994, de 3 de dezembro de 2025	Institui o Plano Municipal pela Primeira Infância 2026-2036 , define diretrizes, eixos, governança, monitoramento e coordenação executiva.
2026	Lei Municipal nº 2.005, de 3 de fevereiro de 2026	Autoriza subvenção financeira à Fundação Lar Escola Maria Tereza de Jesus para acolhimento institucional de crianças em vulnerabilidade social .



Diagnóstico Situacional

3.1. Contextualização Histórica e Territorial

A colonização do município de Alvinlândia inicia-se na década de 20, quando ainda pertencia à Comarca de Garça, as áreas da região foram desbravadas para o plantio do café e, posteriormente, as culturas de algodão, arroz e amendoim.

A criação do povoado, Vila Couto, primitivo nome de Alvinlândia, deu-se em 08 de agosto de 1934 pelos fundadores Dr. José Bonifácio do Couto, João Manzano e Horácio Couto.

O município teve sua emancipação política em 18 de fevereiro de 1959 pela lei estadual nº 5285, quando passou a ser denominada Alvinlândia em homenagem prestada ao Major Juvenal Alvim, pai do deputado Joviano Alvim, que se empenhou, junto com seus colegas Cunha Bueno e Castro Carvalho, pela emancipação do município. Sua instalação deu-se em 01 de janeiro de 1960 pelo MM. Juiz de Direito da Comarca de Garça, Dr. Plínio Novaes de Andrade, tendo como primeiro Prefeito o Sr. Sebastião Manzano.

Hino de Alvinlândia

No centro oeste paulista
Nasceu nosso querido rincão
De riquezas e muitas conquistas
Ostentadas em seu lindo brasão

Vila Couto foi teu nome primeiro
Foi assim que outrora a chamaram
Demos graças aos bravos pioneiros
Que com garra este chão desbravaram

Alvinlândia, Alvinlândia
Hoje quanto orgulho nos deste
Um recanto de paz e alegria
Simpatia do centro oeste (bis)

Em todo este imenso Brasil
Tu és para nós sem igual
Acolhestes teu povo servil
Com o teu calor maternal

Terra fértil e alvissareira
Cidade de amor e de luz
Tua gente é hospitaleira
E ao futuro promissor te conduz

Alvinlândia, Alvinlândia
Hoje quanto orgulho nos deste
Um recanto de paz e alegria
Simpatia do centro oeste (bis)



3.2. Perfil Socioeconômico e Demográfico

3.2.1. Dados Populacionais e Projeções

Os dados demográficos de Alvinlândia/SP revelam um município de pequeno porte, com características típicas de cidade interiorana. **De acordo com o último censo (2022), a população era de 2.885 habitantes**, indicando um território com relações sociais mais próximas, onde grande parte das pessoas se conhece e o cotidiano tende a ser marcado por vínculos comunitários fortes.

A população estimada para 2025 é de 2.919 habitantes, o que representa um crescimento muito discreto ao longo do período. Esse leve aumento sugere um município com baixa dinamização migratória, ou seja, não há grandes fluxos de entrada ou saída de moradores. Em geral, esse cenário está associado à estabilidade no modo de vida local.

A densidade demográfica de **33,99 habitantes por quilômetro quadrado (2022) mostra que Alvinlândia/SP** possui uma ocupação do território relativamente baixa, com bastante espaço físico em relação ao número de moradores.



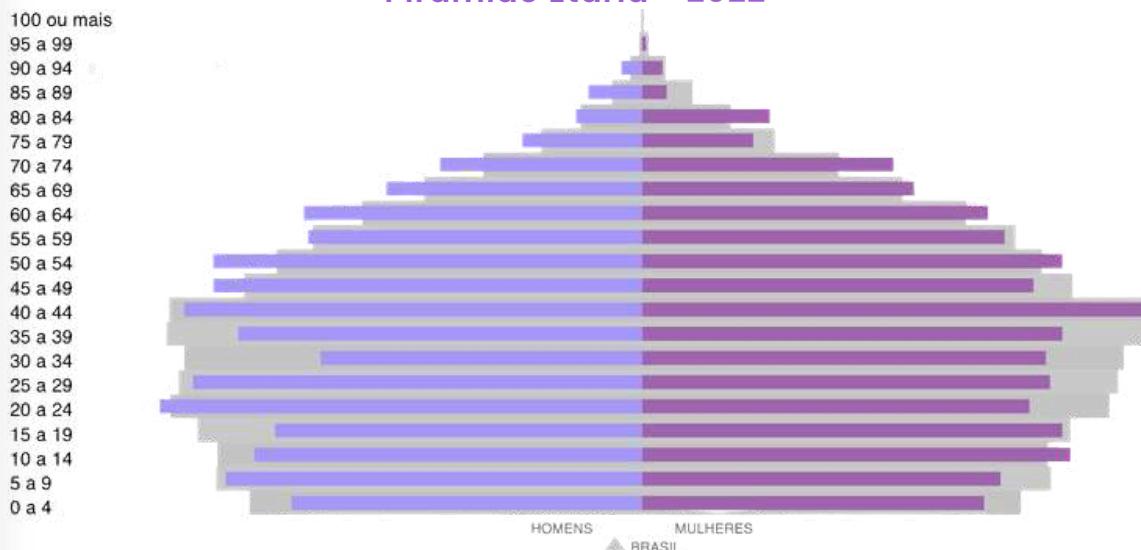
População no último censo [2022]	2.885 pessoas
População estimada [2025]	2.919 pessoas
Densidade demográfica [2022]	33,99 habitante por quilômetro quadrado

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Distribuição da População por Idade e Sexo – 2022

A pirâmide etária de 2022 mostra que a maior concentração de população está entre 20 e 44 anos, em homens e mulheres, com barras mais longas nessas faixas. **As idades de 0 a 19 anos aparecem com barras menores, indicando participação proporcionalmente menor de crianças e adolescentes.** A partir dos 60 anos, as barras vão diminuindo, mas ainda há presença visível de pessoas idosas, com leve predominância de mulheres nas faixas etárias mais altas. O contorno de fundo que representa o Brasil tem formato semelhante ao do município, o que indica um perfil etário próximo ao padrão nacional, com base mais estreita e concentração principal na população adulta.

Pirâmide Etária - 2022

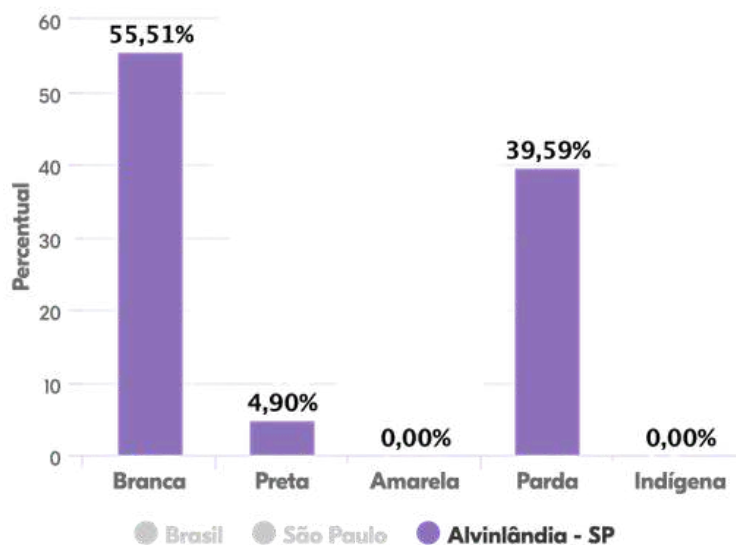


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Distribuição da População de 0 a 6 anos

No município de Alvinlândia/SP, 8,49% da população tem entre 0 e 6 anos, o que corresponde a **245 crianças em um total de 2.885 habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2022**. Esse percentual é ligeiramente menor que o do Brasil (8,92%) e maior que o do estado de São Paulo (8,01%), indicando que a participação de crianças pequenas na população local é próxima da média nacional e um pouco superior à média estadual.

População por idade entre 0 e 6 anos - por raça/cor

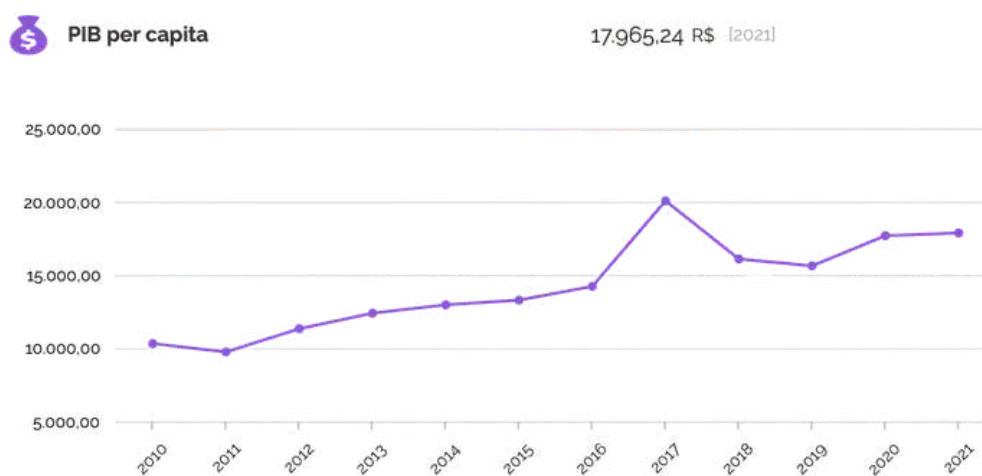


Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

O gráfico mostra a distribuição das crianças de 0 a 6 anos em Alvinlândia-SP por raça/cor. Entre esse grupo etário, 55,51% são brancas, 39,59% são pardas e 4,90% são pretas. Não há registro de crianças amarelas nem indígenas nessa faixa etária, resultando em 0,00% para essas categorias.

3.2.2. Indicadores Econômicos

A renda per capita é um indicador econômico que expressa a média de rendimento de cada habitante de uma localidade, obtida pela divisão do **Produto Interno Bruto (PIB)** pelo número de habitantes. Ainda que não reflita diretamente a distribuição de renda, este indicador permite compreender a capacidade econômica média da população e suas condições potenciais de consumo, acesso a serviços e qualidade de vida.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

De 2010 a 2011 há uma pequena queda, seguida de crescimento contínuo de 2012 a 2016. Em 2017 ocorre o maior valor da série, em torno de R\$ 20 mil por habitante. Depois disso, o PIB per capita recuou em 2018 e 2019, mas voltou a crescer em 2020 e 2021, chegando em 2021 a aproximadamente R\$ 17.965,24. Assim, apesar das quedas pontuais, **o nível de PIB per capita em 2021 é superior ao observado no início da série, indicando aumento do valor médio produzido por habitante no período analisado.**

3.2.3. Cobertura do Bolsa Família

Os dados de Alvinlândia (SP), com referência em outubro de 2025, consideram famílias que possuem crianças entre 0 e 4 anos e entre 5 e 6 anos. No total foram identificadas 128 famílias nessa condição.

Desses domicílios, 72 famílias constam como recebendo PBF, enquanto 56 não recebem o benefício e nenhuma aparece sem resposta. **Em termos proporcionais, isso significa que aproximadamente 56,25% das famílias com crianças de 0 a 6 anos recebem PBF e 43,75% não recebem**, mostrando que o programa alcança a maioria das famílias desse grupo etário no município. As proporções observadas podem refletir diferenças de renda, composição familiar e situação cadastral.

Recebe PBF família			
Sim	Não	Sem	TOTAL
56	72	0	128

Fonte: CECAD - Ministério da Cidadania

O perfil da primeira infância no Cadastro Único nível Brasil mostrou que, de todas as 18,1 milhões de crianças de 0 a 6 anos registradas no país (Censo 2022), mais da metade delas, 10 milhões (55,4%), vivem hoje entre as famílias de baixa renda. Destas, pelo menos 6,7%, aproximadamente 670 mil crianças, estão em situação de pobreza ou extrema pobreza (com renda mensal familiar per capita de até R\$ 218). Quase três em cada quatro dessas famílias são capitaneadas por mães solo (74%), em sua maioria pardas (63,8%) e jovens, com idades entre 25 e 34 anos (47,9%) (NCPI, 2023).

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), 45% das crianças brasileiras de 0 a 5 anos viviam em domicílios com renda mensal per capita de até meio salário mínimo. Entre a população geral, esse percentual é de 27%, o que evidencia como o desafio da pobreza atinge mais as crianças que adultos.

O dado do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) mostra ainda as diferentes dimensões de pobreza às quais a infância está submetida: mais de 60% das crianças e adolescentes são privados de seus direitos, considerando as dimensões de alimentação, renda, educação, trabalho infantil, moradia, água, saneamento e informação, evidenciando o fenômeno de pobreza multidimensional.

3.2.4. Indicadores de Desenvolvimento Humano e Social

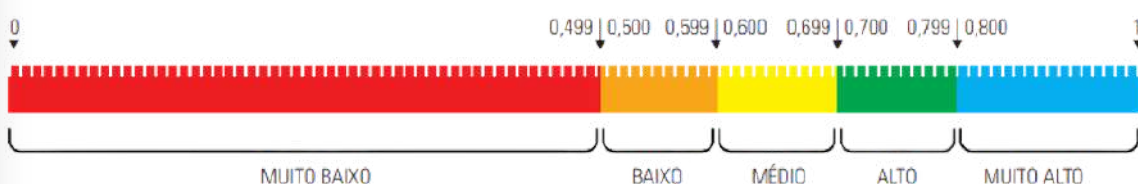
Em 1998, o Brasil foi um dos países pioneiros ao adaptar e calcular o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para todos os municípios brasileiros, com dados do Censo Demográfico, criando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em 2003, uma nova edição trouxe a série histórica de 1991 e 2000 para todo o país.

No ano de 2012, o PNUD Brasil, o IPEA e a Fundação João Pinheiro assumiram o desafio de adaptar a metodologia do IDH global para calcular o IDH Municipal (IDHM) dos 5.565 municípios brasileiros a partir de dados do Censo Demográfico de 2010. Também se recalculou o IDHM, a partir da metodologia adotada, para os anos de 1991 e 2000, por meio de uma minuciosa compatibilização das áreas municipais entre 1991, 2000 e 2010 para levar em conta as divisões administrativas ocorridas no período e permitir a comparabilidade temporal e espacial entre os municípios. (ATLAS, 2021)

O IDHM brasileiro **segue as mesmas três dimensões do IDH global - saúde, educação e renda**, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais

O cálculo do índice resulta em um indicador numérico que varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior é o nível de desenvolvimento humano do município. Embora se baseie no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) global, o IDHM foi adaptado à realidade brasileira, utilizando dados do Censo e considerando as especificidades dos municípios. Por essa razão, não é possível compará-lo diretamente com o IDH de países ou outras escalas internacionais.

Faixas de Desenvolvimento Humano Municipal



Evolução do IDHM de Alvinlândia – 1991, 2000 e 2010



IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal

0,722 [2010]



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

O indicador mostra um crescimento contínuo do desenvolvimento humano ao longo de quase duas décadas, com avanço mais acelerado entre 2000 e 2010.

Em 2010, com **IDHM de 0,722**, o município passa a figurar na faixa de **“desenvolvimento humano alto”** (acima de 0,700), o que representa um patamar superior ao observado nas décadas anteriores e sinaliza progressos importantes na qualidade de vida da população.

3.2.5. Condições de Moradia e Renda

O Cadastro Único é um importante instrumento do Governo Federal utilizado para identificar e caracterizar famílias de baixa renda, coletando informações sobre composição familiar, escolaridade, renda, trabalho e, especialmente, condições de moradia. Essas informações permitem compreender a realidade socioeconômica das famílias em situação de vulnerabilidade social, possibilitando a formulação de políticas públicas mais eficazes e direcionadas.

Além disso, o Cadastro Único é o principal instrumento utilizado para a seleção e a inclusão em programas federais, municipais, estaduais e distritais, tais como: Programa Bolsa Família; Programa DF Social; Programa Cartão Gás, Programa Auxílio Gás dos Brasileiros; Tarifa Social de Energia Elétrica; Tarifa Social de Água; Carteira do Idoso; Isenção de taxas para concursos públicos; Telefone Social; Programa Pé de Meia; Programa Dignidade Menstrual; Programa Minha Casa Minha Vida, dentre outros.

Considerando domicílios urbanos e rurais. Desse total, **123 famílias (cerca de 96%)** vivem em áreas urbanas e apenas 5 famílias (aproximadamente 4%) em áreas rurais, não havendo registros sem resposta. Os dados evidenciam que praticamente todas as famílias com crianças pequenas estão concentradas na zona urbana.

Município	Urbanas	Rurais	Sem Resposta	TOTAL
Alvinlândia	123	5	0	128

Fonte: CECAD - Ministério da Cidadania

O total identificado é de 128 famílias, e **todas elas residem em domicílios classificados como particular permanente**. Não há nenhum registro de famílias com crianças pequenas vivendo em domicílios particulares improvisados, domicílios coletivos ou com informação em branco, o que significa que, para esse grupo etário, o cadastro não aponta situações de moradia fora de domicílios permanentes no município.



Espécie de domicílio das famílias com crianças de 0 a 6 anos – Alvinlândia/SP (Outubro/2025)

Município	Particular Permanente	Particular improvisado	Sem Resposta	TOTAL
Alvinlândia	123	5	0	128

Fonte: CECAD – Ministério da Cidadania

A condição de calçamento em frente aos domicílios das 128 famílias com crianças de 0 a 6 anos. Todas essas famílias residem em domicílios particulares permanentes e, entre elas, **125 têm calçamento total em frente à casa, 1 possui calçamento apenas parcial e 2 não possuem calçamento.** Em termos proporcionais, isso significa que cerca de 97,7% dos domicílios contam com calçamento completo, aproximadamente 0,8% têm calçamento parcial e 1,6% não dispõem desse tipo de infraestrutura, indicando que a grande maioria das famílias com crianças pequenas vive em ruas totalmente pavimentadas no município.

Calçamento em frente aos domicílios das famílias com crianças de 0 a 6 anos – Alvinlândia/SP (Outubro/2025)

Município	Total	Parcial	Não existe	TOTAL
Alvinlândia	125	1	2	128

Fonte: CECAD – Ministério da Cidadania

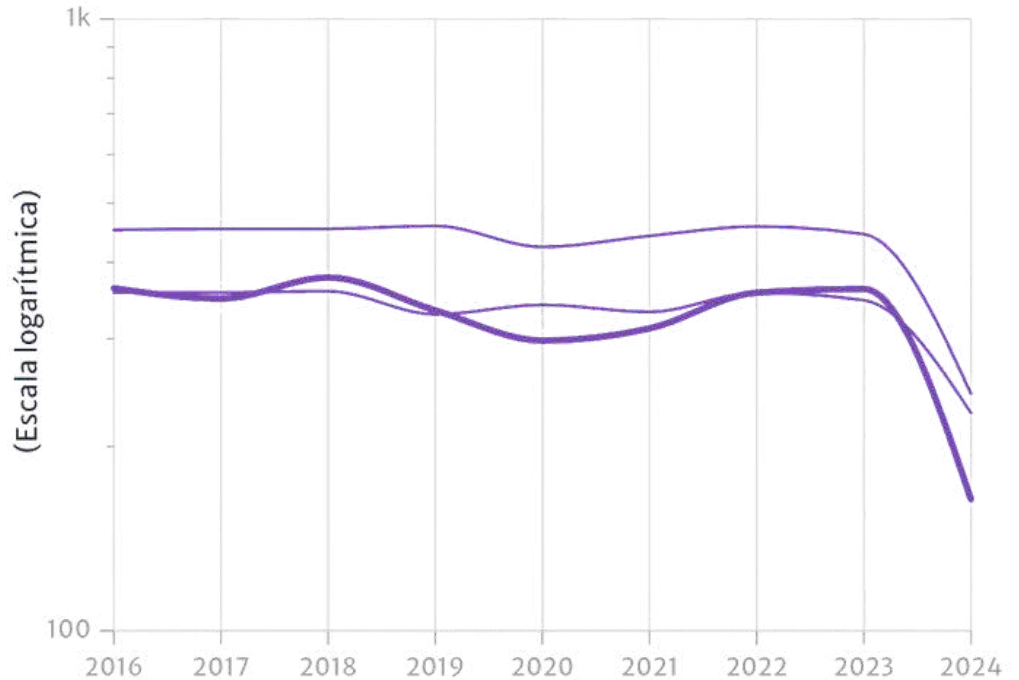
3.2.6. Tendências de emprego

Alvinlândia evidencia trajetória relativamente estável de vínculos formais entre 2016 e 2022, seguida de inflexão negativa em 2024, quando se **registraram 164 postos, redução de 54,7% em relação a 2023**, municípios limítrofes apresentam queda semelhante, indicando choque regional.

Do ponto de vista da política para a primeira infância, a contração do emprego formal importa porque **famílias com perda de renda tendem a ampliar a demanda por proteção social e serviços públicos**, o risco social associado ao desemprego dos responsáveis é reconhecido como prioridade de atendimento na Política Estadual pela Primeira Infância, devendo articular trabalho/renda, assistência social, saúde e educação infantil.

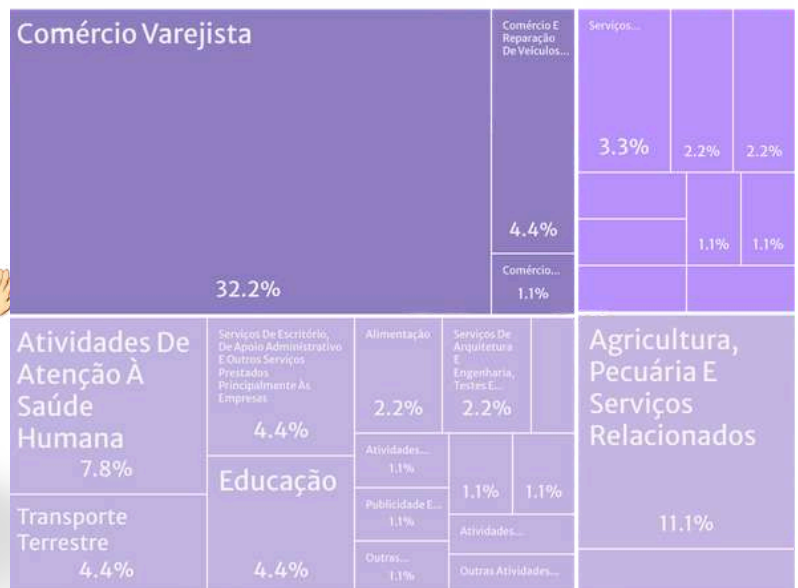
Esse contexto sinaliza incremento potencial de vulnerabilidades e maior pressão sobre a rede socioassistencial.

Empregados total - (Todos os setores)



Fonte: Sebrai- Observatório Setorial

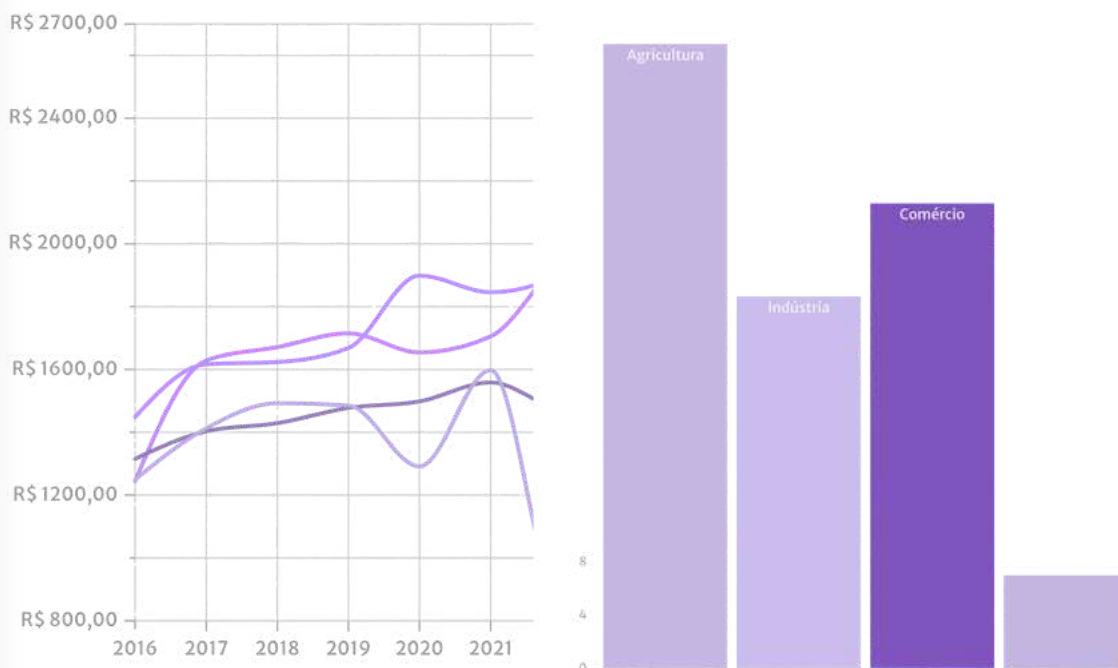
A estrutura empresarial de Alvinlândia é **composta por 90 estabelecimentos mercantis de micro e pequeno porte, com forte concentração no Comércio Varejista**, que responde por 32,2% (29 unidades). Em seguida destacam-se Agricultura, Pecuária e Serviços Relacionados (11,1%, 10 unidades) e Atividades de Atenção à Saúde Humana (7,8%, 7 unidades). Há ainda blocos de 4,4% cada em Transporte Terrestre, Educação, Serviços de Escritório/de Apoio Administrativo e Comércio e Reparação de Veículos; segmentos como Alimentação e Serviços de Arquitetura e Engenharia participam com 2,2% cada, enquanto as demais divisões apresentam participações residuais (cerca de 1,1% cada).



Fonte: Sebrai - Observatório Setorial

As remunerações médias no município de Alvinlândia apresentam tendência de crescimento desde 2016, com aceleração recente, mas heterogênea entre setores: em 2024 os valores oscilaram entre R\$ 1.590,46 e R\$ 2.685,54 (com patamares intermediários próximos de R\$ 1.706,02 e R\$ 2.200,01), **indicando que parte relevante das ocupações permanece em faixas salariais baixas** quando comparadas aos segmentos com maior qualificação.

Evolução de remuneração média do trabalhador por setor econômico



Observa-se a centralidade da Agricultura no emprego formal de Alvinlândia, seguida por Comércio e Indústria, com Serviços em patamar residual no emprego formal de Alvinlândia, seguida por Comércio e Indústria, com Serviços em patamar residual. Esse arranjo é coerente com a distribuição, evidenciando mercado de trabalho ancorado em atividades agropecuárias e no varejo.

3.3. Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde representam instrumentos fundamentais para compreender as condições de vida e os principais desafios enfrentados pelas crianças na primeira infância. Eles permitem identificar vulnerabilidades, desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços, fornecendo evidências concretas que orientam a formulação e a execução de políticas públicas efetivas.

No contexto municipal, a utilização desses indicadores possibilita monitorar o impacto das ações implementadas e avaliar a efetividade dos programas, assegurando que as estratégias adotadas atendam, de forma integral e equitativa, às necessidades das crianças e de suas famílias.

Considerando que o desenvolvimento infantil pleno depende de fatores como acompanhamento pré-natal adequado, nutrição

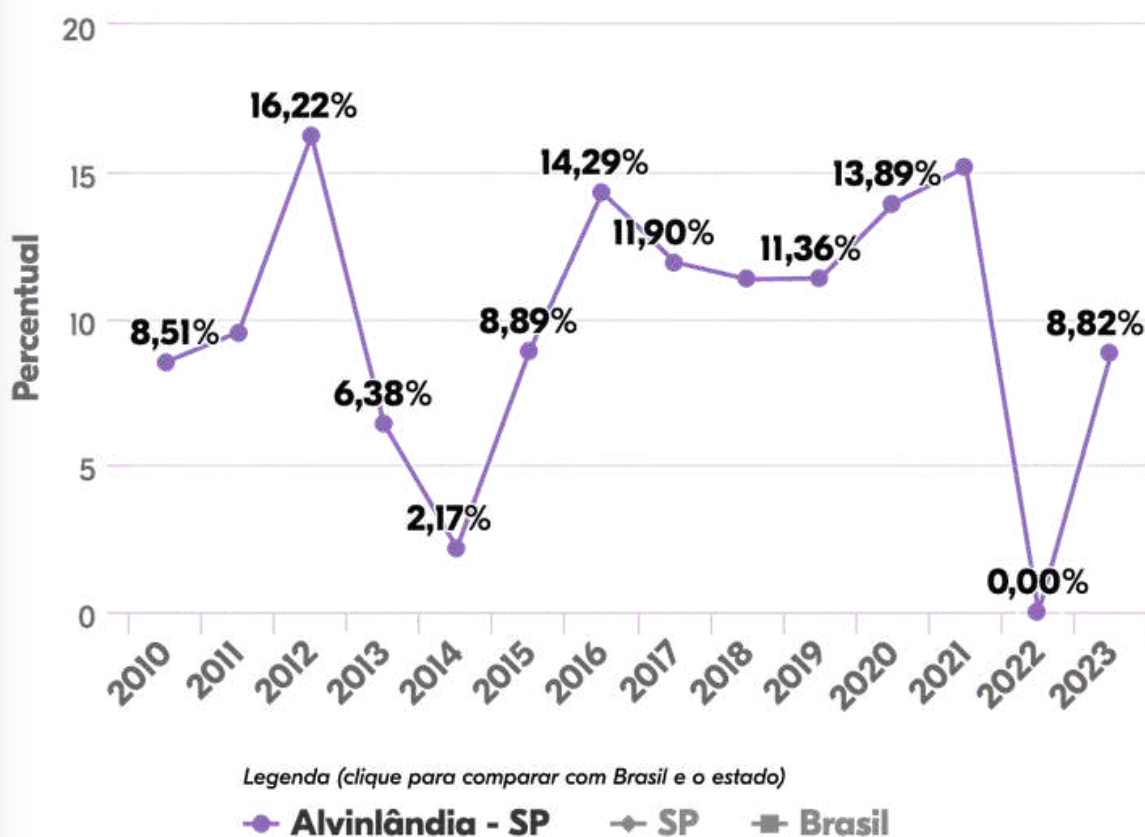
saudável, vacinação, prevenção de doenças e acesso a serviços de saúde de qualidade, o uso sistemático e atualizado dos indicadores torna-se essencial para apoiar gestores na tomada de decisões e na correta alocação de recursos.

Dessa maneira, ao priorizar a análise e o acompanhamento contínuo dos indicadores de saúde, o município fortalece a promoção da saúde e do bem-estar na primeira infância, contribuindo para a garantia de direitos e para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa desde os primeiros anos de vida.

3.3.1. Nascidos Vivos

Os indicadores de nascidos vivos em Alvinlândia/SP **permitem observar aspectos fundamentais da saúde materno-infantil** e da rede de atenção básica. A análise desses dados revela não apenas o número de crianças que ingressam anualmente na população do município, mas também fatores relacionados à qualidade da assistência pré-natal, centrais para o planejamento de políticas públicas, pois apontam potenciais desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na proteção da gestante e do recém-nascido.

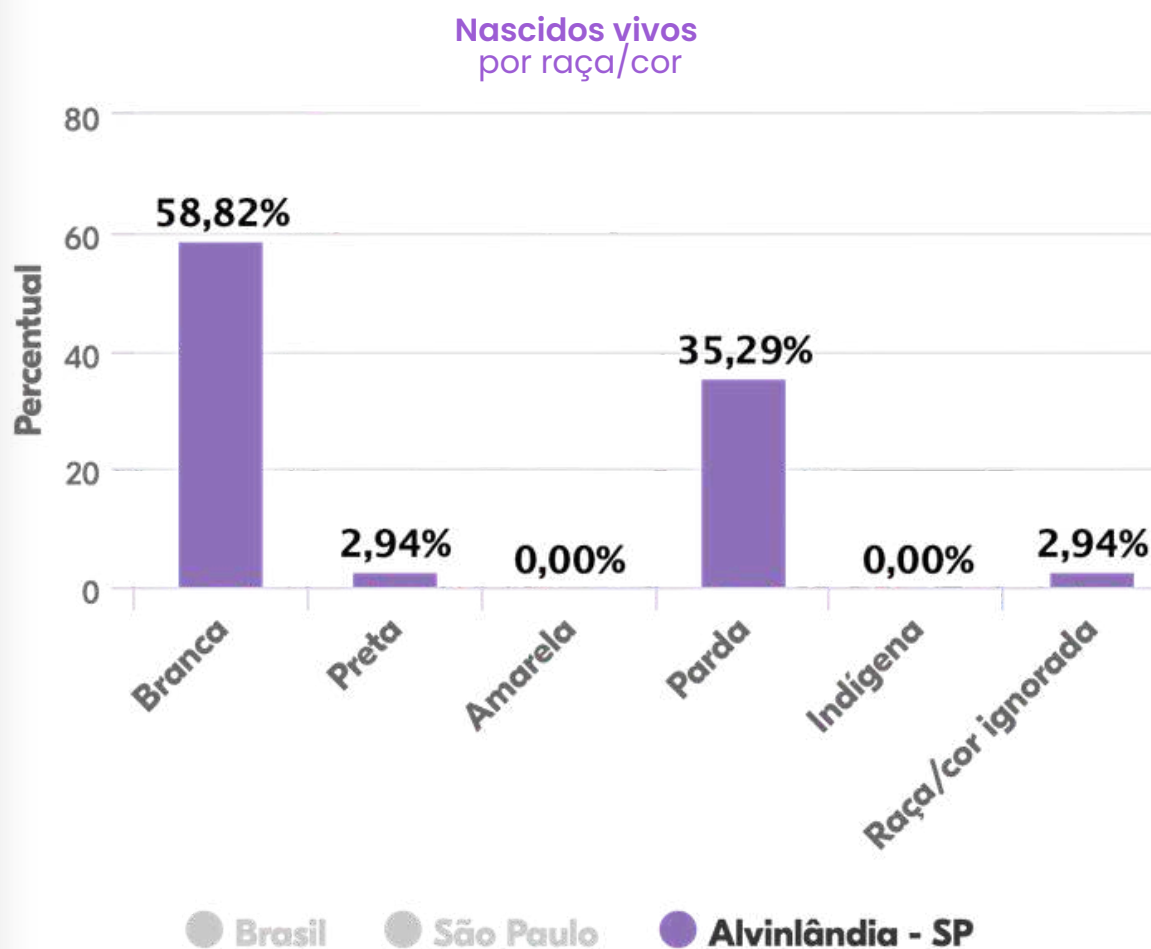
Evolução do Número de Nascidos Vivos em Alvinlândia/SP (2010–2023)



Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

O gráfico de nascidos vivos em Alvinlândia/SP, no período de 2010 a 2023, mostra que o município apresenta um número relativamente pequeno de nascimentos por ano, com tendência global de redução ao longo da série. Em 2010 eram 47 nascidos vivos, valor que cai para 42 em 2011 e 37 em 2012. Em 2013 há uma recuperação para 47 nascimentos, mantendo-se próximo desse patamar em 2014 (46) e 2015 (45). Entre 2016 e 2017 o município registra 42 nascidos vivos em ambos os anos, seguido de um pico em 2018, quando se observam 53 nascimentos, o maior valor de toda a série. A partir desse ponto ocorre uma queda contínua: 44 nascidos vivos em 2019, 36 em 2020, 33 em 2021 e apenas 26 em 2022, menor número registrado no período.

Em 2023 há leve recuperação para 34 nascidos vivos, mas ainda assim abaixo dos níveis observados no início da década. Essa trajetória evidencia que, apesar de algumas oscilações pontuais, especialmente o aumento em 2013 e o pico de 2018, o município acompanha a tendência de **redução do número de nascimentos típica de localidades de pequeno porte**, o que tem implicações diretas para o planejamento da rede de saúde, da educação infantil e das políticas voltadas à infância, que precisarão considerar um contingente progressivamente menor de crianças nos próximos anos.

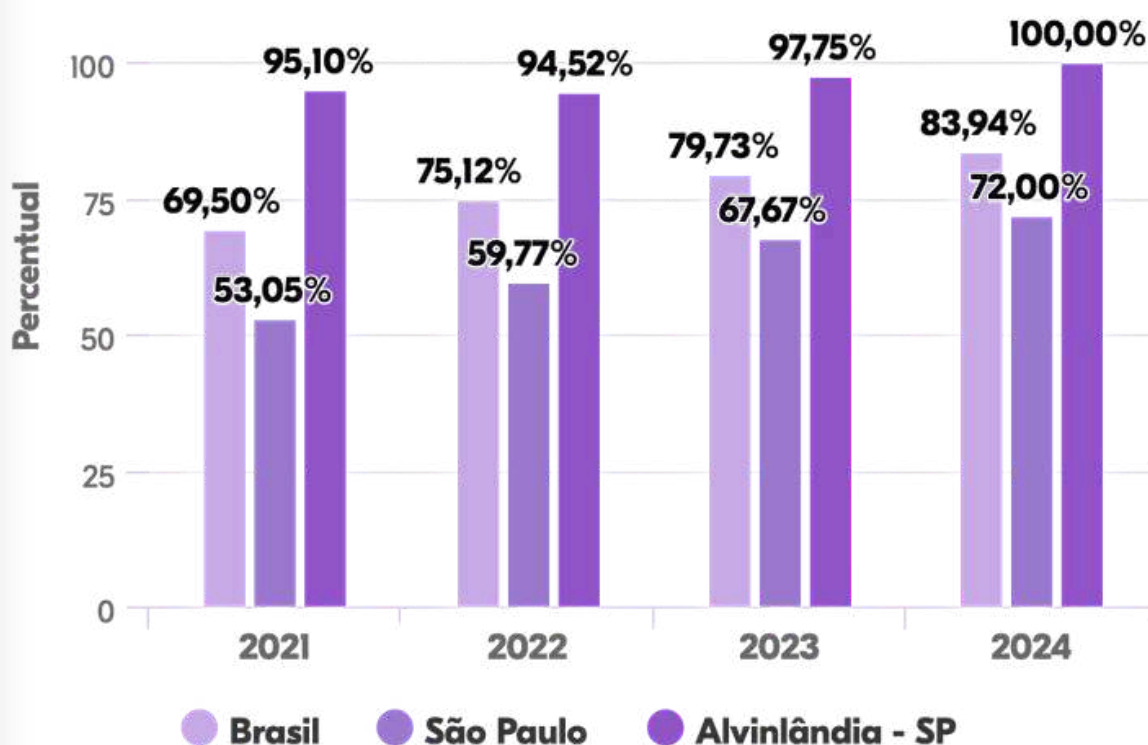


Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

Os nascidos vivos por raça/cor em Alvinlândia/SP, referente a 2023, revelam um perfil majoritariamente composto por crianças **registradas como brancas e pardas**. Do total de nascimentos, 58,82% foram de bebês classificados como de raça/cor branca, enquanto 35,29% foram registrados como pardos, somando mais de 94% dos nascidos vivos nessas duas categorias. Os nascimentos de crianças pretas representam 2,94%, e a mesma proporção (2,94%) corresponde aos casos em que a raça/cor foi ignorada no registro. Não há registros de nascidos vivos das categorias amarela e indígena naquele ano.

3.3.2. Rede de Atenção Primária

Cobertura da Atenção Primária à Saúde (2021-2024)



Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

A cobertura da Atenção Primária à Saúde entre 2021 e 2024 mostra que Alvinlândia/SP apresenta **desempenho sistematicamente superior ao Brasil e ao Estado de São Paulo** em todos os anos analisados.

Enquanto a cobertura nacional evoluiu de 69,50% em 2021 para 83,94% em 2024, e o Estado de São Paulo cresce de 53,05% para 72,00% no mesmo período, Alvinlândia parte de um patamar já elevado, com 95,10% em 2021, mantém-se acima de 94% em 2022, sobe para 97,75% em 2023 e atinge 100% em 2024, indicando cobertura integral estimada da população pela APS. Esse comportamento sugere que o município consolidou sua organização da rede básica, com forte presença de Estratégia Saúde da Família e equipes bem distribuídas no território, garantindo maior acesso da população às ações de promoção, prevenção e cuidado contínuo.

Ao mesmo tempo, a trajetória ascendente de Brasil e Estado demonstra avanço, mas ainda deixa claro que **Alvinlândia se encontra em nível mais favorável, o que coloca o município em posição de destaque.**

Conforme registros do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), dados da competência 10/2025, sob a responsabilidade da gestão pública de saúde de Alvinlândia, temos as seguintes Unidades de Saúde:

CNES	Nome	Endereço Completo	Diretor Clínico
9711554	ACADEMIA DA SAUDE	AVENIDA DR COUTO JUNIOR,265,CENTRO -CEP 17430-007-ALVINLÂNDIA/SP	FERNANDO FERNANDES DA FONSECA
2030365	CS ALVINLANDIA	RUA AMADEU CRIPPA,428,JARDIM SAO RAFAEL - CEP 17430-558 ALVINLÂNDIA/SP	MARCOS PEREIRA RODRIGUES
2062968	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ALVINLANDIA	RUA AMADEU CRIPPA,428,JARDIM SAO RAFAEL - CEP 17430-558 ALVINLÂNDIA/SP	SANDRA MACEDO FRAGA VIEIRA

Fonte: Ministério da Saúde (MS) – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A composição das equipes de saúde do município reflete a estratégia de organização da **Atenção Primária no âmbito do SUS, integrando diferentes modalidades para garantir o cuidado integral à população.** As Equipes de Saúde da Família (ESF) atuam como eixo estruturante, enquanto as Equipes de Atenção Primária (EAP) complementam a cobertura em áreas específicas. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) ampliam o acesso aos cuidados odontológicos, e as Equipes Multiprofissionais (E-Mult) fortalecem o apoio especializado, promovendo ações interdisciplinares e integradas no território. A tabela mostra as equipes em Alvinlândia conforme CNES de janeiro de 2026;

TIPO DE EQUIPE	SUBTIPO DE EQUIPE	PORTARIA
Equipe de Saúde Bucal	ESB 40h - Equipe de Saúde Bucal de 40 horas	Portaria SAPS/MS Nº 45 de 19 de Agosto de 2020
Equipe de Saúde Bucal	ESB 40h - Equipe de Saúde Bucal de 40 horas	Portaria SAPS/MS Nº 45 de 19 de Agosto de 2020
Equipe Multiprofissional na APS	eMulti Estratégica	Portaria GM/MS Nº 8337 de 08 de Outubro de 2025
Equipe de Saúde da Família	Convencional	Portaria SAPS/MS Nº 49 de 27 de Dezembro de 2019
Equipe de Saúde da Família	Convencional	Portaria SAPS/MS Nº 49 de 27 de Dezembro de 2019
Academia da Saúde	Padrão	Portaria GM/MS Nº 662 de 29 de Março de 2022



A atuação dos profissionais de saúde em equipe está garantindo melhorias na qualidade da assistência e comprovando o dito popular de que “a união faz a força”. Quando conduzido de forma conjunta, a partir da soma de conhecimentos e esforços das diferentes áreas de atuação, o cuidado é integral e ganha mais qualidade.

3.3.3. Cobertura Vacinal

A análise histórica da cobertura vacinal em Alvinlândia evidencia oscilações importantes ao longo da série 2016–2025, com períodos de desempenho satisfatório alternados com quedas relevantes em imunobiológicos essenciais à proteção da primeira infância. Considerando especificamente as crianças de 0 a 6 anos, observa-se que, **em 2025, o município apresentou melhor desempenho nas vacinas de reforço e nas vacinas virais**, com coberturas adequadas ou superiores à meta para Hepatite A (106,25%), Pneumocócica de reforço (106,25%), Meningocócica C de reforço (112,50%), Tríplice Viral D1 (115,62%), Tríplice Viral D2 (109,38%), Tetra Viral/SRC+VZ (109,38%), Tríplice Bacteriana/DTP de reforço (103,12%), Sarampo (115,62%) e Varicela (109,38%). Esse resultado sugere capacidade de resposta da rede de saúde para recuperação de esquemas em faixas etárias posteriores, o que constitui aspecto positivo para a proteção coletiva e para a prevenção de agravos imunopreveníveis na infância.

Entretanto, o comportamento das vacinas básicas do primeiro ano de vida em 2025 requer atenção prioritária no PMPI, uma vez que várias delas permaneceram abaixo do patamar desejável.

Cobertura Vacinal Infantil
Alvinlândia/SP (2016-2025)

Imunobiológico	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
BCG	89,13%	121,74%	123,81%	109,52%	33,33%	56,82%	100,00%	114,71%	131,43%	84,38%
Hepatite B idade <= 30 dias	32,51%	108,70%	145,24%	97,62%	90,48%	68,18%	83,33%	114,71%	142,86%	87,50%
Rotavírus Humano	43,48%	123,91%	135,71%	97,62%	69,05%	72,73%	63,89%	100,00%	100,00%	81,25%
Meningococo C	43,48%	93,48%	126,19%	116,67%	71,43%	75,00%	72,22%	97,06%	108,57%	84,38%
Hepatite B	52,17%	97,83%	123,81%	92,86%	76,19%	70,45%	63,89%	85,29%	120,00%	75,00%
Penta	52,17%	97,83%	123,81%	92,86%	76,19%	70,45%	63,89%	85,29%	120,00%	75,00%
Pneumocócica	43,48%	126,09%	135,71%	100,00%	73,81%	70,45%	66,67%	108,82%	102,86%	81,25%
Poliomielite	50,00%	97,83%	128,57%	119,05%	66,67%	72,73%	66,67%	85,29%	122,86%	75,00%
Poliomielite 4 anos	-	150,00%	86,84%	68,42%	36,84%	69,39%	72,00%	102,94%	80,00%	93,75%
Febre Amarela	50,00%	82,81%	95,24%	159,52%	64,29%	56,82%	80,56%	97,06%	77,14%	84,38%
Hepatite A	34,78%	50,00%	116,87%	138,10%	78,57%	75,00%	69,44%	108,82%	62,86%	106,25%
Pneumocócica(1º ref)	58,70%	63,04%	102,38%	166,67%	69,05%	68,18%	69,44%	100,00%	97,14%	106,25%
Meningococo C (1º ref)	39,13%	60,87%	119,05%	152,38%	66,67%	70,45%	100,00%	100,00%	88,57%	112,50%
Poliomielite(1º ref)	82,61%	52,17%	107,14%	128,57%	76,19%	75,00%	63,89%	102,94%	80,00%	93,75%
Tríplice Viral D1	58,70%	67,39%	123,81%	169,05%	95,24%	68,18%	102,78%	108,82%	86,57%	115,62%
Tríplice Viral D2	56,52%	54,35%	166,67%	128,57%	7,14%	2,27%	50,00%	88,24%	77,14%	106,38%
Tetra Viral(SRC+VZ)	78,26%	34,78%	64,29%	16,67%	-	-	-	91,18%	77,14%	109,38%
DTP	52,17%	106,52%	119,05%	95,24%	76,19%	68,18%	63,89%	85,29%	120,00%	75,00%
DTP REF (4 e 5 anos)	-	110,53%	55,26%	68,42%	36,84%	75,51%	68,00%	85,29%	120,00%	75,00%
Tríplice Bacte(DTP)(1º ref)	47,83%	52,17%	114,29%	90,48%	83,33%	75,00%	69,44%	100,00%	66,57%	103,12%
Sarampo	-	-	-	-	-	-	-	108,82%	88,57%	115,62%
Haemophilus influenzae b	-	-	-	-	-	-	-	85,29%	120,00%	75,00%
Dupla adulto e dTpa gestante	-	-	10,87%	17,39%	21,43%	4,55%	11,11%	120,59%	71,43%	106,25%
dTpa gestante	6,52%	36,98%	63,04%	88,96%	52,36%	45,45%	63,89%	120,59%	71,43%	106,25%
Tetralente(DTP/Hib)(TETRA)	19,57%	-	-	-	-	-	-	85,29%	120,00%	75,00%
Varicela	-	-	-	-	76,19%	75,00%	69,44%	91,18%	77,14%	109,38%

■ Crítico (< 50%)
 ■ Inadequado (50% a < meta)
 ■ Adequado (meta a < 120%)
 ■ Extrapolado (≥ 120%)

Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

Entre os imunobiológicos mais estratégicos para a infância, registraram-se coberturas insuficientes para BCG (84,38%), Hepatite B ao nascer, até 30 dias (87,50%), Rotavírus Humano (81,25%), Meningococo C (84,38%), Hepatite B (75,00%), Penta (75,00%), Pneumocócica (81,25%), Poliomielite (75,00%), Febre Amarela (84,38%), DTP (75,00%), DTP reforço de 4 a 6 anos (75,00%) e Haemophilus influenzae b (75,00%).

Tal cenário indica fragilidades especialmente na vacinação oportuna de bebês e crianças pequenas, justamente no período de maior vulnerabilidade biológica, o que pode ampliar o risco de reintrodução ou circulação de doenças evitáveis, além de comprometer a integralidade do cuidado na primeira infância.

Diante desse quadro, o Plano Municipal pela Primeira Infância deve estabelecer como prioridade a qualificação da busca ativa vacinal e o fortalecimento das ações intersetoriais entre saúde, educação e assistência social, com foco nas crianças menores de 1 ano e naquelas em atraso vacinal até os 6 anos. Recomenda-se prever metas anuais de ampliação da cobertura dos imunizantes do calendário básico, monitoramento nominal das cadernetas, vacinação extramuros, intensificação da orientação às gestantes e puérperas sobre a importância da vacinação ao nascer e articulação com creche, pré-escola, Cadastro Único e visitas domiciliares para localização de faltosos.

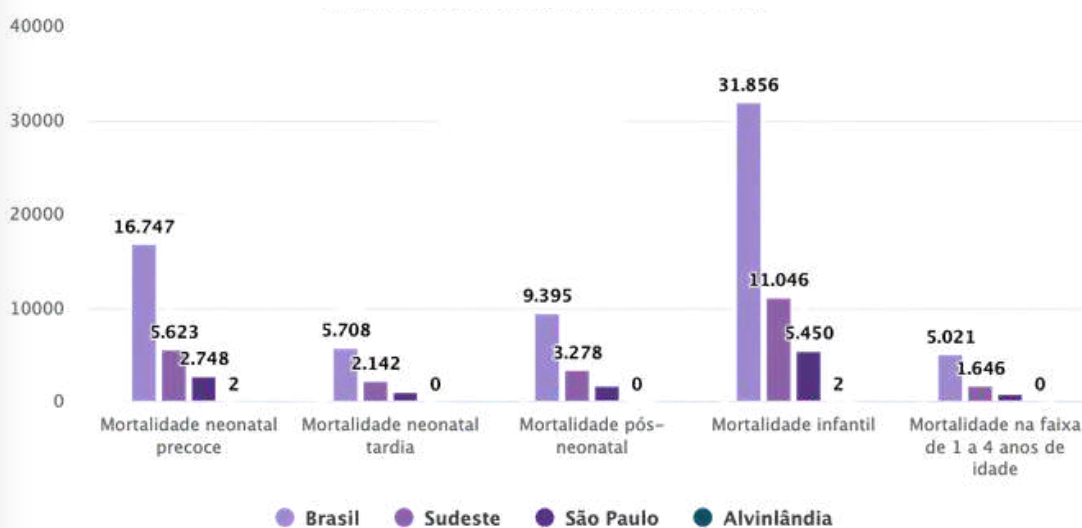
Assim, a trajetória observada em 2025 demonstra que Alvinlândia possui potencial de recuperação de coberturas, mas ainda necessita concentrar esforços na regularidade e na completude do esquema vacinal infantil, assegurando proteção integral e desenvolvimento saudável às crianças da primeira infância.

3.3.4. Taxa de Mortalidade Infantil

O número de óbitos de crianças menores de 5 anos, segundo o sexo, comparando Brasil, Região Sudeste, Estado de São Paulo e o município de Alvinlândia. Observa-se que, nos três recortes mais amplos (Brasil, Sudeste e São Paulo), o padrão é semelhante: há sempre mais óbitos entre meninos do que entre meninas. No Brasil, foram registrados 16.300 óbitos em meninas e 20.386 em meninos; no Sudeste, 5.721 femininos e 6.922 masculinos; e em São Paulo, 2.841 óbitos em meninas e 3.415 em meninos. Esse predomínio do sexo masculino acompanha o que a literatura descreve como maior vulnerabilidade dos meninos na primeira infância, tanto por condições biológicas quanto por fatores ambientais e sociais.

Em Alvinlândia, por outro lado, os números são muito pequenos: registra-se 1 óbito em criança do sexo feminino e 1 óbito em criança do sexo masculino no período analisado. Isso significa que o município teve, no total, apenas dois óbitos de menores de 5 anos, distribuídos de forma igual entre os sexos. Esses valores reduzidos são compatíveis com o porte populacional do município e exigem interpretação cuidadosa: qualquer variação de um único óbito altera de forma importante os indicadores locais. Ainda assim, o dado reforça a necessidade de vigilância ativa sobre cada caso de óbito infantil, com investigação minuciosa e discussão pela equipe de saúde, de modo a identificar causas evitáveis e fortalecer as ações de promoção, prevenção e cuidado integral tanto para meninas quanto para meninos.

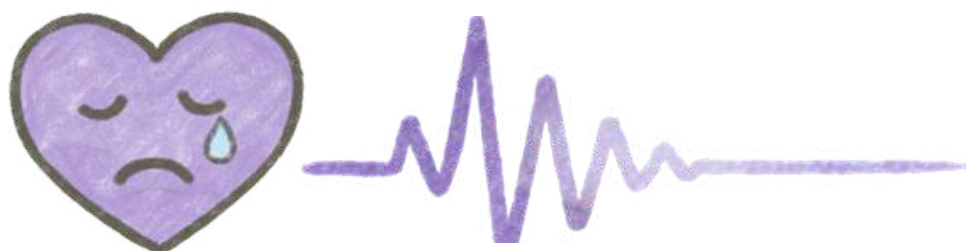
Taxa de Mortalidade Infantil - Alvinlândia/SP (2023)



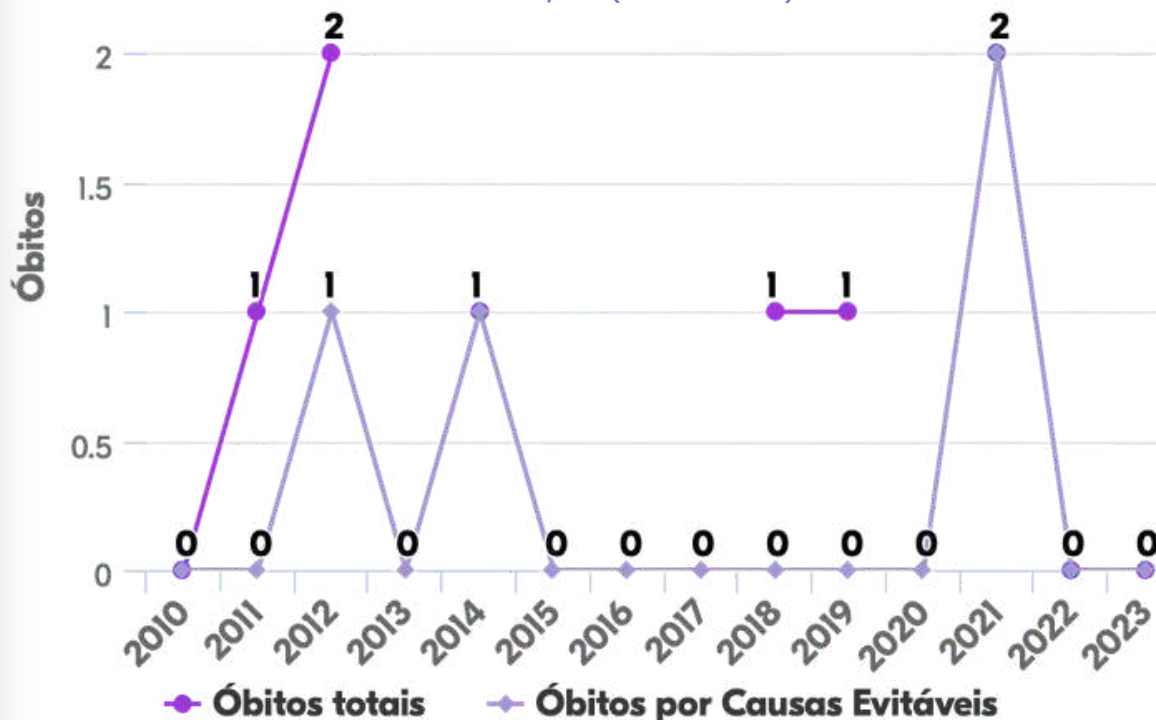
Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

Ao longo de 2010 a 2023, analisam-se o número total de óbitos infantis em Alvinlândia e aqueles classificados como decorrentes de causas evitáveis. Observa-se, em primeiro lugar, que os números absolutos são muito baixos variando entre 0, 1 ou no máximo 2 óbitos por ano, o que é compatível com o porte do município e faz com que qualquer ocorrência isolada cause grande impacto nas taxas. Em 2010 não há registro de óbitos, enquanto em 2011 aparece 1 óbito infantil, não classificado como evitável. Em 2012 ocorrem 2 óbitos, dos quais 1 é considerado evitável, indicando que pelo menos parte das mortes poderia ter sido prevenida com ações adequadas na gestação, no parto ou no primeiro ano de vida. Em 2013 não há óbitos, mas em 2014 volta a ocorrer 1 óbito, novamente classificado como evitável.

Entre **2015 e 2017** não são registrados óbitos infantis, o que configura um período favorável para o município. Em **2018 e 2019** surgem 1 óbito em cada ano, porém sem classificação como causa evitável, sugerindo predominância de condições consideradas não preveníveis pelos serviços de saúde nas circunstâncias atuais (por exemplo, algumas malformações graves). Em **2020** não há óbitos registrados e, em **2021**, aparece o ponto mais crítico da série recente: 2 óbitos infantis, ambos por causas evitáveis, o que acende alerta importante sobre falhas potenciais na linha de cuidado da gestante e da criança, na organização da rede de atenção e na qualidade do acompanhamento pré-natal, do parto e do puerpério. Já em **2022 e 2023** volta-se à situação ideal, com ausência de óbitos infantis.



Comparação da mortalidade infantil total por causas evitáveis Alvinlândia/SP (2010-2023)



Fonte: DataSUS - Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal

3.3.5. Taxa de Detecção de HIV e Sífilis Congênita

Com base nos dados disponibilizados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, os indicadores de transmissão vertical de HIV/Aids e sífilis congênita apontam um cenário muito favorável. No período analisado, **a taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos foi zero**, com 0 novos casos em relação ao ano anterior. Da mesma forma, a **taxa de incidência de sífilis congênita também foi zero**, igualmente com 0 novos casos na comparação anual. Esses resultados sugerem que, no recorte observado, **não houve registro de transmissão dessas infecções da mãe para o bebê, reforçando a relevância das ações de pré-natal qualificado**, com testagem oportuna, diagnóstico precoce, tratamento adequado e cuidado no parto.

3.3.6. Gravidez na Adolescência em Alvinlândia/SP (2010-2023)

O percentual de partos de mães adolescentes (até 19 anos) em Alvinlândia/SP apresenta forte oscilação ao longo da série histórica 2010-2023, o que sugere um comportamento sensível a variações anuais (comum em municípios de menor porte, onde poucos casos a mais ou a menos alteram bastante o percentual).

Observa-se um patamar elevado no início da série, com 19,10% (2010), crescimento em 2011 (23,81%) e pico em 2012 (32,43%), seguido de queda importante em 2013 (17,02%) e 2014 (10,87%). Entre 2015 e 2018, o indicador volta a subir e se mantém em níveis intermediários (17,78% em 2015; 21,43% em 2016 e 2017; 15,09% em 2018), até ocorrer um novo

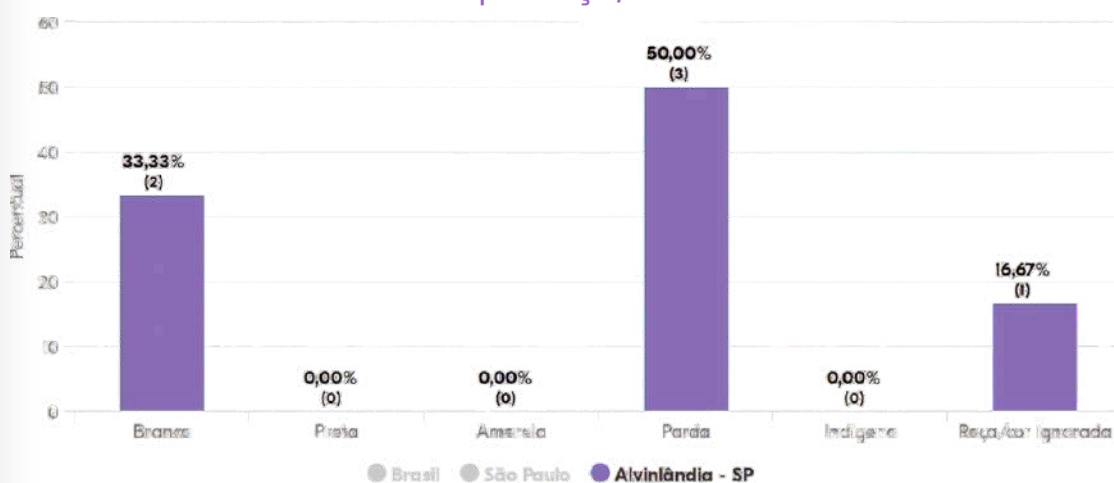
pico em 2019 (29,55%), indicando recrudescimento do fenômeno naquele ano. A partir de 2020, há redução (13,89% em 2020) e o menor valor da série em 2021 (9,09%), com leve aumento em 2022 (11,54%) e nova elevação em 2023 (17,65%), sinalizando que, apesar da melhora recente em comparação aos picos, **a gravidez na adolescência ainda permanece como um ponto de atenção.**

Percentual de partos de mães adolescentes (até 19 anos)



Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

Partos de Mães Adolescentes por raça/cor



Fonte: Pesquisa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

Em 2023, a distribuição dos partos de mães adolescentes (até 19 anos) por raça/cor em Alvinlândia/SP indica que **50,0% ocorreram entre mães pardas (3 casos), 33,33% entre mães brancas (2 casos) e 16,67% com raça/cor ignorada (1 caso).** Não houve registros de partos de mães adolescentes nas categorias preta, amarela e indígena (0 casos) no período apresentado.

3.3.7. Cobertura do Pré-Natal em Alvinlândia/SP

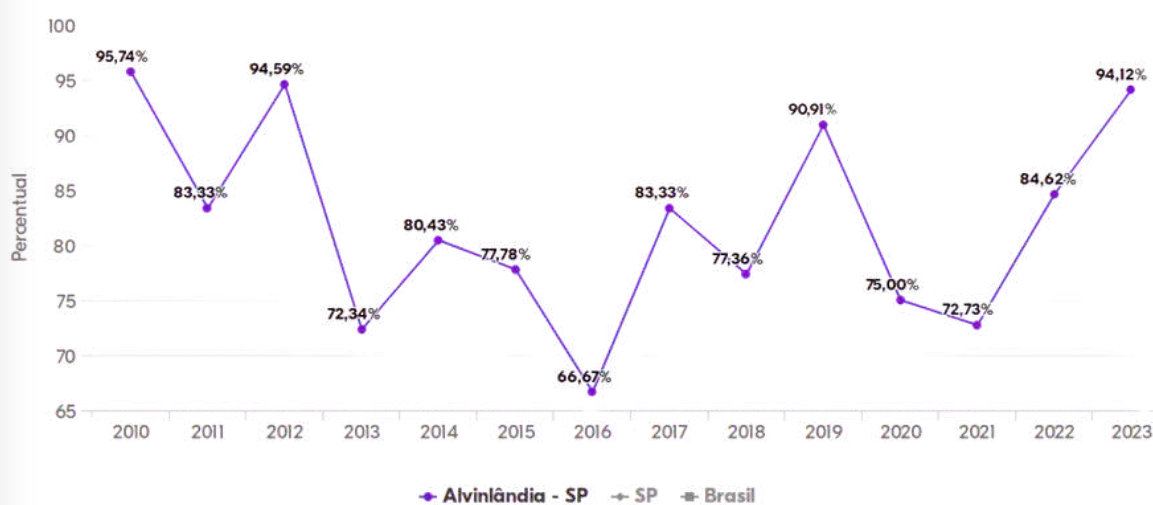
O percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal em Alvinlândia/SP, no período de 2010 a 2023, mostra um indicador geralmente elevado, porém com oscilações expressivas ao longo da série.

No início, o município apresenta cobertura muito alta, com 95,74% em 2010 e 94,59% em 2012, sinalizando forte adesão ao acompanhamento adequado. Em seguida, ocorre uma queda importante a partir de 2013, quando o percentual cai para 72,34%, e atinge o menor valor em 2016, com 66,67%, sugerindo dificuldades temporárias de acesso, captação precoce ou continuidade do cuidado.

A partir de 2017 há recuperação, chegando a 83,33% e alcançando 90,91% em 2019, demonstrando retomada da capacidade de garantir acompanhamento pré-natal em nível satisfatório. Nos anos de 2020 e 2021, observa-se novo recuo para 75,00% e 72,73%, respectivamente, o que indica novamente perda de regularidade no seguimento das gestantes.

Contudo, **o cenário melhora de forma consistente em 2022 (84,62%) e retorna a um patamar muito elevado em 2023 (94,12%), próximo aos melhores resultados históricos, reforçando que o município conseguiu reverter as quedas recentes e restabelecer a cobertura de pré-natal adequado**, sendo estratégico manter ações de captação precoce, redução de faltas e acompanhamento contínuo para evitar novas oscilações.

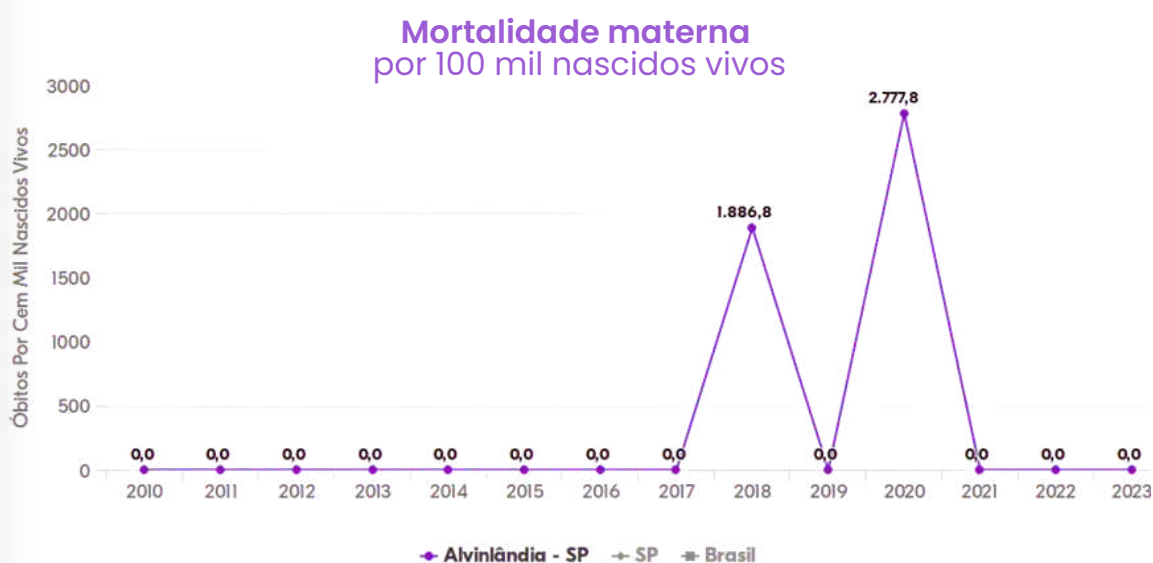
Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2010 - 2023)

3.3.8. Mortalidade Materna

A mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos em Alvinlândia/SP (2010–2023) evidencia predominância de valores iguais a zero na maior parte da série histórica, com ocorrência de dois anos atípicos: 2018 (1.886,8) e 2020 (2.777,8). **Em municípios com pequeno número de nascidos vivos, a razão tende a apresentar grande sensibilidade a variações pontuais, de modo que a ocorrência de um único óbito materno** em determinado ano pode elevar significativamente o indicador, sem necessariamente refletir um risco mantido de forma contínua ao longo do tempo.



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2010 - 2023)

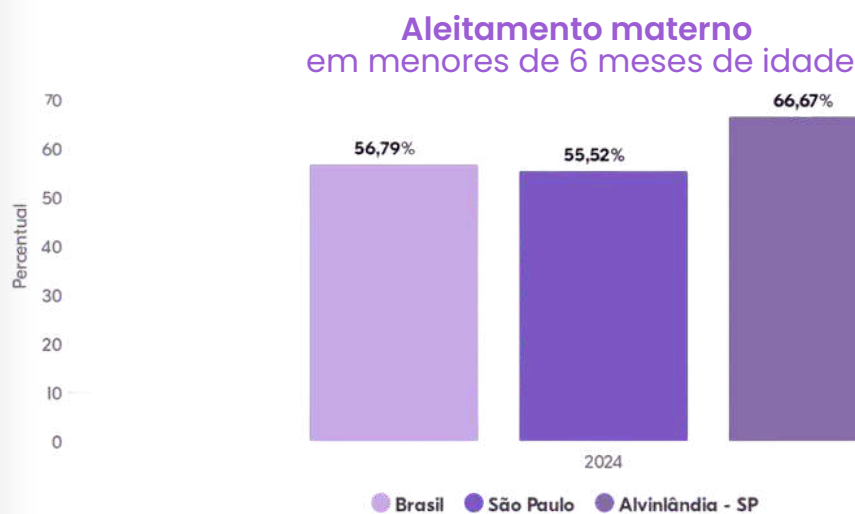
3.3.9. Nutrição Infantil

O Ministério da Saúde recomenda a **amamentação até os dois anos de idade ou mais, e que nos primeiros 6 meses, o bebê receba somente leite materno (aleitamento materno exclusivo)**, ou seja, sem necessidade de sucos, chás, água e outros alimentos.

O leite materno protege contra diarreias, infecções respiratórias e alergias. Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, além de reduzir a chance de desenvolver obesidade. Crianças amamentadas no peito são mais inteligentes; há evidências de que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve uma interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

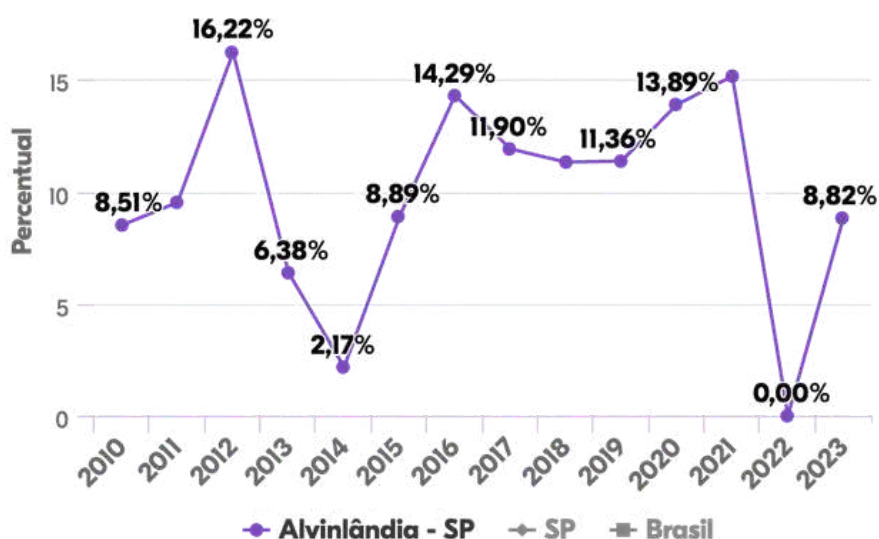
O gráfico apresenta a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (2024), a partir de registros do SISVAN. Observa-se que **Alvinlândia/SP (66,67%) supera as médias do Estado de São Paulo (55,52%) e do Brasil (56,79%)**, indicando desempenho acima do padrão estadual e nacional. Esse resultado pode sinalizar maior adesão às boas práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento na rede local de atenção primária.



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

Entre 2010 e 2023, o indicador de Alvinlândia/SP mostrou elevada volatilidade. Após 8,51% em 2010, atingiu pico em 2012 (16,22%) e caiu ao mínimo em 2014 (2,17%). Entre 2016 e 2021 observou-se relativa estabilidade, na faixa de aproximadamente 11% a 15% (14,29% em 2016; 11,90% em 2017; 13,89% em 2020; cerca de 15% em 2021). Em 2022 ocorreu um valor de 0,00%, compatível com falha de registro, seguido de recuperação parcial em 2023 (8,82%), ainda abaixo do patamar do período estável.

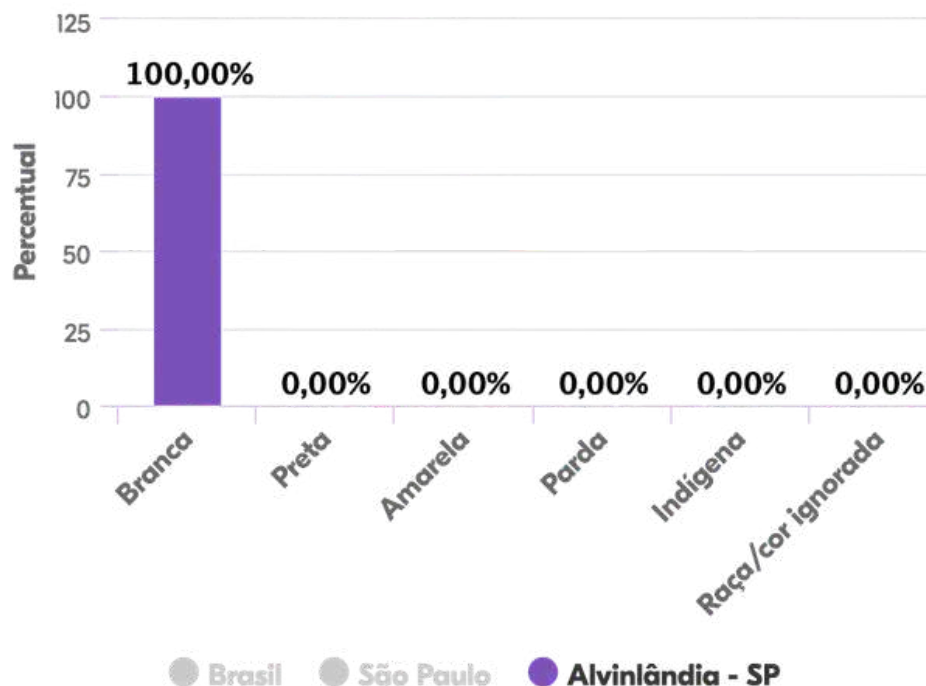
Percentual de nascimentos registrados como baixo peso



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2010 - 2023)

Concentração total dos casos na categoria branca (100%), sem registros entre pretas, pardas, amarelas, indígenas ou com raça/cor ignorada.

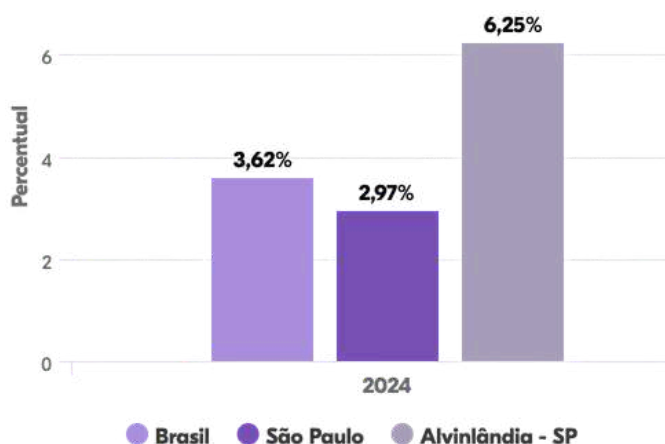
Nascimentos Registrados Como Baixo Peso por raça/cor



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2010 - 2023)

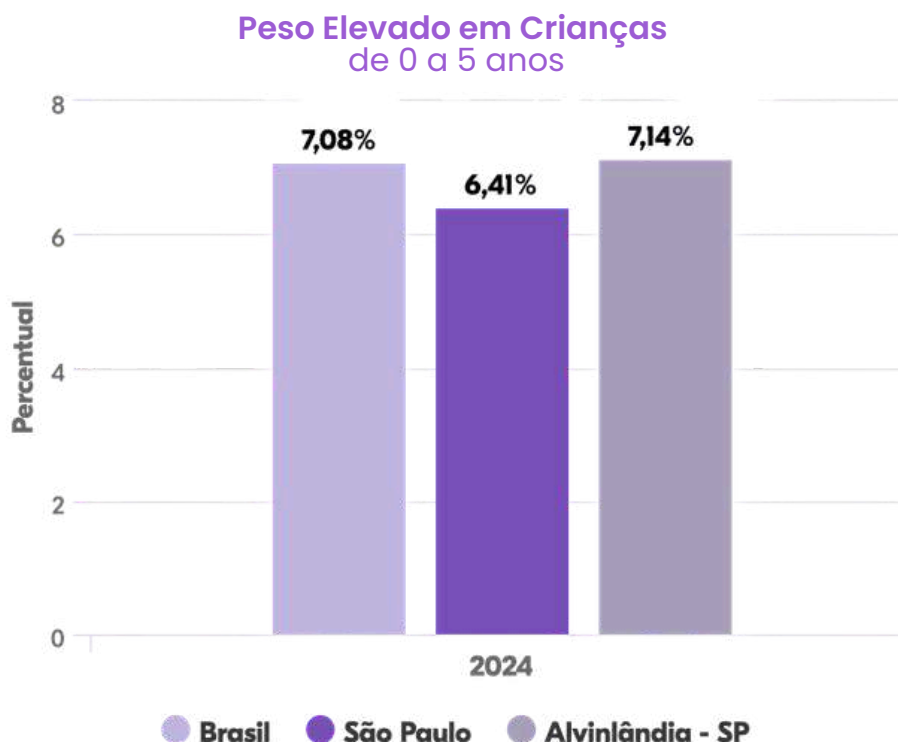
O indicador “peso baixo em crianças de 0 a 5 anos” (SISVAN, 2024) aponta, para Alvinlândia/SP, prevalência de 6,25% entre as crianças acompanhadas, superior às médias do Brasil (3,62%) e do Estado de São Paulo (2,97%). Em termos relativos, **o município apresenta proporção aproximadamente 1,7 vez maior que a nacional e pouco mais que o dobro da estadual, sugerindo maior vulnerabilidade nutricional** e exigindo resposta prioritária na Atenção Primária à Saúde e na rede intersetorial.

Peso baixo das Crianças de 0 a 5 anos



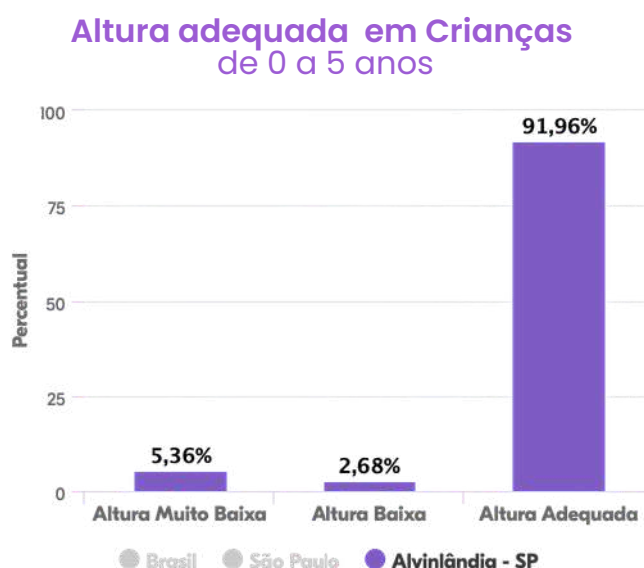
Fonte: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2024)

A prevalência de peso **elevado em crianças de 0 a 5 anos em Alvinlândia/SP foi de 7,14%**, valor muito próximo ao do Brasil (7,08%) e superior ao do Estado de São Paulo (6,41%). O cenário municipal, portanto, alinha-se à média nacional e é menos favorável que a referência estadual, demandando monitoramento e ações preventivas na Atenção Primária e na Educação Infantil.



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

A Altura das crianças de 0 a 5 anos em Alvinlândia/SP revela 91,96% com altura adequada, 2,68% com altura baixa e 5,36% com altura muito baixa, totalizando 8,04% de déficit estatural, sinal de exposição crônica a agravos nutricionais e socioambientais.



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

3.3.10. Saúde Bucal na Infância

A saúde bucal na primeira infância constitui componente essencial da Atenção Primária à Saúde e integra as linhas de cuidado materno-infantis previstas no Marco Legal da Primeira Infância e na PNAB.

No município de Alvinlândia/SP, a organização do cuidado é ofertada por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Unidades de Saúde da Família, articuladas ao Programa Saúde na Escola e aos serviços de assistência social e educação infantil. **Em 2025, a cobertura populacional alcançou 100%**, sinalizando suficiência de oferta para a população de referência de 0 a 5 anos. No mesmo período, a proporção de crianças de 0 a 5 anos com primeira consulta odontológica programática registrada foi de 100%, indicador-chave de acesso oportuno e porta de entrada para o cuidado continuado.

Quanto às ações de prevenção, observa-se 100% de procedimentos preventivos individuais (aplicação tópica de flúor, selantes, orientação alimentar e de higiene) entre as crianças acompanhadas, e 100% de participação em ações coletivas, com destaque para escovação dental supervisionada em creches e pré-escolas.

Enquanto a criança possuir apenas dentes de leite, recomenda-se escová-los com creme dental com flúor pelo menos duas vezes ao dia, normalmente após cada refeição. Além disso, é preciso supervisionar a quantidade de creme dental a ser utilizada, e deve-se cuidar para que ela não engula a espuma que se forma durante a escovação. O creme dental deve ser mantido fora do alcance das crianças.



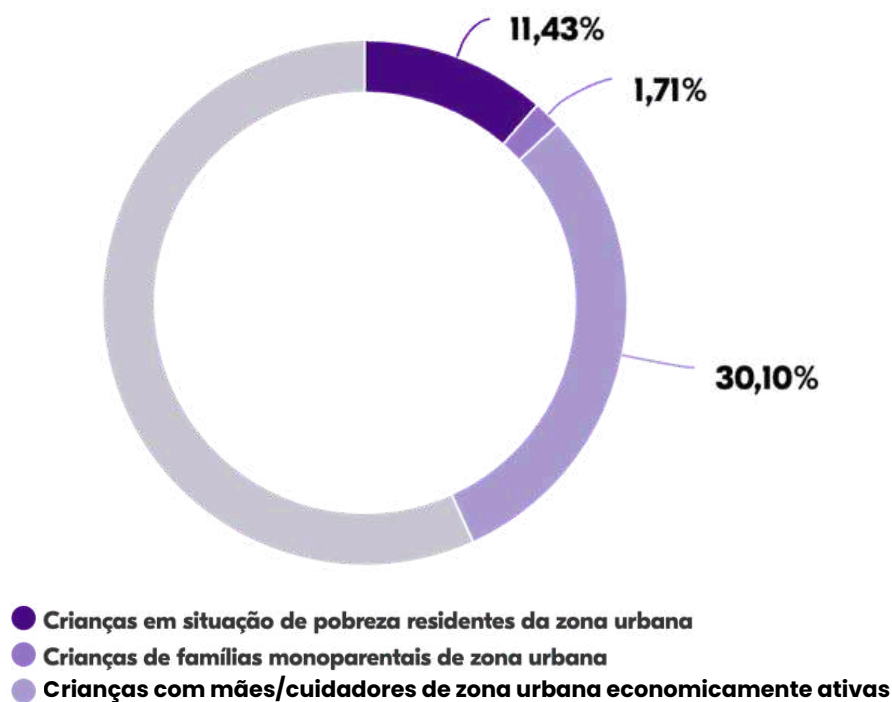
3.4. Indicadores de Educação Infantil

A Educação Infantil é direito constitucional e dever do Estado, assegurado pela Constituição Federal no art. 208, IV, com oferta em creche e pré-escola até os 5 anos. Na Lei de Diretrizes e Bases, esta etapa tem por finalidade o desenvolvimento integral da criança nos aspectos físico, psicológico, intelectual e social, em complementaridade à família e à comunidade.

As Diretrizes Operacionais Nacionais de Qualidade e Equidade (CNE, 2024) definem a organização da oferta em creche e pré-escola, em jornada parcial ou integral, sob regulação do sistema de ensino e controle social; desde a EC nº 59/2009, **a matrícula na pré-escola é obrigatória a partir dos 4 anos, enquanto a creche permanece de matrícula facultativa, com dever de provisão pelo poder público.**

O Índice de Necessidade por Creche (INC) indica quais grupos concentram a maior pressão por vagas. **Observa-se que a maior parcela da necessidade provém de crianças com mães da zona urbana**, que respondem por cerca de 56,8% do total estimado.

Detalhamento do Índice de Necessidade por Creche



Fonte: Fonte: IBGE / INEP (2024)

O Percentual de atendimento em creches da população de 0 a 3 anos mostra que, em 2024, Alvinlândia/SP **alcançou 68,12% de cobertura**. Em termos simples, significa que aproximadamente 7 em cada 10 crianças nessa faixa etária estão matriculadas em creches (públicas ou privadas) no território municipal, segundo dados combinados do INEP (Censo Escolar) e do IBGE (estimativa populacional). O resultado municipal está dentro e acima da meta do Plano Nacional de Educação (PNE), que estabelece 50% de atendimento para 0–3 anos, e supera os patamares nacional e estadual apresentados no comparativo gráfico.

Esse desempenho **indica capacidade instalada e gestão de oferta acima do referencial mínimo, com potencial repercussão positiva sobre o desenvolvimento integral das crianças** e a conciliação trabalho e cuidado das famílias.

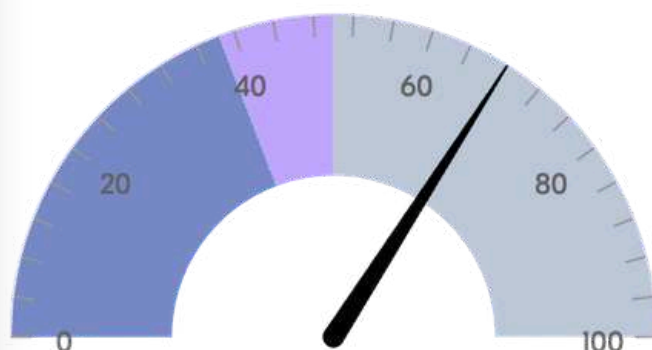
Para consolidar esse resultado e transformá-lo em acesso justo e de qualidade, impõe-se planejar a expansão de vagas com base na demanda qualificada.

Percentual de Atendimento em Creches
da população de 0 a 3 anos

Alvinlândia - SP

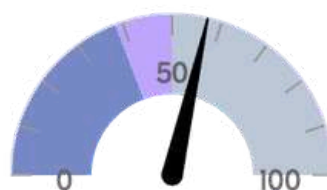
68,12%

Dentro da meta do Plano Nacional da Educação de 50%



Brasil

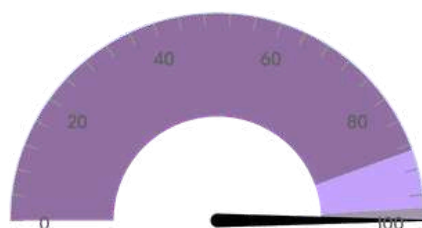
São Paulo



Fonte: Fonte: IBGE / INEP (2024)

O indicador mostra que, em 2024, Alvinlândia/SP **atingiu 100,0% de atendimento na etapa monitorada**, posicionando-se “dentro da meta do Plano Nacional de Educação (PNE) de 100%”. o município universalizou o acesso do público-alvo de crianças na idade obrigatória superando os patamares de Brasil e Estado de São Paulo apresentados no comparativo.

Trata-se de um **resultado expressivo do ponto de vista do direito educacional, pois assegura que todas as crianças contempladas pelo indicador estão matriculadas** na rede (pública e/ou privada) do território.



Alvinlândia - SP

100,00%

Dentro ou muito próximo da meta do Plano Nacional da Educação de 100”%

Brasil

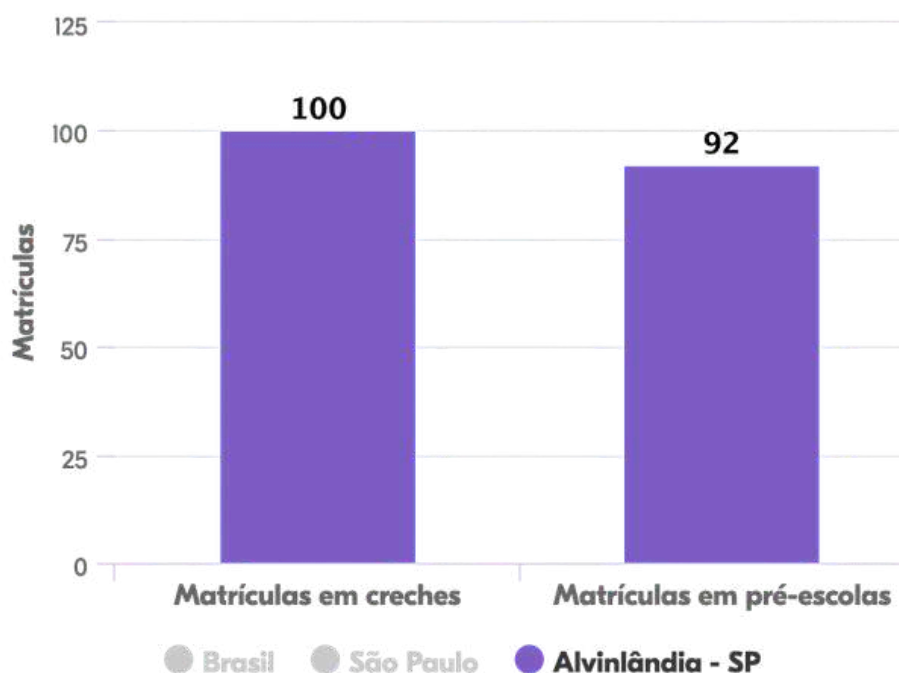
São Paulo



Fonte: Fonte: IBGE / INEP (2024)

O gráfico apresenta o quantitativo de matrículas em Educação Infantil em Alvinlândia/SP, evidenciando 100 matrículas em creches e 92 matrículas em pré-escolas. **Observa-se equilíbrio entre as etapas**, com leve predominância das creches (diferença de 8 matrículas, razão pré-escola/creche = 0,92).

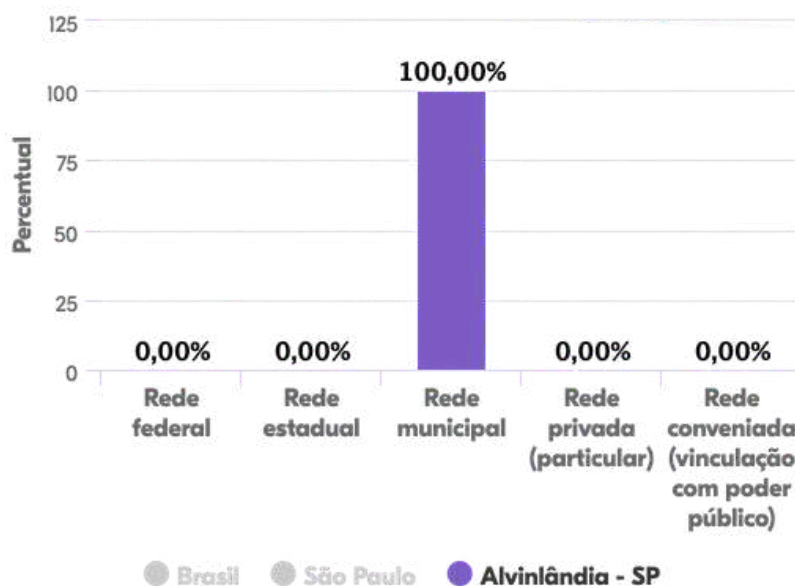
Matrículas na Educação Infantil



Fonte: Fonte: INEP (2024)

100% das matrículas em creches de Alvinlândia/SP estão na rede municipal, inexistindo oferta nas redes federal, estadual, privada ou conveniada (INEP).

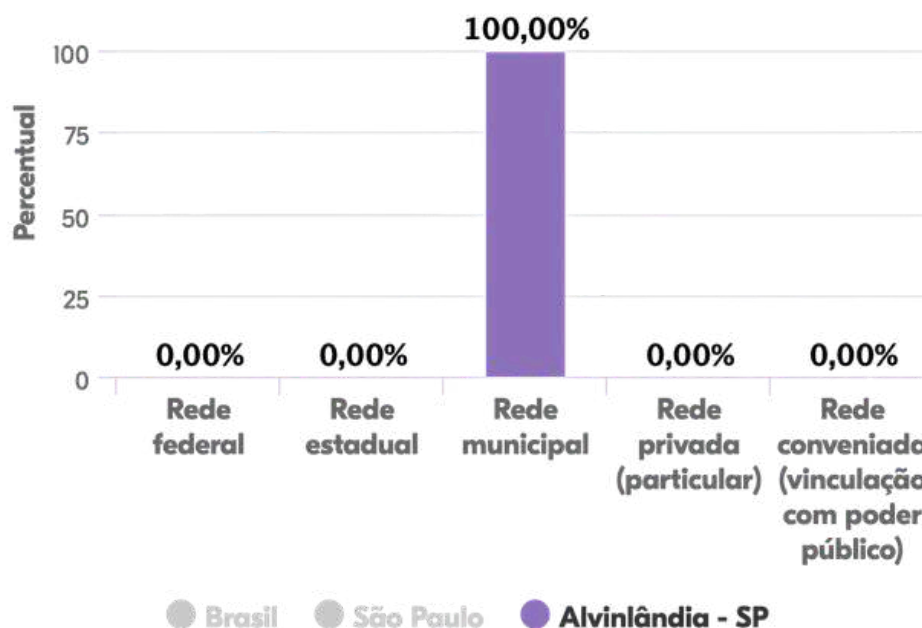
Matrículas em Creches por dependência administrativa



Fonte: Fonte: INEP (2024)

100% das matrículas da pré-escola em Alvinlândia/SP estão na rede municipal, sem participação das redes federal, estadual, privada ou conveniada.

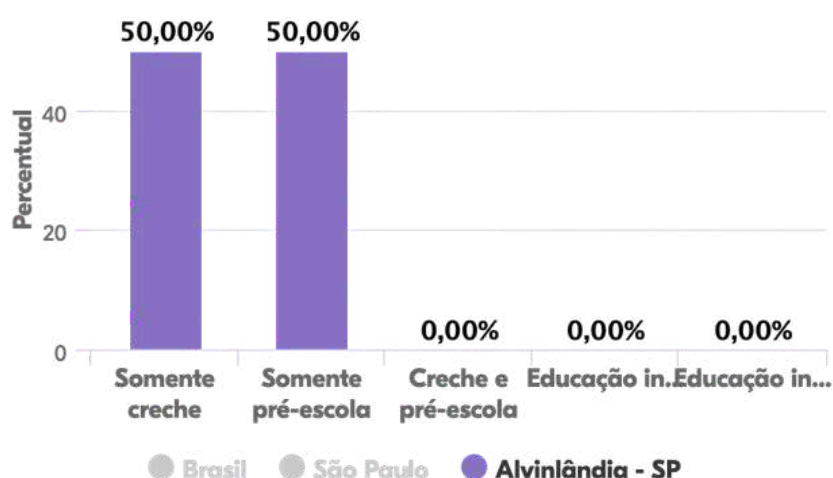
Matrículas em Pré-Escolas por dependência administrativa



Fonte: Fonte: INEP (2024)

A evidência que a rede de Educação Infantil de Alvinlândia/SP é segmentada por etapa: 50% dos estabelecimentos atendem somente creche e 50% somente pré-escola, sem unidades que ofertem creche e pré-escola no mesmo equipamento. Essa configuração pode favorecer especialização de espaços e rotinas, mas implica mudança obrigatória de instituição na transição dos 3 para os 4 anos, com potenciais efeitos sobre deslocamentos das famílias, continuidade de vínculos e gestão de vagas.

Matrículas em Pré-Escolas por dependência administrativa



Fonte: Fonte: INEP (2024)

3.4.1. Estrutura Educacional

Relação das unidades municipais de ensino, com endereço e identificação da direção escolar, para apoio ao planejamento e à comunicação institucional da rede.

CATEGORIA	ESCOLA	ENDEREÇO	DIRETORA
Municipal	EMEF José Bonifácio do Couto	Av. Vereador Antônio Teruel, nº 670	Mariana Barbosa C. Miranda
Municipal	EMEI Virgínia Rangel Pereira	Av. Vereador Antônio Teruel, nº 585	Francine M. Cripa Lotério
Municipal	Creche Ariane Nogueira Dias	Av. José Xavier Dias, nº77	Francine M. Cripa Lotério

EMEF JOSÉ BONIFÁCIO DO COUTO



Legenda: EMEF José Bonifácio do Couto

Atendimento: 7h às 12h, período matutino e das 12:30 às 17:30, período vespertino.

Capacidade Atual: 280 crianças.

EMEI VIRGÍNIA RANGEL PEREIRA

Legenda: EMEI Virgínia Rangel Pereira

Atendimento: 7h às 17h em período integral.
Capacidade Atual: 150 crianças.

CRECHE ARIANE NOGUEIRA DIAS

Legenda: Creche Ariane Nogueira Dias

Atendimento: 6:30 às 17:30, em período integral.
Capacidade Atual: 150 crianças.

As escolas de Alvinlândia-SP apresentam estrutura física ampla, organizada e adequada ao atendimento educacional das crianças, com espaços planejados para promover aprendizagem, cuidado, convivência e desenvolvimento integral. As unidades contam com áreas externas extensas, **bem conservadas e apropriadas para atividades recreativas e esportivas**, oferecendo ambiente favorável para brincadeiras, socialização e estímulo ao desenvolvimento motor.

No espaço escolar, observa-se a presença de ambientes destinados à educação infantil com organização compatível com a faixa etária atendida. **Há mobiliário infantil, áreas para alimentação, locais de acolhimento e espaços voltados ao uso pedagógico**, o que contribui para uma rotina escolar mais funcional, segura e confortável. Esses ambientes favorecem tanto as atividades educativas quanto os momentos de cuidado e interação entre as crianças.

3.5. Parentalidade

A presença saudável de pais e mães no desenvolvimento da criança são muito benéficas para o seu crescimento e evolução das suas capacidades emocionais e sociais como um todo, preparando ela para compreender melhor as suas relações ao longo da vida e a própria forma de comunicar seus sentimentos e emoções durante a sua trajetória de crescimento.

Esse apoio **desempenha um papel essencial em diversas áreas do desenvolvimento da criança**, até possibilitando que ela absorva aprendizados de uma forma mais fácil e compreensível, uma vez que ela tem um ambiente seguro para expressar suas frustrações e vontades, bem como aceitar suas dificuldades e superar desafios com mais autonomia.

Em 2024, 3,45% dos registros de nascimento em Alvinlândia/SP **foram efetuados somente em nome da mãe (ausência do nome do pai na certidão)**, proporção inferior à média estadual (5,67%) e nacional (6,49%). Em termos relativos, o município apresenta um patamar 3,04 p.p. abaixo do Brasil e 2,22 p.p. abaixo de São Paulo, o que sugere cenário menos crítico que as referências.

Convém salientar que o indicador mede a ausência do nome paterno no ato do registro, não sendo sinônimo automático de ausência de cuidado ou convivência; ainda assim, funciona como marcador de vulnerabilidade e de arranjos monoparentais, com potenciais repercussões sobre renda, cuidado e proteção.

2024 | ALVINLÂNDIA - SP

1 registro

**Brasil: 158.701 registros****São Paulo: 27.355 registros**

*Número de registros de nascimento somente em nome da mãe
(nome do pai ausente na certidão de nascimento)*

Fonte: Portal de Transparência do Registro Civil (2024)

A paternidade passa por mudanças e incertezas, **mas isso não pode justificar a omissão de responsabilidades**. A biologia, por si só, não sustenta vínculos sólidos, há também laços socioafetivos, porém a criança tem direito ao reconhecimento de sua origem.

Onde houver dúvida, deve-se buscar certeza por vias legais e científicas, para definir responsabilidades e organizar a convivência, sempre pelo melhor interesse da criança.

3.6. Indicadores de Assistência Social e Proteção

A política de Assistência Social tem papel estratégico importantíssimo na proteção da primeira infância, pois assegura direitos fundamentais às crianças e às suas famílias, especialmente aquelas que vivenciam situações de pobreza, desigualdade, vulnerabilidades sociais ou violação de direitos. A Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) reconhecem a criança como sujeito de direitos e orientam a organização de serviços que promovam proteção, cuidado e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Os indicadores da Assistência Social e Proteção são instrumentos estratégicos que **permitem avaliar a capacidade do município em assegurar os direitos fundamentais das crianças de 0 a 6 anos e de suas famílias**. No âmbito municipal, a avaliação da cobertura do Cadastro Único representa um indicador central, pois evidencia a inserção das famílias em situação de vulnerabilidade no principal instrumento de identificação socioeconômica utilizado pelas políticas públicas setoriais. De igual relevância é a análise do acesso a programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família,

que refletem a efetividade da proteção social na garantia da sobrevivência e da segurança alimentar.

Outro aspecto fundamental refere-se ao acompanhamento de famílias com crianças da primeira infância nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que demonstra a capacidade da política de fortalecer vínculos familiares e comunitários.

A participação das crianças em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é igualmente significativa, pois possibilita o acesso a experiências lúdicas, de socialização e convivência comunitária, essenciais ao desenvolvimento integral na primeira infância. Do mesmo modo, a análise do número de medidas protetivas aplicadas, como acolhimento institucional ou em famílias acolhedoras, permite aferir a efetividade da rede de proteção diante de violações graves.

3.6.1. Cobertura do Cadastro Único e Bolsa Família

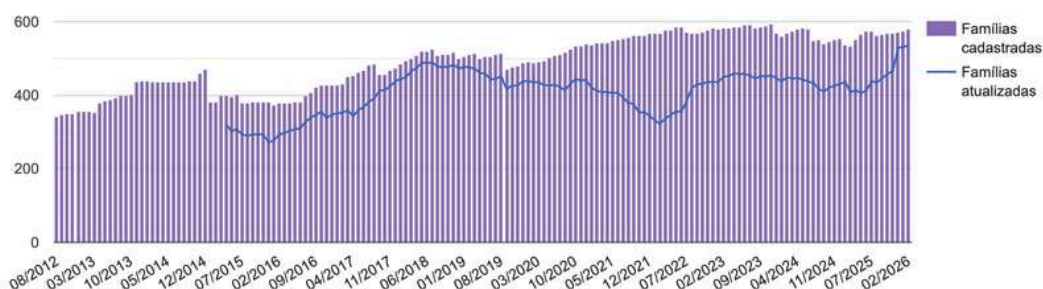
A manutenção de um CadÚnico atualizado e abrangente é indispensável para a gestão eficiente da Assistência Social, garantindo que nenhuma criança fique sem acesso aos direitos assegurados por lei e fortalecendo a rede de proteção integral no município de Alvinlândia-SP.



Legenda: MC, Cadastro Único para Programas Sociais (02/2026)

O indicador “famílias cadastradas x famílias atualizadas no Cadastro Único” demonstra a capacidade do município de manter sua base cadastral ativa, qualificada e compatível com a realidade social local. No gráfico, observa-se que, ao longo de toda a série histórica, o número de famílias cadastradas permanece sistematicamente superior ao de famílias atualizadas, o que é esperado, já que nem todos os cadastros são revisados na mesma periodicidade. Entretanto, a distância entre essas duas curvas varia no tempo e revela momentos de maior ou menor eficiência no processo de atualização cadastral.

Famílias cadastradas x famílias atualizadas no Cadastro Único



Legenda: MC, Cadastro Único para Programas Sociais (02/2026)

Entre 2015 e 2022, percebe-se maior oscilação no quantitativo de famílias atualizadas, com períodos de queda importantes, sugerindo possíveis dificuldades operacionais, redução da procura espontânea, limitações de equipe, impactos da pandemia ou enfraquecimento das ações de busca ativa. **A partir de 2023, há retomada do volume de atualizações, e em fevereiro de 2026 nota-se um crescimento expressivo, aproximando o número de famílias atualizadas do total de famílias cadastradas.**

No mês de fevereiro de 2026, o município de ALVINLÂNDIA/SP teve **204 famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família, com 581 pessoas beneficiadas, e totalizando um investimento de R\$ 138.696,00 e um benefício médio de R\$ 679,88.**

Quantidade de benefícios do Bolsa Família, por tipo, em fevereiro de 2026 no município de ALVINLÂNDIA/SP:

- 603 Benefícios de Renda de Cidadania (BRC): no valor de R\$ 142,00 (cento e quarenta e dois reais) por integrante, destinado a todas as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
- 177 Benefícios Complementares (BC): destinado às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cuja soma dos valores relativos aos benefícios financeiros de que trata o inciso I deste parágrafo seja inferior a R\$ 600,00 (seiscentos reais), calculado pela diferença entre este valor e a referida soma.
- 95 Benefícios Primeira Infância (BPI): no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por criança, destinado às famílias beneficiárias que possuírem, em sua composição, crianças com idade entre 0 (zero) e 7 (sete) anos incompletos.
- O Benefícios Variáveis Familiares (BVF): no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais), destinado às famílias beneficiárias que possuírem, em sua composição:

- gestantes;
- nutrizes;
- crianças com idade entre 7 (sete) anos e 12 (doze) anos incompletos; ou
- adolescentes, com idade entre 12 (doze) anos e 18 (dezoito) anos incompletos;

Benefícios Extraordinários de Transição (BET): aplicado em circunstâncias específicas até maio de 2025, com o propósito de assegurar que nenhum beneficiário receba quantia inferior à concedida no programa anterior (Auxílio Brasil).

Programa Auxílio Gás dos Brasileiros

É um auxílio financeiro destinado às famílias de baixa renda, com o objetivo de reduzir o efeito do aumento do preço do gás de cozinha sobre o orçamento doméstico. Foi instituído pela **Lei nº 14.237, de 19 de novembro de 2021**, e regulamentado pelo **Decreto nº 10.881, de 2 de dezembro de 2021**.

Nas parcelas de agosto, outubro e dezembro de 2022, as famílias beneficiárias do Programa Auxílio Gás dos Brasileiros receberam o valor do benefício em dobro, conforme a Emenda Constitucional nº 123/2022.

A partir de fevereiro de 2023, e nos meses pares seguintes, as famílias beneficiárias do Programa seguem recebendo o valor do benefício em dobro, conforme a Medida Provisória nº 1.155 de 1º de janeiro de 2023. Com isso, o Programa atualmente paga um benefício no valor médio de R\$ 110,00 (cento e dez reais).

Essa parcela dobrada (Adicional Complementar) possui caráter temporário, sendo paga até que novo programa venha a substituir o Programa. O município de ALVINLÂNDIA/SP teve **20 famílias beneficiadas pelo Programa Auxílio Gás dos Brasileiros, totalizando um investimento de R\$ 2.200,00**.

Gestão das condicionalidades e o acesso aos serviços de educação, saúde e assistência social

Quando uma família entra no programa, ela e o poder público assumem compromissos para reforçar o acesso de crianças, adolescentes, jovens e gestantes à saúde e à educação. Esses compromissos são conhecidos como condicionalidades, quais sejam:

Condicionalidades de Saúde:

- realização de pré-natal;
- cumprimento do calendário nacional de vacinação;
- acompanhamento do estado nutricional, para os beneficiários que tenham até 7 anos de idade incompletos.

Condicionalidades de Educação:

- Frequência escolar mínima:
- 60% para os beneficiários de 4 a 6 anos de idade incompletos;
- 75% para os beneficiários de 6 a 18 anos de idade incompletos, que não tenham concluído a educação básica.

O acompanhamento das condicionalidades de educação voltou a ser obrigatório desde o terceiro período de 2022, nos meses de junho e julho. Devido à pandemia de Covid-19, que originou a interrupção das atividades escolares e, por consequência, o descontinuação do acompanhamento das condicionalidades da educação, foi necessário retomar com redobradas energias as atividades de gestão de condicionalidades, objetivando recuperar os índices de acompanhamento anteriores à pandemia e, posteriormente, procurar alcançar novos patamares.

Com a **Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023**, que institui o novo Programa Bolsa Família, não haverá mais o acompanhamento na educação dos jovens de 18 a 21 anos. As demais faixas etárias e respectivas frequências mensais mínimas permanecem inalteradas. Em novembro de 2025, 232 beneficiários(as) de 4 a 18 anos incompletos de idade tinham perfil para acompanhamento das condicionalidades de educação.

O município de ALVINLÂNDIA/SP conseguiu acompanhar 203 beneficiários(as) entre 4 e 18 anos incompletos de idade, o que corresponde a uma cobertura de acompanhamento de 87,5% na educação. O resultado nacional de acompanhamento foi de 89,2%.

O município possui, portanto, um acompanhamento da frequência escolar abaixo do resultado nacional. Assim, é muito importante que o município concentre esforços, no sentido de melhorar o acompanhamento da frequência escolar no seu município. Nesse contexto, é fundamental que o gestor municipal do PBF conheça e se

acompanhamento das condicionalidades de educação voltou a ser obrigatório desde o terceiro período de 2022, nos meses de junho e julho. Devido à pandemia de Covid-19, que originou a interrupção das atividades escolares e, por consequência, o descontinuação do acompanhamento das condicionalidades da educação, foi necessário retomar com redobradas energias as atividades de gestão de condicionalidades, objetivando recuperar os índices de acompanhamento anteriores à pandemia e, posteriormente, procurar alcançar novos patamares.

Com a **Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023**, que institui o novo Programa Bolsa Família, não haverá mais o acompanhamento na educação dos jovens de 18 a 21 anos. As demais faixas etárias e respectivas frequências mensais mínimas permanecem inalteradas. Em novembro de 2025, 232 beneficiários(as) de 4 a 18 anos incompletos de idade tinham perfil para acompanhamento das condicionalidades de educação.

O município de Alvinlândia/SP conseguiu acompanhar 203 beneficiários(as) entre 4 e 18 anos incompletos de idade, o que corresponde a uma cobertura de acompanhamento de 87,5% na educação. O resultado nacional de acompanhamento foi de 89,2%.

Usando as respectivas taxas nacionais como referência, o município deve se atentar também para as suas taxas de acompanhamento (cobertura) e de cumprimento por faixa etária, de modo a identificar eventuais lacunas de cobertura de acompanhamento:

EDUCAÇÃO	Crianças (4 a 5 anos)	Crianças e adolescentes (6 a 15 anos)	Adolescentes e jovens (16 a 17 anos)
Público para acompanhamento	36	149	47
Pessoas acompanhadas	29	133	41
Taxa de acompanhamento em ALVINLÂNDIA/SP	80,6%	89,3%	87,2%
Taxa de acompanhamento no BRASIL	84,6%	91,4%	84,9%
Pessoas que cumpriram a condicionalidade (com frequência acima da exigida)	29	133	41
Taxa de cumprimento em ALVINLÂNDIA/SP	100,0%	100,0%	100,0%
Taxa de cumprimento no BRASIL	95,7%	96,4%	91,6%

Em dezembro de 2025, **386 beneficiários(as) tinham perfil para acompanhamento das condicionalidades de saúde**. Compõem o público para acompanhamento das condicionalidades de saúde as crianças menores de 7 anos e as mulheres.

O município de ALVINLÂNDIA/SP conseguiu acompanhar 335 beneficiários(as), o que corresponde a uma **cobertura de acompanhamento de 86,8% na saúde**. O resultado nacional de acompanhamento foi de 83,5%.

Assim, o município possui um acompanhamento da agenda de saúde muito bom. No entanto, é importante que o município continue trabalhando, no sentido de manter o **acompanhamento da saúde no seu município em patamar elevado**. Nesse contexto, o gestor municipal do PBF deve continuar orientando as famílias para que informem que são beneficiárias do PBF quando forem atendidas na rede de saúde e para que atualizem o Cadastro Único quando mudarem de endereço, bem como ações periódicas de busca ativa de famílias não acompanhadas pela saúde. Também é importante se organizar para registrar mensalmente as informações sobre as gestantes identificadas, as quais são elegíveis ao Benefício Variável Vinculado à Gestante (BVG).

As informações sobre o não cumprimento das condicionalidades de saúde e de situação nutricional devem servir de base para a articulação intersetorial entre educação, assistência social e saúde, para que atuem de forma integrada na superação de eventuais situações de agravamento de vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias e na identificação de demandas e direitos sociais no território.

Usando as respectivas taxas nacionais como referência, o município deve prestar atenção também aos resultados de acompanhamento da agenda da saúde relativos às crianças e às mulheres, separadamente, de modo a identificar possíveis lacunas de cobertura de acompanhamento:

SAÚDE	Crianças (menores de 7 anos)	Mulheres
Público para acompanhamento	97	289
Pessoas acompanhadas	59	276
Taxa de acompanhamento em ALVINLÂNDIA/SP	60,8%	95,5%
Taxa de acompanhamento no BRASIL	62,6%	90,8%
Pessoas que cumpriram a condicionalidade	59	-
Taxa de cumprimento em ALVINLÂNDIA/SP	100,0%	-
Taxa de cumprimento no BRASIL	98,0%	-

O Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do Programa Bolsa Família e Cadastro Único é um indicador que mede os resultados obtidos pela gestão municipal ou estadual nas atividades relacionadas ao Bolsa Família e Cadastro Único obtidos em um mês. Cada vez que se desenvolvem ações integradas do Programa e do Cadastro, os estados e municípios alcançam IGD mais elevado.

Ele também associa a gestão por resultados aos recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, que devem ser utilizados para melhoria da gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único. A finalidade dessa regra é melhorar a qualidade dos

serviços prestados às famílias beneficiárias.

Com base nesse Índice, que varia de 0 (zero) a 1 (um), são calculados os repasses financeiros que o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome realiza aos municípios para ajudar na gestão do Cadastro Único e do Bolsa Família.

O cálculo do IGD é composto por 4 fatores:

- Taxa de atualização cadastral e taxas de acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação;
- Requisito Suas;
- Prestação de contas pelos Fundos de Assistência Social; e
- Parecer dos Conselhos de Assistência Social das contas do uso dos recursos.

O índice pode melhorar com a atualização dos dados da gestão no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SigPBF) e com o acompanhamento das famílias em fase de suspensão na repercussão de condicionalidades.

Somente estados e municípios que assinarem o Termo de Adesão ao Programa Bolsa Família e ao Cadastro Único se tornarão elegíveis ao recebimento de recursos financeiros para apoio à gestão descentralizada.

O repasse desses recursos é realizado pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) para o Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS). Se o IGD-M de Alvinlândia/SP **alcançasse o máximo, ou seja, fosse igual a 1 (um), o município receberia R\$ 3.200,00 mensalmente, mais o valor dos incentivos.**

O último repasse realizado para o município foi de R\$ 3.456,00, com base no índice 0,80 do IGD-M referente ao mês de janeiro de 2026. Os valores financeiros calculados com base no IGD-M e repassados em 2024 somam o montante de R\$ 38.400,00.

Em janeiro de 2026, o saldo na conta corrente do município de ALVINLANDIA/SP **(no Bloco da Gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único - BL GBF FNAS)** era de: R\$ 10.312,46.

Acompanhamento da Atualização Cadastral		Acompanhamento das condicionalidades de Educação		Acompanhamento das condicionalidades de Saúde		Fator de operação	
Nacional	Município	Nacional	Município	Nacional	Município	Nacional	Município
80,4%	77,0%	87,7%	87,1%	81,4%	79,0%	82,5%	80,1%

Os recursos recebidos devem ser aplicados em melhorias da gestão do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família e, por isso, planejar bem as ações, eleger as prioridades e decidir sobre como e onde devem ser aplicados os recursos provenientes do IGD-M.

3.6.2. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), destinado ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social.

No CRAS toda a população em situação de vulnerabilidade e risco social recebe atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), por meio do qual pode também acessar outros serviços, benefícios, programas e projetos socioassistenciais.

CRAS "Thomaz Rodrigues Alckmin"

Rua Getúlio Vargas, nº 66, no centro de Alvinlândia/SP
 Horário de atendimento: Segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h.
 Telefone: (14) 3473-1105.

3.6.3. Rede de Proteção Articulada

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), com a função de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes atuando como elemento fundamental da rede de proteção socioassistencial garantindo que casos de violação de direitos de crianças de 0 a 6 anos sejam identificados, registrados e recebam resposta imediata e adequada.

A atuação do Conselho Tutelar envolve a recepção de comunicações de violação de direitos, a orientação às famílias, o acompanhamento de medidas protetivas e o encaminhamento das crianças e suas famílias aos serviços especializados da rede, como CRAS serviços de saúde e programas socioeducativos. **Essa atuação articulada assegura que a proteção da primeira infância seja integral**, contínua e eficaz, prevenindo danos e promovendo a segurança física, emocional e social das crianças.

O Conselho Tutelar contribui ainda para o monitoramento e registro de

indicadores estratégicos, como número de atendimentos, medidas protetivas aplicadas, reincidência de situações de violação e encaminhamentos realizados à rede de proteção.

Conselho Tutelar de Alvinlândia, SP,
Rua Ângelo Bressan, nº 430, Centro.
Telefone: (14) 3481-1548. Atendimento presencial das
8h às 11h30 e das 13h às 17h, com plantão para
emergências pelo celular (14) 99845-0091.

No eixo de controle, encontra-se ainda o **Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)**, órgão paritário, composto por membros da Sociedade Civil e do Poder Executivo Municipal. Em Alvinlândia, o CMDCA é regido pela **Lei Municipal nº 1.299 de 31 de dezembro de 2010**, constituindo-se como um órgão deliberador, fiscalizador, formulador e controlador das políticas públicas voltadas para atendimento à criança e ao adolescente. Além de formulador das Políticas Públicas, é também atribuição do CMDCA manter o registro das entidades que atuam com crianças e adolescentes, bem como de seus programas e projetos, zelando para que esta ação seja realizada conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

É responsável também pela fiscalização, capacitação, orientação e atuação do Conselho Tutelar no município.

3.6. Cultura, Esporte, Lazer e Brincar

A infância é uma etapa fundamental do ciclo da vida, marcada pela curiosidade, pela experimentação e pela descoberta do mundo por meio das interações sociais e do brincar. Nesse sentido, **o PMPIA reconhece o brincar como direito essencial da criança e como instrumento central para o desenvolvimento integral** previsto na Constituição Federal de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e no Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016).

Brincar é uma **forma de expressão, comunicação e aprendizagem**. Por meio da ludicidade, a criança desenvolve suas habilidades cognitivas, motoras, afetivas e sociais, exercita a imaginação e constrói significados sobre si e sobre o mundo.

O brincar também fortalece vínculos familiares e comunitários, contribuindo para a convivência e a formação da identidade cultural. Assim, **o direito de brincar deve ser garantido em todos os espaços de**

vivência infantil na família, na escola, nos serviços públicos e nas áreas de lazer comunitárias.

No campo da cultura, do esporte e do lazer, Alvinlândia dispõe de espaços públicos importantes para a convivência comunitária, como praças e parques adequados, que contribuem para o bem-estar da população e oferecem ambientes de encontro, recreação e socialização. Esses locais representam pontos positivos na estrutura urbana do município, favorecendo atividades ao ar livre e fortalecendo a vida em comunidade.

Entretanto, apesar da existência desses espaços, observa-se a necessidade de avanços no que se refere à inclusão e à promoção do desenvolvimento infantil. **Não foram identificados, nos parques e praças do município, brinquedos adaptados ou equipamentos específicos destinados a crianças com deficiência**, o que limita o acesso pleno e igualitário ao lazer por esse público. A ausência desses recursos evidencia a importância de um planejamento mais inclusivo, que considere as diferentes necessidades das crianças e de suas famílias.

Além disso, também não foi identificado no município **nenhum projeto esportivo voltado especificamente para a primeira infância**. Essa lacuna é relevante, uma vez que o esporte e as atividades lúdicas orientadas, desde os primeiros anos de vida, desempenham papel fundamental no desenvolvimento motor, cognitivo, social e emocional das crianças.

Dessa forma, embora Alvinlândia conte com espaços de cultura, esporte e lazer que atendem de modo geral à população, ainda há desafios importantes a serem enfrentados para garantir maior acessibilidade, inclusão e atenção à primeira infância. Investir em brinquedos adaptados, estruturas acessíveis e programas esportivos voltados às crianças pequenas poderá fortalecer significativamente a qualidade das ações municipais nessas áreas, promovendo desenvolvimento, equidade e cidadania.

3.7. Direito à Cidade, Mobilidade e Meio Ambiente

O direito à cidade, à mobilidade e ao meio ambiente saudável constitui um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância. Esse eixo reconhece **que o território onde a criança vive, brinca e se desenvolve é determinante para a garantia de seus direitos e para a promoção de uma infância plena, participativa e cidadã**.

Pensar a cidade sob a perspectiva da criança é compreender que o espaço urbano precisa acolher as infâncias em sua diversidade, oferecendo condições de segurança, acessibilidade, afeto e pertencimento. Assim, o planejamento urbano e as políticas públicas devem assegurar que as crianças possam circular, explorar e ocupar.

O princípio do direito à cidade implica que todas as crianças, independentemente de sua origem ou condição social, tenham acesso equitativo aos bens e serviços urbanos, incluindo transporte público, áreas verdes, equipamentos culturais, espaços de lazer e infraestrutura adequada. O direito à mobilidade segura compreende o planejamento de vias e calçadas acessíveis, iluminação adequada, sinalização e travessias seguras, de modo que famílias com crianças pequenas possam se deslocar sem riscos e com autonomia.

O estímulo a modos ativos de transporte, como caminhar e pedalar, também favorece hábitos saudáveis e o contato cotidiano com a cidade.

Quanto ao meio ambiente, a primeira infância deve ser vivida em espaços limpos, arborizados e livres de poluição, que propiciem o contato direto com a natureza. O brincar ao ar livre, o cuidado com os recursos naturais e a consciência ambiental desde os primeiros anos de vida são dimensões essenciais para a formação de cidadãos comprometidos com o futuro sustentável do planeta.

Alvinlândia representam espaços importantes de convivência, lazer e bem-estar para a população. Percebe-se que a cidade conta com áreas públicas bem cuidadas, arborizadas e agradáveis, que contribuem para a valorização urbana e para a qualidade de vida dos moradores.

As praças se **destacam pela organização, pelos jardins bem aparados, pelos bancos distribuídos ao longo dos caminhos e pela presença marcante de árvores de grande porte**, que proporcionam sombra e conforto térmico. Esses espaços transmitem sensação de tranquilidade e acolhimento, sendo ideais para caminhadas, descanso, encontros entre amigos e momentos em família. Além disso, a harmonia entre a vegetação, os canteiros e os passeios pavimentados demonstra cuidado com a manutenção e com a estética dos espaços públicos.

Outro ponto que chama atenção é a presença de áreas verdes amplas, que tornam o ambiente mais bonito e saudável. A arborização não apenas embeleza a cidade, mas também favorece o contato da população com a natureza, criando lugares mais frescos, convidativos e adequados para o convívio social.



Legenda: Praça dos Trabalhadores

Os parques e áreas de recreação infantil **reforçam a importância desses espaços para o desenvolvimento comunitário**. O parquinho observado oferece estrutura para as crianças brincarem com segurança, em um ambiente cercado e apropriado para atividades ao ar livre. Esse tipo de equipamento público é essencial para incentivar a recreação, a socialização e o uso dos espaços urbanos pelas famílias.



Legenda: Área de Recreação de Alvinlândia

O transporte escolar do município é **realizado com responsabilidade, organização e compromisso com a segurança dos estudantes**. A frota utilizada é composta por ônibus escolares adaptados, preparados para atender os alunos com conforto, acessibilidade e melhores condições de deslocamento até as unidades de ensino. Demonstram a preocupação da administração municipal em oferecer um transporte de qualidade, contando com estrutura adequada para o embarque e desembarque dos estudantes, além de adaptação para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.



Legenda: Frota do Transporte Escolar

3.8. Situações de Vulnerabilidade e Violações de Direitos

As violações de direitos referem-se a ocorrências concretas de ameaça ou lesão como violências física, psicológica e sexual.

Quais são as formas de violência contra crianças?

A Lei 13.431/2017 considera como formas de violência:

Violência física: Comportamentos que agredam a integridade corporal, a saúde ou causem sofrimento físico e dor. Podem ocorrer a partir de tapas, beliscões, chutes, socos, empurrões, arremesso de objetos, e entre outros.

Violência psicológica: Conjunto de ações ou omissões que geram situações vexatórias, causando vergonha, e prejudicam o desenvolvimento saudável da criança. Podem se dar a partir de discriminação, depreciação ou desrespeito mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (bullying).

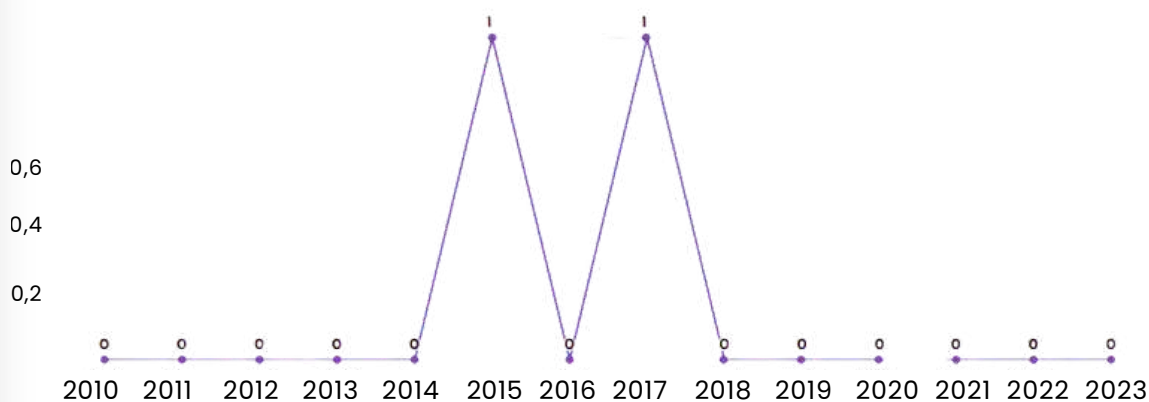
Violência institucional: É a manifestação de qualquer das formas de violência quando praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização.

Violência sexual: Qualquer comportamento que abuse ou explore do corpo ou sexualidade da criança. Pode envolver ou não a exploração comercial ou tráfico de pessoas. Não consiste apenas na penetração do órgão sexual do agressor na criança ou adolescente. A violência sexual também está presente em outras condutas, envolvendo ou não o contato físico.

Os atendimentos médicos de crianças no Brasil, estado ou município que tiveram como causa um ato violento quase sempre são, dada a falta de autonomia das crianças, de violência doméstica. Trata-se, portanto, da ponta do iceberg: intui-se que, para cada um desses casos, há uma série de atos violentos que não chegaram ao ponto de exigir atendimento médico.

Entre os grandes auxiliares na tarefa de identificar riscos de violência estão os professores de creches e pré-escolas e as equipes do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) ou outros programas sociais.

Notificações de casos de violência contra crianças de 0 a 4 anos



Fonte: Sistema de Notificações e Agravos (2023)

O que é trabalho infantil

Para classificar o trabalho infantil, o IBGE segue orientações da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que o conceitua como **“aquele que é perigoso e prejudicial à saúde e o desenvolvimento mental, físico, social ou moral das crianças e que interfere na sua escolarização”**. Acrescentam-se à classificação atividades informais e com jornadas excessivas.

“Quando crianças nessa faixa de 5 a 9 anos trabalham, estamos negando a elas o direito primordial de experimentar a infância: brincar, aprender, crescer em segurança. Estamos comprometendo seu futuro, reforçando desigualdades raciais, perpetuando um ciclo de exclusão que se inicia precocemente”, disse à **Agência Brasil**.

Em um universo mais amplo, a pesquisa do IBGE revelou que, em oito anos, o número de pessoas de 5 a 17 anos envolvidas com o trabalho infantil recuou 21,4%. Mas, de 2023 para 2024, o contingente cresceu 2%.

“Quando uma criança trabalha, a infância morre silenciosamente todos os dias.



O ODS da ONU, determina a redução das piores formas de trabalho infantil. Nesse campo, **o Brasil apresentou redução recorde na lista das Piores Formas de Trabalho Infantil, conhecida como Lista TIP.**

Em 2024, o país tinha 560 mil pessoas de 5 a 17 anos na Lista TIP. Esse resultado representa queda de 39% em relação a 2016, quando o Brasil tinha quase 1 milhão (919 mil) de crianças e adolescentes nessas atividades. Em comparação a 2023 (590 mil), o recuo foi de 5%.

A Lista TIP é uma relação regulamentada pelo **Decreto 6.481 da Presidência da República**, de acordo com a Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A relação reúne atividades desempenhadas em locais como serralherias, indústria extrativa, esgoto, matadouros e manguezais, entre outros. São ocupações relacionadas a intenso esforço físico, calor, insalubridade e outras características que podem causar fraturas, mutilações, envenenamento e outros danos aos menores de idade.

As **piores formas de trabalho infantil**, de acordo com a OIT, são:

I. Todas as formas de escravidão ou práticas análogas à escravidão, como:

- venda e tráfico de crianças,
- sujeição por dívida,
- servidão,
- trabalho forçado ou compulsório (inclusive recrutamento forçado ou obrigatório de crianças para serem utilizadas em conflitos armados);

II. Utilização, demanda e oferta de criança para fins de prostituição, produção de pornografia ou atuações pornográficas;

III. Utilização, recrutamento e oferta de criança para atividades ilícitas, particularmente para a produção e tráfico de entorpecentes conforme definidos nos tratados internacionais pertinentes;

IV. Trabalhos que, por sua natureza ou pelas circunstâncias em que são executados, podem prejudicar a saúde, a segurança e a moral da criança.

Piores formas de **trabalho infantil**



Agricultura · Pecuária · Exploração Florestal Silvicultura (recuperação de florestas)

11 formas

Exemplos

Plantio de vegetais (como cana-de-açúcar ou pimenta malagueta), direção de tratores e coleta de caranguejos em manguezais

Situação: Trabalhos manuais em lavouras, fazendas de corte ou madeireiras já são considerados de **alta periculosidade** para adultos; para crianças e adolescentes, essas atividades têm severas consequências. Com a adoção do ECA, em 1990, o maior número de meninos e meninas trabalhando estava em regiões rurais e pobres do país.

Consequências para a saúde: Doenças musculares e ósseas (como tendinite ou curvaturas anormais na espinha), ferimentos, **mutilações**, males respiratórios (bronquite), exposição a doenças tropicais (malária ou febre amarela), câncer, como o de pele, e envelhecimento precoce, entre outras.



Indústria Extrativa

6 formas

Exemplos

Extração de pedras preciosas, mineração, extração de areia e argila e trabalhos feitos em salinas (locais de extração de sal)

Situação: No ano 2000, 76 crianças foram resgatadas de jornadas extenuantes de 10 horas por dia extraíndo calcário em minas em Junco do Seridó (PB). Com idades de 7 a 15 anos, elas trabalhavam nas descamações de pedra, em condições de **sol escaldante** e risco de picadas de inseto.

Consequências para a saúde: Doenças respiratórias como **tuberculose**, esmagamento, asfixia, lesão por esforços repetitivos e comprometimento do desenvolvimento psicomotor (controle dos membros).



Pesca

4 formas

Exemplos

Coleta de mariscos, ocupações que exijam mergulho com ou sem equipamento e situações de exposição à falta de oxigênio.

Situação: O combate ao trabalho infantil na pesca é difícil por se tratar de uma atividade com **fortes vínculos familiares**. Na Amazônia, há mais de um milhão de famílias envolvidas em atividades extrativistas, com crianças e adolescentes em atividades de risco.

Consequências para a saúde: Afogamento, transtornos para audição (como perfuração do tímpano e labirintite), **queimaduras solares**, distúrbios do sono (insônia ou sonolência profundas) ou Mal dos Caixões (dores agudas nos membros e desorientação).



Indústria de Transformação

35 formas

Exemplos

Abate de animais em matadouros, demolição de navios e embarcações, confecção de chapéus, indústria de reciclagem e fabricação de bebidas alcoólicas

Situação: Está no meio do caminho entre a matéria-prima e o produto final. Sua cadeia envolve não só o manejo de **materiais perigosos**, como também ambientes insalubres.

Consequências para a saúde: Asma ocasional, necrose de tecidos nasais, transtornos de personalidade e comportamento, episódios depressivos e lesões por movimentos repetitivos.



Produção e distribuição de eletricidade, gás e água

1 forma

Exemplo

Sistemas de geração e distribuição de energia elétrica

Situação: O trabalho em empresas de geração de energia é de alto risco para adultos; todo o manuseio de altas voltagens deve ser feito com equipamento adequado e em condições salubres para evitar acidentes. Ele é **proibido para crianças e adolescentes**, com perigo de morte e escoriações na lida com energia elétrica.

Consequências para a saúde: Riscos de **choque elétrico**, parada cardíaca, traumatismo, escoriações e fraturas.



Construção

1 forma

Exemplos

Construção civil pesada, incluindo construção, restauração, reforma e processos de demolição

Consequências para a saúde: doenças de músculo e ossos (como a tendinite) mutilações, esmagamentos, cortes, traumatismos, **intoxicação por poeira**, doenças de pele como dermatite de contato (reação alérgica em contato com substâncias perigosas) e também episódios depressivos.



Comércio

(Reparação de Veículos Automotores, Objetos Pessoais e Domésticos)

1 forma

Exemplos

Em borracharias ou locais onde sejam feitos recapeamento ou recauchutagem de pneus

Situação: Em 2016, houve uma transformação no perfil do trabalho infantil no Brasil. 80% são meninos e meninas com mais de 14 anos frequentando a escola, mas também trabalhando em **comércios irregulares** ou pequenos negócios familiares para incrementar a renda. Algumas das tarefas se configuram como piores formas, como o trabalho em borracharias e mecânicas.

Consequências para a saúde: Lesões por movimentos repetitivos, queimaduras, **câncer de bexiga e pulmão** causados por exposição a objetos tóxicos e doenças de pele.



Transporte e Armazenagem

3 formas

Exemplos

Transporte e armazenagem de álcool, explosivos e líquidos inflamáveis; trabalhos em porões ou convés de navios; e transporte de pessoas e animais de pequeno porte.

Situação: O histórico de trabalho infantil em embarcações no Brasil remonta à época da colonização portuguesa. Crianças e adolescentes realizavam diversos trabalhos dentro das embarcações, sujeitos não só à **insalubridade do ambiente** como também aos riscos de violências sexual e psicológica.

Consequências para a saúde: Fobias devido a espaços confinados, transtornos de sono, contusões, **ferimentos** e desenvolvimento de rinite crônica.



Saúde e Serviços Sociais

4 formas

Exemplos

Atividade hospitalar, o contato com animais infectados, laboratórios de preparação de vacina ou manuseio e aplicação de produtos químicos.

Situação: O trabalho em ambientes hospitalares e laboratórios expõe a uma série de riscos, que vão desde o **contato com doenças infecciosas** até o desgaste físico por carregamento de objetos pesados. O ambiente requer maturidade emocional, afetando o desenvolvimento de crianças e adolescentes expostos a jornadas extenuantes e convívio diário com dor e morte.

Consequências para a saúde: Exposição e contaminação de doenças como AIDS, hepatite ou raiva, quadros de ansiedade e transtorno mental, zoonoses, além da possibilidade de **envenenamento**.



Serviços coletivos, sociais, pessoais e outros

4 formas

Exemplos

comércio ambulante, serviço de office boy, artesanato, atendimento a idoso e a criança, trabalho em cemitérios, em estamparias ou tinturarias.

Situação: Serviços coletivos e sociais são atividades prestadoras de serviços que são de interesse social ou se destinam ao uso de muitas pessoas. Crianças que trabalham em cemitérios, como **vendedoras ambulantes** nos carnavais de rua ou as que se fantasiam de palhaço para conseguir dinheiro no trânsito são exemplos dessa ocupação.

Consequências para a saúde: Como são diversos tipos de trabalho, as consequências também correspondem à variedade de trabalhos. Elas vão desde queimaduras por exposição a substâncias tóxicas, deformações de coluna, comprometimento do desenvolvimento afetivo, dependência química, **atividade sexual precoce** e alcoolismo.



Serviços coletivos, sociais, pessoais e outros

4 formas

Exemplos

comércio ambulante, serviço de office boy, artesanato, atendimento a idoso e a criança, trabalho em cemitérios, em estamparias ou tinturarias.

Situação: Serviços coletivos e sociais são atividades prestadoras de serviços que são de interesse social ou se destinam ao uso de muitas pessoas. Crianças que trabalham em cemitérios, como **vendedoras ambulantes** nos carnavais de rua ou as que se fantasiam de palhaço para conseguir dinheiro no trânsito são exemplos dessa ocupação.

Consequências para a saúde: Como são diversos tipos de trabalho, as consequências também correspondem à variedade de trabalhos. Elas vão desde queimaduras por exposição a substâncias tóxicas, deformações de coluna, comprometimento do desenvolvimento afetivo, dependência química, **atividade sexual precoce** e alcoolismo.



Serviço Doméstico

3 formas

Exemplos

Trabalho doméstico infantil, seja para terceiros ou dentro da própria casa.

Situação: O Brasil foi o primeiro país do mundo a reconhecer o trabalho doméstico como uma das piores formas de trabalho infantil. Ele afeta em geral **meninas negras e de origem humilde**, que não somente prestam serviços em casas de terceiros, sujeitas a todo tipo de violência, mas também dentro da própria casa, o que pode caracterizar uma jornada dupla de trabalho.

Consequências para a saúde: Doenças por esforço repetitivo como a tendinite, contusões, ferimentos, queimaduras, ansiedade, alteração na dinâmica familiar, transtornos de sono, **deformidade na coluna vertebral** e neurose profissional (ansiedade causada por traumas no ambiente de trabalho).



Outras

13 formas

Exemplos

Manuseio de objetos cortantes, lavagem de carro, operação de veículos, equipamentos, manobristas, ou em câmaras frigoríferas.

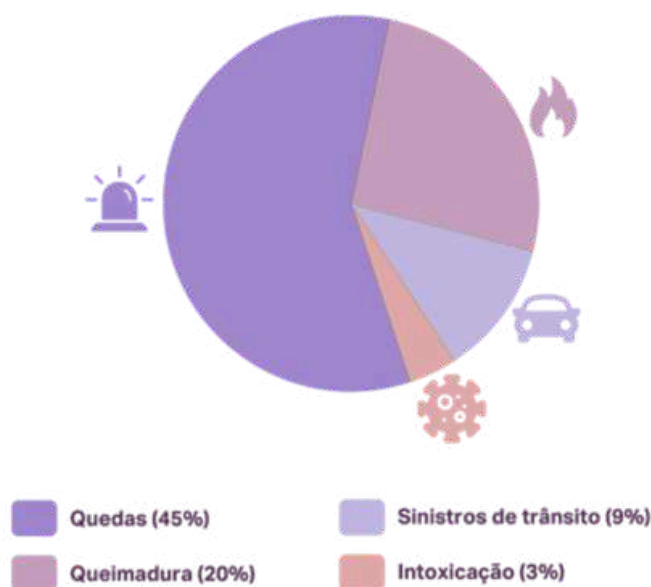
Situação: A categoria Todas compreende uma gama diversificada de empregos que não se encaixam nas anteriores: ela cobre trabalhos que ocorrem em alturas elevadas, **exposição a ruídos altos** e ao ar livre.

Consequências para a saúde: As consequências correspondem à variedade de trabalhos. Dores de cabeça crônicas (encefalopatias), má formação da coluna, desenvolvimento precoce da puberdade, **perda de audição**, queimaduras de pele, doenças de olhos, como catarata, e fobias.

3.9. Prevenção de Acidentes na Primeira Infância

Um levantamento exclusivo realizado pela Aldeias Infantis SOS, organização global que lidera o maior movimento de cuidado do mundo, mostra que, em 2023, os acidentes envolvendo crianças e adolescentes no Brasil cresceram quase 8% na comparação com o ano anterior, sendo o maior número desde 2019, período pré-pandemia. No total, foram registradas 119.245 internações causadas por lesões não intencionais, entre as faixas etárias de 0 a 14 anos, contra 109.988 registros no ano passado.

Casos de Hospitalização de Crianças Ano de 2023



Fonte: Aldeias Infantis SOS

O estudo, elaborado com dados do DataSUS, é desenvolvido pelo Instituto Bem Cuidar, programa de gestão de conhecimento da Aldeias Infantis SOS, que analisou oito categorias de causas de acidentes. Destas, sete apontaram crescimento nas hospitalizações, com destaque para **sufocação** (11,24%) e **quedas** (10,33%). As outras causas em alta foram **queimadura** (7,38%), **afogamento** (5,78%), **sinistros de trânsito** (5,13%) e **armas** (3,16%).

Somente acidentes causados por intoxicação apresentaram uma ligeira queda (0,14%) no comparativo com o ano anterior: em 2023, foram 3.673 internações contra 3.678 em 2022.

Fatores de riscos de lesões em crianças de zero a quatro anos incluem:

- Falta de habilidade para entender e reconhecer perigos;
- Coordenação ainda em desenvolvimento;
- Tendência de imitar o comportamento do adulto;
- Habilidade limitada para reagir de maneira rápida e correta.

Fatores de riscos de lesões em crianças maiores:

- Falta de habilidade para entender e reconhecer perigos;
- Coordenação ainda em desenvolvimento;
- Tendência de imitar o comportamento do adulto;
- Habilidade limitada para reagir de maneira rápida e correta.

Dicas de Segurança por Fase do Desenvolvimento**0 a 1 ano:**

Principal característica: Fragilidade

Acidentes mais comuns: Sufocação (letal) e quedas (lesões)

Dicas:

- Transportar o bebê no bebê conforto quando dentro de veículos;
- Não dormir na mesma cama;
- Não deixar o bebê sobre um apoio que seja alto e sem proteção como cama, poltrona, trocador e colo de criança;
- Não deixar o bebê mamar sozinho a mamadeira, pois há risco de engasgo e/ou aspiração do leite;
- Não usar andadores;
- Nunca oferecer objetos de risco como potes de talco, embalagens de remédio, tubos de pomada ou objetos pontiagudos;
- Nunca segurar o bebê no colo se estiver próximo a substâncias quentes, como café, cigarro, chá, sopa;
- Não incentivar brincadeiras com animais desconhecidos;
- Jamais deixar objetos pesados, quebráveis ou medicamentos sobre móveis baixos e acessíveis.

2 a 4 anos:

Principal característica: Curiosidade e inconsequência

Acidentes mais comuns: Trânsito e Afogamentos (letais) e Queda e Queimadura (Lesões)

Dicas:

- Proteger varandas, janelas e escadas com grades e redes;
- Restringir o acesso à cozinha durante o preparo das refeições;
- Usar as “bocas” de trás do fogão com os cabos voltados para dentro;
- Colocar protetores nas tomadas;
- Limitar o acesso a banheiros, lavanderia e piscina;
- Não deixar baldes ou bacias com água em locais de fácil acesso às crianças;
- Usar cadeiras apropriadas no automóvel para o transporte da criança;
- Manter medicamentos em recipientes com tampas de segurança e produtos de limpeza em embalagens originais, em armários

trancados. O mesmo vale para bebidas alcoólicas;

- Guardar em lugar seguro objetos pontiagudos e cortantes;
- Manter a supervisão constante;
- Sempre ter em mente que a criança não reconhece os perigos e nem sabe se proteger deles;
- Programar “excursões supervisionadas” para suprir a curiosidade da criança: abrir armário da cozinha ou gaveta do quarto e explorar fauna e flora no quintal;
- Transmitir medidas educativas de proteção como subir escadas degrau por degrau, usar capacete ou descer do sofá sentado;
- Não deixar a criança andar sozinha na calçada, tendo que estar de mãos dadas com um adulto e do lado interno da calçada.

5 a 9 anos:

Principal característica: Influenciáveis e com habilidades motoras abaixo do julgamento crítico

Acidentes mais comuns: Trânsito e Afogamentos (letais) e Queda e Queimadura (Lesões)

Dicas:

- Manter os cuidados das fases anteriores, mas reforçando a capacidade da criança reconhecer as próprias competências, limites e dificuldades;
- Procurar deixar a criança em ambientes seguros (casa, escola, clube e casa de familiares);
- Não deixar a criança andar sozinha na rua;
- Transportar a criança adequadamente no veículo, utilizando assento de elevação infantil;
- Utilizar colete salva-vidas na criança quando estiver em piscina, lago, rio ou mar. Ainda assim manter a supervisão constante.



3.10. Vozes da Primeira Infância

A escuta da criança é um direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (**ECA, Lei 8.069/1990, art. 16 e art. 17**), que garante o direito de participar, expressar sua opinião e ser ouvida em todos os assuntos que lhe dizem respeito. O processo aqui descrito também dialoga com o Marco Legal da Primeira Infância (**Lei 13.257/2016**), que reforça a centralidade da criança como sujeito de direitos e cidadã desde os primeiros anos de vida.

Do ponto de vista psicológico, **o processo de escuta foi pautado na abordagem lúdica**, compreendendo que a criança expressa sua visão de mundo principalmente por meio do brincar, do desenho e da imaginação criativa, elementos essenciais do desenvolvimento infantil.

3.10.1. Metodologia de Escuta

Profissional:

Professores Municipais de Alvinlândia

Público:

- Crianças

Formato:

- Desenhos conduzidos em ambiente escolar.

Técnicas utilizadas:

- Desenhos livres e dirigidos sobre a cidade e a escola que estimularam a imaginação e facilitaram a expressão espontânea.

Questões norteadoras:

- Como seria a cidade perfeita para você morar?
- Como é a sua escola? O que você mais gosta? E o que você não gosta?
- O que você queria que tivesse na sua escola?
- Onde você mais gosta de brincar?

Nesse sentido, no contexto do Município de Alvinlândia, assegurar a escuta da criança não se resume ao cumprimento de uma exigência legal, mas **representa a adoção de uma perspectiva ética, democrática e humanizada na formulação de ações, políticas públicas e práticas institucionais voltadas à primeira infância**. Ouvir a criança, com sensibilidade, respeito e por meio de metodologias apropriadas à sua faixa etária e às suas formas próprias de expressão, significa reconhecer sua experiência singular no território, valorizar sua percepção sobre o cotidiano em que vive e garantir que seus interesses, necessidades e sentimentos sejam efetivamente considerados nos processos de decisão que a envolvem.

3.10.2. Impressões das Crianças

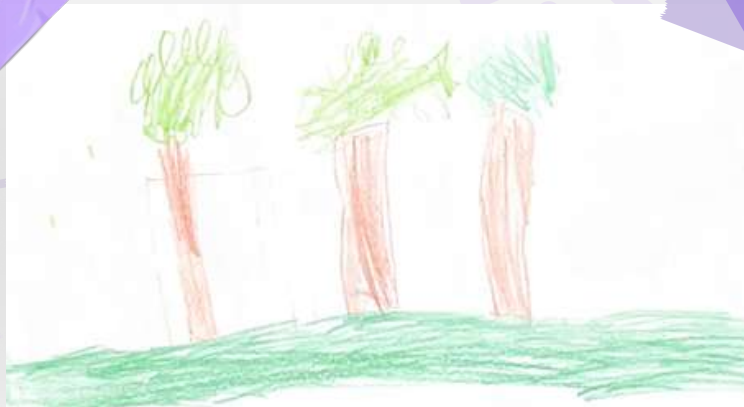
A Cidade Perfeita

A cidade perfeita, na visão das crianças, é um lugar bonito, alegre, colorido e acolhedor. É uma cidade pensada para encantar, proteger e permitir que a infância seja vivida com liberdade, imaginação e felicidade. Nos desenhos, a cidade aparece associada à beleza, à presença de cores, à natureza, aos **espaços abertos** e também a equipamentos que despertam curiosidade e diversão.



Lugares de que as crianças gostam na cidade

As crianças demonstram gostar, na cidade, de lugares que fazem parte do seu dia a dia e que atendem às suas necessidades de forma concreta e afetiva. Entre esses espaços, aparecem locais como o mercado Municipal, que é percebido como um ambiente importante, útil e agradável, pois nele é possível encontrar coisas para comprar e para comer. Esse olhar infantil revela que os lugares preferidos não são apenas os de lazer, mas também aqueles que representam cuidado, convivência e acesso ao que é necessário para a vida cotidiana.



A Escola

A escola foi percebida como um lugar **acolhedor**, um espaço onde as crianças **se sentem pertencentes**.

O que mais gostam: brincar com amigos, a sala de informática, os professores, o onibus escolar.

Desejos: mais brinquedos no parquinho, uma piscina e animais de estimação para cuidarem.



Espaço de Brincar

O local favorito apontado foi o **parquinho**, espaço simples, mas que representa **liberdade, imaginação e coletividade**.

Muitas crianças expressaram desejo de ter **um parque aquático** ou até mesmo **uma praia**, revelando o quanto o brincar está associado **à água, diversão e movimento**.



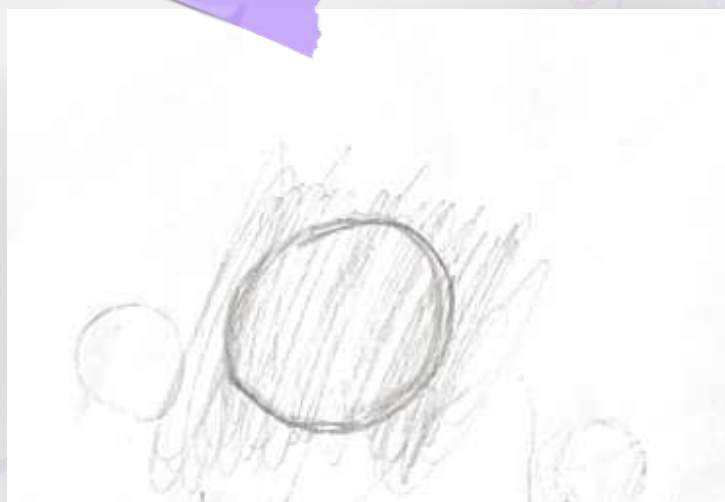
Desejos das Crianças para a Cidade

Os desenhos mostram que as crianças desejam uma cidade mais bonita, com shopping, teatro e outros espaços de lazer e convivência. Também revelam que elas gostariam de uma escola mais segura, com a presença de um segurança na porta. De forma geral, as produções expressam o desejo por ambientes acolhedores, divertidos e que transmitam proteção no dia a dia.



O que as crianças não gostam na cidade

Os desenhos também revelam aspectos da cidade que causam incômodo e insegurança para as crianças. Entre os elementos apontados, destacam-se a **falta de energia elétrica na cidade** os **buracos nas calçadas**.



3.10.3. Conclusão Técnica

A escuta qualificada revelam percepções muito significativas sobre a cidade, a escola e os espaços em que vivem. Em suas representações, aparecem elementos ligados ao que lhes traz alegria, segurança e bem-estar, **como uma cidade mais bonita, colorida** e com mais opções de lazer, além de uma escola com piscina, brinquedos, cinema e ambientes agradáveis para brincar, aprender e conviver. Também surgem referências a lugares de que gostam no município, bem como o **desejo por novos espaços, como shopping, teatro** e locais mais atrativos para passear e se divertir.

As manifestações infantis também mostram que elas **observam com atenção aquilo que lhes causa incômodo no cotidiano**, como a falta de energia, os buracos e os problemas nas calçadas, evidenciando preocupação com segurança, mobilidade e conforto. Da mesma forma, aparece de maneira importante o desejo por maior proteção no ambiente escolar, como a presença de um segurança na entrada da escola. Isso demonstra que, além de sonharem com lugares mais bonitos e divertidos, elas também valorizam ambientes organizados, seguros e acolhedores.

Assim, o conjunto das expressões apresentadas evidencia que as crianças têm um **olhar sensível, atento e bastante claro** sobre o município e sobre a escola que desejam. Para elas, brincar, conviver, ter acesso ao lazer, à cultura, à beleza e à segurança são aspectos essenciais para uma infância feliz. Considerar essas percepções é fundamental para compreender melhor suas necessidades e expectativas, fortalecendo a construção de uma cidade e de uma escola mais adequadas à infância.



Diretrizes e Princípios

4.1. Princípios Norteadores

Os princípios que orientam o Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia – PMPIA (2025-2035) **expressam os valores éticos, jurídicos e políticos** que fundamentam a formulação, a execução e o monitoramento das políticas públicas destinadas às crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos de idade no município.

Tais princípios asseguram **a proteção integral e o reconhecimento da criança como sujeito de direitos**, em consonância com o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), a Política Estadual pela Primeira Infância (Lei nº 17.347/2021) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS/Agenda 2030).

Conforme estabelecido no artigo 2º da Lei Municipal nº 1.994/2025, o PMPIA rege-se pelos seguintes princípios:

Art. 2º São princípios do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia – PMPIA-2026-2036:

- I - atenção ao superior interesse da criança;*
- II - desenvolvimento integral, abrangendo todos os aspectos da personalidade, com foco nas interações e no brincar;*
- III - respeito à individualidade e ritmo próprio de cada criança;*
- IV - valorização da diversidade das infâncias;*
- V - inclusão das crianças com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e outras situações que requerem atenção especializada;*
- VI - fortalecimento do vínculo e pertencimento familiar e comunitário;*
- VII - participação da criança na definição das ações que lhe dizem respeito de acordo com o estágio de desenvolvimento e as formas de expressão próprias da idade;*
- VIII - corresponsabilidade da família, da sociedade e do Estado na atenção integral aos direitos da criança;*
- IX - incremento da cultura do cuidador por meio da proteção integral e a promoção da criança como cidadã ativa e participante da sociedade.*

Consoante a norma legal, descrevemos a seguir a abrangência de cada um dos princípios propostos:

Princípio I

Atenção ao superior interesse da criança

Este princípio refere-se à obrigação ética, jurídica e política de assegurar que todas as decisões, políticas e ações públicas priorizem, de forma absoluta, o bem-estar e o desenvolvimento integral das crianças. Ele reafirma a primazia da infância sobre quaisquer outros interesses, conforme o artigo 227 da Constituição Federal e o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em Alvinlândia, este princípio orienta que a formulação e execução das políticas públicas tenham a criança como centro das decisões governamentais e comunitárias.

Princípio II

Desenvolvimento integral, abrangendo todos os aspectos da personalidade, com foco nas interações e no brincar

Este princípio refere-se à compreensão de que a criança é um ser em desenvolvimento global, cujas dimensões física, cognitiva, emocional, social e cultural se constroem de forma interdependente. O brincar e as interações constituem instrumentos essenciais para o aprendizado e o crescimento saudável. Inspirado no Marco Legal da Primeira Infância, este princípio orienta o Município a promover políticas que articulem cuidado e educação, garantindo integralidade e qualidade na atenção às infâncias.

Princípio III

Respeito à individualidade e ao ritmo próprio de cada criança

Este princípio refere-se ao reconhecimento de que cada criança possui um percurso único de desenvolvimento, com tempos, interesses e modos próprios de aprender, interagir e se expressar. As políticas e os serviços voltados à primeira infância devem, portanto, adaptar-se à singularidade de cada criança, evitando comparações padronizadas e garantindo ambientes acolhedores e inclusivos que respeitem suas diferenças.

Princípio IV

Valorização da diversidade das infâncias

Este princípio refere-se à valorização das múltiplas formas de ser e viver a infância, respeitando as diferenças étnico-raciais, culturais, religiosas, de gênero, territoriais, linguísticas e socioeconômicas. Reconhece que não há uma única infância, mas diversas infâncias que refletem as realidades de cada grupo social e comunidade. Assim, o Plano busca assegurar igualdade de oportunidades e equidade no acesso às políticas públicas para todas as crianças de Alvinlândia.

Princípio V

Inclusão das crianças com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e outras situações que requerem atenção especializada

Este princípio refere-se à promoção da acessibilidade, da equidade e da inclusão plena de todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, sensoriais, intelectuais ou emocionais. Garante que as políticas públicas contemplem adaptações e apoios específicos necessários ao seu desenvolvimento, em conformidade com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) e com o Marco Legal da Primeira Infância.

Princípio VI

Fortalecimento do vínculo e pertencimento familiar e comunitário

Este princípio refere-se à centralidade da família e da comunidade no cuidado, na proteção e na educação da criança. Reafirma o papel essencial dos vínculos afetivos e das relações de pertencimento como base para a segurança emocional e o desenvolvimento saudável. As políticas públicas devem apoiar a parentalidade positiva e promover ações que integrem as famílias, escolas e comunidades em redes de proteção e convivência solidária.

Princípio VII

Participação da criança na definição das ações que lhe dizem respeito, de acordo com o estágio de desenvolvimento e as formas de expressão próprias da idade

Este princípio refere-se ao direito da criança de ser ouvida e considerada nas decisões que a afetam, conforme o artigo 12 da Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989). Reconhece a criança como sujeito de voz, opinião e participação, devendo o município criar espaços, metodologias e práticas adequadas para escutá-la em linguagem acessível e apropriada à sua faixa etária, como rodas de conversa, desenhos, brincadeiras e narrativas infantis.

Princípio VIII

Corresponsabilidade da família, da sociedade e do Estado na atenção integral aos direitos da criança

Este princípio refere-se ao dever compartilhado entre os diferentes atores sociais – famílias, poder público e sociedade civil, na garantia dos direitos da criança. Sustenta que a efetividade das políticas para a primeira infância depende da articulação intersetorial e do engajamento coletivo, em consonância com o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA).

Princípio IX

Incremento da cultura do cuidador por meio da proteção integral e da promoção da criança como cidadã ativa e participante da sociedade

Este princípio refere-se à construção de uma cultura social que reconheça o papel de todos os adultos como cuidadores e promotores de direitos da infância. Envolve a formação continuada de profissionais, pais, mães e responsáveis, e a valorização da criança como cidadã desde o nascimento, participante da vida comunitária e promotora de transformações sociais.

A aplicação desses princípios é transversal e orienta todas as ações e políticas do Plano, assegurando:

- **A intersectorialidade**, integrando as áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, esporte, meio ambiente, direitos humanos, segurança pública e urbanismo, de modo a garantir atenção integral às crianças e suas famílias.
- **A participação social**, com envolvimento ativo das famílias, das organizações da sociedade civil, dos conselhos municipais e das próprias crianças nos processos de formulação, execução e avaliação do PMPIA.
- **A equidade territorial**, assegurando que todas as regiões do município, especialmente as de maior vulnerabilidade, tenham acesso igualitário às oportunidades, serviços e políticas públicas voltadas à primeira infância.

- **O compromisso ético com o direito de brincar, aprender e conviver**, reconhecendo o brincar como expressão essencial da infância e como direito fundamental de todas as crianças.

A efetividade desses princípios requer a consolidação de mecanismos de gestão integrada, o fortalecimento da participação social e a escuta permanente das crianças, assegurando que o Plano se mantenha vivo, dinâmico e coerente com a realidade local.

Ao adotar esses fundamentos, o Município de Alvinlândia reafirma o compromisso com a **prioridade absoluta da infância**, a promoção da equidade e a valorização das diversas infâncias que compõem seu território.

4.2. Diretrizes Gerais do Plano

As diretrizes do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia – PMPPIA (2025–2036) constituem os parâmetros orientadores para a elaboração, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas voltadas à infância no município.

Enquanto os princípios expressam valores e fundamentos éticos, as diretrizes configuram o modo de agir da gestão pública, indicando os caminhos e as estratégias que devem ser seguidos para a efetivação dos direitos da criança.

Essas diretrizes estão dispostas no **artigo 3º da Lei Municipal nº 1.994/2025** e têm por objetivo assegurar que o Plano seja desenvolvido de forma integrada, participativa, científica, planejada e transparente, garantindo coerência entre as ações municipais e as políticas nacionais e estaduais para a primeira infância.

A observância dessas diretrizes assegura a qualidade das políticas intersetoriais, o fortalecimento da governança pública e a sustentabilidade das ações ao longo do tempo, articulando as dimensões técnica, social e ética do cuidado com as crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos.

Art. 3º São diretrizes para a elaboração e implementação das políticas pela primeira infância:

- I. abordagem multidisciplinar e intersetorial em todos os níveis, inclusive nos territórios de atuação dos serviços de atendimento da população;
- II. participação das famílias e da sociedade;
- III. consideração do conhecimento científico acumulado sobre a vida e o desenvolvimento infantil e da experiência profissional nos diversos campos da atenção à criança;
- IV. planejamento com perspectiva de curto, médio e longo prazo para os planos e programas;
- V. monitoramento permanente, avaliação periódica e ampla publicidade das ações e dos resultados.

Baseado no texto legal, podemos descrever cada uma das diretrizes conforme segue:

DIRETRIZ I

Abordagem multidisciplinar e intersetorial em todos os níveis, inclusive nos territórios de atuação dos serviços de atendimento da população

Esta diretriz estabelece que as políticas e programas voltados à primeira infância devem ser planejados e executados de forma articulada entre as diversas áreas do governo, educação, saúde, assistência social, cultura, esporte, meio ambiente, segurança pública e direitos humanos, e com o envolvimento da sociedade civil.

A intersetorialidade e a atuação territorializada garantem a integralidade do atendimento, o compartilhamento de responsabilidades e a construção de redes de cuidado que alcancem todas as crianças e famílias, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade.

DIRETRIZ II

Participação das famílias e da sociedade

Esta diretriz reconhece que a efetivação dos direitos da criança depende da participação ativa das famílias, das organizações comunitárias, dos conselhos de direitos, das instituições educacionais e de toda a sociedade civil.

A participação social é elemento estruturante do Plano, devendo ocorrer desde a fase de diagnóstico e elaboração até o monitoramento e a avaliação.

A corresponsabilidade e o diálogo permanente fortalecem a transparência, a legitimidade das ações públicas e a consolidação de uma cultura de cuidado e pertencimento coletivo.

DIRETRIZ III

Consideração do conhecimento científico acumulado sobre a vida e o desenvolvimento infantil e da experiência profissional nos diversos campos da atenção à criança

Esta diretriz orienta que todas as ações e decisões do Plano sejam baseadas em evidências científicas e nas melhores práticas profissionais.

O conhecimento produzido por áreas como a neurociência, a psicologia, a pedagogia, a saúde pública, o serviço social e as ciências sociais deve fundamentar as estratégias municipais, assegurando políticas efetivas, inovadoras e centradas na criança. Valoriza-se, igualmente, o saber acumulado pelos profissionais da rede pública e pelas famílias, reconhecendo suas experiências como parte do patrimônio técnico e social da política pública.

DIRETRIZ IV

Planejamento com perspectiva de curto, médio e longo prazo para os planos e programas

Esta diretriz reforça a importância do planejamento contínuo e sustentável como ferramenta essencial da gestão pública para a infância.

As ações do PMPIA devem ser organizadas em horizontes temporais distintos, curto, médio e longo prazo, de modo a permitir o alcance de resultados imediatos sem comprometer a continuidade e a coerência das políticas ao longo do ciclo de dez anos do Plano.

DIRETRIZ V**Monitoramento permanente, avaliação periódica e ampla publicidade das ações e dos resultados**

Esta diretriz estabelece o compromisso da gestão municipal com a transparência, o controle social e a melhoria contínua das políticas públicas.

O acompanhamento sistemático das metas e indicadores do PMPIA permite verificar a efetividade das ações e promover ajustes sempre que necessário. A divulgação ampla e acessível dos resultados à sociedade assegura a prestação de contas, fortalece o controle democrático e estimula a participação cidadã na implementação e revisão do Plano. O monitoramento deve ser conduzido de forma intersetorial e participativa, com a colaboração do Comitê Intersetorial do PMPIA e dos conselhos municipais relacionados à infância e aos direitos humanos.

A aplicação dessas diretrizes **exige governança intersetorial estruturada**, articulando órgãos da administração pública direta e indireta, conselhos de direitos, entidades da sociedade civil, instituições de ensino e pesquisa, e representantes das famílias e das comunidades locais. Essa articulação assegura a execução coordenada das políticas, evitando sobreposições e lacunas na atenção à primeira infância.

A abordagem **multidisciplinar e intersetorial**, prevista como primeira diretriz, reforça o caráter sistêmico das políticas públicas para a infância, rompendo com a lógica fragmentada e setorializada. Essa integração permite a convergência de esforços e recursos, maximizando o impacto social das ações, especialmente nos territórios mais vulneráveis.

A participação das famílias e da sociedade, enquanto diretriz transversal, garante a legitimidade e a sustentabilidade das ações públicas. A efetiva participação social fortalece o controle democrático, amplia o alcance das políticas e contribui para a construção de soluções baseadas na realidade local e nas necessidades concretas das crianças e de suas famílias.

O planejamento com horizontes de curto, médio e longo prazo assegura a continuidade e a estabilidade das políticas, integrando o PMPIA aos instrumentos de planejamento e orçamento do Município, **PPA, LDO e LOA**, e garantindo a institucionalização da agenda da primeira infância como política de Estado, e não apenas de governo.

Por fim, o **monitoramento permanente, a avaliação periódica e a ampla publicidade das ações e resultados** são condições indispensáveis para a transparência e a accountability pública. Esses processos serão apoiados em indicadores claros, metas verificáveis e relatórios de acompanhamento, os quais tratamos mais detalhadamente no item 6 deste Plano, que permitirão a análise contínua da efetividade das políticas e a adoção tempestiva de medidas corretivas ou aprimoramentos.

4.3. Eixos Estruturantes das Ações

As ações finalísticas do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia – PMPIA (2025–2035) estão organizadas em 11 (onze) eixos estruturantes, que representam os campos prioritários de atuação das políticas públicas voltadas à criança de 0 (zero) a 6 (seis) anos. Esses eixos traduzem a concepção de proteção integral e de atenção intersetorial, estabelecendo as bases temáticas para o desenvolvimento das metas, estratégias e indicadores do Plano.

Cada eixo abrange dimensões complementares da vida da criança, família, saúde, educação, cultura, ambiente, segurança, convivência e participação social, e está ancorado na perspectiva de que o desenvolvimento infantil é resultado de múltiplos fatores, que demandam ações coordenadas entre as diversas políticas setoriais e atores sociais.

A seguir, são apresentados os 12 eixos das ações finalísticas do PMPIA, conforme o artigo 4º da Lei Municipal nº 4.491/2024, acompanhados de sua interpretação técnica e objetivo central.

I	Convivência familiar e comunitária
---	---



Este eixo refere-se ao fortalecimento da família e da comunidade como ambientes fundamentais para o desenvolvimento integral da criança. Visa consolidar vínculos afetivos, promover a parentalidade positiva e ampliar a rede de apoio social às famílias, reconhecendo sua corresponsabilidade na proteção e educação das crianças. As ações devem integrar políticas de assistência social, educação, saúde e cultura, de forma a valorizar a convivência familiar e comunitária e o sentimento de pertencimento territorial.

II	A Criança na Diversidade
----	---------------------------------



Trata da promoção da equidade e do respeito às diferenças, assegurando o reconhecimento e a valorização da diversidade étnico-racial, cultural, de gênero, linguística, religiosa e territorial. As ações nesse eixo devem combater toda forma de discriminação e garantir igualdade de oportunidades, especialmente para crianças indígenas, negras, quilombolas, migrantes, com deficiência ou em situação de vulnerabilidade.

III Saúde materna e infantil

Compreende as políticas e programas voltados à promoção da saúde integral da criança desde a gestação, incluindo pré-natal, parto, nascimento e os primeiros anos de vida. O eixo abrange atenção primária, imunização, vigilância nutricional, saúde mental, acompanhamento do desenvolvimento infantil e prevenção de agravos. Está alinhado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e ao princípio da atenção integral e contínua.

IV Educação Infantil

Tem por objetivo assegurar o acesso universal e a oferta de educação infantil de qualidade, em creches e pré-escolas, conforme os direitos de aprendizagem e desenvolvimento estabelecidos na Base Nacional Comum Curricular (BNCC). A educação infantil é compreendida como etapa essencial do desenvolvimento humano, devendo ser planejada em articulação com as famílias e demais políticas setoriais, garantindo ambientes inclusivos, seguros e acolhedores.

V Assistência Social às Crianças e Suas Famílias

Abrange as ações da política de assistência social voltadas à proteção e promoção dos direitos das crianças e suas famílias em situação de vulnerabilidade. Inclui o fortalecimento dos serviços socioassistenciais, a garantia de benefícios eventuais e o apoio a famílias com crianças em risco social. Esse eixo busca assegurar proteção social básica e especial, articulando-se com as redes de saúde, educação e segurança alimentar.

VI Atenção Integral às Crianças e Suas Famílias em Situação de Violência

Este eixo trata da prevenção, proteção e atendimento integral às crianças vítimas ou em risco de violência física, psicológica, sexual, institucional ou negligência. Envolve a integração das políticas de segurança pública, assistência social, saúde, educação e justiça, com foco na atuação preventiva e na responsabilização dos agressores. As ações devem estar alinhadas ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) e aos protocolos intersetoriais de enfrentamento à violência.

VII O brincar e o lazer

Valoriza o brincar como direito fundamental e expressão da infância. Este eixo visa ampliar os espaços, tempos e oportunidades para o brincar livre, seguro e criativo, em casa, nas escolas, nos equipamentos públicos e nos espaços comunitários. Envolve ações intersetoriais que promovam o lúdico como dimensão essencial do desenvolvimento humano, cultural e social da criança.

VIII A criança e o espaço urbano

Trata da relação da criança com o território, o espaço urbano e o meio ambiente. Defende o direito à cidade segura, acessível e sustentável, com áreas verdes, espaços de convivência, mobilidade segura e inclusão nos processos de planejamento urbano. As políticas neste eixo devem articular sustentabilidade ambiental, urbanismo e infância, incorporando a perspectiva da criança no desenho dos espaços públicos e na gestão ambiental local.

IX Controlando a Exposição Precoce das Crianças às Mídias Eletrônicas e Digitais

Este eixo orienta políticas de sensibilização e regulação do uso de telas e dispositivos digitais por crianças pequenas. Propõe ações educativas junto a famílias, escolas e profissionais de saúde, com base em evidências científicas sobre os impactos do uso excessivo de mídias na atenção, no sono, no comportamento e na aprendizagem. Visa garantir o equilíbrio entre o uso responsável das tecnologias e o direito à convivência, ao brincar e à interação presencial.

X Evitando Acidentes na Primeira Infância

Foca na prevenção de acidentes domésticos, de trânsito e em espaços públicos, reconhecidos como uma das principais causas de mortalidade infantil evitável. As ações devem envolver campanhas educativas, adequação de espaços, fiscalização e capacitação de profissionais e cuidadores. A segurança física da criança é compreendida como condição básica para sua sobrevivência e desenvolvimento saudável.

XI Gestão, governança e participação social

O eixo Gestão, governança e participação social estrutura os meios pelos quais o PMPIA 2026–2036 se converte em plano de Estado, com continuidade, coordenação intersetorial, transparência e controle social.

Os do onze eixos que estruturam o Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPIA) **representam o núcleo operacional da política pública municipal voltada à infância**. Cada eixo, embora tematicamente específico, está interligado aos demais, compondo um sistema integrado de atenção, promoção e defesa dos direitos das crianças.

A efetividade desses eixos depende de planejamento intersetorial, financiamento adequado, qualificação permanente das equipes e mecanismos de monitoramento e avaliação contínua. A transversalidade entre os eixos é o que assegura a integralidade das ações, evitando fragmentação e garantindo que cada criança, em sua singularidade, tenha acesso a políticas articuladas e complementares.

Assim, os eixos do PMPIA constituem o referencial estratégico para a formulação dos programas, metas e indicadores que serão detalhados nos capítulos seguintes, assegurando que o Município de Alvinlândia mantenha, de forma permanente, o compromisso com o desenvolvimento integral, a proteção e o protagonismo de todas as crianças alvinlandense.

4.4. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Em setembro de 2015, os 193 Estados-membros das Nações Unidas, incluindo o Brasil, por ocasião da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, assumiram o compromisso de implementar a Agenda 2030, considerada uma das mais amplas e ambiciosas iniciativas da diplomacia internacional contemporânea.

Esse marco global foi resultado de um processo iniciado em 2013, em atendimento ao mandato da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), e estabeleceu os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)** como referência central para orientar as políticas nacionais e as ações de cooperação internacional até o ano de 2030, sucedendo e atualizando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Ainda conforme o UNICEF, os ODS configuram um plano de ação mundial voltado à **erradicação da pobreza extrema e da fome, à promoção de uma educação inclusiva e de qualidade ao longo de toda a vida, à proteção do meio ambiente e à construção de sociedades justas, pacíficas e igualitárias.**

Baseados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, os ODS reforçam a centralidade das crianças e adolescentes nas agendas públicas, abrangendo áreas essenciais como nutrição, saúde, educação, saneamento básico, igualdade de gênero e proteção social, reconhecendo que o desenvolvimento sustentável depende, de forma indissociável, da efetivação dos direitos da infância e adolescência em todo o mundo.

Em 2016, foi criada pelo Governo Federal a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS) através do **Decreto nº 8.892, de 27 de outubro de 2016**, com o propósito de internalizar, difundir e garantir transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Após sua extinção em 2019, a Comissão foi reinstaurada pelo **Decreto nº 11.704, de 14 de setembro de 2023**, com composição ampliada e fortalecimento de suas atribuições.

Atualmente, a CNODS é uma instância colegiada paritária e de natureza consultiva, vinculada à Secretaria de Governo da Presidência da República, responsável por articular, mobilizar e promover o diálogo entre os entes federativos e a sociedade civil em torno da execução e monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

4.4.1. Vinculação dos ODS ao Plano pela Primeira Infância de Alvinlândia

Os ODS **compreendem 17 objetivos e 169 metas**, embora nem todos façam referência às crianças, todos são relevantes para a vida delas. Juntos, os objetivos representam uma abordagem integral para atender às necessidades de meninas e meninos e para proteger seus direitos.

O Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPIA), alinha-se a Agenda 2030, pois o investimento nos primeiros anos de vida é essencial para o alcance dos ODS, especialmente nos campos da saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades e fortalecimento das instituições.

Neste contexto, cada eixo proposto no Plano está diretamente alinhado a um ou vários ODSs, conforme demonstramos a seguir:

01 Convivência familiar e comunitária



02 Crianças na diversidade



03 Saúde materna e infantil



04 Educação infantil



05 Assistência Social às Crianças e Suas Famílias



06 Atenção integral às crianças e famílias em situação de violência



07 O brincar e o lazer



08 A criança e o espaço urbano



09 Controlando a exposição precoce às mídias eletrônicas e digitais



10 Evitando acidentes na primeira infância



11

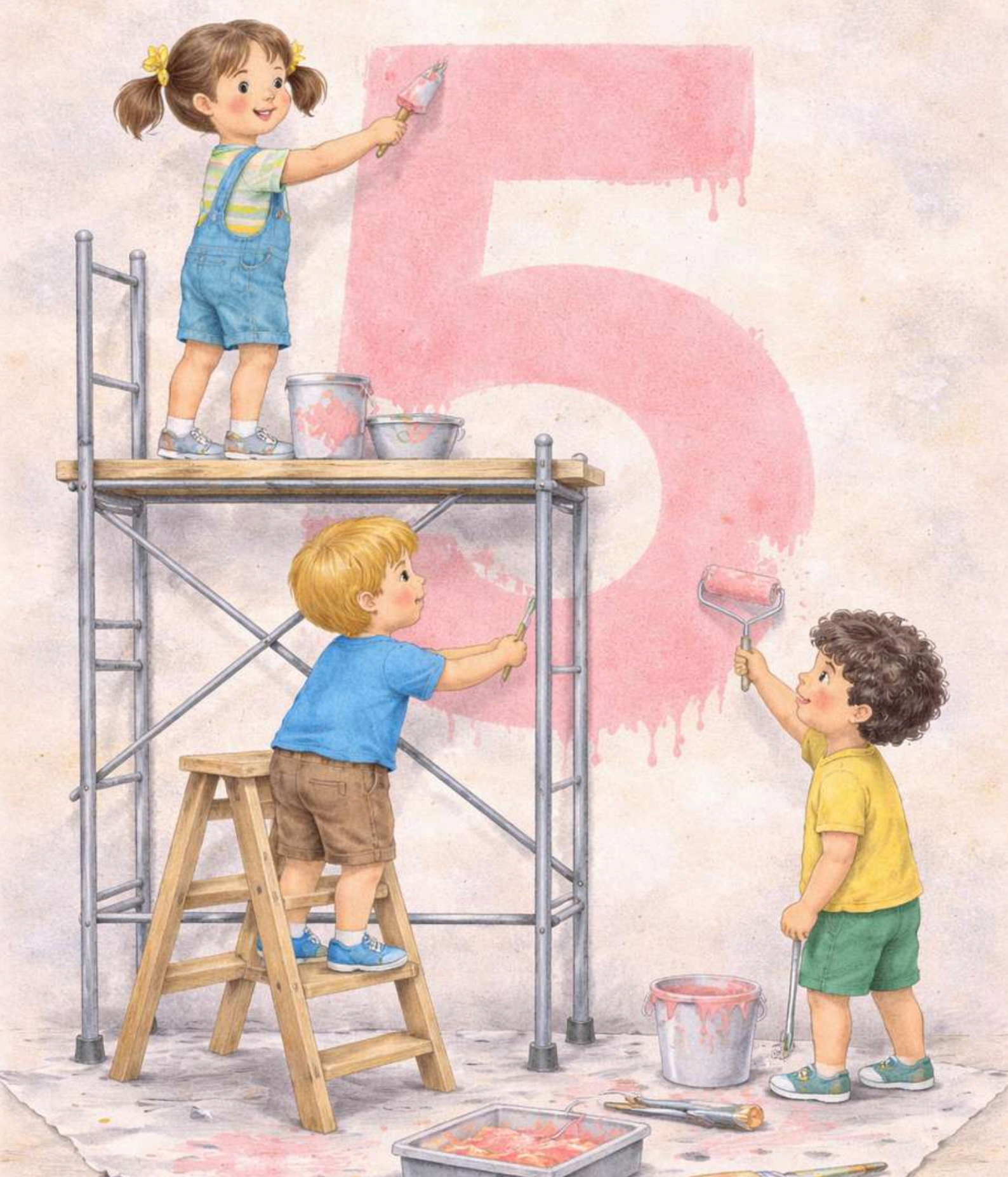
Governança, gestão e monitoramento do PMPIA



A vinculação dos eixos do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) **reafirma o compromisso do município com a Agenda 2030 das Nações Unidas**, consolidando a Primeira Infância como prioridade transversal nas políticas públicas locais.

Esse alinhamento estratégico assegura que cada ação, meta e indicador definidos no PMPIA contribuam para a redução das desigualdades, o fortalecimento das famílias e comunidades, a promoção da saúde e educação de qualidade, e o desenvolvimento urbano e ambiental sustentável.

Mais do que uma adequação formal, **essa integração expressa uma visão de futuro orientada pelo desenvolvimento humano integral das crianças**, em harmonia com o território, a sustentabilidade e a equidade social, assegurando que os investimentos realizados nos primeiros anos de vida gerem impactos positivos duradouros, não apenas para as crianças de hoje, mas para toda a sociedade alvinlandense no horizonte de 2030 e além.



Plano de Ações

5.1. Matriz de Ações

A Matriz de Ações constitui o principal instrumento operacional do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPIA). Sua finalidade é traduzir as diretrizes e os eixos estratégicos do plano em ações concretas, mensuráveis e passíveis de monitoramento, assegurando a execução articulada das políticas públicas voltadas às crianças de 0 a 6 anos e às suas famílias.

Organizada de forma intersetorial, a matriz possibilita acompanhar o desempenho das políticas públicas e avaliar o cumprimento das metas pactuadas ao longo do período de vigência do PMPIA (2025–2035). Cada ação foi definida com base nas evidências levantadas durante o diagnóstico municipal e nas contribuições dos agentes públicos, dos conselhos de direitos e da sociedade civil.

A estrutura da Matriz é composta pelos seguintes elementos:

Ação: corresponde à iniciativa concreta a ser executada pelo poder público municipal, de forma isolada ou em parceria intersetorial. Cada ação busca enfrentar desafios diagnosticados em determinada área temática, como saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, segurança ou gestão pública. As ações são formuladas de modo objetivo, operacional e verificável, representando o “o que será feito” para alcançar determinado resultado.

Meta: representa o resultado esperado a partir da execução da ação. É formulada de maneira realista, mensurável e factível, expressando “o que se pretende alcançar”. As metas orientam o planejamento e permitem a aferição do progresso em períodos definidos, subsidiando os relatórios de monitoramento e avaliação.

Indicador: é o parâmetro utilizado para medir o avanço ou o cumprimento das metas. Os indicadores permitem transformar informações qualitativas em dados quantitativos, possibilitando o acompanhamento técnico e a avaliação de impacto. Sempre que possível, os indicadores estão vinculados a bases de dados oficiais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Censo Escolar, o Cadastro Único e os sistemas municipais de informação.

Prazo: define o horizonte temporal previsto para a implementação de cada ação ou alcance da meta, respeitando o período de vigência decenal do PMPIA. Os prazos são classificados em:

Curto Prazo	0 a 3 anos	Ações estruturantes de início imediato ou de rápida execução, geralmente de caráter operacional, capacitação ou implantação piloto.
Médio Prazo	4 a 6 anos	Ações de consolidação e expansão de programas e políticas que exigem articulação intersetorial e recursos contínuos.
Longo Prazo	7 a 10 anos	Ações de caráter estrutural, investimentos de grande porte e consolidação de políticas públicas permanentes.

Essa gradação permite escalonar as ações segundo a complexidade, a necessidade de recursos e a prioridade de implementação.

Área Responsável: identifica a secretaria municipal, conselho de direitos ou órgão gestor responsável pela execução direta ou pela coordenação da ação. A definição das áreas responsáveis reflete o princípio da intersetorialidade, assegurando que cada política setorial contribua de forma integrada para a efetivação dos direitos da primeira infância. Quando necessário, são indicadas áreas corresponsáveis, com o objetivo de reforçar o trabalho em rede e a gestão compartilhada.

Para tanto, foram consideradas as seguintes áreas institucionais:

Sigla	Nome Completo
CME	Conselho Municipal de Educação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CT	Conselho Tutelar
DMA	Diretoria Municipal de Administração
DMAG	Diretoria Municipal de Agricultura

DME	Diretoria Municipal de Educação
DMF	Diretoria Municipal da Fazenda
DMETC	Diretoria Municipal de Esportes, Turismo e Cultura
DMPAS	Diretoria Municipal de Promoção e Assistência Social
DMS	Diretoria Municipal de Saúde
SAJ	Secretaria de Assuntos Jurídicos
SMG	Secretaria Municipal de Gabinete
DMSP	Secretaria Municipal de Serviços Públicos

Em observância ao disposto no artigo 4º da **Lei Municipal nº 1.994, de 3 de dezembro de 2025**, a Matriz de Ações do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia encontra-se estruturada em onze eixos estratégicos, definidos de modo a contemplar, de forma articulada e intersetorial, as dimensões fundamentais à garantia do desenvolvimento integral na primeira infância. Tais eixos abrangem as áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, gestão intersetorial, mobilidade e segurança, enfrentamento à violência, consumo e mídias, alimentação saudável e atenção às crianças com deficiência.

Essa organização confere unidade lógica e coerência técnico-metodológica ao Plano, ao estabelecer correspondência entre o diagnóstico situacional, as diretrizes formuladas e o conjunto de ações proposto. Além disso, possibilita a definição de objetivos específicos, metas e estratégias compatíveis com as políticas públicas municipais voltadas à primeira infância, favorecendo a implementação articulada, a sustentabilidade institucional das ações, a transparência da gestão, o monitoramento sistemático e a avaliação contínua dos resultados alcançados.

Eixo 1 – Convivência Familiar e Comunitária

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
1.01	Ampliar ações de envolvimento das famílias (reuniões, oficinas, rodas de conversa e conselhos escolares).	Realizar atividades participativas em 100% das unidades de Educação Infantil até o final do ciclo do PMPIA.	Nº de escolas com ações de envolvimento familiar realizadas por ano.	Médio	DME / CMDCA
1.02	Criar canais de comunicação permanentes entre escola e famílias.	Implantar canais digitais e presenciais em todas as EMEl e creches até o 2º ano de vigência do plano.	Nº de unidades com canais ativos e acessíveis às famílias.	Curto	DME / DMETC
1.03	Realizar campanhas e formações que envolvam homens no cuidado desde o pré-natal; corresponsabilidade parental e a valorização da maternidade.	Realizar campanhas e formações que envolvam homens no cuidado desde o pré-natal; corresponsabilidade parental e a valorização da maternidade.	Nº de formações realizadas / Nº de participantes / Inclusão do tema no PPP escolar.	Médio	DMS / DME
1.04	Desenvolver campanhas de comunicação institucional de conscientização sobre a importância dos primeiros anos de vida, juntamente com ações educativas sobre saúde, nutrição, vínculo familiar e prevenção da violência, com materiais informativos acessíveis e voltados para famílias, escolas e comunidades.	Criar e divulgar anualmente materiais educativos sobre desenvolvimento infantil e prevenção da violência.	Nº de materiais produzidos e distribuídos / Alcance estimado da comunicação.	Curto	SMG / DME / DMS / DMPAS

Eixo 2 - Crianças na Diversidade

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
2.01	Fortalecer o CMDPD e a rede de apoio às famílias com crianças com deficiência.	Fortalecer o CMDPD e ampliar a rede de apoio às famílias com crianças com deficiência.	Nº de ações articuladas pelo CMDPD / Nº de famílias acompanhadas.	Curto	CMDPD / DMPAS / DMS
2.02	Implantar programa municipal de atenção integral às crianças com TEA e outras deficiências do neurodesenvolvimento, com organização de fluxos de cuidado, acolhimento às famílias e articulação intersetorial inspirada em boas práticas de atenção especializada.	Instituir 1 programa municipal com protocolo de atendimento e acompanhamento intersetorial às crianças e famílias.	Programa implantado / Protocolo instituído / Nº de crianças acompanhadas	Médio	CMDPD / DMS / DMPAS / CMDCA
2.03	Assegurar a presença de mediadores escolares e o uso de recursos de acessibilidade pedagógica e comunicação alternativa para crianças com deficiência ou TEA, conforme avaliação técnica e necessidade educacional identificada.	Garantir atendimento educacional com mediação e recursos de acessibilidade às crianças elegíveis da rede municipal.	Nº de mediadores disponibilizados / Nº de crianças atendidas / Nº de recursos implantados	Curto	CMDPD / DME
2.04	Incentivar a adoção de tecnologias assistivas e softwares de comunicação alternativa aumentativa para crianças não verbais, visando ampliar a acessibilidade, a interação social e a qualidade de vida.	Disponibilizar recursos de comunicação alternativa para crianças não verbais acompanhadas pela rede municipal, conforme indicação técnica.	Nº de crianças beneficiadas / Nº de recursos disponibilizados / Nº de profissionais orientados	Médio	DMS / DME

Eixo 3 – Saúde Materna e Infantil

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
3.01	Fortalecer as equipes multiprofissionais (E-Mult) com foco no desenvolvimento infantil.	Assegurar a presença de equipes multiprofissionais (E-Mult) em 100% das Unidades de Saúde.	Nº de equipes E-Mult implantadas / Nº total de UBSS.	Médio	DMS / CMS
3.02	Instituir o Programa “Crescer com Saúde”, com ações integradas em nutrição, vacinação e desenvolvimento.	Instituir o Programa “Crescer com Saúde” e iniciar a execução realizando ao menos 1 ação mensal no município.	Programa instituído / Nº ações realizadas	Médio	DMS
3.03	Desenvolver serviços de apoio psicológico e saúde mental materno-infantil.	Implantar serviço de apoio psicológico e saúde mental materno-infantil em uma unidade de referência.	Serviço implantado / Nº de atendimentos realizados.	Médio	DMS / DMPAS
3.04	Manter e ampliar o “Cantinho do Brincar” como espaços de convivência infantil em UBSS	Garantia de espaço de convivência infantil em todas as UBSS.	Nº de espaços implantados.	Médio	DMS / DMSP
3.05	Humanizar os consultórios pediátricos por meio da adequação dos ambientes físicos com elementos lúdicos, acolhedores e apropriados ao público infantil, visando qualificar o atendimento à primeira infância.	Adequar os consultórios pediátricos da rede municipal com ambientação lúdica e acolhedora para atendimento infantil.	Consultórios adequados / Ambientes humanizados / Nº de unidades adaptadas	Curto	DMS / DMA
3.06	Oferecer formações periódicas sobre desenvolvimento infantil, aleitamento materno e humanização.	Oferecer uma formação anual sobre desenvolvimento infantil e aleitamento materno para equipes de saúde.	Nº de formações / Nº de profissionais capacitados.	Curto	DMS / SMG
3.07	Formar educadores, agentes comunitários e equipes escolares em prevenção de riscos, primeiros socorros e resposta a emergências.	Capacitar educadores, agentes comunitários e equipes escolares em primeiros socorros e prevenção de riscos.	Nº de capacitações realizadas / Nº de participantes.	Curto	DMS / SMG / DME

Eixo 3 – Saúde Materna e Infantil

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
3.08	Criar manuais simplificados e acessíveis para profissionais e famílias.	Produzir e distribuir um manual simplificado com orientações de saúde e cuidados infantis para famílias.	Nº de manuais distribuídos / Alcance estimado.	Curto	DMS / SMG
3.09	Garantia de cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária	Manter em 100% de cobertura de Saúde Bucal na APS	% de cobertura ESB/APS (e-SUS/SIA)	Curto	DMS
3.10	Educação em Saúde Bucal em Creches e EMEIs e grupos de pais	Realizar ações de saúde bucal em 100% das Creches/EMEIs ao menos 2x/ano	Nº de unidades com ação realizada / Nº de participantes / Entrega de kits/escovação supervisionada	Curto	DMS / DME
3.11	Aprimorar a cobertura vacinal (extramuros, busca ativa, checagem de caderneta)	Atingir ≥95% para todas as vacinas do PNI nas crianças de 0-6 anos e monitorar 100% das cadernetas na rede escolar	Cobertura por vacina (SI-PNI) / % de cadernetas verificadas / Nº de ações extramuros	Médio	DMS / DME
3.12	Vacinação extramuros nas escolas	Realizar ao menos 1 ação semestral de vacinação/busca ativa em 100% das escolas/EMEI	Nº de ações realizadas / Nº de unidades cobertas / Nº de crianças vacinadas/regularizadas	Curto	DMS / DME
3.13	Campanhas de prevenção de acidentes na infância (educação, ambiente seguro, protocolos)	Realizar campanhas anuais em UBSSs, Creches/EMEIs e mídias oficiais	Nº de campanhas / Nº de unidades alcançadas / Alcance estimado	Curto	DMS / SMG / DME / DMS
3.14	Realizar campanhas educativas e encontros periódicos com o grupo de gestantes, conduzidos por equipe técnica multiprofissional, com foco em pré-natal, aleitamento materno, cuidados com o bebê e fortalecimento de vínculos.	Implantar e manter grupo de gestantes com, no mínimo, 4 ações coletivas anuais.	Nº de campanhas realizadas / Nº de encontros realizados / Nº de gestantes participantes	Curto	DMS
3.15	Estruturar linha de cuidado em saúde para crianças com TEA, contemplando abordagem comportamental, orientação às famílias, manejo da seletividade alimentar e utilização de recursos terapêuticos e tecnológicos de apoio à comunicação e ao desenvolvimento.	Implantar linha de cuidado especializada com atendimento multiprofissional e acompanhamento dos casos prioritários.	Linha de cuidado implantada / Nº de crianças em acompanhamento / Nº de atendimentos realizados	Médio	DMS

Eixo 4 – Educação Infantil					
ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
4.01	Implementar programa permanente de formação continuada (HTPC/HTPI) voltado à Educação Infantil.	Garantir, anualmente, a oferta de formações continuadas (HTPC/HTPI) voltadas à Educação Infantil.	Nº de formações realizadas / Nº de profissionais participantes.	Curto	DME / SMG
4.02	Promover intercâmbios, mentorias e capacitações temáticas sobre inclusão, ludicidade e diversidade.	Realizar, anualmente, ao menos um intercâmbio ou ciclo de mentorias sobre inclusão e ludicidade.	Nº de intercâmbios e mentorias realizadas.	Curto	DME / CMDCA
4.03	Implantar espaço adequado para amamentação na unidade de creche em funcionamento e assegurar a previsão desse ambiente no projeto arquitetônico da nova creche, em conformidade com os parâmetros de acolhimento e atendimento à primeira infância.	Disponibilizar 1 espaço de amamentação adequado na creche atual e inserir esse ambiente no projeto da nova unidade.	Espaço implantado / Projeto adaptado / Nº de adequações realizadas	Curto	DME / DMA
4.04	Assegurar a implantação de nova unidade de Educação Infantil, com infraestrutura adequada, acessível, segura e compatível com os parâmetros normativos, para substituição da Unidade Ariane Nogueira Dias e ampliação qualificada da oferta de vagas em creche.	Implantar 01 nova creche, em substituição à Unidade Ariane Nogueira Dias, com infraestrutura adequada, acessibilidade, segurança e capacidade de ampliação qualificada de vagas.	Nº de novas unidades construídas / Ampliação de vagas.	Longo	DME / DMSP / DMF
4.05	Garantir atendimento individualizado para crianças com TEA e NEE no município de Alvinlândia.	Manter o atendimento individualizado para crianças com TEA e NEE em todas as unidades de Educação Infantil.	Nº de crianças com planos individualizados de acompanhamento.	Médio	DME / CMDPD / DMS
4.06	Implementar ações de sensibilização sobre inclusão e diversidade na comunidade escolar.	Promover, anualmente, ao menos duas campanhas internas de sensibilização sobre inclusão e diversidade na comunidade escolar.	Nº de campanhas realizadas / Grau de participação da comunidade escolar.	Curto	DME / CMDCA / CMDPD
4.07	Implementar práticas pedagógicas inclusivas, antirracistas e multiculturais.	Inserir práticas pedagógicas inclusivas, antirracistas e multiculturais nas formações e no currículo das EMElS.	Nº de formações realizadas / Referências nos planos de aula.	Curto	DME / CMDCA

Eixo 5 – Assistência Social às Crianças e Suas Famílias

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
5.01	Criar programas de apoio parental e psicossocial para acesso a benefícios sociais.	Criar e manter ao menos 01 grupo de apoio no município.	Nº de grupos ativos / Nº de participantes.	Curto	DMPAS / DMS
5.02	Promover ações voltadas à criança com deficiência e TEA, com oficinas de alfabetização parental, orientação sobre direitos e acesso aos serviços públicos.	Promover, semestralmente, oficinas para famílias com crianças com deficiência ou TEA sobre direitos e acesso a serviços públicos.	Nº de oficinas realizadas / Nº de famílias participantes.	Médio	DMPAS / CMDPD / DMS / DMETC
5.03	Implantar o Programa Criança Feliz no município de Alvinlândia, visando o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos.	Instituir o programa e iniciar atendimento com equipes mínimas em territórios prioritários, com expansão gradual.	Programa criado / Nº de visitas realizadas / Nº de famílias acompanhadas.	Médio	DMPAS / SMG / CMDCA
5.04	Fortalecer a articulação entre Saúde, Educação, Assistência Social e Conselho Tutelar com a participação ativa da Rede de Atenção à Primeira Infância.	Realizar reuniões bimestrais de articulação entre Saúde, Educação, Assistência Social e Conselhos Tutelares.	Nº de reuniões realizadas / Nº de encaminhamentos conjuntos registrados.	Curto	DMPAS / DMS / DME / CT
5.05	Desenvolver programas de qualificação profissional para reinserção das mães no mercado de trabalho e garantir vagas prioritárias em creches.	Ofertar cursos de qualificação profissional para mães em situação de vulnerabilidade, garantindo acesso prioritário às creches.	Nº de cursos ofertados / Nº de participantes / Nº de mães reinseridas no mercado de trabalho.	Médio	DMPAS / DME / DMPAS
5.06	Estimular a criação de redes locais de apoio materno e formar lideranças femininas nos territórios.	Estimular a criação de redes de apoio materno e formação de lideranças femininas em, pelo menos, três territórios do município.	Nº de redes formadas / Nº de lideranças capacitadas.	Médio	/ DMPAS
5.07	Implantar rotina sistemática de revisão, atualização e validação cadastral dos usuários de todos os programas assistenciais do município, com periodicidade definida e integração entre os registros administrativos da rede socioassistencial.	Atualizar e validar, no mínimo, 90% dos cadastros dos usuários dos programas assistenciais municipais, com cronograma permanente de revisão instituído.	Percentual de cadastros revisados e atualizados / Nº de programas com rotina de revisão implantada;	Prazo	DMPAS
5.08	Implantar espaço específico para crianças no CRAS, com organização de brinquedoteca ou ambiente lúdico adaptado ao atendimento na primeira infância.	Disponibilizar 1 espaço infantil adequado no CRAS para acolhimento e atendimento de crianças na primeira infância.	Espaço implantado / Ambiente adaptado / Nº de crianças atendidas	Prazo	DMPAS

Eixo 6 - Atenção Integral às Crianças e Suas Famílias em Situação de Violência

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
6.01	Implantar o Programa "Escola Protetora", capacitando profissionais da rede de Educação Infantil e Ensino Fundamental I para identificar sinais de violência e acionar a rede de proteção, com pontos focais de referência em cada unidade escolar.	Implantar o Programa "Escola Protetora" em 100% das unidades de Educação Infantil e Ensino Fundamental I, com pontos focais treinados para identificação de sinais de violência.	Nº de escolas com pontos focais designados / Nº de capacitações realizadas / Nº de casos notificados via escola.	Médio	DME / DMPAS / DMSP / CT / CMDCA
6.02	Aplicar o Protocolo Municipal Integrado de Prevenção e Enfrentamento à Violência na Primeira Infância dentro do programa "Escola Protetora" com a elaboração de fluxos padronizados de notificação, encaminhamento e acompanhamento de casos de violência física, psicológica, negligência e abuso sexual envolvendo crianças de 0 a 6 anos, integrando com os serviços de Educação, Saúde, Assistência Social, Conselho Tutelar, CRAS com responsabilidades definidas e canais de comunicação diretos.	Operacionalizar o Protocolo Municipal Integrado de Prevenção e Enfrentamento à Violência na Primeira Infância, garantindo fluxos de notificação e acompanhamento padronizados em todo o município.	Protocolo ativo / Nº de casos acompanhados via fluxo unificado / Nº de servidores capacitados.	Curto	DMPAS / DMS / DME / CT
6.03	Realizar capacitação continuada dos profissionais da rede do SGD sobre Escuta Especializada, com foco na proteção integral e na atuação intersectorial nos casos de violência contra crianças.	Capacitar, no mínimo, 80% dos profissionais da rede do SGD que atuam no atendimento à criança e à família.	Nº de capacitações realizadas / Nº de profissionais capacitados / % de cobertura da rede	Curto	CMDCA / DMPAS / DME / DMS / CT
6.04	Adequar e disponibilizar espaço físico reservado, acolhedor e adaptado para a realização da Escuta Protegida, assegurando condições apropriadas de sigilo, conforto e atendimento humanizado.	Implantar 1 espaço adequado e adaptado para a realização da Escuta Protegida no município.	Espaço implantado / Ambiente adaptado / Nº de atendimentos realizados no local	Curto	DMPAS / CT / CMDCA

Eixo 7 – O Brincar e o Lazer					
ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
7.01	Integrar esporte e cultura por meio dos programas "Programa Brincar é Aprender e Cultura em Movimento".	Executar, anualmente, projetos conjuntos de integração cultural e esportiva, como "Cultura e Movimento" e "Brincar é Aprender".	Nº de projetos realizados / Nº de participantes.	Curto	SMCTE / DMETC / DME
7.02	Criar o Programa de Atividade Física na Primeira Infância, com esportes leves como natação, dança, capoeira e jogos cooperativos.	Implementar o Programa de Atividade Física na Primeira Infância em pelo menos 50% das escolas de Educação Infantil.	Nº de escolas atendidas / Nº de atividades esportivas desenvolvidas.	Médio	DMETC / DME
7.03	Realizar ações esportivas inclusivas para crianças com deficiência e TEA, promovendo a adaptação de equipamentos e materiais esportivos acessíveis e campanhas de sensibilização sobre o esporte como direito.	Promover ações esportivas inclusivas com adaptação de equipamentos e campanhas de sensibilização sobre o esporte como direito.	Nº de ações inclusivas realizadas / Nº de crianças com deficiência atendidas.	Médio	DMETC / CMDPD / DME
7.04	Estabelecer parcerias com o setor privado e organizações comunitárias para patrocínio e voluntariado na criação de festivais de esporte e cultura da infância.	Estabelecer parcerias com o setor privado e organizações sociais para festivais de esporte e cultura da infância.	Nº de parcerias firmadas / Nº de festivais realizados.	Curto	DMETC / SMCTE / SMG
7.05	Criar bibliotecas públicas municipais com acervo infantil diversificado.	Criar pelo menos uma biblioteca pública municipal com acervo infantil diversificado até o final da vigência do plano.	Nº de bibliotecas criadas / Nº de empréstimos e usuários registrados.	Médio	SMCTE / DME / DMSP

Eixo 7 – O Brincar e o Lazer

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
7.06	Criar um calendário anual de eventos culturais voltados às crianças e famílias incluindo a semana da Primeira Infância.	Criar e manter um calendário anual de eventos culturais dedicados às crianças e famílias, incluindo oficialmente a Semana da Primeira Infância com atividades culturais, artísticas e recreativas anuais.	Calendário publicado / Nº de eventos executados por ano.	Curto	SMCTE / DMETC / DME
7.07	Criar programas de incentivo à produção cultural infantil.	Criar programa municipal de incentivo à produção cultural infantil, apoiando iniciativas locais.	Programa criado / Nº de projetos beneficiados.	Médio	SMCTE / DMF / CMDCA
7.08	Revitalizar e adequar a estrutura física da Casa dos Projetos, de modo a qualificar o espaço para o desenvolvimento de atividades lúdicas, educativas e de convivência voltadas às crianças da primeira infância.	Realizar a revitalização da Casa dos Projetos, com adequações físicas mínimas para atendimento qualificado às crianças.	Espaço revitalizado / Estrutura adequada / Nº de melhorias realizadas	Prazo	DMPAS / DMETC / DMA
7.09	Manter e ampliar os espaços públicos de lazer, como praças, parques e playgrounds.	Manter e ampliar anualmente os espaços públicos de lazer voltados à Primeira Infância.	Nº de praças, parques e playgrounds revitalizados / Nº de usuários atendidos.	Curto	DMETC / DMSP / DMPAS
7.11	Promover projetos de leitura e contação de histórias em parceria com escolas e EMELs.	Promover mensalmente ações de leitura e contação de histórias em parceria com escolas e EMELs.	Nº de ações realizadas / Nº de participantes.	Curto	SMCTE / DME

Eixo 8 – A Criança e o Espaço Urbano

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
8.01	Integrar políticas de trânsito e mobilidade infantil ao planejamento urbano.	Incluir diretrizes de mobilidade infantil e segurança no trânsito no planejamento urbano municipal.	Diretrizes inseridas nos planos de mobilidade e urbanismo / Projetos executados.	Médio	DMSP / SMG / DME
8.02	Contribuir com o planejamento da infraestrutura do território urbano com foco em mães e crianças, assegurando fraldários e espaços públicos seguros e acolhedores.	Assegurar que novos projetos de infraestrutura urbana contemplem fraldários e áreas acolhedoras para mães e crianças.	Nº de projetos adequados	Médio	DMSP / DMS
8.03	Adequar e qualificar praças, parques e áreas públicas de convivência para o uso seguro e acessível por crianças na primeira infância e suas famílias.	Ampliar e/ou adequar os espaços públicos de lazer com infraestrutura segura, acessível e apropriada à primeira infância.	Nº de espaços adequados / Áreas revitalizadas	Médio	DMSP / DMETC
8.04	Implantar melhorias de acessibilidade e segurança no entorno dos equipamentos públicos frequentados por crianças, com atenção às calçadas, sinalização e travessias.	Assegurar condições de acesso seguro e acessível no entorno dos principais equipamentos públicos voltados à primeira infância.	Nº de entornos adequados / Sinalizações implantadas	Médio	DMSP / DME / DMS
8.05	Realizar escuta territorial com crianças, famílias e profissionais para identificar melhorias prioritárias nos espaços públicos e no entorno dos equipamentos da primeira infância.	Instituir, no mínimo, 1 processo anual de escuta e incorporar as prioridades identificadas ao planejamento municipal.	Nº de escutas realizadas / Nº de propostas incorporadas	Curto	SMG / DME / CMDCA

Eixo 9 – Controlando a exposição precoce das crianças às mídias eletrônicas e digitais

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
9.01	Implementar campanhas educativas permanentes de sensibilização sobre o consumo consciente na infância, orientando famílias, escolas e a comunidade sobre os impactos do marketing infantil, da exposição excessiva às telas e da indução ao consumo precoce, em parceria com a Secretaria de Educação e o Procon Municipal.	Realizar campanhas educativas permanentes de sensibilização sobre o consumo consciente e os impactos do marketing infantil.	Nº de campanhas anuais / Nº de escolas e famílias alcançadas.	Curto	DME / SAJ / SMG
9.02	Criar o Programa “Infância Livre de Consumismo”, com ações intersetoriais voltadas à regulação da publicidade dirigida às crianças, à promoção de brincadeiras não comerciais e à valorização do brincar criativo, da leitura e da convivência comunitária.	Implementar o Programa “Infância Livre de Consumismo”, promovendo brincadeiras não comerciais e atividades culturais voltadas à convivência comunitária.	Programa instituído / Nº de atividades realizadas / Nº de crianças participantes.	Médio	DME / SMCTE / SAJ
9.03	Inserir a temática do consumo responsável e da educação midiática nos projetos pedagógicos das creches e escolas municipais, promovendo atividades lúdicas, rodas de conversa e oficinas com famílias sobre escolhas conscientes e uso equilibrado de tecnologias.	Inserir a temática do consumo responsável e da educação midiática nos projetos pedagógicos das creches e escolas municipais.	Nº de escolas com conteúdo inserido nos PPPs / Nº de oficinas e atividades realizadas.	Médio	DME / DMETC / CMDCA

Eixo 10 – Evitando Acidentes na Primeira Infância

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
10.01	Implementar o Programa Municipal de Prevenção de Quedas na Primeira Infância, com foco em residências, escolas e espaços públicos.	Reduzir em 50% o número de ocorrências de quedas envolvendo crianças de 0 a 6 anos até o final do período do Plano.	Nº de ocorrências de quedas registradas na rede de saúde. / Nº de famílias alcançadas em campanhas educativas. / Nº de unidades com adequações estruturais realizadas.	Longo	DMS / DME / SMG / DMSP
10.02	Realizar campanhas permanentes de conscientização sobre os riscos da automedicação infantil e do uso indevido de medicamentos.	Realizar 1 campanha anual em todas as unidades de saúde e escolas de educação infantil.	Nº de campanhas realizadas. / Nº de materiais informativos distribuídos. Taxa de conhecimento das famílias sobre automedicação (pesquisa amostral).	Curto	DMS / DME / SMG
10.03	Adequar e certificar espaços públicos e equipamentos infantis quanto à segurança física e estrutural (praças, parques e creches).	Garantir que 100% dos espaços públicos infantis passem por vistoria e adequação até 2030.	Nº de equipamentos vistoriados e adequados. / Nº de certificados de conformidade e emitidos. Redução de notificações de acidentes em espaços públicos.	Médio	DMSP / SDMAG / SMG / DME
10.04	Desenvolver campanhas educativas e ações comunitárias de prevenção de acidentes por picadas de escorpiões e outros animais peçonhentos.	Realizar ao menos 01 campanha educativa anual.	Nº de campanhas realizadas no ano base	Médio	DMS / SMG / SDMAG
10.05	Capacitar profissionais das áreas de educação, saúde e assistência social para identificação de riscos e primeiros socorros em casos de acidentes na infância.	Capacitar 100% dos profissionais das unidades de ensino e saúde infantil até 2027.	Nº de capacitações realizadas. / Nº de profissionais capacitados. Índice de aproveitamento das formações.	Curto	DMS / DME / DMPAS / SMG

Eixo 11 – Gestão, governança e participação social

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
11.01	Instituir protocolos e fluxos de comunicação entre o Comitê Municipal da Primeira Infância, com rotinas de planejamento e prestação de contas conjuntas entre todas as secretarias e diretorias participantes.	Criar 01 (um) protocolos e fluxos de comunicação	Protocolos formalizados / Nº de reuniões intersecretoriais realizadas.	Curto	SMG / DME / DMS / DMETC / DMPAS
11.02	Garantia à participação ativa do Comitê Intersetorial da Primeira Infância.	Manter os membros participantes do Comitê ativos e participantes nas ações da Primeira Infância.	Nº de reuniões com atas registradas / Taxa de participação institucional.	Curto	SMG / CMDCA / DMPAS
11.03	Estabelecer fluxos de comunicação unificados entre UBSs, escolas e CRAS.	Implementar fluxos unificados de comunicação entre UBSs, escolas e CRAS para acompanhamento familiar.	Fluxo implantado / Nº de encaminhamentos compartilhados entre as redes.	Médio	DMS / DME / DMPAS
11.04	Implantar uma Plataforma Integrada de Informações para o acompanhamento de indicadores do Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia, garantindo a interoperabilidade dos dados e orientar políticas públicas e avaliar resultados.	Implantar o Sistema Municipal Unificado de Informações da Primeira Infância (SIMUPI).	Sistema implantado / Nº de usuários ativos / Base de dados integrada.	Médio	DMETC / SMG / DMS / DME
11.05	Garantir dotação orçamentária específica e metas voltadas à Primeira Infância no PPA, LDO e LOA.	Garantir dotação orçamentária específica e metas voltadas à Primeira Infância nos instrumentos de planejamento municipal (PPA, LDO e LOA).	Inclusão de programas e ações no orçamento / Percentual de recursos destinados à Primeira Infância.	Médio	DMF / SMG / CMDCA
11.06	Criar um núcleo técnico permanente de acompanhamento do PMPIA.	Criar um núcleo técnico permanente de acompanhamento e avaliação do PMPIA.	Núcleo instituído / Nº de reuniões anuais / Relatórios técnicos publicados.	Curto	SMG / CMDCA / DME / DMS / DMPAS

Eixo 11 – Gestão, governança e participação social.

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
11.07	Publicar periodicamente relatórios de indicadores da Primeira Infância no portal da transparência municipal, instituindo mecanismos participativos de escuta da sociedade civil e dos conselhos.	Publicar relatórios periódicos de indicadores da Primeira Infância no portal da transparência municipal, com mecanismos de escuta da sociedade civil.	Nº de relatórios publicados / Nº de consultas públicas e audiências realizadas.	Curto	SMG / CMDCA / DMETC
11.08	Assegurar infraestrutura adequada, equipe técnica e orçamento próprio para cada conselho setorial.	Garantir infraestrutura, equipe técnica e orçamento próprio para funcionamento pleno dos conselhos setoriais.	Nº de conselhos com estrutura e equipe próprias / Percentual do orçamento destinado.	Médio	SMG / DMF / CMDCA
11.09	Garantir capacitação permanente dos conselheiros.	Promover capacitação permanente dos conselheiros sobre direitos, gestão e controle social.	Nº de capacitações realizadas / Nº de conselheiros formados.	Curto	CMDCA / CMDPD / SMG
11.10	Realizar formações contínuas para os Conselheiros de Direitos sobre o ECA, o Marco Legal da Primeira Infância e políticas inclusivas, em parceria com universidades e escolas de governo.	Realizar formações contínuas sobre o ECA, o Marco Legal da Primeira Infância e políticas inclusivas, em parceria com universidades e escolas de governo.	Nº de formações / Nº de parcerias institucionais firmadas.	Curto	CMDCA / SMG / SMG
11.11	Instituir, no âmbito do PMPi, protocolo intersetorial de priorização territorial do Bairro 33, com definição de fluxo de planejamento, acompanhamento e oferta integrada de ações voltadas à primeira infância.	Formalizar o Bairro 33 como território prioritário e implantar, no mínimo, 1 plano de ação intersetorial específico para a primeira infância no território.	Protocolo publicado; plano de ação elaborado; número de reuniões intersetoriais realizadas; número de ações executadas no Bairro 33.	Curto	SMG / DMPAS / CMDCA

Eixo 11 – Gestão, governança e participação social.

ITEM	AÇÃO	META	INDICADORES	PRAZO	ÁREA RESPONSÁVEL
11.12	Integrar a Defesa Civil aos planos e comitês da Primeira Infância.	Integrar a Defesa Civil aos planos e comitês da Primeira Infância.	Participação formalizada / N° de reuniões e ações integradas.	Curto	SMG / SMG / CMDCA
11.13	Desenvolver protocolos conjuntos entre Educação, Saúde e Assistência Social para gestão de crises que envolvam crianças, como enchentes, incêndios e epidemias.	Desenvolver protocolos conjuntos entre Educação, Saúde e Assistência Social para gestão de crises que envolvam crianças (enchentes, incêndios, epidemias etc.).	Protocolos elaborados e aprovados / N° de treinamentos realizados / Testes aplicados.	Curto	SMG / DME / DMS / DMPAS
11.14	Criar o Comitê Mirim da Primeira Infância de Alvinlândia.	Instituir e consolidar o Comitê Mirim da Primeira Infância com representantes de escolas, EMEIs e espaços comunitários, garantindo a participação ativa de crianças na revisão e acompanhamento das ações do PMPIÁ.	Comitê Mirim formalmente instituído por decreto ou portaria municipal. / N° de escolas e EMEIs participantes. / N° de reuniões realizadas por ano.	Médio	DME / SMG / CMDCA / SMCTE
11.15	Adquirir equipamentos de informática e apoio administrativo para o Conselho Tutelar, incluindo computadores, notebook e impressora multifuncional, visando qualificar a estrutura de trabalho e o atendimento prestado.	Disponibilizar os equipamentos essenciais ao funcionamento do Conselho Tutelar.	Equipamentos adquiridos / Estrutura adequada / N° de equipamentos disponibilizados	Curto	CT / DMA
11.16	Realizar capacitação inicial e continuada aos conselheiros tutelares para utilização do SIPIA e aperfeiçoamento das ações práticas inerentes ao exercício da função.	Capacitar 100% dos conselheiros tutelares no uso do SIPIA e instituir rotina de formação continuada para qualificação do trabalho.	N° de capacitações realizadas / N° de conselheiros capacitados / N° de registros no SIPIA	Curto	CT / CMDCA



Governança e Monitoramento

6.1. Implementação e monitoramento

Concluídas a elaboração, a aprovação e a entrada em vigor do PMPIA, impõe-se a estruturação de um sistema de monitoramento contínuo, já previsto no próprio Plano (Eixo II), que contempla a criação do Comitê Mirim da Primeira Infância, com representantes de escolas, EMElS e espaços comunitários, assegurando a participação ativa das crianças na revisão e no acompanhamento das ações. Também se prevê a emissão de relatórios periódicos de monitoramento, elaborados pelos conselhos competentes, com ampla divulgação no Portal da Transparência, além da necessária articulação desse acompanhamento com os demais instrumentos de planejamento municipal (PPA, LDO e LOA), de modo a garantir coerência programática, publicidade dos resultados e ajustes oportunos na implementação.

O Art. 11 da Lei Federal nº 13.257/2016, Marco Legal da Primeira Infância determina que:

“ as políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços às crianças e divulgação dos seus resultados ”

Para além de uma exigência legal, a avaliação das políticas públicas decorre do princípio de que a observação contínua e sistemática da realidade sobre a qual se pretende intervir constitui condição indispensável para a implementação de ações eficazes e compatíveis com as realidades existentes. Das rotinas de avaliação resulta um conjunto de informações que permite a correção de fluxos, a tomada de decisões em contextos de menor incerteza e a produção de conhecimento sobre práticas institucionais que, no âmbito deste Plano, visam à efetivação dos direitos e das garantias assegurados às crianças em suas múltiplas infâncias. (RNPI, 2020).

6.2. Divisão de Responsabilidades Institucionais

No âmbito do PMPIA, a execução e o monitoramento das ações observarão a abordagem intersetorial, com responsabilidades claramente definidas para cada órgão setorial e regras de corresponsabilização nos casos de ações integradas. Tal arranjo atende à diretriz de coordenação intersetorial e de monitoramento contínuo prevista na V diretriz.

Cada órgão listará, em seus instrumentos próprios, a(s) ação(ões) sob sua responsabilidade: planejamento anual, cronograma e orçamento, em coerência com os horizontes de prazo adotados pelo PMPIA (curto: 0–3 anos; médio: 4–6; longo: 7–10). Essa integração assegura a institucionalização no PPA, LDO e LOA.

Aferições seguirão os indicadores e metas da Matriz, priorizando fontes oficiais e metodologias claras, conforme as definições do próprio anexo. Toda atualização deverá respeitar o período de vigência decenal do PMPIA.

Os resultados de execução e monitoramento **serão consolidados em relatórios periódicos** elaborados pelos órgãos executivos municipais, com publicação no Portal da Transparência, nos termos do Eixo II, assegurando publicidade e controle social.

Para suportar o acompanhamento intersetorial, utilizar-se-ão as iniciativas previstas no Eixo II, a exemplo do SIMUPI e da base de dados intersetorial (Saúde, Educação e Assistência), favorecendo painéis e relatórios por eixo e por ação.

O acompanhamento contará com espaços permanentes de diálogo com políticas setoriais e escutas públicas com famílias e crianças, conforme previsto na Matriz (Eixo II), preservando a função dos conselhos e o protagonismo infantil.

6.3. Controle Social

Os resultados serão compartilhados com o CMDCA, CMS, CMDPD, CME e com demais conselhos e organizações da sociedade civil que atuam na área da primeira infância.

Esta divulgação, como recomenda o Marco Legal da Primeira Infância, atende ao direito dos cidadãos de saber se as políticas adotadas estão sendo efetivas, se a qualidade de vida de suas crianças está melhorando, se todas as crianças de todas as infâncias estão sendo incluídas com equidade e se as “diferenças de partida na vida” estão sendo corrigidas (RNPI 2020).

Por fim, **o monitoramento adotará caráter dinâmico e adaptativo**, prevendo a revisão e a reprogramação das ações da Matriz sempre que atos fortuitos ou mudanças conjunturais. Nessas hipóteses, as áreas responsáveis do(s) eixo(s) afetado(s) apresentarão proposta técnica de ajuste, podendo incluir replanejamento de etapas, recalibração de metas e indicadores, atualização de prazos, adequações metodológicas e inclusão de medidas emergenciais, com a devida integração aos instrumentos orçamentários (PPA, LDO e LOA) e respeito às regras de transparência e proteção de dados.



Considerações Finais

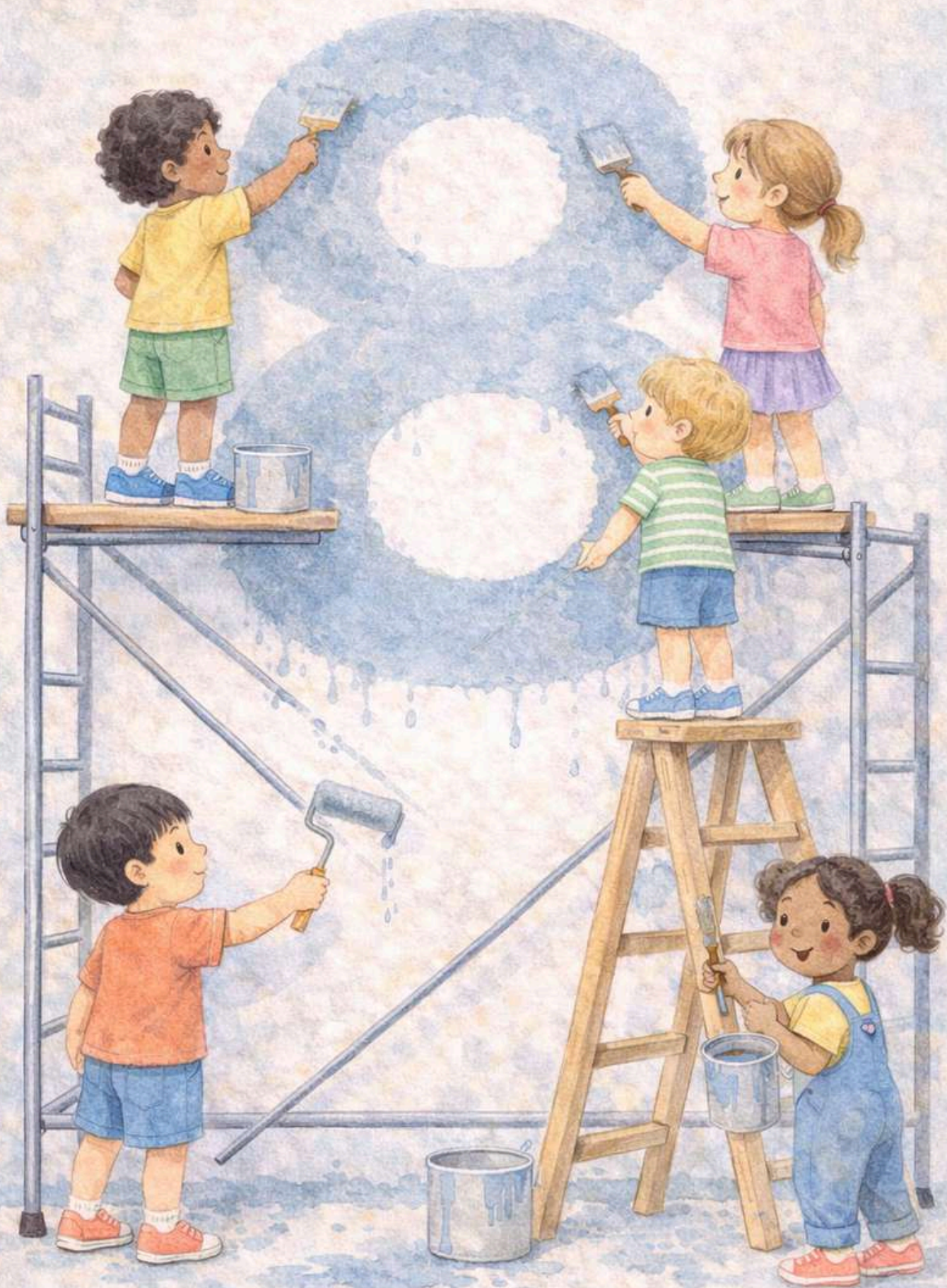
O Plano Municipal pela Primeira Infância de Alvinlândia (PMPIA) consolida-se como **instrumento público de caráter decenal, orientado pela prioridade absoluta dos direitos da criança, pela proteção integral e pela compreensão da primeira infância como etapa decisiva para o desenvolvimento humano**. Estruturado em consonância com a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Marco Legal da Primeira Infância, a Política Estadual pela Primeira Infância e a legislação municipal que instituiu o PMPIA 2026-2036, o Plano reafirma a responsabilidade compartilhada entre Estado, família e sociedade na promoção de condições dignas, seguras e acolhedoras para todas as crianças de Alvinlândia.

Sua elaboração representou mais do que o cumprimento de uma exigência normativa: **constituiu um processo técnico, participativo e intersetorial, apoiado em diagnóstico situacional, escuta social, articulação institucional e compromisso com a realidade local**. Nessa trajetória, a participação dos diversos setores da administração pública, dos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, das famílias e da comunidade conferiu legitimidade ao Plano, ao mesmo tempo em que fortaleceu a compreensão de que cuidar da primeira infância exige planejamento continuado, ação coordenada e sensibilidade para reconhecer as múltiplas infâncias presentes no território.

O PMPIA projeta, para Alvinlândia, uma agenda integrada de desenvolvimento social, na qual saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, mobilidade, meio ambiente e proteção assumem corresponsabilidade na promoção do bem-estar infantil. Ao estabelecer diretrizes, objetivos, metas e estratégias vinculadas ao monitoramento e à avaliação periódica, o Plano favorece a qualificação da gestão pública, amplia a capacidade de resposta do município e **contribui para que o planejamento governamental dialogue de modo efetivo com o PPA, a LDO e a LOA**, convertendo compromissos em ações sustentáveis e mensuráveis.

Ao reconhecer que a realidade social é dinâmica e que os desafios da infância exigem atualização permanente, o PMPIA também se firma como instrumento vivo, aberto ao aperfeiçoamento, à transparência e ao controle social. Sua implementação demandará continuidade administrativa, cooperação institucional, investimento público qualificado e permanente mobilização coletiva, para que cada meta pactuada produza impactos concretos na vida das crianças e de suas famílias, especialmente daquelas em situação de maior vulnerabilidade.

Assim, Alvinlândia inscreve, por meio deste Plano, uma decisão ética, política e civilizatória: **colocar a criança no centro do presente para transformar o futuro do município**. Que este compromisso permaneça vivo na gestão pública e na consciência coletiva, fazendo da primeira infância uma causa permanente de cuidado, justiça e esperança. **Cuidar do começo é garantir um futuro melhor para todos.**



Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 2 out. 2026.

_____. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Marco Legal da Primeira Infância**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 27 jan de 2026.

_____. LEI Nº 13.257, DE 08 DE MARÇO DE 2016. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3257.htm>. Acesso em 27 jan de 2026.

_____. DECRETO Nº 11.704, DE 14 DE SETEMBRO DE 2023. **Institui a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 27 jan de 2026.

_____. LEI Nº 13.431, DE 4 DE ABRIL DE 2017. **Lei da Escuta Protegida**. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 23 jan de 2026.

_____. LEI Nº 13.431, DE 4 DE ABRIL DE 2017. **Lei da Escuta Protegida**. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em jan out de 2026.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (NCPI). **Estudo n. 1: o impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem. 2014**. Disponível em: <<http://www.ncpi.org.br>>. Acesso em: 22 fev 2026.

MIRANDA, M. C.; PIZA, C. T.; SOUSA, A. L. de et al. **Projeto Pela Primeira Infância: temas do desenvolvimento infantil**. 2020. Disponível em: https://www.projetoprimeirainfancia.com.br/wp-content/uploads/2020/06/Apostila04_web.pdf. Acesso em: 15 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **A primeira infância: um olhar desde a neuroeducação. 2010**. Disponível em: <http://www.iin.oea.org/pdfiin/RH/primera-infancia-por.pdf>. Acesso em: 20 fev 2026.

YOUNG, Mary Eming (org.). **Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças**. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010.

:REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI). **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília, DF: RNPI, 2020. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>. Acesso em: 20 fev 2026.

NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (NCPI). **O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem**. Brasília, DF: NCPI, 2014. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/IMPACTO_DESENVOLVIMENTO_PRIMEIRA%20INFANCIA_SOBRE_APRENDIZAGEM.pdf. Acesso em: 12 mar. 2026.

UNICEF. **Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil>. Acesso em: 2 out. 2026.

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

VIGOTSKI, L. S.; LEONTIEV, A. N.; LURIA, A. R. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 10. ed. São Paulo: Ícone, 2006.

WALLON, H. **As origens do pensamento na criança**. São Paulo: Manole, 1986.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI); ANDI COMUNICAÇÃO E DIREITOS. **Instrumento de Diagnóstico Municipal da Primeira Infância**. 2. ed., revista e atualizada. Brasília, DF, 2020. [Dados editoriais ausentes]. Acesso em: 18 fev 2026.



Secretaria Municipal de Educação
alvinlandia.sp.gov.br
