

UM BRASIL PARA AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES

V RELATÓRIO



AVALIAÇÃO DA GESTÃO 2011-2014



UM BRASIL PARA AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES

V RELATÓRIO



AVALIAÇÃO DA GESTÃO 2011-2014

1ª Edição

São Paulo

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

2015





CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente

Carlos Antonio Tilkian

Vice-Presidente

Synésio Batista da Costa

Secretário

Bento José Gonçalves Alcoforado

Secretaria Executiva

Administradora Executiva

Heloisa Helena Silva de Oliveira

Gerente de Desenvolvimento de Programas e Projetos

Denise Maria Cesario

Gerente de Desenvolvimento Institucional

Victor Alcântara da Graça

Projeto Presidente Amigo da Criança

Jeniffer Caroline Luiz, Cesar Dalney de Souza Vale, Dayane Santos, Lidiane Oliveira Santos e Iolanda Barros de Oliveira

FICHA TÉCNICA

Texto

Carlos de Medeiros Delcidio, Denise Maria Cesario, Jeniffer Caroline Luiz, Mariana Camargo Simão e Wieland Silberschneider

Colaboração ao Texto – Fundação Abrinq

Andreia Lavelli, Cesar Dalney de Souza Vale, Daniela Resende Florio, João Pedro Sholl Cintra, Renato Mathias e Tatiana de Jesus Pardo

Colaboração ao Texto – Rede de Monitoramento Amiga da Criança

Dalka Chaves de Almeida Ferrari, Daniel Cara, Denise de Carvalho Campos, Gisela Solymos, Isa Maria de Oliveira, Maria Paula de Albuquerque, Marcia Oliveira e Marina Castro

Revisão de Texto e Copy Desk

Eros Camel | © Camel Press

Projeto Gráfico

Priscila Hlodan

Diagramação e Arte-final

Renata Manzke

Colaboração

Gislaine Cristina de Carvalho Pita, Raquel Farias Meira e Victor Alcântara da Graça

Fotografia

Cedoc, Flávio Cabral, Pedro Rubens e Tamires Guimarães

Impressão

Nywgraf Editora Gráfica

Tiragem

500 exemplares

ISBN

978-85-88060-81-4

Sumário



6	Apresentação
7	A Rede de Monitoramento Amiga da Criança
8	Os compromissos assumidos pela presidente Dilma Rousseff
9	Considerações iniciais
15	Diretrizes e avaliação da gestão da presidente Dilma Rousseff
17	Eixo I – Promovendo Vidas Saudáveis
41	Eixo II – Acesso à Educação de Qualidade
67	Eixo III – Proteção contra Maus-Tratos, Exploração e Violência
100	IV – Análise do Orçamento
118	Bibliografia
123	Anexo 1 – Termo de Compromisso
CD	Anexo 2 – Guia dos Programas do governo federal



A Rede de Monitoramento Amiga da Criança



A Rede de Monitoramento Amiga da Criança foi concebida no ano de 2003 com a finalidade de acompanhar a implementação dos compromissos pactuados no *Termo de Compromisso Presidente Amiga da Criança* e analisar os avanços das metas nas áreas de educação, saúde e proteção, descritas no documento *Um Mundo para as Crianças*.

Criada com o papel de monitorar e avaliar as políticas públicas do governo federal, bem como para definir e realizar ações de incidência política, nesta 4ª edição do **Projeto Presidente Amiga da Criança**, a Rede de Monitoramento Amiga da Criança conta com 20 organizações sociais.

Coordenação:



Organizações parceiras da Rede de Monitoramento:



“Construir uma rede de monitoramento e dar uma devolutiva tanto para a comunidade quanto para o próprio governo, se ele está sendo efetivo ou não em suas ações. Se não houver esse tipo de monitoramento, é possível fazer promessas e declarar o que quiser. Essa é uma forma das organizações exercerem seu controle social”, Itamar Batista Gonçalves, da Childhood do Brasil.

“Acreditamos que, somente com muita mobilização e pressão, conseguiremos avançar no cumprimento das metas firmadas pela presidente. Sem disputa e luta política não se avança na conquista de direitos”, Denise de Carvalho Campos – Anced.

“Essa diversidade de olhares especializados garantem uma análise interdisciplinar, interinstitucional que refletem as diferenças regionais, e permitem à Rede de Monitoramento Amiga da Criança verificar, questionar, comprovar se as ações governamentais realizadas estão cumprindo o compromisso acordado”, Dalka Chaves – CNRW.

Os compromissos assumidos pela presidente Dilma Rousseff

1. COMPROMISSOS DE GESTÃO

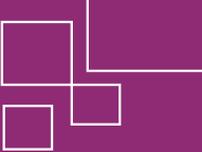
- Definir um interlocutor para o diálogo com a Fundação Abrinq, em até 90 dias após sua posse;
- Apresentar proposta de enfrentamento, nos eixos onde não há metas definidas;
- Disponibilizar para a Fundação Abrinq os dados e informações necessárias ao monitoramento dos indicadores, quando solicitado.

2. COMPROMISSOS DO DOCUMENTO “UM MUNDO PARA AS CRIANÇAS”

- Reduzir a mortalidade de crianças menores de um ano e menores de cinco anos de idade, bem como a mortalidade materna;
- Ampliar e melhorar a Educação Infantil, os Ensinos Fundamental e Médio, e a Educação Especial;

- A proteção das crianças contra todas as formas de maus-tratos, exploração e violência, defendendo seus direitos básicos;
- Prever e não contingenciar recursos orçamentários para a implementação de políticas públicas em benefício de crianças e adolescentes.
- A Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, por meio do Projeto se propõe a monitorar as políticas públicas do governo federal em prol da melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes no país, a partir do acompanhamento das metas e objetivos presentes no documento, divididos nos seguintes eixos temáticos:





■ Considerações iniciais

Este relatório foi estruturado a partir dos eixos centrais relacionados ao Projeto buscando explicitar algumas questões-chave para o Brasil no âmbito das políticas públicas para crianças e adolescentes. Analisou-se o comportamento dos indicadores sociais e as políticas implementadas durante os anos de 2011 a 2014, registrando os avanços conquistados e os desafios.

O primeiro estudo da gestão do Governo Federal (2011-2014) foi realizado em 2013, por meio do *IV Relatório*, que analisou as tendências e as perspectivas da gestão. Neste documento concluímos a avaliação do primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff.

Enquanto relatório técnico é importante explicitar a dificuldade de se realizar uma avaliação das políticas nacionais implementadas, de um lado porque boa parte das diretrizes de governo que serão expostas a seguir, envolvem medidas e impactos de médio e longo prazos, de outro, pela grande defasagem de apuração temporal das bases oficiais. Vale observar que em algumas circunstâncias optamos por utilizar dados preliminares para comparação quantitativa entre os anos da gestão (2013 e 2014).

A realização do presente estudo se deu por meio dos dados e informações disponibilizados em fontes públicas, provenientes do Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Educação, Ministério da Integração Nacional, Ministério do Trabalho e Emprego, Casa Civil, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e Senado Federal, além das Fundações e Institutos vinculados ao governo federal. Outras fontes secundárias também foram utilizadas: Movimento Todos pela Educação, Observatório do PNE e Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil. As tabelas, gráficos e indicadores foram elaborados pela equipe do Projeto Presidente Amigo da Criança.

O estudo também utilizou como fundamento as recomendações descritas nos relatórios de Organizações Internacionais: Organização das Nações Unidas - (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial de Saúde - (OMS) e Planos Nacionais vigentes, em especial o Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.

O Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes é um plano de diretrizes aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do

Adolescente – (Conanda), no dia 10 de abril de 2011. O documento contém cinco Eixos¹, 12 Diretrizes e vários Objetivos Estratégicos. Trata-se do principal desdobramento da 8ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e prevê as diretrizes da Política Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente para os próximos dez anos. Sua principal finalidade é orientar a atuação do poder público na esfera federal para a implementação de políticas que operacionalizem os direitos da criança e do adolescente.

Alguns Ministérios² cooperaram apresentando respostas aos questionamentos realizados pela Fundação Abrinq, por meio do envio de informações sobre a implantação de programas e projetos, investimentos e beneficiários.

Em que pese tenha havido a cooperação de alguns Ministérios, não houve, durante a gestão, um efetivo canal de comunicação com o governo federal, conforme se comprometera a presidente Dilma Rousseff, e somente um dos quatro compromissos de gestão assumidos foi cumprido.

Os compromissos:

- Definição de um interlocutor do governo (foi designada a então Ministra de Direitos Humanos, Maria do Rosário Nunes);
- Proposta de enfrentamento nos eixos onde não há metas definidas (não cumprido);
- Disponibilização de dados e informações necessárias ao monitoramento dos indicadores (cumprido parcialmente, 10 de 44 Ministérios e Secretarias responderam aos questionamentos).

Onde foi possível, fizemos um paralelo entre o Programa de Governo e o seu desempenho orçamentário. Seguem os programas federais voltados às crianças e aos adolescentes, com a seguinte divisão:

- **Promovendo Vidas Saudáveis:** que corresponde aos programas voltados à sobrevivência e saúde de crianças, adolescentes e suas mães; aos programas voltados ao acesso e qualidade do esgotamento sanitário e programas de acesso à habitação, totalizando 14 programas;
- **Acesso à Educação de Qualidade:** programas educacionais, de cultura, esporte e lazer, totalizando 25 programas;
- **Prevenção contra Violência, Abuso e Maus-Tratos:** estão compreendidos todos os programas de Proteção Social e ao exercício de direitos de cidadania, totalizando 14 programas.

1. Eixo 1 – Promoção dos direitos de crianças e adolescentes; Eixo 2 – Proteção e defesa dos direitos; Eixo 3 – Protagonismo e participação de crianças e adolescentes; Eixo 4 – Controle social da efetivação dos direitos; e Eixo 5 – Gestão da política nacional dos direitos humanos de crianças e adolescentes.

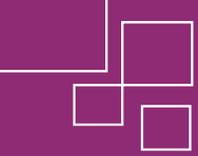
2. 1) Ministério da Integração Nacional, 2) Ministério da Educação, 3) Ministério da Saúde, 4) Ministério do Meio Ambiente, 5) Ministério do Turismo, 6) Ministério da Cultura, 7) Ministério de Minas e Energia, 8) Ministério do Esporte, 9) Ministério do Trabalho e Emprego e 10) Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

I. PROMOVENDO VIDAS SAUDÁVEIS:

1. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Ministério da Saúde);
2. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Ministério da Saúde);
3. Programa Água para Todos - Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Água (Ministério da Integração Nacional);
4. Programa Saúde na Escola (Ministérios da Saúde e da Educação);
5. Programa Crack, É Possível Vencer (Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e Secretaria de Direitos Humanos);
6. Programa Mais Médicos (Ministérios da Saúde e da Educação);
7. Programa Farmácia Popular do Brasil (Ministério da Saúde);
8. Programa Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários (Ministério das Cidades);
9. Programa Pró-Moradia (Ministério das Cidades);
10. Programa Luz para Todos (Ministério de Minas e Energia);
11. Programa de Aquisição de Alimentos (Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Desenvolvimento Agrário);
12. Programa Saneamento para Todos (Ministério das Cidades);
13. Programa Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural na Agricultura Familiar e na Reforma Agrária (Ministério do Desenvolvimento Agrário);
14. Programa Minha Casa, Minha Vida (Ministérios das Cidades, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão).

II. ACESSO À EDUCAÇÃO DE QUALIDADE:

1. Programa Brasil Profissionalizado (Ministério da Educação);
2. Programa Nacional de Reestruturação e Aparentagem da Rede Escolar Pública de Educação Infantil (Ministério da Educação);

- 
3. Programa Dinheiro Direto na Escola (Ministério da Educação);
 4. Programa Nacional do Livro Didático (Ministério da Educação);
 5. Programa Atleta na Escola – Programa de Formação Esportiva Escolar (Ministérios da Educação e do Esporte e Turismo);
 6. Programa Nacional de Apoio ao Transporte Escolar (Ministério da Educação);
 7. Programa Caminho da Escola (Ministério da Educação);
 8. Programa Nacional de Tecnologia Educacional (Ministério da Educação);
 9. Programa Benefício de Prestação Continuada na Escola (Ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde e Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República);
 10. Programa Brasil Alfabetizado (Ministério da Educação);
 11. Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Ministério da Educação);
 12. Programa Usinas Culturais (Ministério da Cultura);
 13. Programa Nacional Biblioteca da Escola (Ministério da Educação);
 14. Programa Escola Aberta (Ministério da Educação);
 15. Programa Ensino Médio Inovador (Ministério da Educação);
 16. Programa Nacional de Educação do Campo – Pronacampo (Ministério da Educação);
 17. Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem (Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação, do Trabalho e Emprego e Secretaria-Geral da Presidência da República);
 18. Programa Nacional dos Territórios Etnoeducacionais (Ministério da Educação);
 19. Programa Mais Cultura nas Escolas (Ministérios da Educação e da Cultura);
 20. Programa Segundo Tempo (Ministérios do Esporte e da Educação);
 21. Programa Mulheres Mil (Ministério da Educação);
 22. Programa Nacional de Alimentação Escolar (Ministério da Educação);
 23. Programa Nacional de Apoio à Inclusão Digital nas Comunidades – Telecentros (Ministério da Comunicação);

24. Programa Mais Educação (Ministérios da Educação, do Esporte, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Cultura, da Ciência e Tecnologia, do Meio Ambiente e Secretaria Nacional da Juventude da Presidência da República);

25. Programa de Implantação de Salas de Recurso Multifuncionais (Ministério da Educação).

III. PROTEÇÃO CONTRA MAUS-TRATOS, EXPLORAÇÃO E VIOLÊNCIA:

1. Programa Jovem Aprendiz (Ministério do Trabalho e Emprego);

2. Programa Escola que Protege (Ministérios da Educação e do Esporte);

3. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome);

4. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Ministério da Justiça);

5. Programa Territórios da Cidadania (Casa Civil e outros 23 Ministérios);

6. Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República);

7. Programa Forças no Esporte (Ministérios da Defesa e do Esporte);

8. Programa Bolsa Família (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome);

9. Programa de Apoio à Conservação Ambiental – Programa Bolsa Verde (Ministérios do Meio Ambiente, Desenvolvimento Social, do Desenvolvimento Agrário, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão, e Casa Civil da Presidência da República);

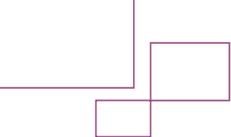
10. Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais (Ministérios do Desenvolvimento Agrário e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome);

11. Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome);

12. Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3 (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e Ministério da Justiça);

13. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes – Disque Direitos Humanos e Programa de Ações Articuladas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Território Brasileiro (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República);

14. Programa Turismo Sustentável e Infância (Ministério do Turismo).



Cada programa deveria possuir receita própria, definida com base no planejamento dos recursos alocados, entretanto, não são todos os programas federais que aparecem nos instrumentos legais orçamentários, dificultando uma melhor análise, bem como um efetivo controle dos gastos públicos voltados para a infância e a adolescência.

Durante o mandato da presidente Dilma Rousseff, foram executados 53 programas que tinham como beneficiários crianças e adolescentes, entretanto, aparecem apenas 15 desses programas no Orçamento Público Federal nos anos de 2013 e 2014.

O descompasso encontrado entre os programas e as peças orçamentárias pode ser explicado como uma estratégia de flexibilizar os remanejamentos e não ficar dependente das aprovações e negociações com o Congresso Nacional, entretanto, inviabiliza um efetivo controle social porque diminui a transparência dos gastos públicos federais. Em 2011, eram 33 os programas orçamentários direcionados direta ou indiretamente à criança e ao adolescente. Em 2012, ampliou-se para 49, entretanto, em 2013 e 2014, foram reduzidos para 15.

Como será observado a seguir, dois documentos internacionais recepcionados pelo Estado Brasileiro serão os principais norteadores deste relatório: *Um Mundo para as Crianças* e *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)*.

Em setembro de 2000, 189 nações firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Essa promessa acabou se concretizando nos 8 *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)* que deverão ser alcançados até 2015.

Já em maio de 2002, foi assinado o compromisso *Um Mundo para as Crianças*, documento resultante da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, realizada na cidade de Nova Iorque (Estados Unidos da América), no dia 8 de maio de 2002 – um acordo unânime em torno de uma nova agenda para as crianças do mundo, incluindo 21 metas e objetivos específicos para saúde infantil, educação e proteção.



Ainda que a metodologia do **Projeto Presidente Amigo da Criança** esteja fundamentada no documento *Um Mundo para as Crianças*, realiza-se também o monitoramento de outros tratados e acordos internacionais que possam impactar a vida das crianças e dos adolescentes brasileiros, como o compromisso assumido, em 2000, em Dakar (Senegal) de perseguir seis metas³ de Educação para Todos até 2015.

Vale observar que para as análises gerais do presente estudo, bem como para os cálculos orçamentários, foi considerada a população brasileira estimada, em 2012, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) ao Tribunal de Contas da União (TCU)⁴ em quase 194 milhões de habitantes, dentre eles pouco mais de 60 milhões de crianças e adolescentes (31% da população), conforme tabelas 1 e 2:

Tabela 1. **População residente no Brasil por Região – 2012**

Região	População residente	População de 0 a 18 anos
Norte	16.347.807	6.469.061
Nordeste	53.907.144	18.505.076
Sudeste	81.565.983	23.047.955
Sul	27.731.644	7.962.723
Centro-Oeste	14.423.952	4.568.242
Total	193.976.530	60.553.057

Fonte: MS/Datasus. Acesso em março de 2015.

Tabela 2. **População de 0 a 18 anos, por faixa etária: Brasil – 2012**

Faixa Etária	População residente
0 a 3 anos	11.234.753
4 e 5 anos	5.678.350
6 a 18 anos	43.639.954
Total	60.553.057

Fonte: MS/Datasus. Acesso em março de 2015.

3. São elas: a) expandir e melhorar o cuidado e a educação das crianças pequenas, especialmente para as crianças mais vulneráveis e em maior desvantagem; b) assegurar que todas as crianças, especialmente meninas e crianças em circunstâncias difíceis, tenham acesso à Educação Primária obrigatória, gratuita e de boa qualidade até o ano 2015; c) assegurar que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam atendidas pelo acesso equitativo à aprendizagem apropriada, por habilidades para a vida e por programas de formação para a cidadania; d) alcançar melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos até 2015; e) eliminar disparidades de gênero na Educação Primária e Secundária até 2005 e alcançar a igualdade de gênero na educação até 2015, com ênfase na garantia ao acesso e no desempenho pleno e equitativo de meninas na Educação Básica de boa qualidade; e f) melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e assegurar excelência para todos, de forma a garantir a todos resultados reconhecidos e mensuráveis, especialmente na alfabetização, na matemática e habilidades essenciais à vida.

4. 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

Diretrizes e avaliação da gestão da presidente Dilma Rousseff

A gestão presidencial do período entre os anos 2011 e 2014 definiu 13 diretrizes⁵ quanto à formulação e implementação das políticas públicas:

1. Expandir e fortalecer a democracia política, econômica e socialmente;
2. Crescer mais, com expansão do emprego e da renda, com equilíbrio macroeconômico, sem vulnerabilidade externa e desigualdades regionais;
3. Dar seguimento a um projeto nacional de desenvolvimento que assegure grande e sustentável transformação produtiva do Brasil;
4. Defender o meio ambiente e garantir um desenvolvimento sustentável;
5. Erradicar a pobreza absoluta e prosseguir reduzindo as desigualdades. Promover a igualdade, com garantia de futuro para os setores discriminados na sociedade;
6. O governo de Dilma será de todos os brasileiros e brasileiras e dará atenção especial aos trabalhadores;
7. Garantir educação para igualdade social, a cidadania e o desenvolvimento;
8. Transformar o Brasil em potência científica e tecnológica;
9. Universalizar a saúde e garantir a qualidade do atendimento do SUS;
10. Prover as cidades de habitação, saneamento, transporte e propiciar vida digna e segura aos brasileiros;
11. Valorizar a cultura nacional, dialogar com outras culturas, democratizar os bens culturais e favorecer a democratização da comunicação;
12. Garantir a segurança dos cidadãos e combater o crime organizado;
13. Defender a soberania nacional. Por uma presença ativa e altiva do Brasil no mundo.

As diretrizes apresentadas acima sinalizam para a continuidade de uma agenda política de priorização das questões sociais, fortalecidas desde a primeira gestão do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, entretanto o governo da presidente Dilma Rousseff possui especificidades em relação às gestões anteriores, deslocando-se para a pauta da erradicação da miséria e redução da pobreza.

Destaca-se como uma das iniciativas do governo federal o Plano Brasil sem Miséria, lançado em junho de 2011, que pauta ações nacionais e regionais estruturadas a partir de três eixos: garantia de renda, inclusão produtiva e serviços públicos.

5. As Diretrizes do Governo são elaboradas pela gestão para nortear as ações governamentais durante o período do mandato e para alcançar o cumprimento das metas estabelecidas pelo Plano Plurianual. Palácio do Planalto, Presidência da República.

Ainda em 2011, foram adotadas três medidas para melhorar a situação de pobreza e extrema pobreza de crianças: a ampliação da quantidade máxima de benefícios variáveis por família; a implementação do Benefício Variável Nutriz – (BVN) e a implementação do Benefício Variável à Gestante – (BVG). As medidas são articuladas por meio das condicionalidades do Programa Bolsa Família em saúde, educação e assistência social.

O Plano Brasil sem Miséria tem como vertentes a ampliação e o aperfeiçoamento de programas já existentes e o acesso a serviços públicos. Sob essa perspectiva, a ampliação da oferta de serviços nas áreas de assistência social, saúde, educação, segurança alimentar e infraestrutura básica foi o enfoque do plano e da primeira gestão da presidente, que obteve avanços significativos, mas observando os dados de 2012/2013, permaneceram grandes desafios:

- Ainda persistem preocupantes iniquidades regionais;
- Mais de 9 milhões de domicílios não têm acesso à rede de distribuição de água e esgoto;
- Morrem 54 gestantes a cada 100 mil nascimentos;
- Mais de 8 milhões de crianças e adolescentes vivem em situação de extrema pobreza;
- Mais de 8 milhões de crianças entre 0 a 3 anos de idade estão fora das creches;
- Mais de 3 milhões de crianças e adolescentes encontram-se em situação de trabalho infantil;
- 106 crianças morrem por dia;
- Mais de 10 mil crianças e adolescentes foram vítimas de homicídio.

Importante destacar que ao longo do mandato se consolidou a tendência de ampliação dos gastos públicos federais com Desenvolvimento Social. No início do governo, elas representavam 13,31% do total, posição praticamente 50% superior ao registrado no começo do segundo Governo Lula (9,93%). Em 2013, consumiu 15,55% das despesas, com tendência à desaceleração em 2014 (13,65%).

No Plano Plurianual (2012-2015), elaborado e aprovado no início da gestão, a estratégia governamental organiza-se a partir de Programas Temáticos, que se encontram desdobrados em objetivos detalhados, por seu turno, em metas e iniciativas. No caso específico da “criança e do adolescente” que **não possui um só tema**, a questão foi tratada como uma “agenda transversal” dentro do orçamento.

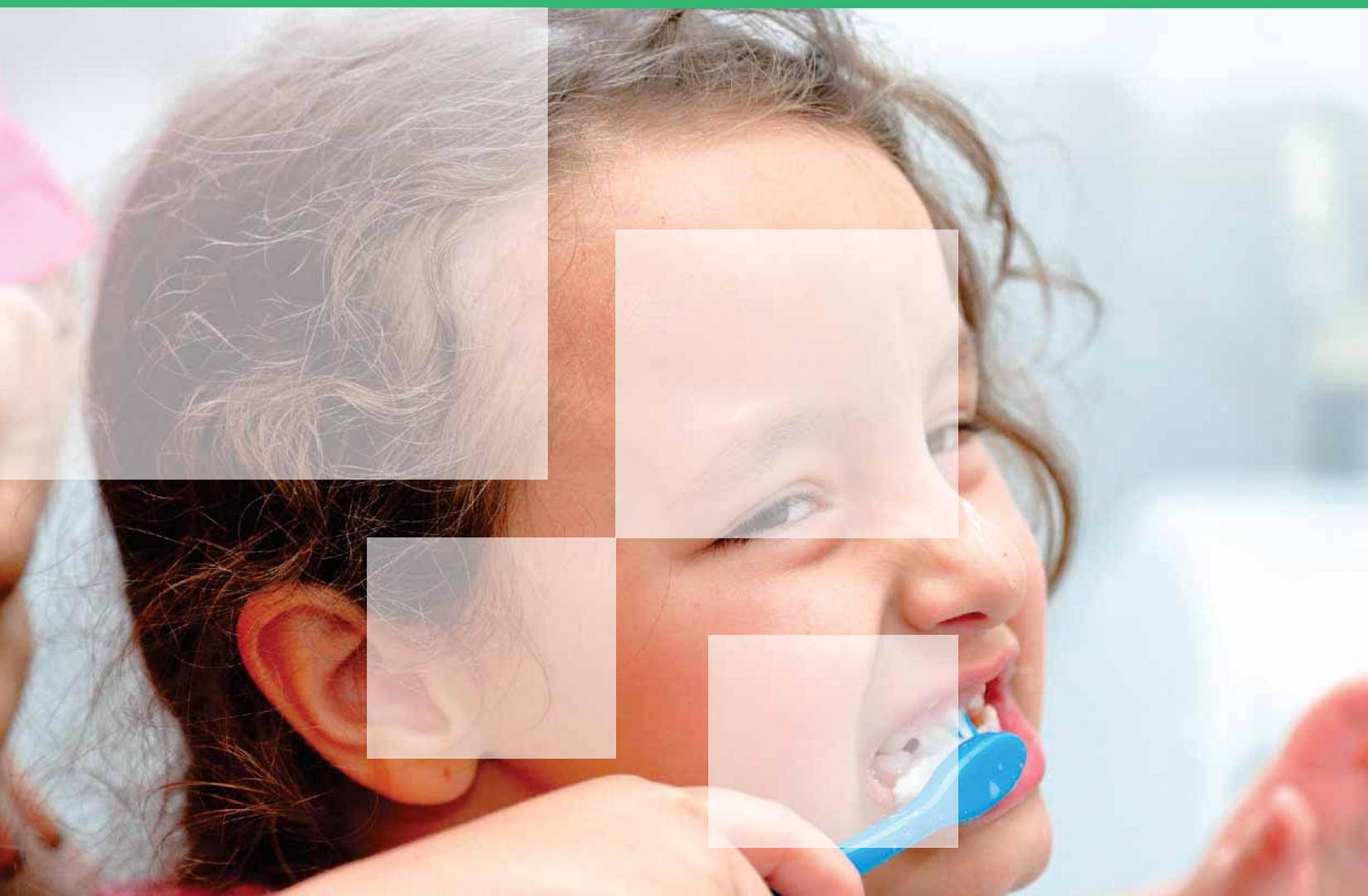
A participação do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) em relação ao Orçamento Federal representa 15,30%, ou seja, a cada 100 milhões de reais gastos no Brasil, 15 milhões são direcionados às crianças e aos adolescentes, o que significa que esse investimento ainda não consagra o princípio da prioridade absoluta, regido pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Considerando que crianças e adolescentes representam 31% da população brasileira, seria o mínimo exigir que esse mesmo percentual fosse gasto com crianças e adolescentes, mas para isso seria necessário dobrar o investimento realizado pelo governo federal.



Saúde

I - EIXO: PROMOVENDO VIDAS SAUDÁVEIS



I - Eixo

Promovendo Vidas Saudáveis

Cenário de sobrevivência infantil e materna

Conforme descrito no Plano Nacional de Atenção Básica, publicado em 2012 pelo Ministério da Saúde, o maior desafio que o Brasil encontrava no início da gestão 2011-2014 era a universalização e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estabeleceriam um papel central fundamental à população e à gestão pública da área de Saúde, com a responsabilidade de atendimento descentralizado e próximo às comunidades, sem a necessidade de grandes deslocamentos até os centros urbanos e hospitais. O desafio é grande, visto a dimensão brasileira⁶, as desigualdades e as disparidades no atendimento qualificado, com infraestrutura adequada, gratuita e universal para toda população brasileira.

Com a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foram priorizados pelo governo federal para a expansão, qualificação e consolidação do sistema.

Desde então, ressalta a inversão da lógica anterior que privilegiava o tratamento das doenças nos hospitais⁷. De acordo com a publicação do Plano Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012), o sistema pode favorecer a *“reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”*⁸.

Por outro lado, pesquisa realizada com o quadro de saúde da família (KELL, 2010) evidenciou alguns obstáculos com relação ao trabalho da equipe, que muitas vezes é realizado de forma isolada e não interativa com os demais agentes de trabalho, com alta burocratização e ações programáticas pré-definidas que não incentivam a criatividade e espaços laborais para discussão e resolução das reais necessidades das populações atendidas em cada área de atendimento⁹:

6. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito.

7. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública [on-line]. 2000, vol. 34, pp. 316-319. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>.

8. Ministério da Saúde/Publicação da Política Nacional de Atenção Básica 2012.

9. KELL, Maria do Carmo Gomes and SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? Ciência & Saúde Coletiva [on-line]. 2010, vol. 15, supl. 1, pp. 1.533-1.541. ISSN 1.413 - 8.123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700065>.

“(…) cabe ressaltar a valorização social diferenciada entre os trabalhos especializados, que disciplina as relações de subordinação entre as diferentes áreas de trabalho e seus respectivos agentes, bem como as falhas no processo de formação, inadequação na organização e processos de trabalho. Tais embaraços resultam na ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido pela equipe, o que desencadeia a descontinuidade das ações e fragmentação da assistência. (...) Os sujeitos demonstraram que o alto grau de normatividade do PSF, com base em ações programáticas, contribui para a divisão parcelar do trabalho e impõe limite para a realização de planejamento de um projeto assistencial local. Como a Secretaria Municipal de Saúde organiza a maior parte das ações a serem desenvolvidas pelas unidades, as equipes quase não encontram espaços para elaborar ações voltadas para as necessidades reais da população. Os sujeitos revelaram também a necessidade de qualificação de gestão. Existe, sobretudo, a expectativa de uma gestão que considere a participação dos trabalhadores e usuários como sujeitos da construção de um planejamento do projeto assistencial.”
KELL, Maria do Carmo Gomes and SHIMIZU, Helena Eri.

No início do mandato da presidente Dilma Rousseff, havia cerca de 32 mil **Equipes de Saúde da Família**¹⁰, distribuídas em 5.289 Municípios, cobrindo 53,41% da população brasileira. Os dados são do Departamento de Atenção Básica (DAB), integrante da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage). Em 2014, o país atingiu 39 mil equipes distribuídas em 5.463 Municípios atendidos, cobrindo 60,17% da população brasileira¹¹, um aumento de quase 7% de cobertura durante a gestão 2011-2014.

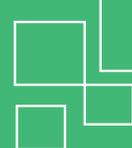
Gráfico 1. **Equipes de saúde da família - série histórica da cobertura populacional no Brasil (%)**



Fonte: DAB/SAS/MS – Sage 2014.
Elaboração: Fundação Abrinq.

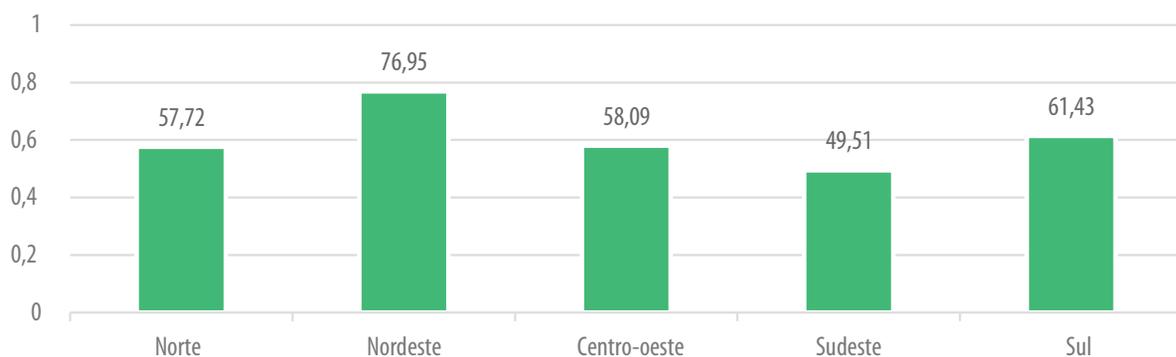
10. Cada equipe do Saúde da Família é responsável por no máximo 4 mil pessoas de uma determinada área, e é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou Equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Fonte: Ministério da Saúde, Portal da Saúde.

11. MS/SAS/DAB e IBGE. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acessado em março de 2015.



A maior expansão ocorreu entre 2013 e 2014 (3,8%), sendo que entre 2011 e 2014 houve um incremento de 6,76% na cobertura. Regionalmente, destacam-se a Região Sul, com evolução de cobertura em 9,72%, e a Região Nordeste, com a maior cobertura registrada (76,95%).

Gráfico 2. Cobertura da população para atendimento das equipes de saúde da família por Região (%) – 2014



Fonte: MS/SAS/DAB – Sage 2014.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Além disso, o planejamento estratégico previa o aumento do investimento em equipamentos públicos de saúde, bem como a ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e postos de atendimento. De acordo com o Ministério da Saúde (DAB/SAS), em 2014, mais de 69% da população estava coberta pela Atenção Básica (cerca de 140 milhões de habitantes atendidos, de 202,8 milhões de habitantes no país pelo IBGE), com mais de 40 mil unidades básicas de saúde em funcionamento (além de outras 10 mil que estavam em construção até o final de 2014).

Outro programa criado durante a gestão da presidente Dilma Rousseff foi o Mais Médicos, que tem como objetivo ampliar o número de profissionais de saúde das populações mais distantes e regiões com pouco acesso aos serviços públicos. O Brasil possui 1,8 médicos para cada mil pessoas (a média mundial é de 1,4 médicos), entretanto, concentrados na maior parte na rede particular e nas regiões Sul e Sudeste. A OMS preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de um médico para cada mil pessoas.

De acordo com a auditoria operacional do TCU – Diagnóstico da Saúde no País¹³, de 2013, existem variações significativas entre os Estados brasileiros: no Maranhão, Estado com menor número relativo, há 0,71 médico por mil habitantes; já no Distrito Federal, o número sobe para 4,09 médicos por mil habitantes (um índice comparável com a Noruega). A auditoria ainda verificou que em 81% dos hospitais o principal problema é o déficit no quadro de profissionais. Em 63% dos hospitais, a constante falta ao trabalho provoca impactos substanciais na prestação dos serviços.

12. Os dados apresentados são do DAB/SAS/MS, que utilizou como base as estimativas populacionais do IBGE até 2014. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/sistemas/apresentacoes/arquivos/resolucao_ibge.pdf

13. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/Release%20-%20Relatorio%20sistmico%20Saude.pdf. Acessado em março de 2015.

Por fim, algumas linhas de frente já instituídas pela gestão anterior somadas com o lançamento de novas políticas e programas no âmbito da baixa, média e alta complexidade em saúde, colaboraram para o atual desempenho das políticas de saúde: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); o Programa Saúde Não Tem Preço, com a rede Aqui Tem Farmácia Popular e o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS¹⁴. A criação de programas voltados para a saúde materno-infantil com a articulação de iniciativas como o Rede Cegonha e a Ação Brasil Carinhoso também foi positiva no sentido de instituir políticas específicas de enfrentamento às mortalidades e outros problemas relacionados à saúde.

A implantação desses programas e estratégias significa um avanço na estruturação de políticas preventivas para o país e possui a tendência de gerar bons impactos a médio e longo prazos, mas os desafios ainda são grandes e se refletem por meio das disparidades regionais que o país ainda perpetua para o atendimento e a qualidade dos serviços nos três âmbitos da administração pública.

Mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de 1 ano de vida)

Em 2013, mais de 38 mil crianças morreram antes de completar o primeiro ano de vida e, na sua grande maioria, de causas evitáveis. São 13,4 mortes a cada mil nascimentos no ano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice considerado plenamente aceitável é de dez óbitos para cada mil nascimentos por Estado-Nação.

Tabela 3. **Mortalidade infantil – Brasil**

Período	Nº de óbitos infantis por residência	Nascidos vivos por residência	Taxa de Mortalidade
2011	39.716	2.913.160	15,3
2012	39.123	2.905.789	13,5
2013*	38.850	2.902.186	13,4

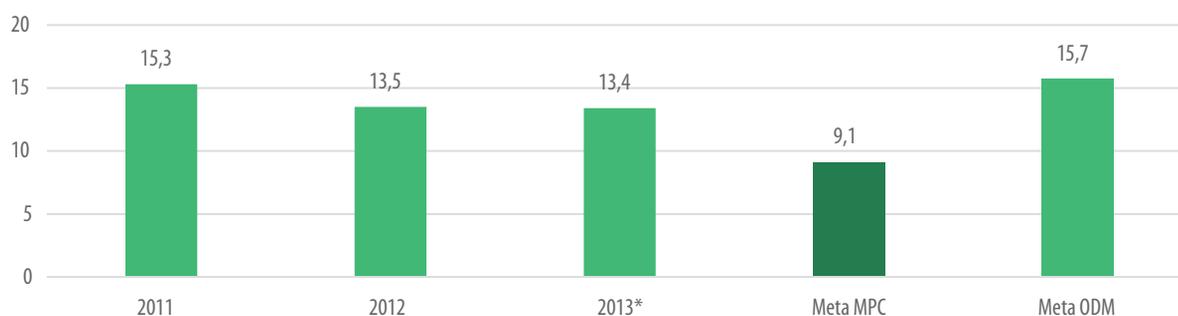
Fonte: MS/Datasus/Sinasc e SIM. *Para 2013, valores preliminares. Acesso em março de 2015.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Taxa de Mortalidade Infantil: número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

14. Na vigilância à saúde foram criados o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Pacto Nacional pela Redução dos Acidentes de Trânsito. Para média complexidade, houve implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Fonte: Ministério da Saúde.



Gráfico 3. Taxa de mortalidade infantil no Brasil x metas internacionais



Fonte: MS/Datasus/Sinasc e SIM (valores atualizados até outubro de 2014).

*Para 2013, Datasus apresenta valores preliminares. Acesso em março de 2015.

Nota: As metas MPC (*Um Mundo para as Crianças*) e ODM (*Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*) terminam em 2015.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Em um cenário de comparação internacional com outros países da América Latina, o Brasil destaca-se e apresenta importantes avanços nos últimos 23 anos, conforme apresenta o Relatório Internacional *Tendências e Níveis de Mortalidade Infantil: Relatório Mundial 2013*¹⁵, onde aparece como um dos países que mais conseguiu reduzir (ao longo da última década) o índice de mortalidade infantil e mortalidade na infância com utilização de estratégias inovadoras de políticas públicas em rede (transferência de renda, busca ativa, educação e acesso à saúde pública), indicando esforços para a solução das demandas relacionadas aos óbitos infantis no país. O estudo internacional apontou que o Brasil obteve o melhor desempenho entre os países da América Latina considerando o período entre os anos 1990 e 2013¹⁶. De acordo com os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM), o Brasil já atingiu, em 2011, a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de 1 ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015¹⁷.

Já a meta pactuada no documento *Um Mundo para as Crianças* previa a redução de dois terços da mortalidade infantil existente no ano de 2002, o que corresponderia atingir em 2015 a taxa de 9,1. Como pode ser observado, o país recebeu dois tratados com metas distintas e, dessa forma, cumpriu o compromisso estabelecido nos ODMs mas não cumpriu as metas pactuadas no *Um Mundo para as Crianças*.

Ocorreram 38.850 mortes de crianças com menos de um ano de idade no ano de 2013, ou seja, morrem 106 crianças por dia no Brasil

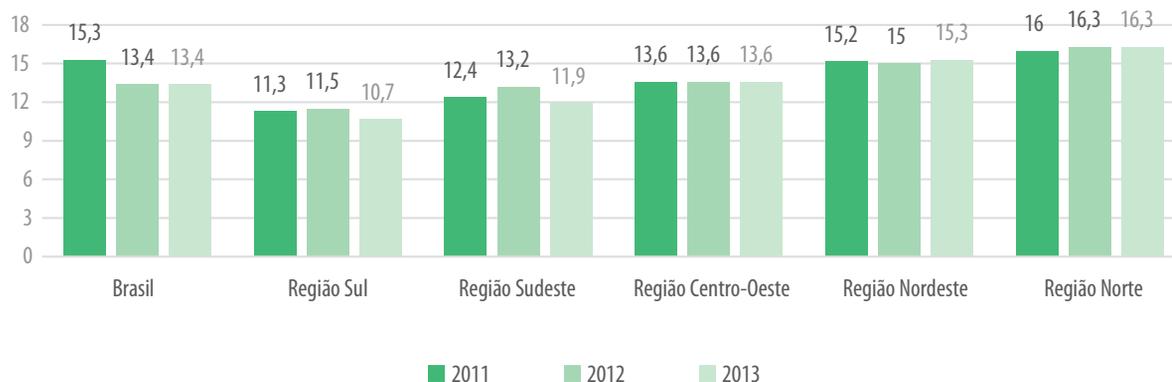
15. Relatório produzido em parceria entre Unicef (ONU), Organização Mundial de Saúde e Banco Mundial

16. <http://www.pnud.org.br/> Acessado em 09/03/2015.

17. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) em análise ao cumprimento dos ODMs.

Se na perspectiva internacional o país conquistou avanços importantes, ao analisarmos o contexto nacional, regionalmente encontramos um cenário diferente. As disparidades ainda estão acentuadas, existem regiões em que as taxas de mortalidade infantil ultrapassam a média nacional. No ano de 2013, as regiões Norte (16,3), Nordeste (15,3) e Centro-Oeste (13,6) mantiveram as taxas praticamente inalteradas. Por sua vez, as regiões Sul e Sudeste apresentaram valores melhores que a média nacional.

Gráfico 4. Taxa de mortalidade infantil segundo Regiões e Brasil

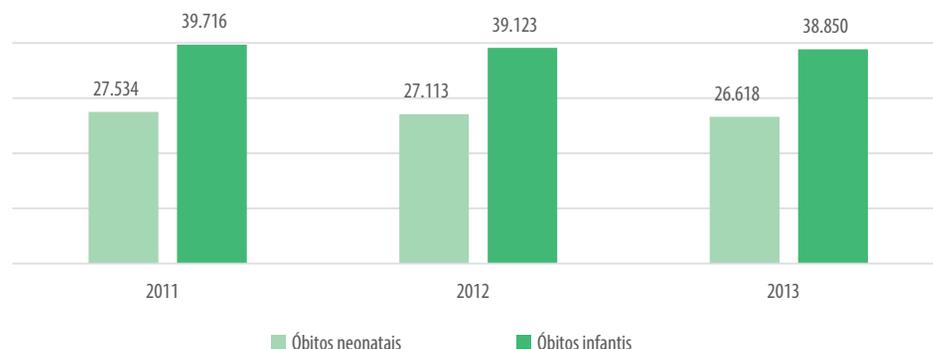


Fonte: MS/DATASUS/SINASC e SIM (valores atualizados até outubro de 2014). *Para 2013, Datasus apresenta valores preliminares. Acesso em março de 2015. Elaboração: Fundação Abrinq.

A tendência de estagnação nas regiões onde o indicador tem os piores dados é muito preocupante. Enquanto morrem 10 crianças na Região Sul a cada mil nascimentos, morrem 16 crianças na Região Norte.

Em relação aos óbitos, apesar da queda contabilizada de 27 mil óbitos neonatais (mortes ocorridas até o 28º dia de nascimento) pelo Datasus em 2011, para 26 mil óbitos em 2013, ainda significam 80% das mortes ocorridas até um ano de idade. Esses óbitos estão associados, geralmente, a um parto prematuro e à falta de estrutura médico-hospitalar.

Gráfico 5. Comparação: óbitos neonatais e óbitos infantis no Brasil entre 2011-2013



Fonte: MS/Datasus/SIM (valores atualizados até outubro de 2014). Elaboração: Fundação Abrinq.



De acordo com o Dr. Eduardo da Silva Vaz, presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir de 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas adequadas de reanimação resultaria em diminuição adicional de 5% a 20%, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia. Afirma ainda que “a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas”. Explicita que a presença do médico pediatra na sala de parto (garantida pela Portaria nº 569, de 1º/06/2000) é necessária para realizar a recepção de todos os nascimentos ocorridos.

Recomenda, ainda, que caso não seja possível a presença desse profissional, “o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo”.

Mortalidade na infância

O país obteve queda significativa de óbitos durante as duas últimas décadas, (1990-2012), com redução de cerca de 70% da taxa de mortalidade em crianças de até cinco anos de idade, saindo de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos (1990) para 15,6 óbitos por mil nascidos vivos (2013). O país ultrapassou antecipadamente a meta ODM de 17,9 óbitos por mil nascidos vivos para 2015. Demonstrou avanços relacionados aos cuidados de saúde com a infância, entretanto, no compromisso *Um Mundo para as Crianças*, a meta pactuada para 2015 é de 10,6 como taxa de mortalidade na infância. Observando os dados preliminares de 2013, com taxa de 15,6 existe baixa tendência de atingimento da meta.

Gráfico 6. Taxa de mortalidade na infância no Brasil x metas internacionais



Fonte: MS/Datasus/Sinasc e SIM (valores atualizados até outubro de 2014). *Para 2013, Datasus apresenta valores preliminares. Acesso em março de 2015.
Nota: As metas MPC (*Um Mundo para as Crianças*) e ODM (*Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*) terminam em 2015.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Taxa de mortalidade na infância: número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Datasus

Apesar dos valores nacionais apresentarem pouca diferença entre os anos, é possível visualizar as disparidades entre as regiões. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam as taxas de mortalidade mais altas, acima da média nacional, independente do ano verificado. Por outro lado, as regiões Sul e Sudeste apresentam taxas bem abaixo da média. Isso significa que morrem mais crianças nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste que nas regiões Sul e Sudeste.

Tabela 4. Evolução da taxa de mortalidade na infância – Brasil e Regiões

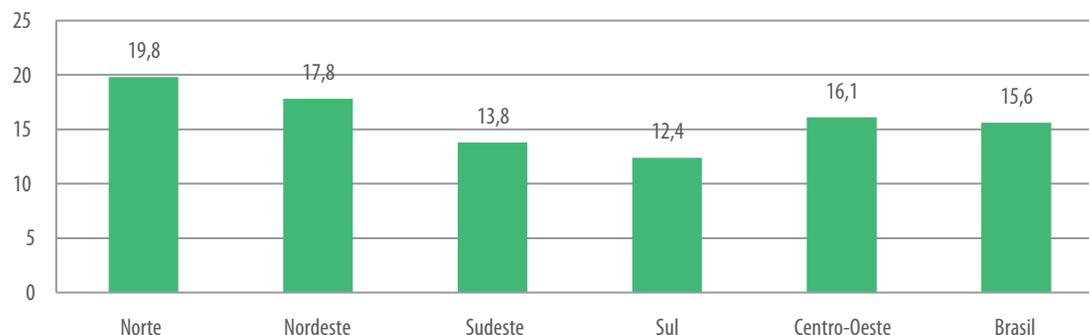
Período	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul
2011	17,7	23,7	20,7	15	18	13,1
2012	15,6	19,9	17,4	14,1	15,9	12,9
2013*	15,6	19,8	17,8	13,8	16,1	12,4

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus/SIM 2011-2013. *Valores preliminares em 2013.

Elaboração: Fundação Abrinq.

As regiões que apresentaram proporcionalmente o melhor desempenho de redução foram aquelas que historicamente apresentam as maiores taxas de mortalidade na infância. Comparativamente, podemos indicar que o avanço das políticas e planos específicos para o Norte, Nordeste e Centro-Oeste tem alcançado seus objetivos (Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal).

Gráfico 7. Mortalidade na infância – Brasil e Regiões, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informações sobre Mortalidade (acesso em outubro de 2014).

Elaboração: Fundação Abrinq.



O padrão de iniquidades regionais é muito prejudicial. Enquanto cerca de 12 crianças chegam a óbito a cada mil nascidos vivos na Região Sul, aproximadamente 20 crianças morrem na Região Norte. Mesmo com avanços nas regiões e com a inclusão de políticas regionais, persiste uma cruel disparidade histórica entre as regiões.

A atenção primária à saúde precisa ser expandida nos territórios indígenas, quilombolas, rurais, ampliando acesso às vacinas e ao parto hospitalar, quando necessário. É preciso ainda descentralizar a presença de médicos e de outros profissionais de saúde, garantindo assistência médica especializada em todos os territórios do país.

A solução encontrada para atender as populações distantes dos centros urbanos foi a implantação das Equipes de Saúde da Família bem como o programa Mais Médicos, que possibilita que os profissionais se desloquem até as comunidades para iniciar o atendimento básico e o acompanhamento dessas populações. Atualmente, os 34 distritos indígenas existentes contam com médicos nas equipes multidisciplinares de saúde, conforme portal de saúde¹⁸:

Desde a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), em 2010, o Ministério da Saúde tem ampliado o acesso à assistência médica para a melhoria da qualidade de vida de 305 povos indígenas, que congregam 5.150 aldeias e uma população de 688 mil pessoas. O investimento do Ministério da Saúde no acesso à assistência à saúde e melhoria da qualidade de vida dos povos indígenas que vivem em aldeias mais que dobrou nos últimos três anos, passando de R\$ 479 milhões, em 2011, para R\$ 1,093 bilhão, em 2014. Outro avanço importante é o aumento da presença de médicos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Ministério da Saúde/Portal da Saúde.

Mortalidade materna¹⁹

A mortalidade materna representa o número de mulheres que morrem durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gravidez para cada 100 mil nascidos vivos. O *Relatório da Situação sobre a Saúde Materna, Neonatal e Infantil*, da OMS, anunciado durante o Fórum PMNCH, 2013²⁰, realizado em Johannesburgo (África do Sul), apresenta o Brasil como o país com o quarto pior desempenho na redução dos óbitos femininos por causa materna. O estudo compreendeu 75 países compromissados com as metas dos ODMs.

18. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17517-ministerio-da-saude-promove-vacinacao-dos-povos-indigenas>. Acessado em maio de 2015.

19. Taxa de Mortalidade Materna: As taxas de mortalidade materna foram calculadas considerando-se a relação entre o número de óbitos maternos e a quantidade de nascidos vivos de mães residentes em 2013. A série histórica das taxas de mortalidade materna encontra-se consolidada até o ano de 2011 nos indicadores de dados básicos. Apesar da elevada subnotificação em quatro das cinco regiões do país, não se encontram disponíveis os fatores de correção para os óbitos posteriores a 2011, portanto, utilizamos as estatísticas vitais preliminares referentes ao ano de 2013, acessadas em: 03/03/2015 não aplicando o índice de correção.

20. Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Saúde da Criança (PMNCH) hospedado na Organização Mundial da Saúde em Genebra,.. Site: <http://www.who.int/pmnch/en/>. Acessado em 14/12/2014.

O Estado brasileiro, apesar de ter avançado com a formulação de políticas, está distante do compromisso pactuado de 35 óbitos maternos para cada 100 mil nascimentos até 2015. Os dados oficiais apresentam apenas a taxa de mortalidade materna para o ano de 2011, de 64,8, quase o dobro do compromisso pactuado. Os dados de 2012 e 2013 apontam uma tendência de evolução do indicador, entretanto, foram gerados sem o fator de correção, apenas para análise do cenário e mensuração dos desafios.

Gráfico 8. Taxa de mortalidade materna no Brasil



Fonte: MS/Datasus/Sinasc e SIM (valores atualizados até outubro de 2014).

*Para 2013, Datasus apresenta valores preliminares. Acesso em março de 2015.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Nota: Para o total Brasil 2011, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi obtida aplicando-se fatores de correção à RMM bruta, a partir das informações dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC). Para 2012 e 2013 não foi aplicado o fator de correção, em função da não disponibilização do mesmo.

Para a OMS, o parâmetro de mortes "aceitáveis" é de 20 óbitos maternos para cada 100 mil nascimentos.

O Ministério da Saúde e a OMS afirmam que um dos fatores que dificulta a redução da taxa de mortalidade materna é o elevado número de partos cesáreos no país. O índice nacional de partos cesáreos na rede pública e privada, em 1996, era de 41%. Subiu para quase 54% em 2011, e atualmente, na saúde suplementar (pelos planos de saúde privados) chega a 84,6%. Na rede pública esse índice é menor, com cerca de 40% dos partos. Levando-se em conta tanto a rede pública como a privada, a cesariana representa 55,6% do total dos nascimentos. Esse procedimento triplica o risco de morte materna por causas evitáveis, possíveis infecções e acidentes anestésicos. A recomendação da OMS é de que no máximo 15% dos partos deveriam ser realizados por cesariana ao ano.



A Rede Cegonha, estratégia criada em 2011 para ampliar a assistência integral à saúde materna e infantil de 2011 a 2015, atingiu 5.488 Municípios e investiu aproximadamente R\$ 1,5 bilhões dos R\$ 9,4 bilhões previstos inicialmente. Atende 2,3 milhões de mulheres. (SAGE/CGSM/Dapes, Apuração: abril/2015). Possibilitou a ampliação dos leitos neonatais, criou 825 leitos e mais 4.011 receberam custeio para qualificação do cuidado neonatal. Atualmente, o país possui 4.179 leitos de Unidades de Terapia Intensiva – (UTI) Neonatal e 2.281 leitos de UTI Pediátrica.

Tabela 5. **Taxa de mortalidade materna (por residência) – Brasil e Região**

Período	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2011	64,8	***	***	***	44,44	***
2012*	54,5	62,6	65,6	45,9	47,96	57,3
2013*	54	66,2	70,4	46,3	32,8	52,9

Fonte: MS/Datasus/SIM.

Notas: *Para os valores de 2012 e 2013, o indicador foi calculado a partir dos dados apresentados pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos por ocorrência (Sinasc) da base nacional em 20/10/2014, sem o fator de correção.

**Para o total Brasil 2011, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi obtida aplicando-se fatores de correção às RMM brutas a partir das informações dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (Sinasc). Conforme indica o Datasus, o indicador foi calculado apenas para os Estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do Sinasc igual ou superior a 90%, o que corresponde a todos os Estados das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. O cálculo do indicador nas Regiões só é feito para aquelas em que todas as UF estejam representadas com as razões específicas. Apenas a Região Sul atendeu a esta condição.

Tabela 6. **Óbitos maternos declarados – Brasil e Regiões**

Período	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2011	1.610	196	587	540	168	119
2012	1.583	193	546	529	183	132
2013*	1.567	207	578	531	127	124

Fonte: MS/Datasus e SIM (valores atualizados até outubro de 2014). *Para 2013, Datasus apresenta valores preliminares. Acesso em março de 2015. Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 7. **Nascidos vivos (por residência) – Região**

Período	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2011	2.913.160	313.745	851.004	1.143.741	378.093	226.577
2012	2.905.789	308.375	832.631	1.152.846	381.658	230.279
2013*	2.904.027	313.272	821.458	1.147.627	386.983	234.687

Fonte: MS/Datasus e Sinasc.

*Para 2013, Datasus apresenta valores preliminares. Acesso em março de 2015.

Os dados de gravidez na adolescência mostram evolução, porém ainda exigem um esforço para a melhoria do cenário, uma vez que a probabilidade de incidência de óbito nas adolescentes e seus filhos é maior e de acordo com IBGE, em 2012 diminuiu o número de adolescentes grávidas com idade entre 15 e 19 anos (17,7%) de modo mais acelerado na Região Sudeste (15,2%) e ainda há proporções relevantes no Norte (23,2%).

O Ministério da Saúde divulgou um estudo do SUS, em dezembro de 2014, que reúne informações mostrando que, desde o ano 2000, o Brasil não consegue reduzir o número de meninas que ficam grávidas com menos de 15 anos. A gravidez precoce leva muitas meninas a ter filhos em condições precárias e a abandonar a escola.

Tabela 8. **Nascimento por residência e idade da mãe - Brasil**

Períodos	Menor de 10 anos	Mulheres de 10 a 14 anos	Mulheres de 15 a 19 anos
2011	1	27.785	533.103
2012	2	28.236	531.909
2013*	***	27.948	531.536

MFonte: MS/Datasus/SIM e Sinasc. *Dados preliminares Datasus 2013. ***Sem notificação, até a coleta de dados para essa faixa etária específica. Elaboração: Fundação Abrinq.

Diante desse contexto de elevada taxa de mortalidade materna, existem grandes desafios a serem enfrentados pelo governo federal:

- a) priorizar a ampliação e a melhoria do atendimento nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste;
- b) fortalecer os comitês de mortalidade materno-infantil;
- c) investir nas políticas de humanização da atenção à gestante e à parturiente, qualificando a atuação dos profissionais de saúde;
- d) qualificar e ampliar as políticas de educação sexual e reprodutiva;
- e) ampliar o subsídio à realização de estudos e utilizar os conhecimentos produzidos para implantação/implementação de políticas públicas específicas;
- f) ampliar políticas para Educação de Jovens e Adultos (EJA) com incremento da escolaridade feminina;
- g) estimular e promover adequadas condições para a ampliação de partos normais, objetivando a redução de ocorrência de partos por cesárea;
- h) enfrentar as ocorrências de mortes maternas em detrimento do abortamento²¹.

21. É difícil afirmar o tamanho do desafio para o enfrentamento do cenário de mortalidade materna, uma vez que sabemos, por pesquisas, que o aborto clandestino é a quinta maior causa de morte materna. Alguns dados apontam entre 865 mil a 1 milhão de abortos clandestinos realizados por ano.



Desnutrição infantil

A má nutrição no início da vida implica em riscos que podem comprometer a saúde do indivíduo em curto e longo prazos. Em curto prazo ocorre aumento do risco de morbimortalidade por doenças infecciosas. Em médio e longo prazos, crianças que recebem uma má nutrição no início da vida, intrauterina ou pós-natal, apresentam maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis. Para além das graves consequências sobre a saúde da pessoa, a economia também é afetada pela desnutrição. A elevada prevalência desta doença dificulta o desenvolvimento econômico e perpetua a pobreza. Isso ocorre em razão da perda de produtividade relacionada à má condição física e ao déficit cognitivo.

O diagnóstico populacional da desnutrição é feito por meio de antropometria, com a avaliação de índices antropométricos. No período pós-natal utiliza-se o peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I) e o índice de massa corporal para idade (IMC/I)²². A baixa estatura é a forma mais prevalente de desnutrição no mundo e no país.

O baixo peso ao nascer é um fator de risco para a morbidade, mortalidade neonatal e infantil. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, no início do mandato da presidente Dilma Rousseff, foi de 8,53% em 2011, representando 248.217²³ crianças nestas condições durante o ano. Em 2013, a prevalência foi de 8,51%, quando 247.010 crianças nasceram com o peso inferior a 2.500 gramas. A prevalência de baixo peso nos últimos três anos se manteve inalterada.

No Brasil, os maiores percentuais de baixo peso ao nascer ocorrem nas regiões de melhor situação socioeconômica.

Tabela 9. **Proporção (%) de nascidos vivos com baixo peso ao nascer – Brasil e Regiões**

Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
2011	8,53	7,34	8,27	7,92	9,28	8,79
2012	8,46	7,44	8,26	7,76	9,22	8,65
2013*	8,5	7,59	8,26	7,94	9,2	8,57

Fonte: MS/SVS/Dasis Sinasc e MS/Datasus.

Nota: Os valores de 2012 e 2013 foram calculados com base no número de nascidos vivos (Sinasc) pelo número total de nascimentos por residência da mãe, por peso ao nascer (menos de 500g, 500g a 999g, 1.000g a 1.499g, 1.500g a 2.499g).

Elaboração: Fundação Abrinq.

22. Caracteriza-se baixo peso quando o peso encontrado for inferior a -2 escores Z para idade e sexo, baixa estatura quando a estatura encontrada for inferior a -2 escores Z para idade e sexo e magreza quando o IMC encontrado for inferior a -2 escores Z para idade e sexo. Para avaliar as condições gerais de saúde do recém-nascido e indiretamente as condições de saúde da gestante utiliza-se o índice de baixo peso ao nascer (peso inferior a 2.500g).

23. Ministério da Saúde/Datasus 2011-2012.

Tabela 10. **Nascidos com peso abaixo (< 2.500g) – Brasil e Região**

Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
2011	248.217	22.897	18.701	67.319	106.073	33.227
2012	245.892	22.953	19.016	64.584	106.315	33.024
2013*	247.126	23.766	19.385	65.262	105.549	33.164

Fonte: MS/SVS/Dasis Sinasc e MS/Datasus. Nascidos por ocorrência. Acesso em março de 2015.
Elaboração: Fundação Abrinq.

De acordo com os dados de 2013, existem pouco mais de 247 mil crianças com baixo peso ao nascer. Este dado aponta que um importante percentual de crianças já nasce em condições nutricionais não adequadas, caracterizando grupo de elevado risco para perpetuação e agravamento do seu estado nutricional na primeira infância.

A desnutrição²⁴ é fruto de uma complexa combinação de fatores associados ao acesso inadequado ou insuficiente ao alimento. Determinantes biológicos, econômicos, culturais e sociais atuam de maneira sinérgica colaborando para o agravo e a perpetuação da doença.

De acordo com a OMS, monitorar o crescimento infantil através de medidas antropométricas é uma das maneiras mais eficientes de avaliar o estado geral de saúde, otimizando intervenções que possam reestabelecer condições ideais de saúde e evitar os danos resultantes da desnutrição. O conhecimento do estado nutricional pode ainda determinar prognóstico e terapia mais adequada em diferentes doenças.

Fatores de risco associados à desnutrição de crianças: baixo peso ao nascer, história de prematuridade, desmame precoce, baixo grau de escolaridade materna, renda familiar abaixo de dois salários mínimos, saneamento básico domiciliar inadequado

24. Consumo inadequado de minerais (ferro, iodo e zinco), vitaminas e ácidos graxos essenciais, diversificação e qualidade da alimentação, frequência de infecções, condições insalubres de moradia, má assistência à saúde, desemprego ou subemprego, escolaridade familiar e tempo de exposição a essas condições.



A prevalência da baixa estatura e do baixo peso nas crianças menores de cinco anos apresentaram redução durante a primeira década de 2000, permanecendo inalterada durante o primeiro governo da presidente Dilma Rousseff.

De acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), o índice peso para idade, que expressa a relação entre a adequação do peso para a idade cronológica da criança, é o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional na caracterização do baixo peso. Essa avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação aguda e atual do indivíduo. Já o índice estatura para idade reflete o crescimento linear da criança, podendo indicar a cronicidade de um insulto nutricional devido à carência de macro e micronutrientes. A estatura é considerada um importante parâmetro para se avaliar a qualidade de vida de uma população.

Tabela 11. **Prevalência de crianças de 0 a 5 anos com baixa estatura para a idade – Brasil/Regiões**

Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul	População estudada
2011	7,19	12,31	6,45	7,75	5,6	5,1	3.044.635
2012	6,74	11,03	6,41	7,18	5,4	5,02	2.994.596
2013	7,14	12,11	6,05	7,38	5,81	5,29	4.031.713
2014	7,27	11,66	6,58	7,41	6	5,46	4.181.843

Fonte: MS/CGAN/Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional - Sisvan, acessado em março de 2015.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 12. **Prevalência de crianças de 0 a 5 anos com muito baixa estatura e baixa estatura para a idade – Brasil/Regiões**

Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
2011	13,4	21,72	11,98	15,2	10,02	9,01
2012	12,26	19,37	11,5	13,48	9,72	8,69
2013	13,08	21,82	11,07	13,72	10,72	9,23
2014	13,41	20,69	12,44	14,03	11,1	9,46

Fonte: MS/CGAN/Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional - Sisvan, acessado em março de 2015.
Elaboração: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren).

Tabela 13. **Prevalência de crianças de 0 a 5 anos com baixo peso – Brasil/Regiões**

Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul	População estudada
2011	3,21	5,56	2,69	3,73	2,31	1,89	3.049.467
2012	3,09	5,24	2,82	3,5	2,33	1,9	2.999.487
2013	3,05	5,51	2,56	3,29	2,34	1,83	4.031.821
2014	2,96	4,82	2,72	3,13	2,38	1,89	4.181.906

Fonte: MS/CGAN/Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional - Sisvan, acessado em março de 2015.

Tabela 14. **Prevalência de crianças de 0 a 5 anos com muito baixo peso e baixo peso para a idade – Brasil/Regiões**

Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
2011	4,5	7,41	3,86	5,18	3,33	2,86
2012	4,31	6,97	4,02	4,78	3,42	2,85
2013	4,39	7,5	3,92	4,54	3,67	2,91
2014	4,24	6,44	4,25	4,34	3,81	2,92

Fonte: MS/CGAN/Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional - Sisvan, acessado em março de 2015.

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children e Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren).

De acordo com a OMS, a população de crianças com até cinco anos desnutridas não deve ultrapassar 2,37% do total da população nessa faixa etária por Estado-Nação

A prevalência da baixa estatura durante os quatro anos de gestão da presidente Dilma Rousseff pouco se modificou. Este fato indica a complexidade da etiologia da baixa estatura. Intervenções efetivas devem considerar não somente aspectos de saúde como a nutrição materna insuficiente, desnutrição intrauterina, falta de aleitamento materno exclusivo até seis meses, introdução tardia de alimentos complementares, alimentos complementares em quantidade e qualidade inadequadas, infecções e parasitoses intestinais, mas também aspectos socioeconômicos e culturais.



Melhoria nas condições de moradia e de saneamento básico, empoderamento materno, educação nutricional com retomada da cultura alimentar e resgate das tradições, e redução da desigualdade social com combate à pobreza são aspectos determinantes para uma sociedade saudável.

Em 2013, o Brasil foi eleito pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação como um dos países da década que conseguiu efetivamente erradicar a fome extrema no país, saindo do Mapa da Fome Mundial²⁵. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 2013 o país possuía menos de 5% da população em situação subalimentar.

Já em 2014, de acordo com o IBGE (projeção populacional) e as prevalências de crianças desnutridas por baixa estatura do Sisvan, o Brasil tem 2.420.358 crianças nessa situação, em grau moderado ou grave. Esses números são ainda mais preocupantes se considerarmos que estudos têm mostrado que deficits leves de estatura (entre -2 e -1 desvios-padrão da média) estão associados ao excesso de peso entre crianças maiores de 12 anos, indicando uma propensão a desenvolver obesidade e doenças crônicas na vida adulta, tais como hipertensão e diabetes²⁶.

O governo federal deve se dedicar e continuar na busca ativa das famílias invisíveis que concentram os problemas da pobreza e desnutrição (baixa estatura e baixo peso) em suas crianças. Programas que oferecem cuidados infantis de forma integral e com boa qualidade desde os primeiros anos de vida podem exercer papel preventivo no sentido de as proteger, sobretudo da desnutrição crônica e de outros distúrbios nutricionais. Ressalta-se, também, a importância do acesso à assistência à saúde, condições de infraestrutura domiciliar e orientações às mães visando a ampliação do período de aleitamento materno.

Paralelamente são observadas prevalências crescentes de sobrepeso e obesidade infantil. O aumento da obesidade no Brasil é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda, podendo coexistir, no mesmo domicílio, indivíduos obesos e desnutridos, ambos vítimas de uma má nutrição. Entretanto, por se tratar de um novo desafio, a obesidade infantil figurou nos compromissos do segundo mandato da presidente Dilma Rousseff, que serão oportunamente analisados.

25. http://www.fao.org/economic/ess/en/#.Vlh_RzHF8Qk.

26. Santos CDL, Clemente APG, Martins PA, Sawaya, AL – Influência do deficit de estatura nos desvios nutricionais em adolescentes e pré-adolescentes. *Rev. Nutr., Campinas, 22(2):187-194, mar./abr., 2009.*

Saneamento básico

O indicador que monitora o percentual da população total de um país que possui saneamento básico é um grande auxiliador para verificação do desenvolvimento social local. De acordo com a OMS, saneamento pode ser definido como: “o conjunto de medidas adotadas em um local para melhorar a vida e a saúde dos habitantes, impedindo que fatores físicos de efeitos nocivos possam prejudicar as pessoas no seu bem-estar físico, mental e social”.

No Brasil, a Lei Federal nº 11.445, de 1997²⁷, estabeleceu as Diretrizes Nacionais e Política Federal de direito ao acesso ao saneamento básico (a Constituição Federal de 1988 já previa esse direito social na forma do Artigo 21). As Diretrizes Nacionais estabelecem que o planejamento do acesso e execução para obras do saneamento básico está a cargo dos Municípios e que as prestações de serviço podem ser feitas por ele ou por meio de concessionárias públicas e/ou privadas.

O Brasil possui alto déficit de atendimento dos serviços de saúde pública básica em todos os âmbitos da administração em relação às porcentagens de acesso à água e saneamento básico, o que repercute em transmissão de doenças, mortalidades evitáveis, e contaminação do solo e da água.

Com relação ao acesso à água potável, o percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com abastecimento de água potável por rede geral foi de 85,5% em 2012, mas demonstra que ainda existe no país pelo menos 14,5% de brasileiros sem acesso permanente à água potável²⁸.

No ano de 2011, havia 30,6% da população sem acesso ao serviço de esgotamento sanitário. Em 2012, houve um pequeno avanço no indicador, caindo para 29,7% da população sem acesso, e em 2013, outro pequeno avanço reduzindo para 29,4%, apesar dos altos investimentos realizados.

As disparidades regionais são extremamente preocupantes nessa questão. A região Norte do país possui apenas 21,2% da população com acesso ao esgotamento sanitário. Esse é um problema que impacta direta e negativamente em outros indicadores sociais de saúde.

27. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111445.htm. Acessado em dezembro de 2014.

28. Dados oficiais divulgados pela Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos e do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, do Ministério das Cidades.



Tabela 15. **Distribuição percentual e razão entre os domicílios com e sem acesso a saneamento adequado (%)**

Brasil e Regiões	2011		2012		2013	
	Com acesso	Sem acesso	Com acesso	Sem acesso	Com acesso	Sem acesso
Brasil	69,4	30,6	70,3	29,7	70,6	29,4
Norte	21,6	78,4	19,9	80,1	21,2	78,8
Nordeste	49,9	50,1	51,1	48,9	51,1	48,9
Sudeste	89,3	10,7	90,6	9,4	91,1	8,9
Sul	66,8	33,2	67,8	32,2	67	33
Centro-Oeste	48,8	51,2	49,7	50,3	51,8	48,2

Fonte: IBGE/Pnad – Síntese de Indicadores Sociais 2011-2014.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Nota: Domicílios com condições simultâneas de abastecimento de água por rede geral no domicílio ou na propriedade, esgotamento sanitário por rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto e lixo coletado direta ou indiretamente.

Nos três primeiros anos da gestão, o percentual da população da Região Norte sem acesso ao esgotamento sanitário oscilou negativamente, saindo de 78,4%, em 2011, para 80,1%, em 2012, e 2013, com 78,8%, o que traduz um grande desafio ao governo de enfrentar o problema onde ele é mais impactante.

Apenas a Região Sudeste apresenta o esgotamento sanitário próximo ao ideal (91,1% da população com acesso), onde apenas 8,9% da população não têm acesso. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, o esgotamento sanitário não chega a 50% da população.

Tabela 16. **Proporção (%) de crianças de 0 a 14 anos de idade sem esgotamento sanitário de rede geral ou fossa séptica – Brasil/Regiões**

Período	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
2011	46,2	84	67	60,3	16,1	44,7
2012	45,2	85,3	65,8	58,9	15,4	42,3
2013	44,5	84,8	66,3	56,4	14,1	42,1

Fontes: IBGE/Pnad – Síntese de Indicadores Sociais 2011-2014.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Nota: Residentes em domicílios particulares permanentes, sem esgotamento sanitário de rede geral ou fossa séptica, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação.

Tabela 17. **Proporção (%) de crianças de 0 a 14 anos de idade sem abastecimento de água, sem esgotamento sanitário ou fossa séptica e sem coleta de lixo – Brasil**

Período	Sem abastecimento de água	Sem esgotamento sanitário ou fossa séptica	Sem coleta de lixo	Todas as formas de saneamento inadequado simultaneamente
2011	19,4	46,2	15,5	10,7
2012	18,2	45,2	15,6	10,2
2013	18,3	44,5	14,1	9,8

Fontes: IBGE-Pnad/Síntese de Indicadores Sociais 2012-2014.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Nota: Proporção de crianças de zero a 14 anos de idade residentes em domicílios particulares permanentes, sem abastecimento de água por rede geral, sem esgotamento sanitário de rede geral ou fossa séptica e sem coleta de lixo direta ou indireta.

O governo federal precisa ampliar e priorizar o investimento em saneamento básico. Algumas questões de mortalidade, doenças agudas e crônicas estão diretamente associadas ao acesso a serviços básicos de saúde, como é o caso do acesso à água potável e ao esgoto.

Para que se promova a saúde e a equidade nas sociedades mais pobres, é fundamental tratar a pobreza como um problema que ultrapassa a questão monetária e interfere principalmente nas condições de vida e trabalho dos indivíduos.

Combatendo o HIV/Aids

Um dos preceitos estabelecidos no documento *Um Mundo para as Crianças* é a proteção de crianças e suas famílias contra os efeitos devastadores do HIV/Aids. Entre as preocupações, encontra-se o fato de muitas crianças serem estigmatizadas por estarem infectadas pelo vírus, principalmente pela transmissão vertical (de mãe para filho).

Breve cenário sobre o HIV/Aids no Brasil

O Brasil possui um dos programas de combate ao HIV/Aids considerados referência mundial no tratamento dessa doença, entretanto, é necessário que sejam continuamente aprimoradas as ações de prevenção e diagnóstico precoce do HIV, e qualificadas a assistência e o tratamento à população infectada.



Deve-se considerar também que 93% dos casos notificados na população menor de 13 anos de idade estão relacionados à transmissão vertical do vírus (a transmissão de mãe para filho durante a gestação, parto ou na amamentação). Portanto, a orientação, o diagnóstico precoce e o tratamento no pré-natal da gestante infectada pelo HIV podem evitar novos casos de HIV/Aids nas crianças.

De acordo com os últimos dados divulgados pelo *Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2013*, uma a cada cinco mortes pela Aids ocorre antes da pessoa com HIV completar um ano de diagnóstico, o que é inadmissível se considerarmos a possibilidade de tratamento e cuidados que hoje possuímos. Além disso, há de ser verificada a qualidade do tratamento que está sendo oferecida para os portadores e a velocidade com que se iniciam os procedimentos de tratamento e medicação após a verificação do teste positivo. De acordo com especialistas na área, a rapidez na consulta, o acompanhamento clínico e a introdução dos primeiros medicamentos são de fundamental importância para que a vida do soropositivo seja estendida.

No ano de 2012, no Brasil foram notificados 39.185 casos de Aids. Este valor vem mantendo-se estável nos últimos cinco anos. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100 mil habitantes. A maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100 mil habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5) e Região Nordeste (14,8), segundo dados do Boletim Epidemiológico (HIV/Aids, 2013).

Nos últimos dez anos (2004 a 2013), as maiores taxas de detecção de Aids foram observadas entre aqueles com idade entre 30 e 49 anos. Entretanto, observa-se uma tendência de queda na taxa daqueles com 30 a 39 anos e uma leve estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos. Além disso, observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos, sendo que entre os adolescentes e jovens de 15 a 19 anos houve um aumento de 120% nas taxas de detecção. Já na faixa etária entre 20 e 24 anos, a ampliação foi de 75,9%. De acordo com o Ministério da Saúde, está aumentando consideravelmente o número de casos de contaminação entre os jovens dos grandes centros urbanos, mudando o foco de atuação do país para a população sexualmente ativa urbana.

Em 2012, o número de óbitos de causa básica Aids foi de 12.073 e, em 2013, o número registrado passou para 12.431 óbitos.

Entre as políticas nacionais dessa gestão Dilma (2011-2014), tiveram continuidade o Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado em 2007; o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), criado em 2003 e desenvolvido conjuntamente com o Ministério da Educação, além da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída em dezembro de 2011, no âmbito do SUS.

Taxa de detecção de gestantes com HIV

Apresenta tendência de crescimento estatisticamente significativa na última década. Em 2004, por exemplo, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos. Em 2013, passou para 2,5, indicando um aumento de 25% nesse período. A tendência de crescimento também é observada entre as regiões do país, exceto na Região Sudeste, que apresenta tendência de queda, passando de 2,5 casos para cada mil nascidos vivos, em 2004, para 2,1, em 2013, expressando uma queda de 16%.

O aumento foi maior na Região Norte (187,5%), que apresentava uma taxa de 0,8 em 2004, passando para 2,3, em 2013. **A Região Sul possui a maior taxa de detecção entre as regiões, sendo aproximadamente 2,3 vezes maior que a taxa do Brasil.**

Segundo dados do último Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2014, a estimativa de prevalência (número esperado de gestantes com HIV) no Brasil é de aproximadamente 12.000 casos por ano, entretanto, em 2013, apenas 59,9% dos casos esperados foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Tabela 18. **Casos de gestantes infectadas pelo HIV – N° absoluto/percentual, segundo faixa etária, por ano do parto – Brasil**

Faixa etária da gestante	2011		2012		2013		2014	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10 a 14 anos	65	1	57	0,8	65	0,9	30	0,8
15 a 19 anos	984	14,9	1.080	15,3	1.084	15,2	554	15,2
20 a 24 anos	1.772	26,8	1.944	27,5	1.913	26,8	956	26,2
Total por ano	6.666	100	7.162	100	7.219	100	3.692	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2013.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Notas: Casos notificados no Sinan até 30/06/2014. Dados preliminares para os últimos cinco anos.



Transmissão vertical do HIV

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico, a taxa de detecção de casos de Aids em menores de cinco anos de idade tem sido utilizada como indicador para monitorar a transmissão vertical do HIV e foi de 3,4/100 mil habitantes em 2012, o que corresponde a uma redução de 35,8% em relação a 2003.

A **Transmissão vertical do HIV** tem sido combatida com muito sucesso em todo o mundo, inclusive no Brasil, e demonstra que, se o caso for diagnosticado cedo, é possível que uma mulher infectada pelo vírus HIV possa ter filhos não contaminados. Para isso, é preciso que desde o início da gestação ela tenha um acompanhamento de uma equipe especializada. É de extrema importância que todas as mulheres grávidas façam o teste de HIV durante o pré-natal.

De acordo com o Ministério da Saúde, o uso dos medicamentos retrovirais já nos primeiros dias de gestação reduz em até 97% as chances de transmitir o vírus para o feto, medidas estas que devem ser acompanhadas posteriormente à substituição do aleitamento materno.

Tabela 19. **Casos de Aids notificados por faixa etária e ano de diagnóstico no Brasil**

Faixa etária	2011	2012	2013	2014
<5 anos	439	445	374	159
5 a 9 anos	163	115	113	50
10 a 14 anos	181	153	126	39

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-Aids 2014.

Elaboração: Fundação Abrinq.

NOTAS: Sisclo utilizado para validação dos dados do Siscel. Sinan até 30/06/2014 e SIM de 2011 a 2013. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Tabela 20. **Taxa de incidência de Aids para faixa etária de menores de 5 anos de idade – Brasil/Regiões**

Anos	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2011	3,48	4,25	2,81	3,31	6,31	1,21
2012	3,38	4,43	2,84	2,96	5,76	2,11

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS 2014.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Educação

II - EIXO: ACESSO À EDUCAÇÃO DE QUALIDADE



II - Eixo

Acesso à Educação de Qualidade

A educação é um direito de todos e pode ser definida como um fator fundamental para redução da pobreza, das mortalidades e do trabalho infantil, contribuindo para o desenvolvimento integral do cidadão.

De acordo com os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM), das Nações Unidas, o país precisaria alcançar a universalização do Ensino Fundamental com o aumento da quantidade de crianças que estão no Ensino Fundamental na série e idade corretas (melhoria do fluxo escolar).

No documento *Um Mundo para as Crianças* ficou estabelecido que até o final do ano de 2015 todas as crianças deveriam ter acesso garantido ao *Ensino Primário*²⁹ de qualidade, gratuito e obrigatório em âmbito nacional. Estabeleceu ainda que seria fundamental reduzir as disparidades regionais e de gênero, dando atenção especial para as meninas de forma a assegurar o cumprimento da meta de universalização internacional do Ensino Básico.

Breve cenário da gestão na área de Educação

A Educação Básica obrigatória e gratuita inicia-se a partir do Ensino Fundamental (seis anos de idade). A partir de 2016, inclui-se a etapa da pré-escola.

Entretanto, é necessário que o Estado ainda assegure vagas às faixas etárias anteriores por meio do atendimento em creches de forma gratuita e com qualidade, (até os três anos de idade é facultado aos pais matricular ou não seus filhos em creche, entretanto, o Estado tem o dever de disponibilizar de forma gratuita a todos que precisarem e desejarem).

29. A educação primária refere-se ao nível de classificação do Padrão Internacional de Educação (International Standard Classification of Education – Isced), que corresponde aos seis primeiros anos do Ensino Fundamental brasileiro e tem duração de nove anos atualmente no Brasil.



Essas garantias estão asseguradas por meio da legislação nacional descrita no ECA³⁰, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)³¹ e na Constituição Federal de 1988, onde o Estado Brasileiro instituiu como dever do Poder Público a garantia do atendimento em creche (de zero a três anos de idade) e à pré-escola (de quatro a cinco anos de idade), reconhecendo cada uma delas como instituições educativas que devem assumir o desafio de superar a função de espera e preparação para o Ensino Fundamental, entendendo aquele local como um espaço de formação cultural.

No que tange propriamente as ações do governo da presidente Dilma Rousseff, no campo educacional, este promoveu políticas de convênio com Estados e Municípios voltadas à ampliação da rede pública de atendimento educacional e programas de melhoria da qualidade de educação pública.

Neste sentido destaca-se a continuidade e ampliação do Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância). De acordo com a Coordenadora Geral de Educação Infantil do MEC, Rita de Cássia de Freitas Coelho, o programa é:

“(...) a estratégia de construção e ampliação de vagas, de criação de projeto arquitetônico específico, projetado para a criança pequena, com respeito, com estética, com espaço adequado para essa criança. O ProInfância é uma intervenção no espaço urbano que provoca uma discussão sobre o lugar da criança na cidade, na sociedade. É muito interessante observar que nas cidades pequenas ele é, muitas vezes, o prédio mais bonito. Nas cidades grandes, em geral, está construído na periferia e passa a ser disputado pela classe média como um espaço de qualidade. É uma ação indutora de qualidade. Além do financiamento da obra, da definição de critérios para construção – que passam a ser referência nacional (quantidade de banheiros, existência de área externa, pátio coberto, banheiro adaptado, entre outros espaços) –, o referido programa também repassa recursos para a manutenção de novas matrículas e tudo isso é uma forma de afirmar a concepção de educação infantil.”

Em 2011, o programa passou a fazer parte do Programa de Aceleração do Crescimento 2 (PAC 2). A partir de 2013, passaram a ser utilizadas novas metodologias para a construção das unidades mediante a adesão dos Municípios (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE). Tal procedimento permitiu a redução do prazo de execução e do custo das obras, garantindo um padrão de qualidade.

Ainda com relação à política de construção de creches e pré-escolas, o MEC repassa recursos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal, a título de apoio à manutenção dos novos estabelecimentos públicos de Educação Infantil que tenham sido construídos com recursos do governo federal, que estejam em plena atividade e que ainda não são contemplados com recursos do Fundeb.

30. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA: Artigo 54, inciso IV da Lei nº 8.069, de 1990.

31. Lei nº 9.394, de 1996.



Quanto ao Brasil Carinhoso, instituído em maio de 2012 no contexto do Plano Brasil Sem Miséria (BSM)³² possui a estratégia de oferecer recurso financeiro direto para o sistema de ensino da Educação Infantil para cada nova matrícula de crianças em situação de extrema pobreza. Essa medida é considerada estratégica para o governo no sentido de diminuir os indicadores relacionados à pobreza no país por meio do acesso à educação. O programa induz os sistemas de ensino a fazerem uma busca ativa de novas crianças e mantê-las nas creches públicas ou conveniadas. Colabora também aumentando o valor da alimentação escolar para todas as crianças da Educação Infantil, auxiliando na merenda escolar (ações para melhoria do estado nutricional). Entretanto, não é possível realizar o controle social sobre o programa e o padrão de investimento uma vez que não aparece consignado no orçamento.

Com relação à alfabetização das crianças, foi lançado em 2012 o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa, que constitui um compromisso formal assumido pelo governo federal, Distrito Federal, Estados e Municípios de assegurar que todas as crianças estejam alfabetizadas até os oito anos de idade, ao final do terceiro ano do Ensino Fundamental. Envolve um conjunto integrado de iniciativas, de materiais e de referências curriculares e pedagógicas disponibilizados aos entes federados. Tem como eixos estruturantes: formação continuada de professores alfabetizadores, com bolsas de estudo por dois anos; orientação aos resultados das avaliações externas universais aplicadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep); material didático; gestão, controle social e mobilização.

Um dos instrumentos mais relevantes para a melhoria da qualidade da Educação Básica é o Plano de Ações Articuladas (PAR), planejamento multidimensional da política de educação que os Municípios, os Estados e o DF devem elaborar para um período de quatro anos. O ente federado elabora o diagnóstico da situação educacional, orientado em quatro eixos: Gestão Educacional; Formação de Profissionais; Práticas Pedagógicas e Avaliação; e Infraestrutura e Recursos Pedagógicos. O instrumento diagnóstico possui mais de 80 indicadores que revelam a situação do sistema de ensino. A partir daí, é proposto ao ente federado um conjunto de ações. É por meio do PAR que o Ministério da Educação presta assistência técnica e financeira aos demais entes da federação.

Outro destaque é a Escola em Tempo Integral que objetiva garantir um padrão de ensino diferenciado nas escolas públicas. O programa, criado em 2008, como Mais Educação³³, hoje integra o Plano Brasil Sem Miséria. Prevê a construção da agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais, ampliando a jornada escolar para no mínimo sete horas diárias.

Durante esta gestão e com ampla incidência da sociedade civil, houve a aprovação do novo Plano Nacional da Educação (PNE), em junho de 2014, por meio da sanção da Lei Federal nº 13.005 para o próximo decênio (2014-2024).

32. Instituído pelo Decreto nº 7.492, de junho de 2011.

33. Portaria Interministerial nº 17/2007, regulamentado pelo Decreto 7.083/2010.

Acesso à Educação Infantil (0 a 5 anos – Creche e Pré-Escola)

No livro *Educação Infantil: formação e responsabilidade*³⁴ ressalta-se a complexa relação entre educação e direitos na sociedade para a efetivação das políticas que já existem: “O sistema público e o modo como as crianças são culturalmente percebidas em cada sociedade afetam a concretização de seus direitos. O discurso social e político atual é o de uma infância de direitos, e concretizá-lo constitui, ainda, um desafio distante da realidade de muitos Municípios. Enfim, há muito trabalho pela frente!” (2013, p. 88).

Durante sua campanha eleitoral, a presidente Dilma Rousseff prometeu construir 6 mil unidades de creches, entretanto, apenas 786 novas unidades foram construídas de 5.772 unidades previstas no Plano de Aceleração do Crescimento 2 (PAC 2)³⁵.

Das metas estabelecidas para a gestão e de acordo com o documento *Um Mundo para as Crianças*, o governo brasileiro tinha como indicador principal a ampliação do acesso à Educação Infantil, cujo valor em 2002 era de 37% de cobertura (creche e pré-escola) e deveria dar ênfase ao atendimento de crianças de zero a três anos de idade (creches), cujo valor em 2002 era de aproximadamente 4% (Inep/Sinopses Estatísticas Educação Básica, 2002).

No primeiro ano da gestão da presidente Dilma Rousseff existia no país cerca de 10.485.209 de crianças³⁶ na faixa etária entre zero a três anos de idade (Censo de Educação Básica do MEC), das quais 2.298.707 estavam matriculadas em creches³⁷ disponibilizadas em território nacional, representando uma taxa de cobertura de cerca de 22% em 2011. A relação entre estes números demonstra o tamanho do deficit de atendimento da Educação Infantil no país.

A Educação Infantil como primeira etapa da Educação Básica é uma conquista recente. Baseia-se na indissociabilidade do educar e cuidar. A opção brasileira institui a educação como um direito público subjetivo do cidadão desde o nascimento. Ainda são grandes os desafios brasileiros, no entanto, importantes avanços podem ser observados, como a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb), a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Infantil e a criação de uma política nacional de avaliação. Esses marcos exemplificam o avanço na identidade da Educação Infantil, porém pesquisas mostram que a

34. Organizado pela Sonia Kramer, Maria Fernanda Nunes e Maria Cristina Carvalho. Texto do Aristéio Gonçalves Leite Filho e Maria Fernanda Nunes: *Direitos da Criança à Educação Infantil: Reflexões sobre a história e a política*.

35. 11º Balanço do PAC II. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/sobre-o-pac/divulgacao-do-balanco>. Acessado em 20/03/2015.

36. Dado populacional retirado do Censo Escolar da Educação Básica de 2013, lançado em fevereiro de 2014. Os dados são divergentes com os do Ministério da Saúde, que apresenta 11.135.497 de crianças entre zero a três anos de idade (IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus).

37. Considerando matrículas iniciais, não incluindo matrículas em turmas de atendimento complementar e atendimento educacional especializado (AEE). Informações do MEC/Inep/Deed 2011.

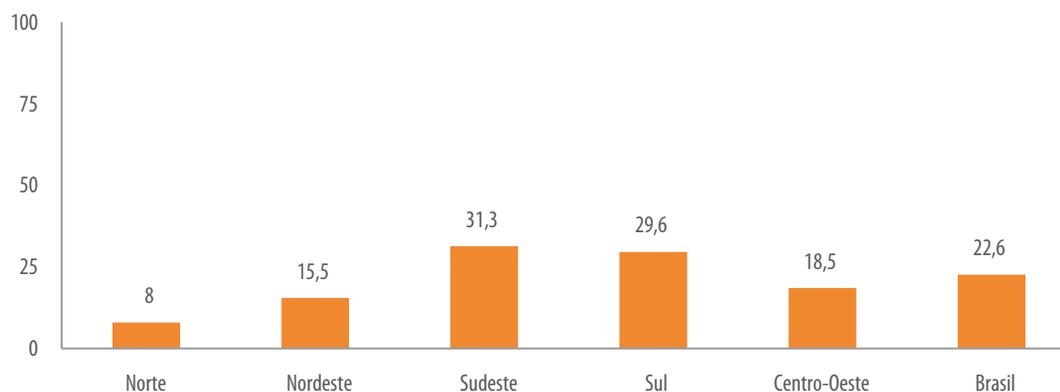


grande fragilidade do atendimento em creches e pré-escolas é a qualidade³⁸. Tem-se uma distância entre os direitos garantidos e as ações concretas. A realidade parece estar distante da consolidação efetiva da democratização no acesso aos direitos fundamentais.

“A despeito desses avanços, ainda é muito restrita a extensão da sua cobertura no país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, no ano de 2013, o atendimento em creches atingia cerca de 28% das crianças. Ainda mais grave é a situação identificada em estudo do mencionado instituto com base no ano de 2010 que demonstrou, por exemplo, que, do total das crianças atendidas nas creches, 36,3% faziam parte dos 20% mais ricos da população e apenas 12,2% integravam o estrato dos 20% mais pobres.” Ministério da Educação, 2014³⁹

Além do ProInfância e do Brasil Carinhoso, o MEC tem investido em ações com a finalidade de qualificar o trabalho das instituições de Educação Infantil. Vale destacar a implementação de cursos de especialização em docência oferecidos nas universidades federais para a rede pública. A valorização de uma Educação Infantil de qualidade significa reconhecer que essa é uma política estratégica de enfrentamento da pobreza e da desigualdade social.

Gráfico 9. Taxa de cobertura⁴⁰ em creche por Região – 2012 (%)



Fonte: MEC - Inep/Estimativas Populacionais - Datasus (2012).

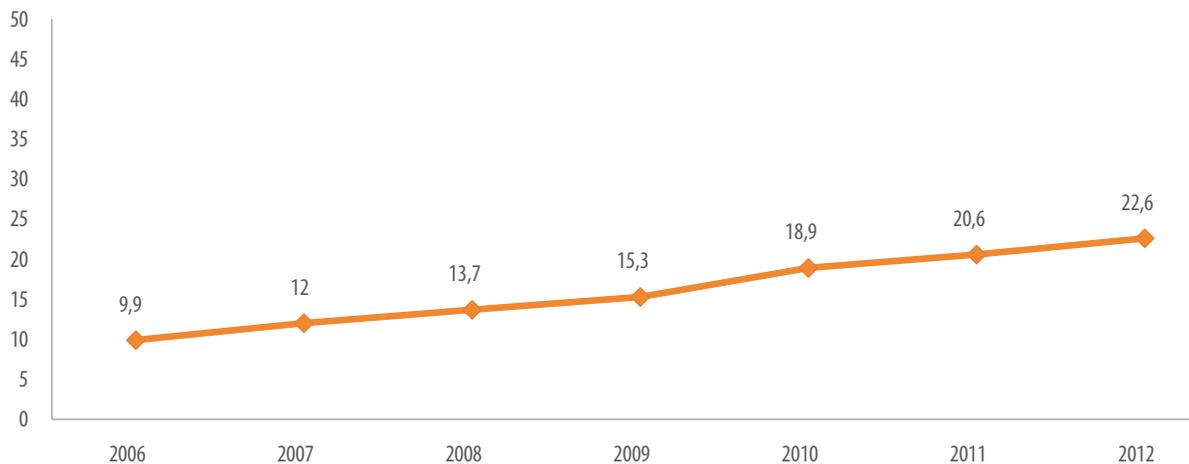
A Taxa de Cobertura refere-se à razão entre o número de crianças de zero a três anos e o número de matrículas vezes 100

38. CAMPOS, M. M *et al*, 2011, p. 42.

39. *Planejando a Próxima Década – Conhecendo as 20 metas do Plano Nacional de Educação*. P. 16, Ministério da Educação – MEC 2014.

40. Os valores utilizados para a taxa de cobertura foram calculados pela Fundação Abrinq com base nas estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus, dados de matrícula do Censo da Educação Básica de 2011-2013 e dados do MEC/Inep. Consulta realizada em abril de 2015.

Gráfico 10. Taxa de cobertura em creche no Brasil – série histórica (%)



Fonte: MEC - Inep/Estimativas Populacionais - Datsus (2012).

Meta Plano Nacional de Educação (PNE) – 50% até 2024

O atendimento em creche precisa ganhar expressivo salto de cobertura. O crescimento na taxa de cobertura nos últimos anos é muito tímido, subindo apenas 3,7 p.p. em dois anos. Notadamente, a disparidade regional também atinge o problema da cobertura em creche no Brasil. Enquanto na Região Sudeste, 31 de cada 100 crianças acessam a creche, na Região Norte, 8 em cada 100 crianças acessam. O acesso à creche nas regiões Sul e Sudeste representa o dobro do acesso na Região Nordeste e é quatro vezes maior do que na Região Norte.

O PNE de 2001 determinava que ao menos 50% das crianças de zero a três anos de idade fossem atendidas. Em 2010, o Plano chegou ao final de sua vigência sem a meta consolidada pelo país. Em 2014, o novo PNE foi aprovado para o período de mais dez anos (até 2024), sendo novamente incluída como meta a pretensão de atingir os mesmos 50% de cobertura, ou seja, são 24 anos para tentar suprir 50% do problema de atendimento em creche.

Nesse contexto, e considerando os dados disponíveis (entre 2011, 2012 e 2013), podemos considerar que o governo federal conseguiu ampliar o número de matrículas em 18%, sendo que, entre 2011 e 2012, cresceu 11%, e de 2012 para 2013, cresceu 7%.

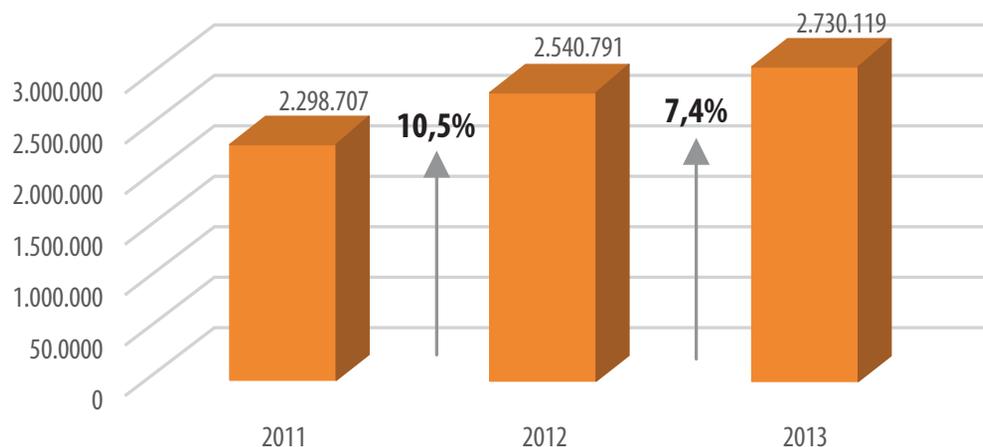


Tabela 21. Matrículas em creches – Brasil e Regiões

Período	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2011	2.298.707	89.632	484.101	1.189.132	383.299	152.543
2012	2.540.791	102.677	533.609	1.319.584	423.436	161.485
2013	2.730.119	114.678	591.177	1.401.112	449.677	173.475

Fonte: MEC/Inep – Censo Escolar da Educação Básica 2013.
Elaboração: Fundação Abrinq

Gráfico 11. Evolução das matrículas em creche no Brasil - 2011 a 2013

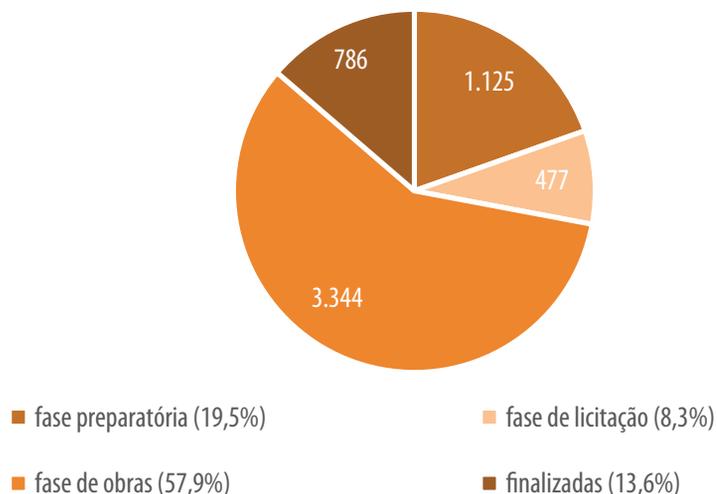


Fonte: MEC/Inep.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Cabe registrar que apesar da evolução de cobertura, a iniquidade regional permanece. A Região Sul ampliou 2,63% a cobertura, a Região Sudeste 2,89%, enquanto que as regiões Norte, com 0,9%, Centro-Oeste, com 0,8%, e a Região Nordeste, com 1,33%, não tiveram o mesmo desempenho.

De acordo com o 11º Balanço do PAC2, realizado em outubro de 2014, 5.572 unidades de creches foram previstas e somente 786 entregues. Conforme demonstrado no gráfico seguinte, faltam concluir mais de 80% das unidades previstas.

Gráfico 12. Creches previstas no PAC II (5.572 unidades)



Fonte: 11º Balanço do PAC II - Ministério do Planejamento.⁴¹
Elaboração: Fundação Abrinq.

A creche é um direito da criança, um dever do Estado e opção das famílias. Atualmente, é vista como uma necessidade da sociedade contemporânea, constituindo-se como um espaço de socialização, de troca, de ampliação de experiências e conhecimentos, de acesso a diferentes produções culturais.

As pesquisas apontam benefícios para as crianças em diferentes dimensões: pessoais – pela garantia dos seus direitos e pela oportunidade de ampliação de suas relações; educacionais – pelo impacto positivo na escolaridade; e econômicos – pela possibilidade de inserção das mães no mercado de trabalho, aumento da renda familiar e maior permanência na escola⁴². A institucionalização da infância exige a qualidade dos serviços, fazendo das creches espaços de respeito e de valorização das crianças pequenas e suas formas de compreender, de sentir e expressar-se, de múltiplas interações, de brincadeiras, de invenções, de humanização e de promoção da equidade.

De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) *“as primeiras experiências da criança constituem a base de toda aprendizagem posterior. Assentar bases sólidas desde a primeira infância pode contribuir para uma entrada na Escola Fundamental sem tropeços e oferecer mais possibilidades para terminar os estudos básicos e poder sair da pobreza e de situações desvantajosas”*⁴³.

41. Disponível em: www.pac.gov.br/sobre-o-pac/divulgacao-do-balanco/balanco-completo. Acessado em abril de 2015.

42. Choi, 2004.

43. Bases Sólidas. Atenção e Educação na Primeira Infância. Unesco, 2007.



Durante o I Ciclo de Seminários Temáticos Regionais do **Programa Prefeito Amigo da Criança**, no ano de 2013 houve uma grande discussão com os gestores municipais sobre a necessidade de ampliação da cobertura em creche. Os prefeitos relataram que os Municípios recebem os recursos para a construção de novas unidades, mas não para cobrir os custos de manutenção, além de destacarem que os repasses via Fundeb são insuficientes e que exigem grande complementação do Município. Como os custos de manutenção são tão altos quanto os da instalação, informaram que estão deixando de buscar os recursos do ProInfância.

Enquanto isso, há um número significativo de crianças que continuam desassistidas, privadas de atendimento educativo adequado para a idade e da companhia de pares da mesma faixa etária.

Outros desafios estão relacionados com a qualidade da oferta e a formação profissional. Boa parte dos espaços disponibilizados não possui um ambiente adequado ao desenvolvimento infantil e ainda é muito representativo o atendimento por meio de convênios com organizações sociais. Nos conveniamentos, as organizações não recebem o valor integral repassado pelo governo federal que já é extremamente inferior ao valor necessário para um atendimento de qualidade de acordo com a metodologia do Custo Aluno Qualidade Inicial (CAQi)⁴⁴ na Educação Infantil.

É grande o despreparo dos educadores alocados em creches. Muitas vezes são empregados profissionais sem qualificação mínima para a função, questão que se mostra mais crítica no caso das unidades conveniadas. O MEC tem disponibilizado cursos, como o ProInfantil, desde 2006, aos profissionais que não possuem a formação específica para o magistério para melhorar a formação das equipes alocadas na Educação Infantil.

Outra iniciativa é o Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica (Parfor) (2009), que induz e fomenta a oferta de educação superior, gratuita e de qualidade, para professores em exercício na rede pública de Educação Básica (da Educação Infantil ao Ensino Médio), para que estes profissionais possam obter a formação exigida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e contribuam para a melhoria da qualidade da Educação Básica no país.

De acordo com as pesquisas realizadas pelo Movimento Todos pela Educação⁴⁵, houve evolução nos últimos três anos do número de profissionais com curso superior no país. Em 2011, 55,4% dos profissionais da pré-escola tinham curso superior, já em 2013 passou para 62,3%. Em creches eram 51,6% em 2011, enquanto em 2013 elevou-se para 59,6%.

44. Mecanismo criado pela Campanha Nacional pelo Direito à Educação e normatização pelo Parecer CNE/CEB nº 8/2010, aprovado em 5 de maio de 2010 – Estabelece normas para aplicação do inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9.394/96 (LDB), que trata dos padrões mínimos de qualidade de ensino para a Educação Básica pública.

45. Disponível em: http://www.todospelaeducacao.org.br/indicadores-da-educacao/5-metas?task=indicador_educacao&id_indicador=158#filtros.

Segundo Daniel Cara, coordenador da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, existe uma desigualdade de acesso relacionada diretamente à questão socioeconômica da criança. “Os filhos das famílias mais ricas têm acesso à Educação Infantil, ao contrário das famílias mais pobres. Quem está na fila são pessoas que não têm condição de pagar por isso”, comenta. Para ele, a avaliação de que a etapa da Educação Infantil corrobora no combate à desigualdade é correta. “Em última instância, a falta de vagas em creches reproduz e acentua essa desigualdade social, levada por gerações.”

Os números apresentados na **Pré-Escola** são relativamente melhores. O Censo Escolar da Educação Básica, em 2012, apresentava cerca de 84% das crianças de quatro a cinco anos de idade em pré-escola. É possível indicar uma tendência à universalização dessa etapa de ensino, entretanto, caso o crescimento se mantenha na atual proporção de evolução estatística, cerca de 12 p.p. no período de 5 anos (em 2008 eram 72,8% de crianças e em 2013 84%), a universalização só será alcançada depois do ano de 2018, ou seja, de 2008 até 2013 o crescimento significou 11,2%. Mantida essa projeção, em 2018 teremos 95,2% de crianças em Pré-Escola (o PNE prevê a universalização até 2016).

Tabela 22. Número de matrículas em Pré-Escolas – Brasil e Regiões

Período	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul
2011	4.681.345	462.448	1.554.166	1.835.980	307.523	521.228
2012	4.754.721	471.318	1.559.162	1.873.907	314.324	536.010
2013	4.860.481	485.927	1.559.861	1.932.712	331.358	550.623

Fonte: MEC/Inep – Censo Escolar da Educação Básica 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 23. Taxa de cobertura Pré-Escola (%) – População de 4 a 5 anos de idade (Brasil e Regiões)

Período	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul
2011	82,04	72,44	89,28	87,35	70,94	72,93
2012	83,73	72,64	89,57	88,5	71,58	74,54

Fonte: MEC/Inep - Estimativas Populacionais – Datasus (2012)[1].
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.

Nota: Os valores utilizados para a taxa de cobertura foram calculados pela Fundação Abrinq com base nas estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus, dados de matrícula do Censo da Educação Básica de 2011-2013 e dados do MEC/Inep. Consulta realizada em abril de 2015.

A Taxa de cobertura refere-se à razão entre o número de matrículas e o número de crianças de 4 a 5 anos de idade nesta etapa de ensino, multiplicado por 100



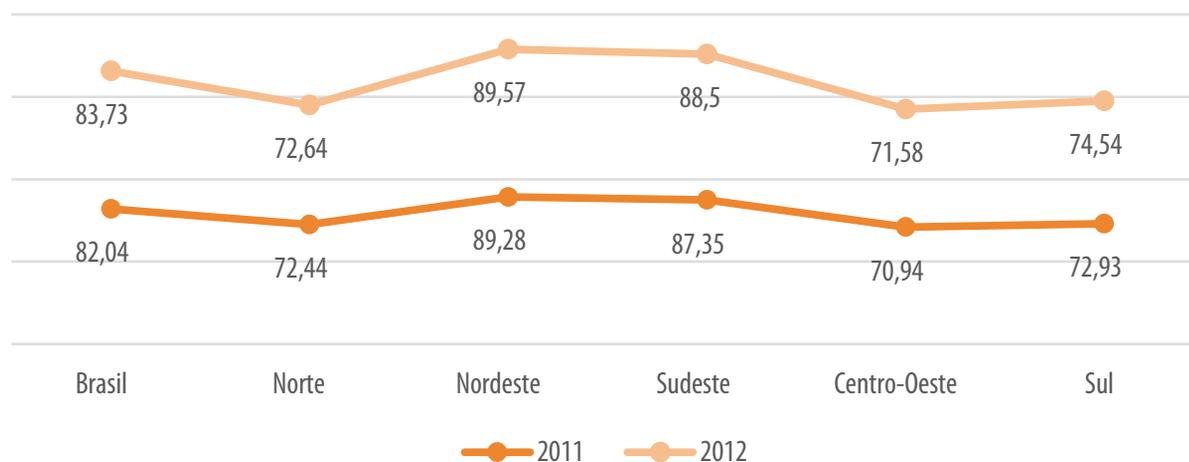
É preciso ressaltar que a garantia do direito à Educação Infantil não pode ser compreendida apenas pela dimensão da matrícula. Pensar nos parâmetros de qualidade e na democratização do ensino a partir das questões qualitativas é fundamental para a efetividade desse direito.

Segundo Paulo Castro, economista, no artigo *A Avaliação da Educação Infantil e a Garantia de Direitos*⁴⁶ o processo de avaliação da Educação infantil, determinada na meta número 1 do PNE, é a mesma que estabelece que 100% da população de quatro a cinco anos de idade seja atendida em pré-escolas até 2016. De acordo com Castro, é preciso atenção com relação à inserção da pré-escola no contexto da educação obrigatória (após 2009), pois embute riscos, especialmente o de se considerar essa etapa tão somente uma antecipação dos objetivos do Ensino Fundamental, drenando toda a atenção para aprendizagens centrais da etapa posterior, como a alfabetização.

Ainda de acordo com Castro “na visão ampliada do papel da Educação Infantil, até mesmo procedimentos cotidianos como a alimentação e a higiene pessoal ganham conotações educativas que estão ligadas à conquista da autonomia, da segurança afetiva e da aprendizagem. Tudo isso necessariamente passa pelos profissionais envolvidos (entre eles, mas não só, o Professor), pela sua formação inicial e continuada, sua valorização e apoio às suas práticas”.

É importante destacar que o crescimento da cobertura não significa apenas ampliação de atendimento. Segundo os dados do Censo da Educação Básica, desde 2007 está havendo um fenômeno demográfico que tem reduzido a população infantil brasileira, o que contribui para a queda de deficit de atendimento.

Gráfico 13. **Evolução da taxa de cobertura em Pré-Escolas por Região (%)**



Fonte: MEC/Inep 2013; Estimativas Populacionais – Datasus (2012).
Elaboração: Fundação Abrinq.

46. Disponível em <http://www.institutocea.org.br/noticias/Detailhe-noticia.aspx?id=2678>.

Qualidade do Ensino Fundamental

Nas últimas duas décadas, o Brasil se empenhou em ampliar o acesso à educação obrigatória. De acordo com os ODM, o país conquistou a universalização dessa etapa de ensino. O indicador relacionado à meta é a taxa de escolarização líquida da população de seis a 14 anos de idade no Ensino Fundamental, que cresceu de 86,6%, em 1992, para 98,4%, em 2013. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), “o nível é tão elevado que, para todos os efeitos práticos, considera-se universalizado o acesso ao Ensino Fundamental no país”⁴⁷.

Tabela 24. Matrículas da etapa do Ensino Fundamental no Brasil, por Rede de Ensino

Brasil	Total Geral	Pública	Privada
2011	30.358.640	26.256.179	4.102.461
2012	29.702.498	25.431.566	4.270.932
2013	29.069.281	24.694.440	4.374.841

Fonte: MEC/Inep 2011-2013.

O Documento *Um Mundo para as Crianças* estipulou metas para o Ensino Básico (fundamental) que fossem dirigidas à priorização de ações que assegurassem a qualidade da educação, a fim de que crianças e adolescentes adquirissem conhecimentos compatíveis com suas respectivas faixas etárias, especialmente a capacidade de ler, de escrever e de desenvolver raciocínio crítico e lógico-matemático.

Itens como a taxa de escolarização líquida, a taxa média esperada de conclusão do ensino e a taxa de frequência líquida de crianças de seis a 14 anos de idade do Ensino Fundamental podem apoiar a análise da qualidade nesta etapa de ensino.

47. Citação do Relatório Nacional de Acompanhamento ODM do Brasil – IPEA 2013.



Gráfico 14. Taxa de frequência líquida e bruta no Ensino Fundamental (%) – Brasil 2011-2013

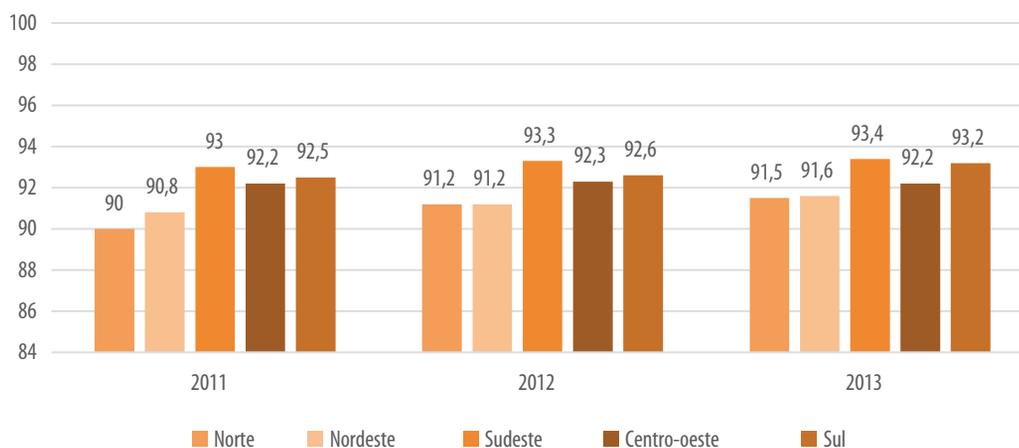


Fonte: IBGE/Pnad 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Conforme o *Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM – Brasil, 2013*, houve melhoria significativa na quantidade de crianças atendidas no Ensino Fundamental na série e idade certas durante a última década (2000-2010). Apesar disso, quando verificamos a relação entre taxa líquida e bruta, a evolução é tímida.

Se verificarmos a taxa líquida na etapa do Ensino Fundamental a partir da perspectiva regional, verifica-se a tendência de disparidades regionais, com Sul e Sudeste acima da média nacional, Norte, Nordeste e Centro-Oeste abaixo. Como hipótese para o fenômeno está a desigualdade socioeconômica nas regiões, principalmente na Norte e na Nordeste.

Gráfico 15. Taxa de frequência líquida no Ensino Fundamental (%) – Regiões do Brasil (2011-2013)



Fonte: IBGE/SIS; MEC/Inep/PNE.
Elaboração: Fundação Abrinq.

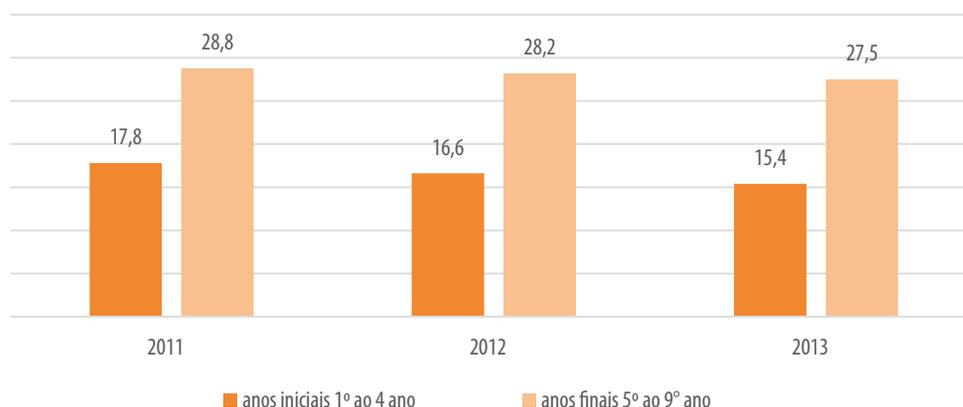
Outra característica importante é ressaltada pelo próprio MEC por meio do Censo da Educação Básica de 2013⁴⁸, que afirma que o contingente de 29.069.281 de matrículas realizadas em 2013 apresentou decréscimo com relação ao período de 2011.

A redução de alunos nas escolas de Ensino Fundamental de 2011 para 2013 é explicada pelo MEC por dois fatores que ocorreram simultaneamente: em primeiro lugar, pela redução da população desta faixa etária em decorrência da mudança na taxa de natalidade no país, que tem ocorrido nas últimas décadas e está impactando no número de habitantes desta faixa etária; em segundo lugar, pelo esforço dos sistemas educacionais na implementação de iniciativas que reduzissem a distorção idade-série.

Vale observar que em 2007 foi criado o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - (Ideb), que tem entre seus objetivos impulsionar a aceleração da aprendizagem na etapa do Ensino Fundamental. Segundo o MEC, o Ideb “tem a finalidade de possibilitar aos sistemas públicos de ensino, municipal e estadual, as necessárias condições para combater o fracasso escolar, proporcionando aos alunos que apresentam a chamada distorção idade-série efetivas condições para a superação de dificuldades relacionadas com o processo de ensino-aprendizagem”⁴⁹.

Em 2006, a distorção (ou defasagem) idade-série no Ensino Fundamental para os anos iniciais (1º ao 4º ano) era de 23% e para os anos finais (5º ao 9º ano) de 35,4%. Já em 2013, a taxa de distorção ficou em 15,4% e 27,5%, respectivamente⁵⁰.

Gráfico 16. Taxa de distorção série-idade no Ensino Fundamental (%) – Anos iniciais e anos finais



Fonte: MEC/Inep; Todos Pela Educação 2014.
Elaboração: Fundação Abrinq.

48. IBGE / MEC/Inep Censo da Educação Básica 2013.

49. OLIVEIRA, 2001 In SOUZA & GREGO, 2004.

50. MEC/Inep 2013; Todos Pela Educação.

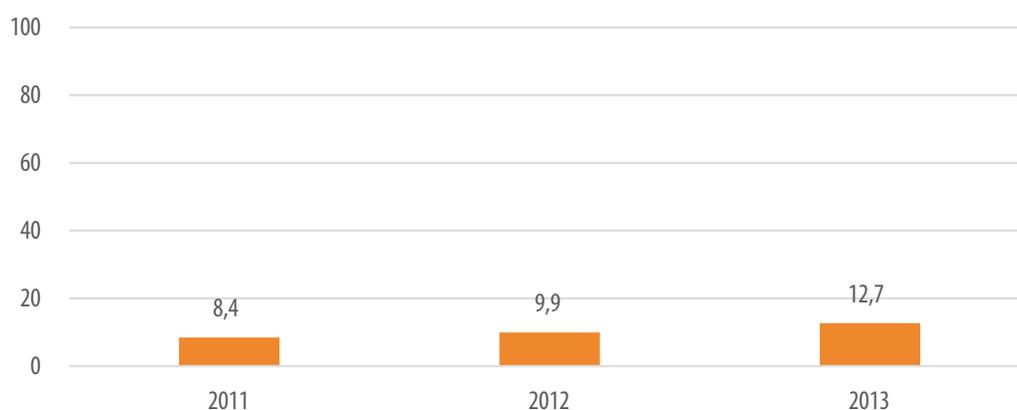


Pela legislação que organiza a oferta de ensino no país (Lei nº 9.394/1996), a criança deve ingressar aos seis anos de idade no 1º ano do Ensino Fundamental e concluir a etapa aos 14. O valor da distorção é calculado em anos e representa a defasagem entre a idade do aluno e a idade recomendada para a série que ele está cursando. O aluno é considerado em situação de distorção ou defasagem idade-série quando a diferença entre a idade do aluno e a idade prevista para a série é de dois anos ou mais

A taxa de abandono da escola no Ensino Fundamental, por exemplo, nos primeiros anos (1º ao 5º ano) em 2011 era de 1,6% e passou para 1,2% em 2013. Entre os anos finais (6º ao 9º ano) a taxa era de 4,2% em 2011 e passou para 3,6% no ano de 2013, demonstrando que existe uma diminuição tímida do número de abandonos escolares, e com taxas mais elevadas durante os últimos anos dessa etapa. Entre os fatores determinantes estão a qualidade do ensino, a satisfação e as perspectivas de futuro do adolescente, bem como a estrutura dos serviços educacionais.

A escola em tempo integral pode ser uma estratégia assertiva para ampliação da qualidade e redução da evasão escolar. Segundo o Censo de Educação Básica no Ensino Fundamental, havia 1.756.058 (5,8%) de crianças matriculadas na escola em tempo integral em 2011. Cresceu para 3.171.638 (10,9%) de matrículas em 2013⁵¹ (aumento de 1,4 milhões de matrículas entre 2011 e 2013), e em 2014 apresentou 4,4 milhões de matrículas, 15,7%. Ocorre que em 2013 havia cerca de 29 milhões de crianças e adolescentes matriculados no Ensino Fundamental na rede de ensino, assim, a educação em tempo integral atingiu pouco mais que 10% das matrículas, um aumento muito tímido para a demanda apesar do avanço proporcional alto durante a gestão da presidente Dilma. Considerando todas as etapas de ensino (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio), o avanço foi de 8,4% (3.848.278 matrículas) para 12,7% em 2013 (5.707.905).

Gráfico 17. **Porcentagem de matrículas em tempo integral todas as etapas de ensino**

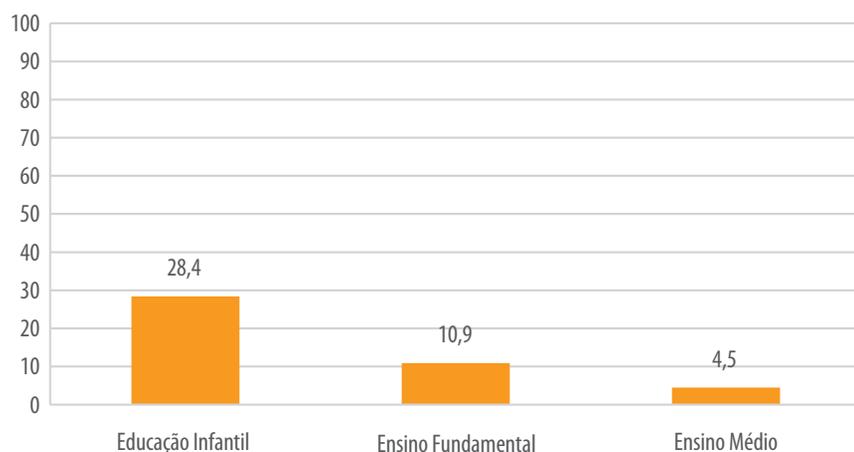


Fonte: MEC/Censo Escolar da Educação Básica 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

51. Censo da Educação Básica 2013.

Entretanto, o próprio Censo Escolar da Educação Básica de 2013 afirma que das matrículas de educação em tempo integral, 78% possuem tempo de escolarização menor que as sete horas de permanência e, assim, não estão cumprindo a carga horária mínima do Programa.

Gráfico 18. Porcentagem da educação em tempo integral por etapa de ensino no Brasil – 2013



Fonte: MEC/Censo Escolar da Educação Básica 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Gráfico 19. Porcentagem de matrículas em tempo integral na Educação Básica – Rede Pública



Fonte: MEC/Censo Escolar da Educação Básica 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.



Além da ampliação da carga horária para escolarização, a formação dos professores é um desafio gigantesco a ser enfrentado. De acordo com o Plano Nacional de Educação (PNE), todos os professores do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do ensino médio devem ter licenciatura na área em que atuam. Esse percentual está em 32,8% nos anos finais do Ensino Fundamental e em 48,3% no Ensino Médio⁵².

Ao longo do mandato da presidente Dilma, observamos um crescimento constante no indicador da quantidade de docentes da Educação Básica brasileira, embora um em cada quatro professores da Educação Básica no Brasil ainda não tenha diploma de curso superior e atue em função temporária, não tendo os direitos trabalhistas completos. Outra questão é o piso salarial, que não é cumprido por três redes estaduais: Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rondônia (MEC, Inep, 2014).

O rendimento médio dos professores de Educação Básica em relação ao rendimento médio dos demais profissionais com a mesma escolaridade era de 55,5% em 2011. Em 2013, o rendimento médio corresponde a 57,3%.

É possível verificar que existe um descompasso no cenário atual entre a “corrida” pela expansão do acesso ao Ensino Fundamental e a qualidade da educação ofertada às crianças e aos adolescentes brasileiros.

O Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) é composto por três processos:

- Avaliação Nacional da Educação Básica, que tem foco nas gestões dos sistemas educacionais e é realizada por amostragem em cada unidade da federação;
- Avaliação Nacional do Rendimento Escolar, que tem foco em cada unidade escolar e recebe o nome de Prova Brasil. É uma avaliação censitária que envolve os alunos da 4ª série/5ºano e 8ªsérie/9ºano do Ensino Fundamental das escolas públicas das redes municipais, estaduais e federal;
- Avaliação Nacional da Alfabetização, que é realizada de forma censitária envolvendo os alunos do 3º ano do Ensino Fundamental das escolas públicas, com o objetivo principal de avaliar os níveis de alfabetização e letramento em língua portuguesa, alfabetização matemática e condições de oferta do Ciclo de Alfabetização das redes públicas.

Desde março de 2011, o MEC, em parceria com o Todos pela Educação, aplica a Prova ABC aos alunos no segundo ano de escolarização para diagnosticar a aprendizagem. A expectativa é que seja criado um indicador para medir o nível de alfabetização das crianças.

De acordo com o Plano Nacional de Educação (PNE) e as diretrizes educacionais, no terceiro ano do Ensino Fundamental as crianças já deveriam estar plenamente alfabetizadas (leitores e escritores) e com domínio dos conhecimentos esperados em matemática.

52. Observatório do PNE.

O Ideb é calculado com base na taxa de rendimento escolar (aprovação e reprovação) e nas médias de desempenho nos exames padronizados aplicados pelo Inep. Os índices de aprovação são obtidos a partir do Censo Escolar, realizado anualmente pelo Inep. As médias de desempenho utilizadas são as da Prova Brasil (para Idebs de escolas e Municípios) e do Saeb (no caso dos Idebs dos estados e nacional).



Tabela 25. **Ideb Ensino Fundamental – Anos iniciais: 1º ao 5º ano**

Anos	2009		2011		2013	
	Ideb	Metas	Ideb	Metas	Ideb	Metas
Total Brasil	4,6	4,2	5,0	4,6	5,2	4,9
Privada	6,4	6,3	6,5	6,6	6,7	6,8
Pública	4,4	4,0	4,7	4,4	4,9	4,7

Fonte: IBGE/SIS 2011-2014. MEC/Inep 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 26. **Ideb Ensino Fundamental - Anos finais: 6º ao 9º ano**

ANOS	2009		2011		2013	
	Ideb	Metas	Ideb	Metas	Ideb	Metas
Total Brasil	4,0	3,3	4,1	3,9	4,2	4,4
Privada	5,9	6,0	6,0	6,2	5,9	6,5
Pública	3,7	3,4	3,9	3,7	4,0	4,1

Fonte: IBGE/SIS 2011-2014. MEC/Inep 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.



Ao compararmos as avaliações do Ideb dos últimos anos, podemos verificar que o Brasil precisa ampliar qualidade tanto nos anos iniciais do Ensino Fundamental como nos anos finais.

O percentual de **crianças e adolescentes de 6 a 14 anos que não sabem ler nem escrever** e a taxa de alfabetização da população também são importantes ferramentas que auxiliam na avaliação da qualidade da educação. Segundo Censo IBGE, 2010 aproximadamente 91% da população brasileira com dez anos ou mais de idade estavam alfabetizadas. Apesar de próximo da universalização, a quantidade de analfabetos representava aproximadamente **18 milhões brasileiros**. Em 2013, 10,2% das crianças com 8 anos de idade não sabiam ler nem escrever⁵³.

Um outro mecanismo para avaliar acesso e qualidade da educação foi criado pela Campanha Nacional Pelo Direito à Educação: o Custo Aluno-Qualidade Inicial (CAQi). Atualmente consta no Plano Nacional de Educação (PNE) e foi aprovado pelo Conselho Nacional de Educação (2014).

O CAQi determina que todas as escolas públicas devem ter professores que recebam, ao menos, o piso do magistério (cerca de R\$ 1.917,78). Também institui política de carreira, formação continuada e turmas com o número adequado de alunos. Com relação às instalações, as unidades escolares devem contar com bibliotecas, laboratórios de ciências e de informática e quadra poliesportiva coberta.

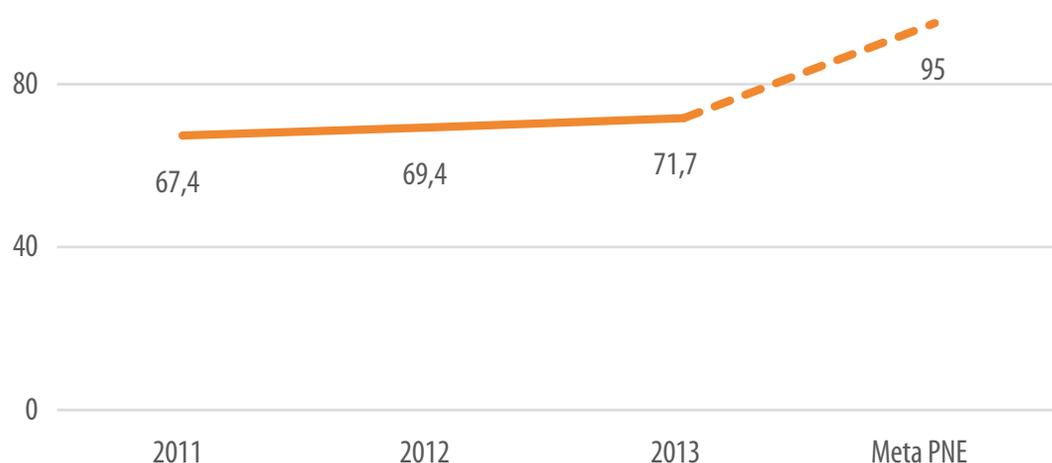
De acordo com Daniel Cara (Campanha Nacional pelo Direito à Educação), para construir e equipar escolas no padrão do CAQi para 2,8 milhões de crianças e adolescentes fora do sistema de ensino (Pnad/2013) é necessário investir cerca de R\$ 12,8 bilhões, sendo R\$ 6,6 bilhões para 2.860 pré-escolas, R\$ 1,8 bilhão para 770 estabelecimentos de Ensino Fundamental e R\$ 4,4 bilhões para 1.900 escolas de Ensino Médio. “No entanto, não basta construir e equipar pré-escolas e escolas, é preciso mantê-las. O custo anual de manutenção desses 5.530 estabelecimentos necessários é praticamente o mesmo que o de construção de equipagem: R\$ 13 bilhões ao ano.”

Outro indicador que pode contribuir com a avaliação do cenário é a relação do número de adolescentes de 16 anos que concluem o Ensino Fundamental. De acordo com as metas estabelecidas pelo PNE, o país prevê que somente em 2024 teremos cerca de 95% de concluintes da etapa do Ensino Fundamental na idade certa. Podemos verificar que houve avanço nesse indicador durante a gestão da presidente Dilma, de 67,4% em 2011 para 71,7% em 2013.

A importância do indicador relacionado à conclusão é a de propiciar a avaliação do sistema educacional e se ele assegura que aqueles que se matriculam no Ensino Fundamental conseguiram seguir com o progresso escolar adequado ao longo dos anos escolares. O deficit de conclusão na idade certa (porcentagem de adolescentes que não concluem o Ensino Fundamental até os 16 anos de idade) atinge todo o país.

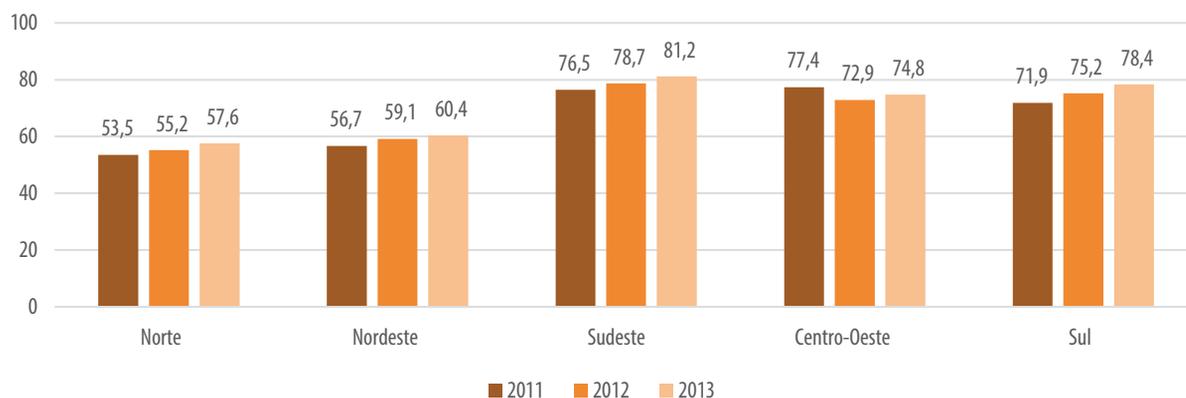
53. Meta 5 do PNE: alfabetizar todas as crianças até, no máximo, oito anos de idade até 2024.

Gráfico 20. Porcentagem de adolescentes de 16 anos que concluíram o Ensino Fundamental



Fonte: IBGE/Pnad 2012-2013; MEC; Todos Pela Educação. Meta para 2024.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Gráfico 21. Porcentagem de adolescentes de 16 anos que concluíram o Ensino Fundamental - Regiões do Brasil



Fonte: IBGE/Pnad 2012-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), em 2013, 98,1% das crianças e dos adolescentes entre quatro e 17 anos da população pertencente ao grupo econômico mais rico (25%) encontravam-se estudando. Enquanto isso, entre a população mais pobre do país, o percentual era de 92,6%. De acordo com o Movimento Todos pela Educação, na Região Sul o abismo é ainda maior, com 98,4% dos mais ricos de quatro a 17 anos de idade na escola enquanto somente 89,7% dos mais pobres possuem oportunidade de acesso escolar.



Acesso e permanência no Ensino Médio

Dentre os compromissos da presidente Dilma a partir do documento *Um Mundo para as Crianças* e do Projeto, estão: favorecer o acesso e garantir a qualidade e a frequência no Ensino Médio, ampliar a taxa de frequência dos adolescentes no Ensino Médio e o percentual da população jovem de 18 a 24 anos com 11 ou mais séries concluídas.

Dados do início da gestão, em 2011, mostravam que, apesar de cerca de 82,3% dos adolescentes de 15 a 17 anos encontrarem-se nas instituições de ensino, independente da etapa escolar (8.115.542 adolescentes), a porcentagem dos adolescentes que nesta faixa etária estavam matriculados no Ensino Médio era de 51,8% (relação entre o total de matrículas de alunos com a idade prevista para estar cursando um determinado nível e a população total da mesma faixa etária), atingindo 55,2% em 2013.

Tabela 27. Número de matrículas totais do Ensino Médio – Brasil e Regiões

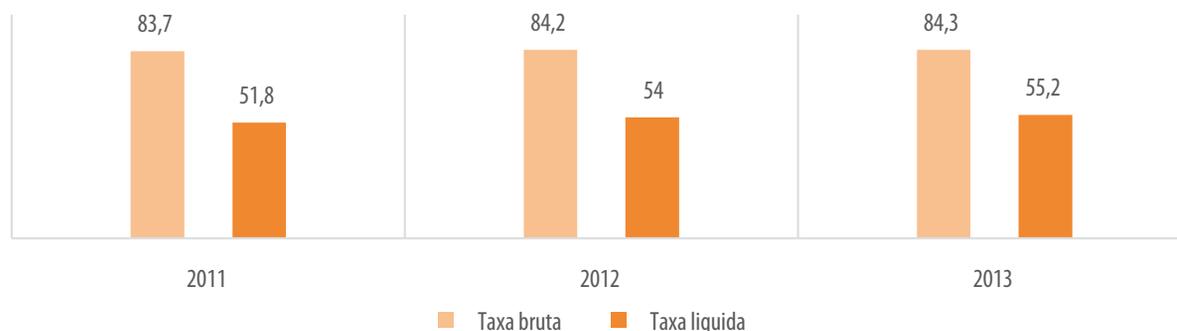
Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
2011	8.400.689	754.617	2.401.382	3.479.392	628.036	1.137.262
2012	8.376.852	772.578	2.354.227	3.474.504	634.091	1.141.452
2013	8.312.815	778.489	2.311.260	3.446.501	629.688	1.146.877

Fonte: MEC/Inep 2011-2013.

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.

Segundo o PNE, em 2016 o país deverá universalizar o atendimento do Ensino Médio. Em 2013, cerca de 83,3% dessa população estava sendo atendida e, em relação à taxa líquida, a meta é de alcançar 85% até 2024, que atualmente (2013) se encontra em 55,2%.

Gráfico 22. Taxas de frequência bruta e frequência líquida no Brasil – Ensino Médio (%)

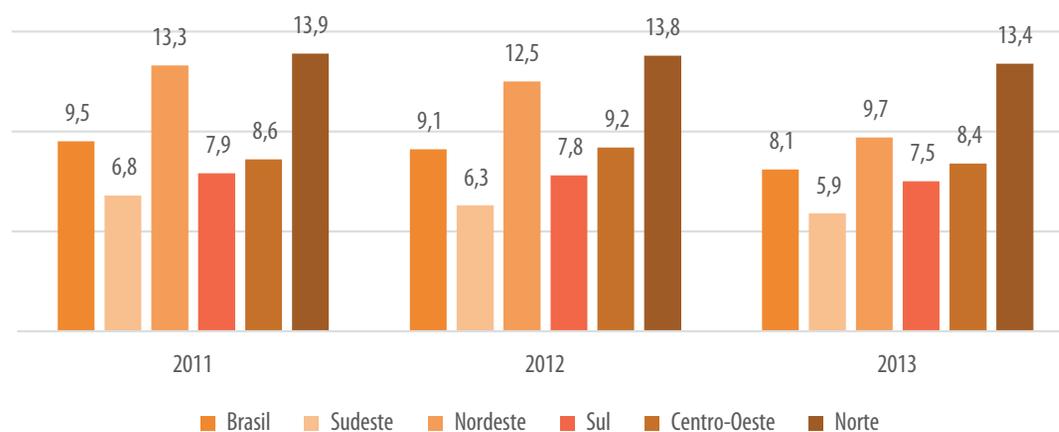


Fonte: IBGE / PNAD 2012-2013.
Elaboração: Inep, DTDIE (2013).

Pode-se verificar que mantido esse padrão de evolução da gestão da presidente Dilma, a universalização do atendimento se dará em 2065 (99,9%), posto que cresceu 0,6% de 2011 a 2013. Já com relação à taxa de frequência líquida, o crescimento se deu em 3,4% no mesmo período e seriam necessários 18 anos para chegar em 85,8% de taxa de frequência líquida, ou seja, o país atingiria a meta do PNE para 2024 somente em 2031.

Houve avanço em relação à taxa de **abandono escolar**, que passou de 9,5% em 2011 para 8,1% em 2013, mas que entretanto mantém iniquidade regional: enquanto na Região Sudeste a taxa é de 5,9%, na Região Norte é de 13,4%.

Gráfico 23. Taxa de abandono na Etapa do Ensino Médio (%) – Brasil e Regiões



Fonte: MEC/Inep 2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.



A taxa de **frequência escolar líquida** nessa etapa apresentou pequena elevação durante a gestão, mas ainda existem impactos negativos sobre o **fluxo escolar**, com problemas relacionados à continuidade dos estudos e as dificuldades para conter o **abandono**, questões que somadas indicam os desafios de cumprimento dos compromissos firmados. Tem-se ainda que considerar as relações associadas aos efeitos da distorção idade-série. Entre os anos de 2011 e 2013, houve redução de apenas 3,3%.

Gráfico 24. Taxa de distorção idade-série (%) – Ensino Médio



Fonte: MEC/Inep/DTDIE 2012-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

As disparidades apontadas pela Pnad/2014 demonstram que os adolescentes entre 15 e 17 anos de idade de cor branca (63,9%) apresentam a taxa de frequência escolar líquida 14,4% maior que a dos jovens de cor preta ou parda (49,5%).

O governo federal não conseguiu no último ano avançar nas metas de qualidade escolar do Ensino Médio. A nota do Ideb ficou estagnada entre 2011 e 2013. Em 2013, ao avaliar o ensino público dos 27 Estados, 16 obtiveram avaliação pior que dois anos antes. Outros seis, apesar de terem resultados melhores, ainda ficaram abaixo das metas estabelecidas para o período.

Tabela 28. Qualidade do Ensino Médio por meio do Ideb

2009		2011		2013	
Ideb	Metas	Ideb	Metas	Ideb	Metas
3,6	3,5	3,7	3,7	3,7	3,9

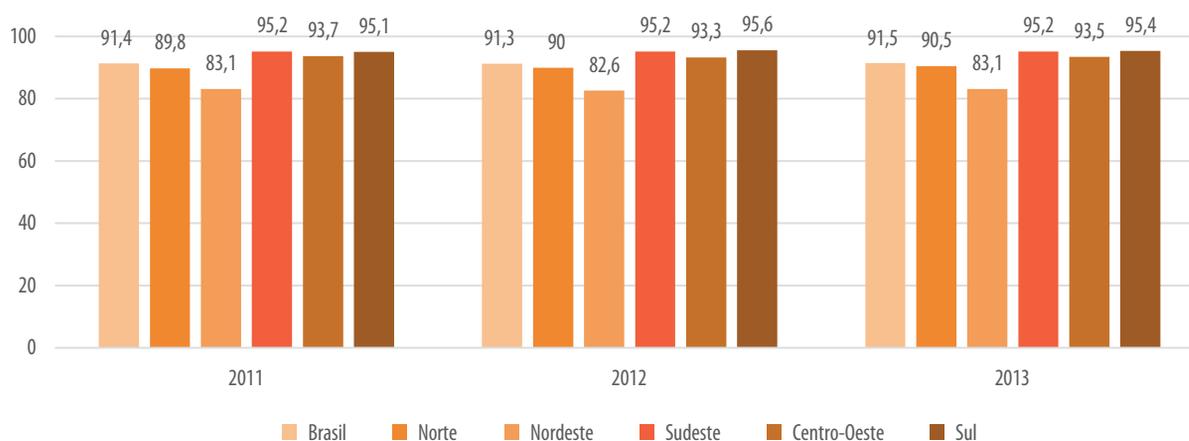
Fonte: MEC/Inep/Ideb 2009-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.

Essa é a etapa que possui os maiores desafios para o governo em relação ao acesso e permanência. Significativo percentual dos adolescentes que ingressam apresentam deficiências educacionais.

Alfabetização de jovens e adultos

O Brasil assumiu o compromisso de alfabetizar 100% da população com 15 anos ou mais de idade até 2015. Atualmente (2013) apresenta a taxa de 91,5% e indica tendência de não cumprimento do compromisso pactuado.

Gráfico 25. Alfabetização de adultos (população acima de 15 anos) – Brasil e Região (%)



Fonte: IBGE/Pnad 2011-2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

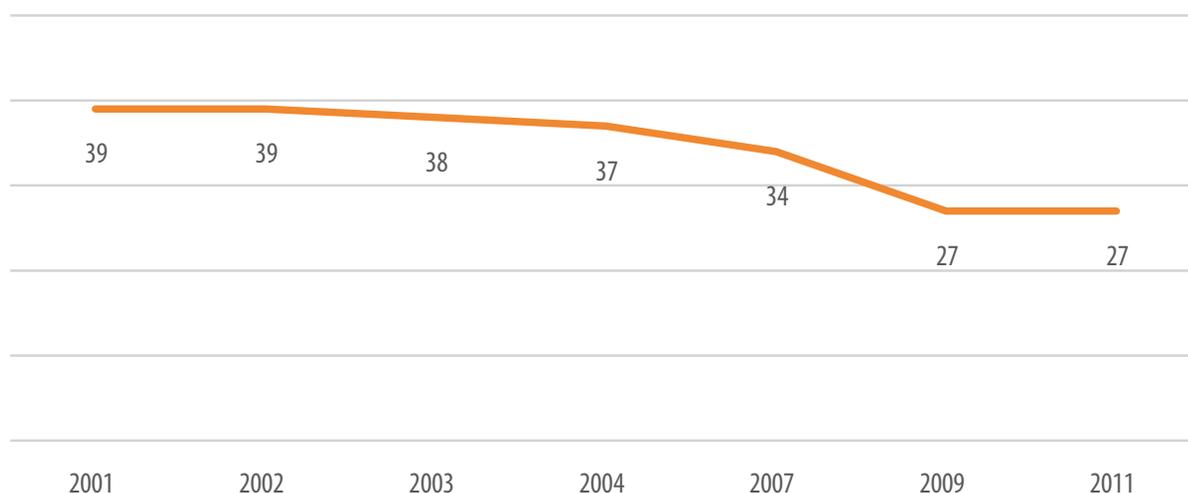
A evolução das taxas de alfabetização e analfabetismo se mantiveram constantes durante a gestão, com fraca evolução nacional e regional. As iniquidades regionais continuam sendo o principal desafio. A Região Nordeste possui a pior taxa de alfabetização e muito abaixo da média nacional, seguida pela Região Norte e as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul que apresentam as melhores taxas e bem acima da média nacional. De acordo com a Pnad foi apontado que essa taxa é maior entre homens, entre os de cor preta ou parda, entre o quinto mais pobre, na Região Nordeste e em áreas rurais.



A evolução apresentada para a taxa de analfabetismo demonstra um grande desafio para o país, tendo em vista a tendência observada nessa gestão. O indicador, em dois anos, evoluiu 0,1% e, para alcançar o objetivo de alfabetizar 100% da população, mantida essa tendência, seriam necessários mais 85 anos.

A taxa de analfabetismo funcional⁵⁴ da população de 15 a 64 anos de idade também foi reduzida quando verificada série histórica (o valor mais recente apresenta dados de 2011).

Gráfico 26. Taxa de analfabetismo funcional da população de 15 a 64 anos – Inaf (%) Brasil



Fonte: Inaf – Indicador de Alfabetismo Funcional.
Elaboração: Instituto Paulo Montenegro e Ação Educativa.

Assegurar que todos os adolescentes, nas distintas regiões brasileiras, tenham acesso ao Ensino Médio e que haja qualidade na educação ofertada, de forma a despertar o interesse dos estudantes e garantir a sua continuidade na vida escolar, eliminando as questões de vulnerabilização por gênero e raça, são os desafios que se colocam ao poder público para os próximos anos.

54. Analfabeto funcional, de acordo com a Unesco é toda pessoa que sabe escrever seu próprio nome, lê e escreve frases simples, sabe fazer cálculos básicos, contudo, é incapaz de usar a leitura e a escrita em atividades rotineiras do dia a dia, impossibilitando seu desenvolvimento pessoal, profissional e acesso ao mercado globalizado de trabalho.

Proteção

III - EIXO: PROTEÇÃO CONTRA MAUS-TRATOS,
EXPLORAÇÃO E VIOLÊNCIA



III - Eixo

Proteção Contra Maus-Tratos, Exploração e Violência

O Brasil sempre participou dos movimentos mundiais que mobilizaram as políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente. Com a elaboração da Constituição de 1988, teóricos especializados no desenvolvimento infanto-juvenil incluíram no **artigo 227**, um conjunto de direitos derivado de normativas internacionais:

“É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (Constituição Federal, 1988).

A partir daí, a concepção de criança/adolescente como cidadão e sujeito de direitos é definitivamente homologada como lei na sociedade brasileira, se consagrando em 13 de julho de 1990 – com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA foi aprovado por meio da Lei nº 8.069 dispendo sobre a proteção integral, definindo o que crianças, adolescentes, pais, responsáveis, comunidade, instituições e o Estado podem ou não, devem ou não fazer para que essa proteção seja efetivada.

O ECA reconhece que a criança e o adolescente são vulneráveis e merecem a proteção integral do Estado, da família e da sociedade. Ao eleger estas três figuras, o ECA impõe a cada uma delas responsabilidades: à família a obrigação de criar e educar; à sociedade a obrigação de zelar; e ao Estado a competência de executar e promover políticas públicas capazes de garantir o atendimento dos direitos assegurados. O Sistema de Garantia de Direitos (SGD) tem a finalidade específica de promover direitos e oferecer mecanismos de exigibilidade quando não ofertados, em três eixos:

- **Promoção dos direitos (serviços e programas públicos)** – especialmente da política de atendimento dos direitos de crianças e adolescentes; serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos e serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e assemelhadas, englobando Assistência Social, Saúde, Educação, Serviços de Atendimento Socioeducativo, Serviço de Acolhimento Institucional e Disque Denúncia.

- 
- **Defesa dos direitos (garantia de acesso à Justiça)** – Conselhos Tutelares, Forças de Segurança (Delegacia), Defensoria Pública, Justiça (Varas – Infância e Juventude, Criminal; Tribunal do Júri; Comissões Judiciais de Adoção; Tribunal de Justiça; e Corregedorias Gerais de Justiça); Ministério Público (Promotorias de Justiça; Centros de Apoio Operacional; Procuradorias de Justiça; Procuradorias Gerais de Justiça; e Corregedorias Gerais da Justiça), Ouvidorias (para informações, críticas, sugestões, reclamações e denúncias do cidadão sobre algum órgão público ou privado), e Centros de Defesa (constituídos por entidades de proteção e defesa de direitos de crianças e adolescentes pela intervenção jurídico-social, por meio de articulação, mobilização e participação no controle social, para a garantia de sua proteção integral, focando, principalmente, ações nas violações de direitos cometidos pela ação ou omissão do Poder Público).
 - **Controle das ações públicas de promoção e defesa** – ocorrerá por meio da participação social no intuito de realizar discussões coletivas, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Pode ser materializado por meio dos conselhos consultivos e deliberativos, entre eles, Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Municipal de Assistência Social (Comas), Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho Municipal de Educação (CME), e Conselho Municipal de Juventude (CMJ). Inclui-se também nessa instância os órgãos de Controle Externo, como os Tribunais de Contas do Estado e da União.

Toda a diretriz da política pública para o setor deve ser elaborada pelos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e sua execução fiscalizada pelos Conselhos Tutelares (CTs) que atendem crianças/adolescentes com ameaça ou violação de direitos, aplicando as medidas protetivas pertinentes.

Como os conselhos dos outros setores das políticas sociais, esses também seguem a ótica da municipalização, contam com a participação da sociedade civil e devem servir como instrumento de controle sobre as ações do Estado. Nesta área, pode-se notar um avanço, pois, dos 5.570 Municípios brasileiros, atualmente cerca de 92% têm Conselhos dos Direitos implantados e 99% implantaram Conselhos Tutelares.

O ECA almeja alcançar essa proteção integral por meio de direitos que garantam pleno desenvolvimento às crianças e aos adolescentes - é a doutrina defendida pela ONU, com base na Declaração Universal dos Direitos da Criança que afirma o valor da criança como ser humano; a necessidade de respeito especial à sua condição de pessoa em desenvolvimento; de valorizar a infância e a adolescência como portadoras da continuidade do povo e da espécie; e de reconhecer sua vulnerabilidade.



Breve cenário sobre a proteção de crianças e adolescentes contra os maus-tratos, a exploração e a violência

Estudos sistemáticos de organismos internacionais e instituições brasileiras buscam qualificar, quantificar e fornecer parâmetros para que políticas públicas tornem-se eficientes no combate à violência contra crianças e adolescentes. Os casos de violência e maus-tratos ocorrem nos ambientes mais diversos e as consequências na formação e na vida futura dessas crianças e desses adolescentes ficam marcadas em seu desenvolvimento, desencadeando traumas e a reprodução de padrões de violência.

Para a pesquisadora Zélia Maria Mendes Biasoli Alves, do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, “todas essas atitudes fazem parte do cotidiano de milhões de crianças, sejam elas ricas ou pobres. O que se verifica é que, frequentemente, se associa pobreza a maus-tratos, atribuindo à condição de baixa renda as ações de negligência⁵⁵ e violência. Na realidade, famílias pobres encontram-se mais vulneráveis a serem denunciadas, o que não significa que casos de maus-tratos, sejam exclusivos dessa faixa social; a questão é que, em famílias de classe média e alto poder aquisitivo, tudo é ocultado. Em qualquer classe social a vergonha e o medo, tanto das crianças como de seus pais, no caso de o agressor ser um cônjuge, parente, empregador, policial ou um líder comunitário, são fatores que ajudam a camuflar o problema”.

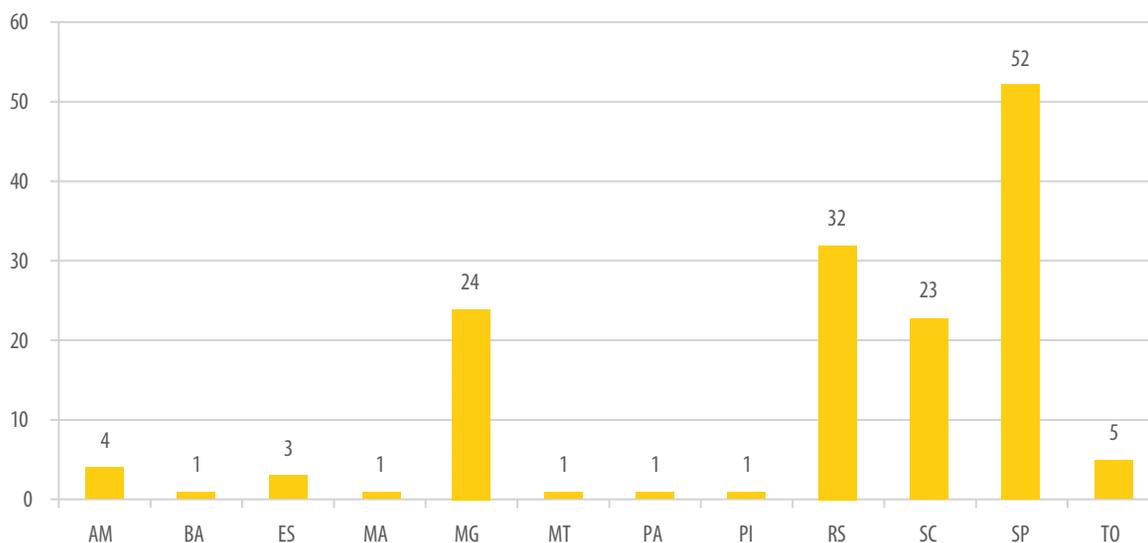
No Brasil, o encargo de monitorar, acolher, solucionar e prevenir as situações de violência contra crianças e adolescentes é da Rede de Proteção Social Especial, que é destinada às famílias e aos indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social. Tem como objetivo principal contribuir para prevenir que situações de violações de direitos sejam agravadas e potencializar recursos para reparar situações de risco pessoal e social, violência, fragilização e rompimento dos vínculos familiares, comunitários e/ou sociais.

Hoje, essa rede de proteção especial integra o Sistema Único de Assistência Social (Suas) que é coordenado, em nível nacional, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Os atendimentos do Suas nos Municípios ocorrem por meio do Centro de Referência de Assistência Social, unidade pública estatal descentralizada de atendimento local na proteção social básica nas chamadas áreas de vulnerabilidade e risco social, e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), que é unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial.

55. Negligência; abandono; violência sexual; situação de rua; trabalho infantil; desabrigo; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto; e afastamento do convívio familiar, entre outras.

De acordo com os dados do MDS (Censo Suas, 2013), existem 7.669 unidades de Cras instalados, mas 148 Municípios não têm o serviço e, portanto, não contam com o repasse do governo federal para o atendimento em Proteção Social Básica.

Gráfico 27. **Distribuição de Municípios sem Cras por UF – 2013**



Fonte: MDS/Censo Suas, 2013.

Em relação ao Creas existem 2.155 unidades em funcionamento, porém não há informações sobre a quantidade de Municípios que estão desprovidos desse serviço, ainda que de forma regional.

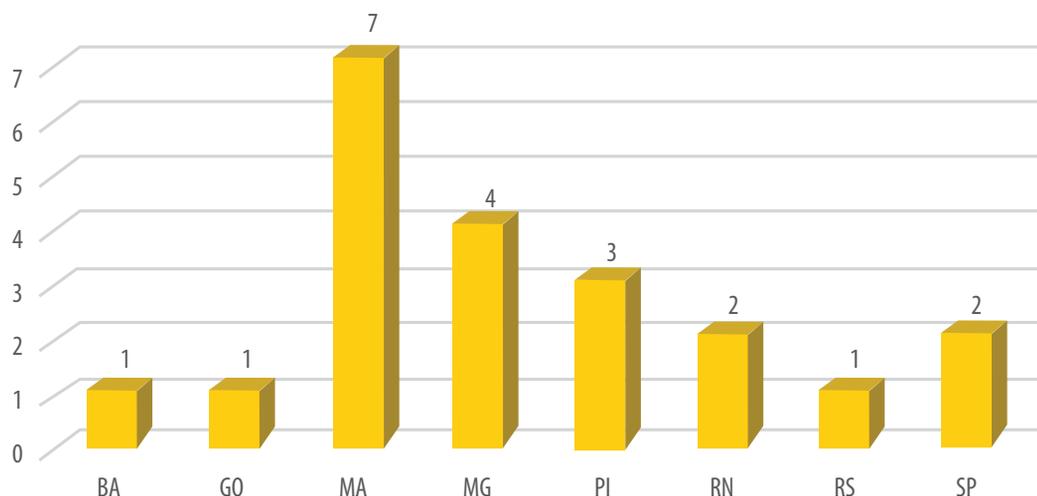
Para que as ações de enfrentamento às ameaças ou violações de direitos de crianças e adolescentes obtenham êxito, é necessário que em todos os Municípios exista uma Rede de Proteção instalada que tenha como órgãos centrais o Conselho Tutelar e o Creas.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), em recente pesquisa⁵⁶ sobre a situação dos Conselhos Tutelares no Brasil, apresentou que 21 Municípios no país não possuem Conselho Tutelar instalado, sendo um terço no Estado do Maranhão (sete Municípios):

56. Cadastro Nacional dos Conselhos Tutelares, 2013.



Gráfico 28. **Distribuição dos Municípios sem Conselho Tutelar por Unidade da Federação**



Fonte: SDH/PR – Cadastro Nacional dos Conselhos Tutelares, 2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Ainda de acordo com a pesquisa da SDH, outros dados importantes foram revelados:

- 41% dos Conselhos Tutelares não têm sedes exclusivas;
- 44% não possuem veículo motorizado próprio;
- 25% não têm telefone próprio (um em cada quatro) e 37% não têm celular de plantão;
- 52% mudaram de endereço pelo menos uma vez nos últimos quatro anos, sendo que 15% mudaram mais de uma vez;
- 60% não possuem equipe de apoio.

Dentre as ações do governo federal que contribuem para a melhoria desse quadro, vale destacar a manutenção do Programa de Fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, que busca fortalecer os atores e apoiar ações de capacitação de Conselheiros de Direito e Tutelares por meio da implantação de Escolas de Conselho nos Estados. Prevê a articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil. Em 2013, a Secretaria de Direitos Humanos, através da Secretaria Nacional de Promoção aos Direitos da Criança e do Adolescente, implantou a estratégia de equipagem dos Conselhos Tutelares, oferecendo um kit com um automóvel, cinco computadores desktop, uma impressora multifuncional, um refrigerador e um bebedouro a cada um deles.



Um avanço tecnológico apresentado foi a implantação do aplicativo Proteja Brasil, para smartphones e tablets (com sistema iOS ou Android), criado para facilitar denúncias de violência contra crianças e adolescentes. A partir do local onde o usuário está, ele indica telefones e endereços e o melhor caminho para se chegar a delegacias especializadas, Conselhos Tutelares, Varas da Infância e organizações sociais nas principais cidades brasileiras.

Apesar da criação e continuação das políticas e programas voltados à proteção, ressalta-se que existe um deficit de informações oficiais relacionadas à violação de direitos de crianças e adolescentes. Muitos casos são subnotificados, não esclarecidos e/ou registrados indevidamente. Os sistemas de notificação compulsória (dever do agente público de saúde, educação e assistência social em registrar e encaminhar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos a crianças e adolescentes⁵⁷) só ocorrem na prática no âmbito da saúde. Apesar de existir notificação compulsória no âmbito da educação, essas ocorrências não são registradas/notificadas via sistema.

Todos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente devem ser encaminhados para o Conselho Tutelar⁵⁸, que ao recebê-los deve fazer registro em sistema próprio, o Sistema de Informação para Infância e Adolescência (SIPIA). Isso permitiria a unificação das ocorrências e o acompanhamento dos desdobramentos dos casos, porém, na maioria dos Municípios isso não ocorre em razão da falta de capacitação dos conselheiros tutelares para utilização do sistema, computadores com configuração ultrapassada ou mesmo a inexistência desses equipamentos e ausência ou dificuldade de acesso à internet.

A falta de sistemas de registro e notificação das violações específicas de direito dificultam a construção de diagnósticos e respostas adequadas às demandas que devem ser enfrentadas, como por exemplo, o trabalho infantil. Não existe atualmente um sistema de registro unificado que agregue as informações geradas pelo Sistema de Saúde, pelo Ministério Público do Trabalho, pela Assistência Social e pelo Conselho Tutelar.

Outros importantes programas foram mantidos na gestão da presidente Dilma, como o Programa Nacional de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual que dentre suas ações destacam-se o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro (Pair) e o Disque Direitos Humanos; o Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAM) e o Programa de Gestão da Política Nacional sobre Drogas.

Um avanço percebido nesse cenário de violação de direitos foi a implantação Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos (SNIDH), em dezembro de 2014, entretanto, desafios ainda persistem para o governo federal, na ampliação da destinação orçamentária para a implementação de políticas preventivas e para o fortalecimento dos programas de proteção.

57. Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

58. Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente.



Registro Civil de Nascimento

O **registro civil de nascimento**⁵⁹ é o documento que oficializa a existência do indivíduo como cidadão e vincula sua relação com o Estado. A existência natural de uma pessoa independe da sua formalização, porém, ao ter o nascimento registrado, o indivíduo tem garantido o primeiro ato de reconhecimento social.

Em 2011, haviam 2.809.052 crianças com registros de nascimento, passando para 2.812.517 em 2012 e em 2013, 2.821.293. Nas estimativas de **sub-registros**⁶⁰ de nascimento, o país passou de 18,8% em 2003 para 5,1% em 2013.

Tabela 29. **Estimativas de sub-registros de nascimentos (%) – Brasil e Regiões**

Período	Brasil	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
2011	8,2	20,7	15,2	1,2	4,7	2,4
2012	6,7	18,8	15,2	-1,0	2,8	0,3
2013	5,1	15,8	14,1	-1,5	0,8	-3,1

Fonte: Estatísticas do Registro Civil 2011-2013 do IBGE.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Nota do IBGE: O valor negativo apresentado na estimativa de Sub-Registros de nascimentos significa que o número de registros de nascimentos foi maior que o número de nascimentos estimados. Os valores apresentados consideraram os valores sem especificação de lugar de residência da mãe.

Estima-se que **600 mil crianças** com até dez anos de idade não tenham certidão de nascimento (2012), sendo que mais da metade delas vive em povos e comunidades tradicionais⁶¹. Na perspectiva regional, os números apresentados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste estão melhores do que nas Norte e Nordeste, onde existe elevado sub-registro.

Alguns Municípios melhoraram consideravelmente sua capacidade de registrar as crianças ao alocar um cartório de registro civil nas maternidades públicas, assim, todas as crianças que nascem ao receber alta já saem com o registro civil. A gratuidade da primeira via do registro civil de nascimento também demonstra ser estratégia eficiente nas localidades onde foi empregada⁶².

Para a ONU, o parâmetro mundial de erradicação de sub-registro em um país é de 5%. Considerando que o Brasil em 2013 estava com 5,1% de estimativa, pode-se considerar a erradicação do problema.

59. Possibilita obter os demais documentos civis como certidões de casamento e óbito.

60. É definido pelo IBGE como o conjunto de nascimentos não registrados no próprio ano de ocorrência ou até o fim do primeiro trimestre do ano subsequente.

61. Entre eles estão: Povos Indígenas, Quilombolas, Seringueiros, Castanheiros, Quebradeiras de coco-de-babaçu, Comunidades de Fundo de Pasto, Faxinalenses, Pescadores Artesanais, Marisqueiras, Ribeirinhos, Varjeiros, Caiçaras, Praieiros, Sertanejos, Jangadeiros, Ciganos, Açorianos, Campeiros, Varzanteiros, Pantaneiros, Geraizeiros, Veredeiros, Caatingueiros, Retireiros do Araguaia etc.

62. Estatísticas do Registro Civil, 2011, IBGE.

Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador

Há duas décadas, o país iniciou uma série de medidas cooperadas de combate e enfrentamento ao trabalho infantil, unindo poder público, sociedade civil e organizações internacionais. A Constituição Federal de 1988 e o ECA, de 1990, já asseguram a devida proteção ao adolescente trabalhador e proíbem qualquer forma de trabalho a menores de 16 anos de idade, permitindo o processo de aprendizagem a partir de 14 anos (Constituição Federal, Art. 7º, XXXIII).

Além da legislação nacional, é importante destacar que o Brasil recepcionou a Convenção 182 da OIT sobre a **Proibição e Ação Imediata para a Eliminação das Piores Formas de Trabalho Infantil**⁶³, em 2000 e, em 2002, a **Convenção 138**⁶⁴ da OIT sobre a Idade Mínima de Admissão no Emprego.

Como resposta ao problema, em 1996 foi criado o **Peti**, com o objetivo de aprimorar o processo de identificação das situações de trabalho infantil, além de promover a orientação e o acompanhamento das famílias e das crianças nessa situação. O Programa passou a integrar o Suas e o Programa Bolsa Família, unificando a transferência de renda para as famílias.

Em 2013, em redesenho da atuação do Peti⁶⁵, o governo federal definiu a priorização de ações estratégicas em 1.032 Municípios de alta incidência de trabalho infantil. O critério estabelecido foi de identificar os Municípios que apresentam mais de 400 casos de trabalho infantil ou que tiveram um aumento de 200 casos entre o Censo IBGE de 2000 e o de 2010. Para esses Municípios e o Distrito Federal, haverá cofinanciamento federal específico, visando acelerar a erradicação do trabalho infantil.

Apesar da tendência de queda nas taxas de trabalho infantil observadas durante as duas últimas décadas e da implantação de redes de proteção social específicas para o enfrentamento do trabalho infantil, o Estado brasileiro ainda não conseguiu eliminar ou chegar próximo da eliminação das piores formas de trabalho infantil. Em 2012, a Pnad contabilizou 3,5 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos de idade sujeitas ao trabalho infantil. A estimativa mostrava uma diminuição de 5,41% em relação a 2011, ou 156 mil crianças a menos ocupadas.

Tabela 30. **Trabalho infantil no Brasil**

Período	5 a 17 anos
2011	3.673.898
2012	3.567.589
2013	3.187.838

Fonte: Pnad 2011-2014.
Elaboração: Fundação Abrinq.

63. Decreto nº 3.597, de 12 de setembro de 2000.

64. Decreto nº 4.134, de 15 de fevereiro de 2002.

65. Resolução n.º 8, de 18 de abril de 2013 – MDS/CNAS.



Já os dados da Pnad 2013 apontam para **3.187.838 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade trabalhando no Brasil**. Esse número representa 3,3% de toda a ocupação do país (em 2012 era 3,7%) e 7,5% da população de 5 a 17 anos de idade (em 2012 era 8,4%). Houve redução de 10,6% (ou 379.751 casos) em relação a 2012, quando havia 3.567.589. Entre a faixa etária de 5 a 13 anos de idade, existem 506.401 crianças trabalhando. A faixa etária com maior quantitativo de trabalho infantil concentrou-se entre 14 e 17 anos, representando 84,1% (2.681.437). Regionalmente, a maior concentração em números do trabalho infantil está na Região Nordeste, com 33% (2013), seguida pela Sudeste, com 31%.

Tabela 31. **Pessoas entre 5 e 17 anos ocupadas em 2013 – por Região**

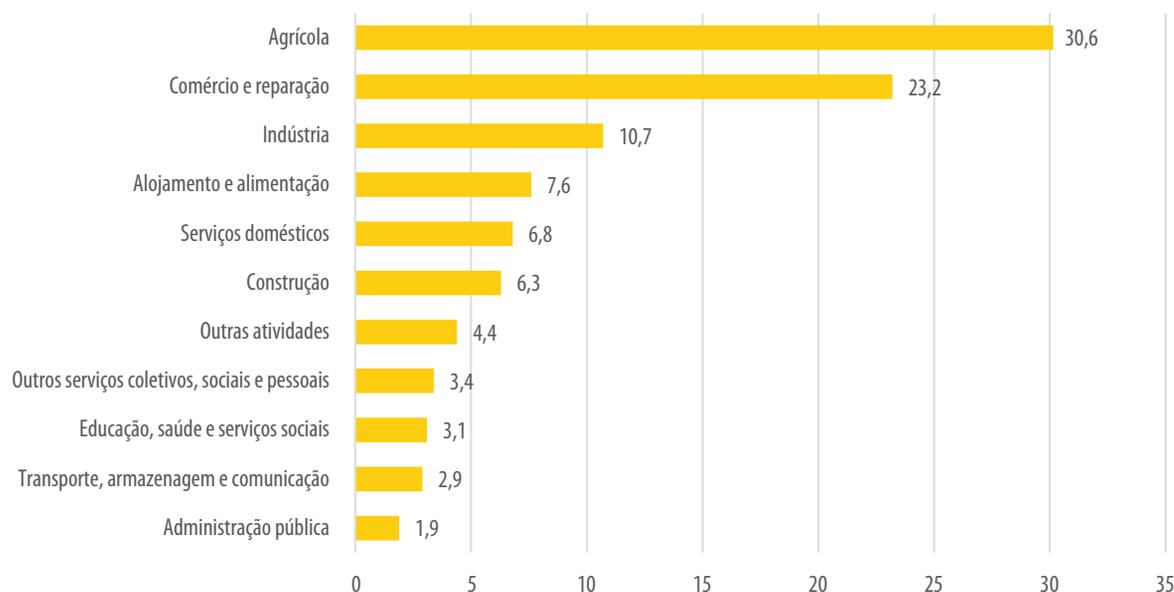
Região	Nº de Pessoas	Concentração
Norte	367.583	11,53%
Nordeste	1.057.357	33,17%
Sudeste	1.000.254	31,38%
Sul	523.716	16,43%
Centro-Oeste	238.928	7,49 %
Brasil	3.187.838	100%

Fonte: IBGE/Pnad (2013)

De acordo com estudo realizado pelo Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPeti), sobre o trabalho infantil, com base na Pnad, 2013, constatou-se:

- Predominância do gênero masculino: 64,7% (2.061.966) de meninos e 35,3% (1.112.872) de meninas;
- Maior concentração de negros: 62,5% (1.992.186) e 37,5% (1.195.652) de não negros.
- Predomínio de concentração em centros urbanos 66,8% (2.129.301) e 33,2% (91.058.537); no meio rural;
- Posição na ocupação: 56,3% (1.758.927) empregados, sendo 41% sem carteira assinada e 15,3% com carteira assinada; e 17,7% (552.503) ocupavam um posto de trabalho sem nenhum tipo de remuneração;
- Agrupamento de atividade econômica: as atividades não agrícolas (indústria, comércio e reparação, serviços domésticos, alojamento e alimentação) concentravam 69,4% (2.211.156); os outros 30,6% (976.682) estavam ocupados em atividades agrícolas.

Gráfico 29. Distribuição das crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade ocupados, por agrupamento de atividade econômica – Brasil – 2013 (%)



Fonte: FNPETI / IBGE, Pnad, 2013.
Elaboração: Fundação Abrinq.

No Brasil, 12 de junho foi instituído como o Dia Nacional de Combate ao Trabalho Infantil pela Lei nº 11.542/2007. As mobilizações e campanhas anuais são iniciativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), coordenadas pelo Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, em parceria com os Fóruns Estaduais e entidades membros. O objetivo é chamar a atenção de todos para a importância da implementação das Convenções nº 138 (que estabelece idade mínima para admissão no emprego), nº 182 (que trata das piores formas de trabalho infantil) e dos prejuízos decorrentes.

Desde 2009, a Fundação Abrinq integra e fortalece a ação, realizando flash-mob (encontro público organizado pela internet ou mídias sociais) em capitais estratégicas (São Paulo, Fortaleza e Recife, entre outras), reproduzindo e disseminando o material da campanha, envolvendo organizações sociais parceiras, mídia (escrita, falada e televisiva) e mobilização na internet/redes sociais (Twitter, Facebook, Instagram, Youtube, Flickr e outros).



O governo precisa intensificar os esforços para verificar as atividades onde mais são recrutadas as crianças atualmente, como o trabalho infantil doméstico, nos lixões, na agricultura familiar, no comércio informal urbano, na produção familiar dentro do próprio domicílio, na exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, no narcotráfico. Inclusive é necessário debater e avançar nas providências em relação ao trabalho infantil artístico/comercial e nos clubes de futebol.

Duas situações importantes precisam ser consideradas:

- a) a Justiça Estadual ainda concede autorizações prévias para que menores de 16 anos ingressem no mercado, medida considerada inconstitucional. Só em 2011, foram 3.134 casos. Há autorizações para adolescentes e crianças trabalharem em lixões, na construção civil e em fábricas de fertilizantes;
- b) o trabalho infantil, em si, não é julgado em esfera criminal, a não ser que também seja observado cárcere privado, espancamento, abuso sexual, trabalho forçado ou escravo. O julgamento do empregador acontece na esfera trabalhista, sendo multado e tendo que arcar com os benefícios do trabalhador pelo espaço de tempo trabalhado.

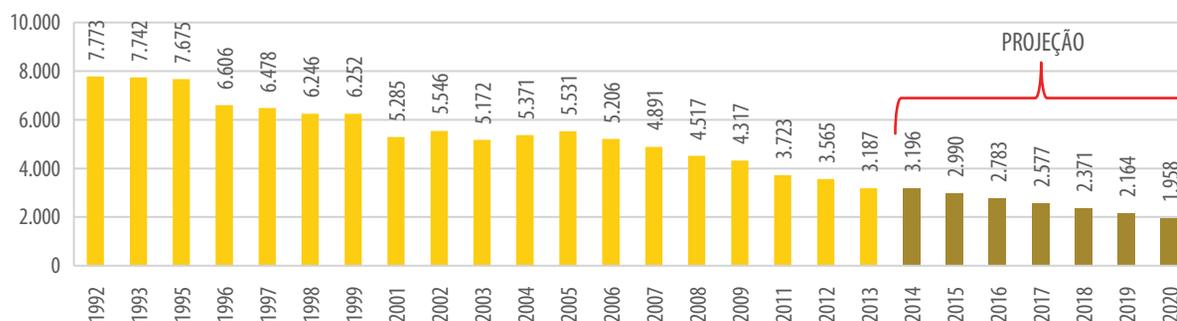
Dentre os principais desafios do governo podemos destacar:

- 1) fortalecer a formação profissional dos adolescentes por meio do estímulo às contratações na condição de aprendiz. De acordo com o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), em 2011 havia 198.610 contratos de aprendizagem vigentes. Não existem informações atualizadas disponíveis;
- 2) criação de um sistema de notificação compulsória integrado para o registro de todas as ocorrências de trabalho infantil;
- 3) a integração entre o Peti e o Bolsa Família, esta, apesar de estratégica para o governo, prejudicou a identificação e o foco, por parte dos Municípios, uma vez que a preocupação anterior de retirada da criança ou do adolescente da situação de trabalho infantil foi substituída pelo combate à pobreza (os esforços da municipalidade se direcionaram em localizar as famílias de baixa renda em detrimento da busca ativa às crianças e aos adolescentes em trabalho infantil).

A Fundação Abrinq, por meio do **Programa Prefeito Amigo da Criança** acompanha a dificuldade dos Municípios na identificação dos locais de maior incidência do trabalho infantil. Muitos Municípios relatam que, após a mudança do Peti para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, deixaram de registrar as crianças e os adolescentes em situação de trabalho infantil, não identificando mais a natureza do trabalho a que estavam submetidos. Outra questão preocupante é que os Municípios restringem sua atuação em torno das crianças e dos adolescentes retirados da situação de trabalho infantil, denotando fragilidade nas ações de mapeamento e identificação. De acordo com os dados apurados no Mapa Prioridades Nacionais⁶⁶ do Programa, ano 2013, os Municípios acompanham, em média, 5% do total de trabalho infantil mapeado pelo IBGE (Censo, 2010). Isso evidencia a criticidade e o tamanho do desafio do país.

Nessa velocidade, o Brasil dificilmente alcançará a meta de erradicar as piores formas de trabalho infantil até 2016 e todas as formas até 2020. De acordo com a projeção elaborada pelo Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPeti), até 2020 ainda teremos 2 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade trabalhando no Brasil.

Gráfico 30. Número de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade ocupados no Brasil 1992-2020 (mil)



Fonte: IBGE, Pnad, 2013.

Elaboração: Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil - FNPETI.

66. Ferramenta de diagnóstico para preenchimento dos Municípios como condição de permanência e avanço na agenda do Programa Prefeito Amigo da Criança da Fundação Abrinq.



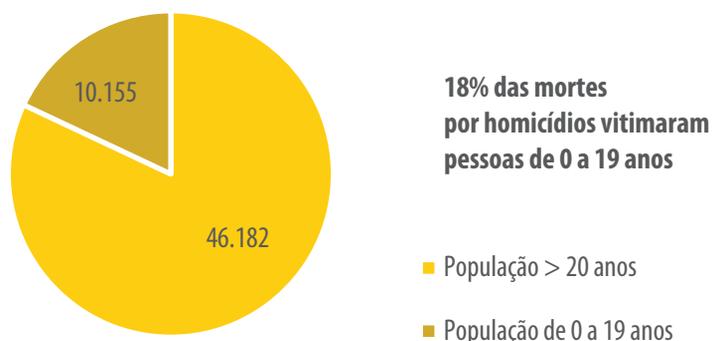
Mortalidade de Crianças e Adolescentes por Homicídio

O cenário de mortalidade demonstra a necessidade de rever os direcionamentos das normas e das políticas públicas. As desigualdades, a impunidade, o despreparo da polícia e a lentidão dos processos judiciais são fatores que agravam e perpetuam as situações de violência cotidiana.

Os investimentos e a manutenção dos gastos em políticas de segurança pública são significativamente maiores que os gastos com os programas de prevenção e proteção social. A falta de priorização em políticas preventivas se reflete nos indicadores sociais.

O indicador de mortalidade por causas externas, em 2011, registrou 9 mil homicídios de jovens entre zero e 19 anos de idade, passando para 10.155 em 2012.

Gráfico 31. **Número de mortes por homicídio por faixa etária**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2012).

Tabela 32. **Número de mortes por homicídio em 2012 – por Região**

Região	Nº de homicídios	Nº de homicídios (0 a 19 anos)	% de homicídios (0 a 19 anos)
Norte	6.087	1.059	17,40%
Nordeste	20.978	4.259	20,30%
Sudeste	17.155	2.792	16,28%
Sul	6.630	1.099	16,58%
Centro-Oeste	5.487	946	17,24%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2012).

De acordo com o Mapa da Violência de 2015, elaborado pelo pesquisador Julio Jacobo Waiselfisz em cooperação com a Unesco, as mortes por homicídio cresceram 556,6% nos últimos 32 anos (1980–2012), sendo que o número de homicídios juvenis⁶⁷ se ampliou de forma mais acelerada (655,5%). Pode ser observada a enorme concentração de mortalidade dos jovens, com pico nos 19 anos de idade, quando os óbitos por armas de fogo atingem a marca de 62,9 mortes por 100 mil jovens.

Tabela 33. **Taxas de mortalidade por armas de fogo segundo idades simples, Brasil, 2012**

Idade	Taxa	Idade	Taxa	Idade	Taxa
0	0,4	10	0,3	20	62,5
1	0,3	11	0,8	21	55,2
2	0	12	2,1	22	52,7
3	0,3	13	3	23	55,8
4	0,2	14	10,4	24	50,5
5	0,4	15	19,7	25	47,6
6	0,4	16	37,1	26	48,6
7	0,4	17	55,6	27	41,4
8	0,6	18	57,6	28	39,9
9	0,3	19	62,9	29	42,5

Fonte: MS/SIM/SVS.

67. O Mapa da Violência define jovens a população entre 15 e 29 anos de idade.



Medidas Socioeducativas

No Brasil não são aplicadas sanções penais juvenis e sim medidas socioeducativas, previstas no artigo 112 do ECA. Essas medidas são regulamentadas pela Lei nº 12.594/2012, que criou o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase).

Os adolescentes de 12 a 18 anos de idade são responsabilizados por meio das medidas: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; semiliberdade; e internação.

No mandato da presidente Dilma Rousseff foi criado o Programa Pró-Sinase⁶⁸ para fortalecer a implementação do Sinase, por meio da qualificação de pessoal, do mapeamento de informações, do apoio à defesa técnica do adolescente, da construção, ampliação e reforma de unidades socioeducativas, do apoio à municipalização das medidas em meio aberto e da articulação/mobilização comunitária.

Em 2011⁶⁹, havia 20.023 adolescentes em restrição e privação de liberdade; em 2012⁷⁰, esse número passou para 20.532 e, em 2013⁷¹, para 23.066 (internação, internação provisória e semiliberdade). Já nas medidas em meio aberto, em 2012, eram 88.022 adolescentes (prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida).

Tabela 34. **Restrição e privação de liberdade por tipo (2013)**

Internação	Semiliberdade	Internação provisória	Total
15.221	2.272	5.573	23.066

Fonte: SDH/SNPDCA, 2013, dados preliminares.

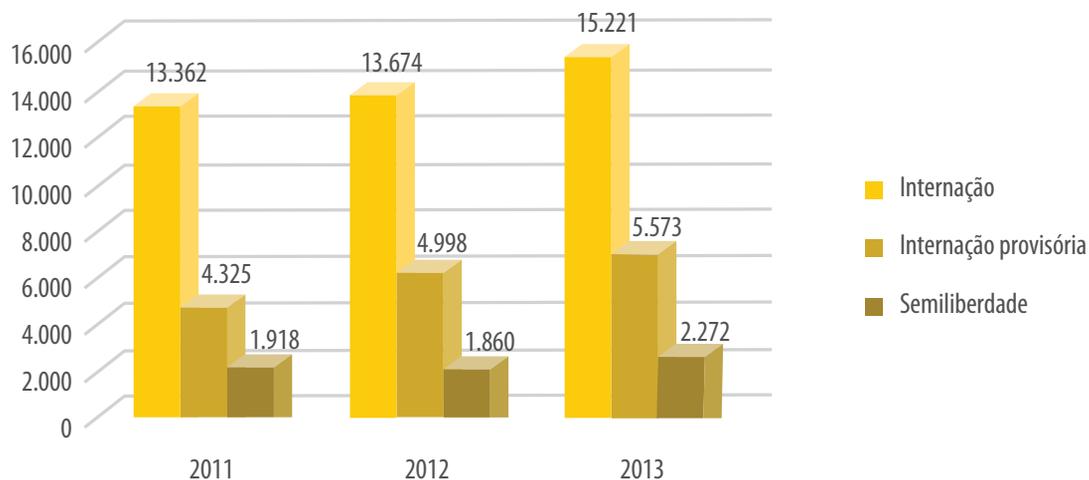
68. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012.

69. Levantamento Anual dos/as Adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa, SDH, 2012.

70. Levantamento Anual dos/as Adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa, SDH, 2012.

71. Dados preliminares do Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, SDH, 2013.

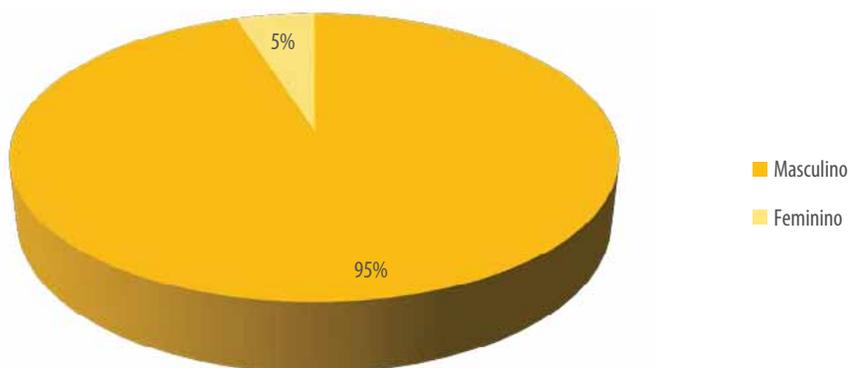
Gráfico 32. **Medidas restritivas e privativas de liberdade – Brasil**



Fonte: SDH/SNPDCA, 2013 (2013 são dados preliminares).

Os dados da SDH, em 2012, demonstram que permanece a predominância do gênero masculino, com cerca de 95 % dos homens e 5% de mulheres, valendo observar que das 452 unidades de atendimento, 417 são para os meninos e 35 para as meninas.

Gráfico 33. **Prática de ato infracional por gênero**



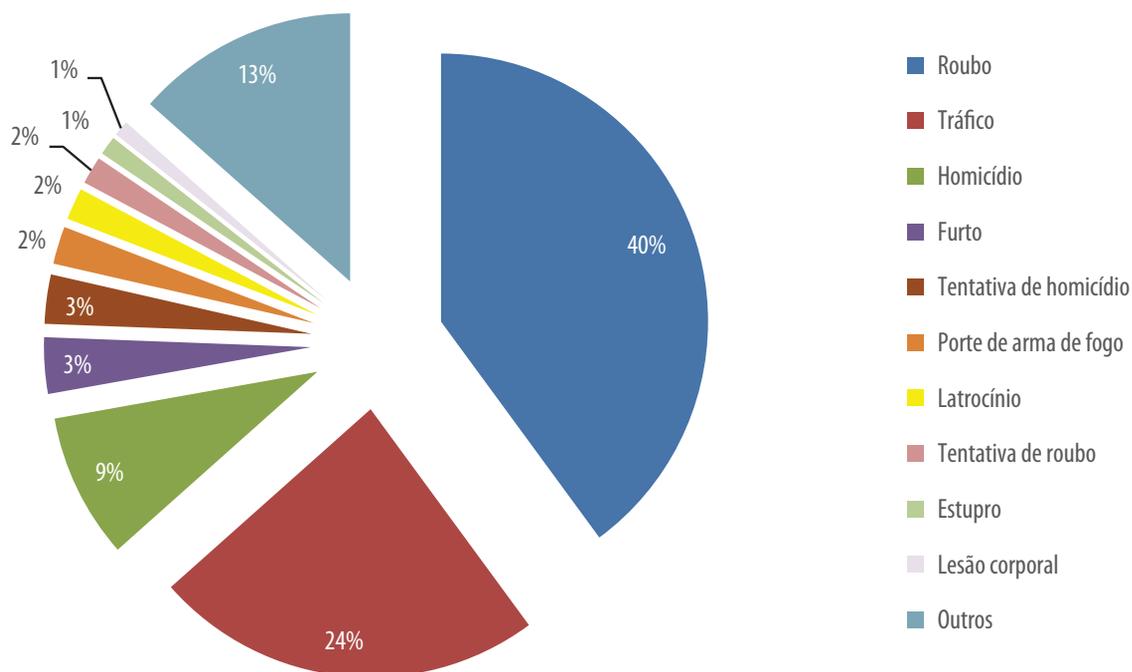
Fonte: SDH/SNPDCA, 2012.



Quanto ao tipo e à quantidade de ocorrências, é possível afirmar que os indicadores em 2011, 2012 e 2013 mantiveram-se equivalentes em relação ao ato infracional correspondente a roubo e tráfico, que são aqueles que registram as maiores ocorrências. Em 2011, 8.415 (38,1%) adolescentes estavam em restrição ou privação de liberdade pelo ato infracional de roubo, passando, em 2012, para 8.409 (38,6%) e, em 2013⁷², para 10.051 (40%). Já o ato infracional relacionado ao tráfico de drogas foi praticado, em 2011, por 5.863 adolescentes (26,6%), em 2012, por 5.883 (27,0%) e, em 2013, por 5.933 (23,46%).

Em 2012, a porcentagem de práticas enquadradas como homicídio atingia 9% enquanto, 2013, registra 8,81%.

Gráfico 34. **Atos infracionais – 2013**



Fonte: SDH/SNPDCA, 2012.

72. Dados preliminares do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, SDH, 2013.

Em análise do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), apresentada no Relatório da Resolução 67/2011⁷³, a ocupação das unidades de internação, em relação ao número de vagas oferecidas, é desproporcional e mostra grande deficit de vagas. O pior cenário é encontrado na Região Nordeste, que possui 2.164 vagas e 4.031 internos, 186,3% da capacidade (superlotação). Por Estado, o que registra a pior situação é o Maranhão, com 73 vagas de capacidade e 335 adolescentes internos, apresentando 458,9% de ocupação, seguido pelo Mato Grosso do Sul, com 220 vagas e 779 internos (354,1%).

Tabela 35. **Ocupação das unidades de internação e semiliberdade para adolescentes**

Regiões	Capacidade	Ocupação	% Ocupação (superlotação)
Centro-Oeste	1.325	2.217	167,3
Nordeste	2.164	4.031	186,3
Norte	1.365	1.330	97,4
Sudeste	8.588	8.966	104,4
Sul	1.972	1.834	93
Brasil	15.414	18.378	119,2

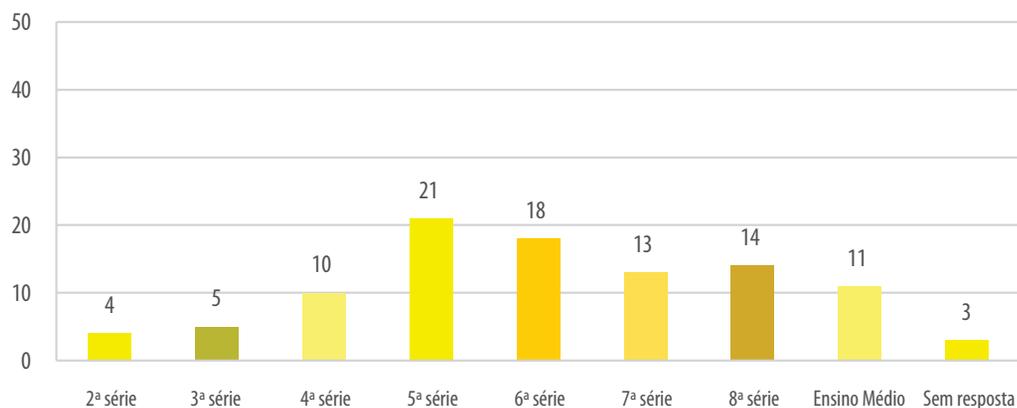
Fonte: Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

O relatório Panorama Nacional *A Execução das Medidas Socioeducativas de Internação*, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 2012, é o documento com dados mais recentes sobre a escolaridade dos adolescentes privados de liberdade: 39% dos adolescentes pararam de estudar na 5ª ou 6ª série.

73. Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade. Relatório da Resolução nº 67/2011, Brasília, 2013.



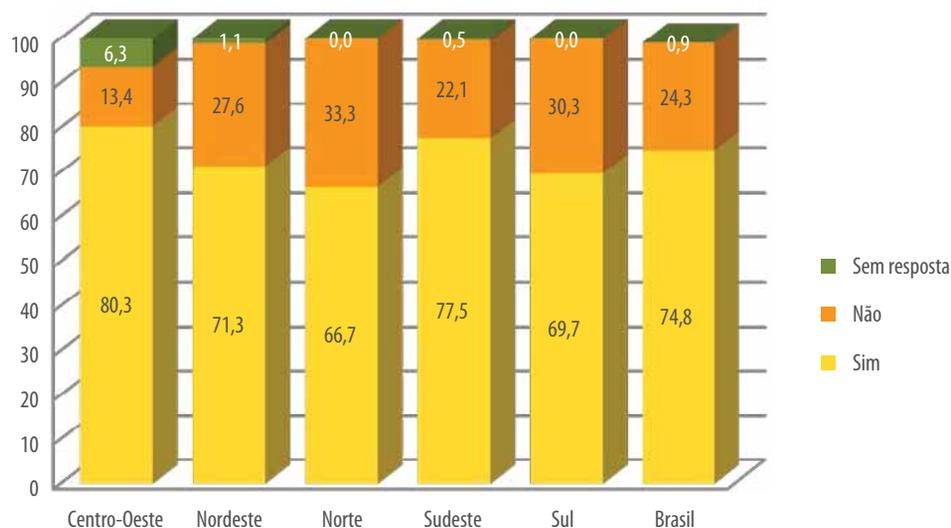
Gráfico 35. Última série cursada pelo adolescente infrator (%) – Brasil, 2012



Fonte: Conselho Nacional de Justiça, 2012.

Ainda de acordo com o documento, em relação ao perfil dos adolescentes, três quartos dos internos são usuários de drogas ilícitas (75% dos autores de ato infracional). A menor ocorrência é na Região Norte, com 66,7%, e a maior na Centro-Oeste, com 80,3%.

Gráfico 36. Uso de drogas por adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas por região (%)



Fonte: Conselho Nacional de Justiça, 2012.

No Relatório da Resolução 67/2011⁷³, do CNMP, foram realizadas avaliações quanto ao cumprimento dos parâmetros do Sinase. Seus principais aspectos são:

- a) **Obediência à alocação de 40 internos por unidade:** das 287 unidades inspecionadas, 175 não cumpriram esse quesito (61%). Na pior avaliação está a Região Sudeste (de 128 unidades, 113 estão em descumprimento).

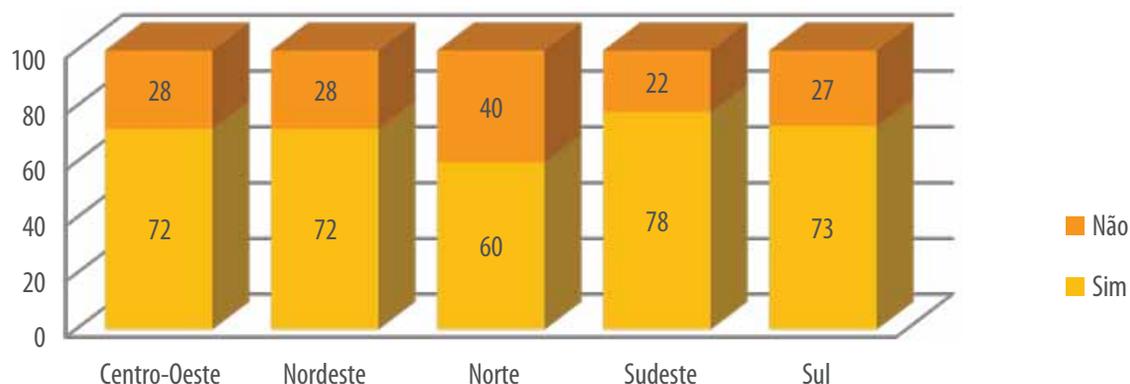
Tabela 36. **Unidades com capacidade superior a 40 internos por unidades inspecionadas**

Região	Unidades inspecionadas	Unid. com capacidade superior a 40 internos	Percentual
Centro-Oeste	26	11	42,3
Nordeste	48	24	50
Norte	40	11	27,5
Sudeste	128	113	88,3
Sul	45	16	35,6
Brasil	287	175	61

Fonte: Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

- b) **Regionalização:** outro ponto avaliado foi a inserção do adolescente na unidade mais próxima da residência de seus pais ou responsáveis. O resultado observado é que em 20% das unidades inspecionadas, a maioria dos adolescentes não está na unidade mais próxima de sua família. É possível afirmar que 4.546 adolescentes privados de liberdade estão distantes de suas referências familiares.

Gráfico 37. **Unidades de internação mais próxima da residência dos pais/responsáveis (%) – Brasil, 2013**

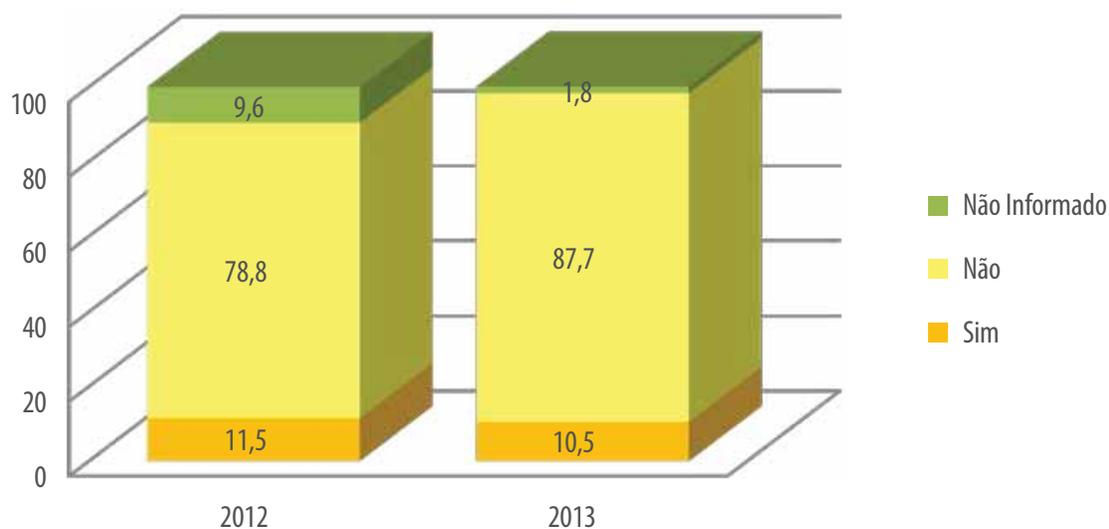


Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.



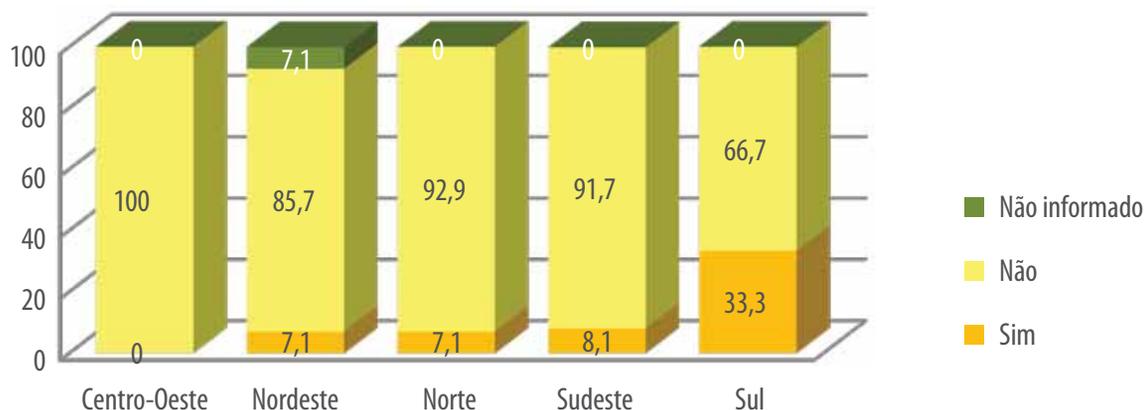
c) **Espaço para lactante:** o Sinase estabelece que as unidades de internação para acolhimento feminino devem prever acomodação conjunta para bebês e recém-nascidos, a fim de garantir o direito à amamentação exclusiva pelo tempo mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (6 meses). O Cenário levantado é crítico; 88% das entidades fiscalizadas não apresentavam alojamento para a mãe e o recém-nascido. O pior universo foi detectado na região Centro-Oeste, onde não existe esse espaço em nenhuma das unidades. O melhor cenário foi encontrado na Região Sul, onde 33,3% das unidades possuem essa acomodação.

Gráfico 38. **Espaço para permanência da adolescente com filho. (%), Brasil 2012 - 2013**



Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

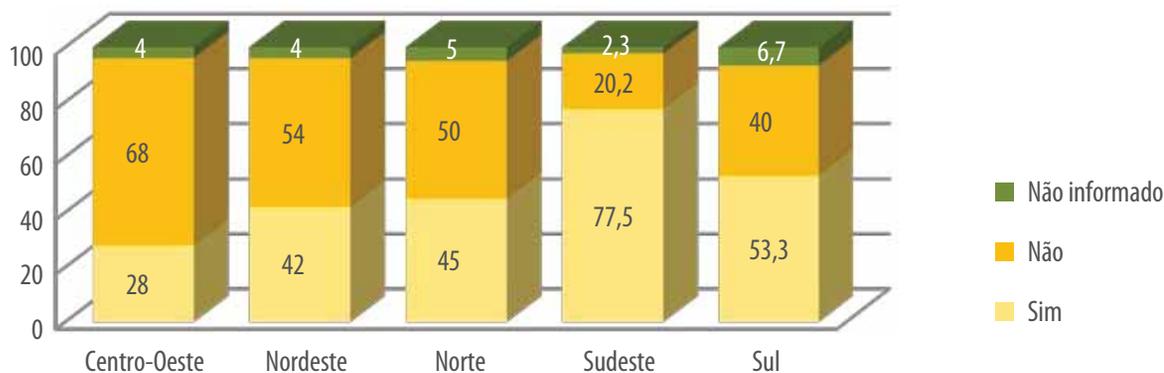
Gráfico 39. Espaço para permanência da adolescente com filho. (%). Regiões, 2013



Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

d) **Salubridade:** foram consideradas insalubres as unidades sem higiene e conservação, sem iluminação e sem ventilação adequada. A situação encontrada também é preocupante. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mais da metade das unidades foram consideradas insalubres. Na Região Sul, 40% delas também se encontravam insalubres, melhorando o cenário apenas na Região Sudeste, onde 77,5% estavam adequadas. Do universo visitado (287 unidades), 108 foram consideradas impróprias para a permanência de adolescentes.

Gráfico 40. Salubridade nas unidades de internação (%). Regiões, 2013



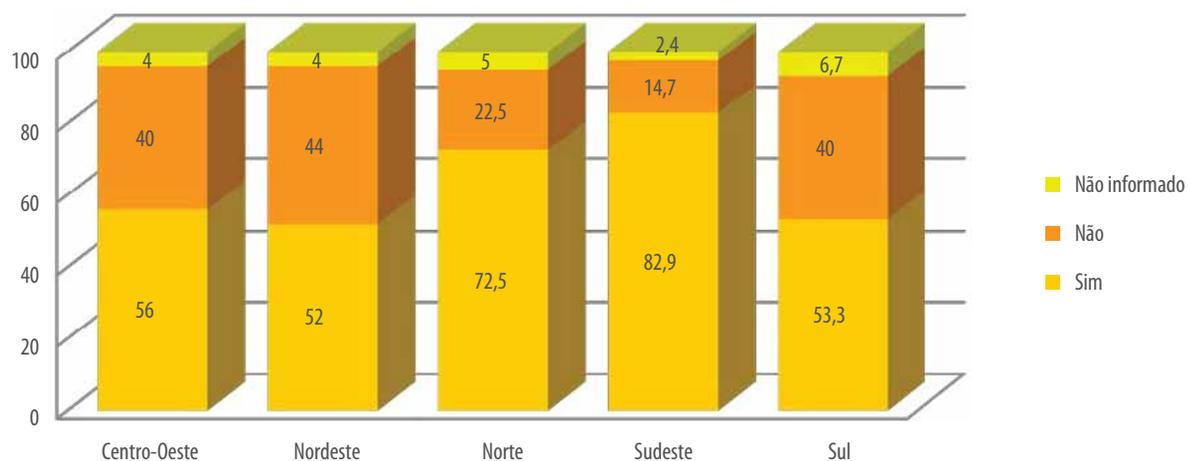
Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.



e) **Salas de aula:** foi apurada a existência de salas de aula equipadas, iluminadas e adequadas, com suporte de biblioteca⁷⁴. Os melhores cenários encontrados foram nas regiões Sudeste e Norte, respectivamente com 82,9% e 72,5% das unidades estando adequadas. Nas demais regiões, esse percentual oscilou entre 52% e 56%. O relatório apontou que 78 unidades não possuem espaços adequados.

Essa é uma questão bastante desafiadora, posto que a estrutura educacional é exigência básica para a efetividade da aplicação da medida que tem no seu escopo promover os princípios pedagógicos e socioeducativos.

Gráfico 41. **Unidades de internação com salas de aula equipadas, iluminadas e adequadas, com biblioteca (%). Regiões, 2013**

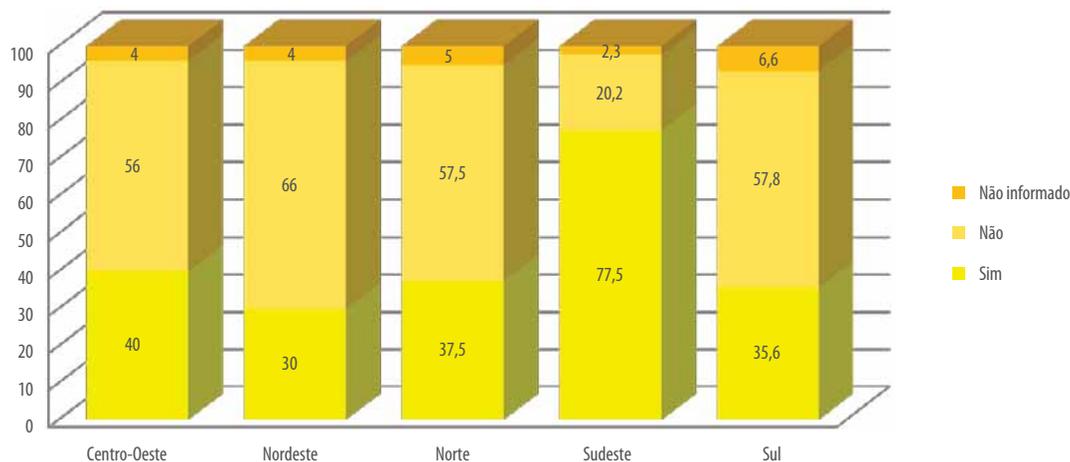


Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

f) **Profissionalização:** os números relacionados aos espaços destinados à profissionalização dos internos são ruins. Nas regiões Norte (37,5%), Nordeste (30%), Centro-Oeste (40%) e Sul (35,6%), nem metade das unidades oferecem espaço adequado para profissionalização, com exceção da Região Sudeste, onde 77,5% das unidades possuem espaço adequado.

74. Não foi apurado se existia o número de salas suficientes para todos os adolescentes. Relatório da Resolução n.º 67/2011, Conselho Nacional do Ministério Público.

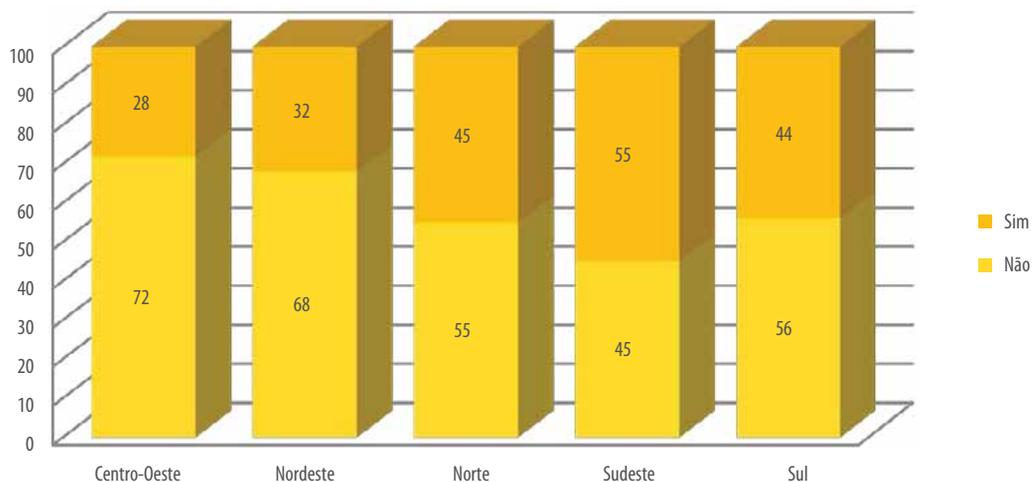
Gráfico 42. Unidades de internação com oficinas de profissionalização equipadas, iluminadas e adequadas (%). Regiões, 2013



Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

g) Separação dos internos: os adolescentes não estão sendo separados adequadamente (destacam-se três separações: sentenciados e não sentenciados, por idade e por tipo de infração). A Região Sudeste é a que apresenta menor percentual de inadequação: 45% das unidades visitadas não separam os internos provisórios e definitivos. Nas demais regiões, os índices são superiores a 50%: Região Norte, 55%, Região Sul, 55,6%, piorando o cenário nas regiões Nordeste (68%) e Centro-Oeste (72%).

Gráfico 43. Unidades de internação que separam os internos sentenciados e não sentenciados (%). Regiões, 2013

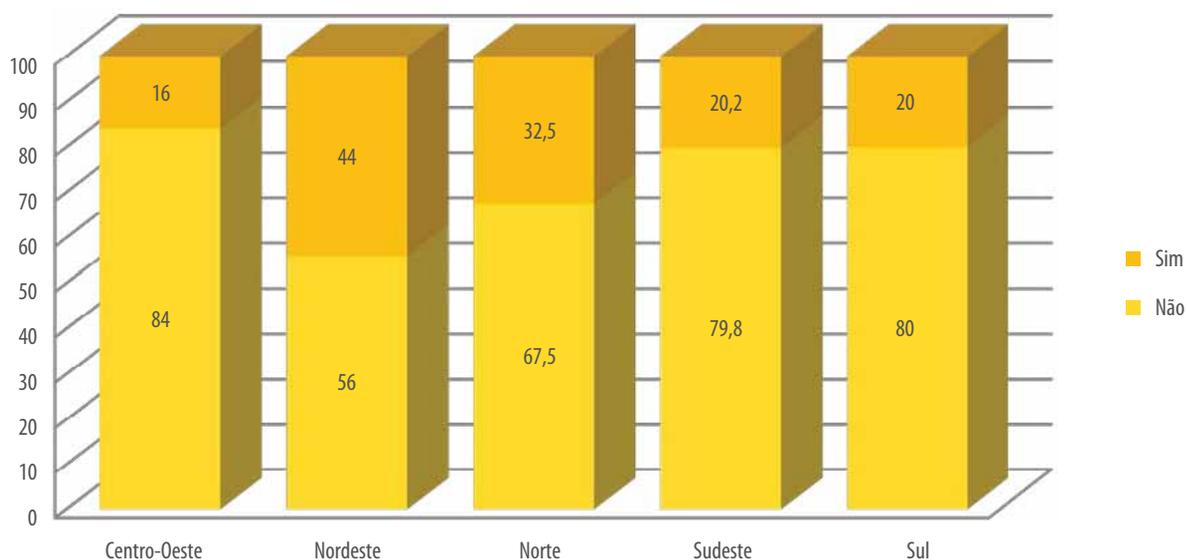


Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.



Em relação à separação por idade, os piores cenários são encontrados nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste: no máximo em um quinto das unidades há separação por idade. A Região Nordeste é a que apresenta situação melhor, com 44%.

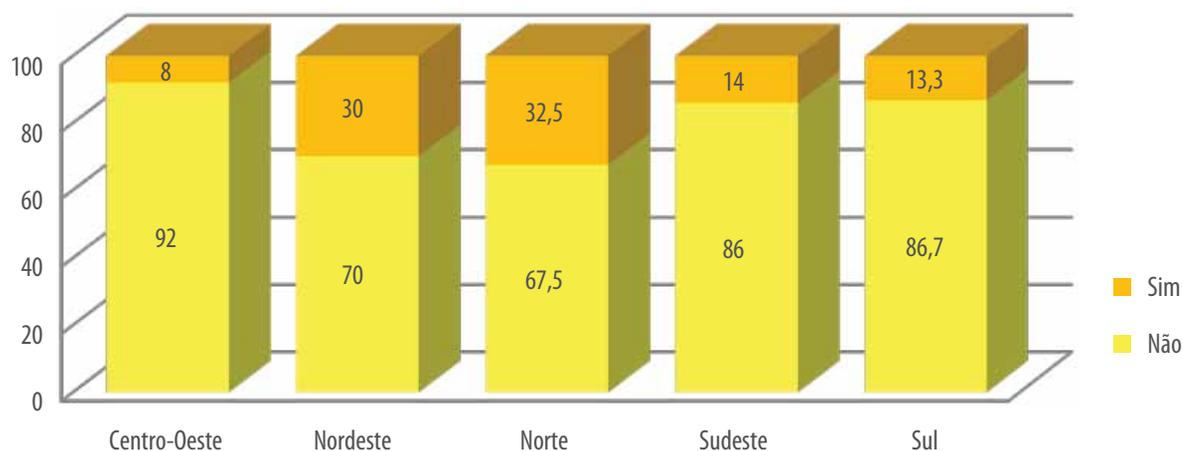
Gráfico 44. **Unidades de internação que separam os internos por idade (%). Regiões, 2013**



Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

O último quesito que se destaca é o percentual de unidades que separam os adolescentes pelo tipo de infração cometida. Esse é o dado que apresenta os indicadores mais críticos. A Região Centro-Oeste não chega a alcançar 10% das unidades e o melhor indicador é o da Região Norte, com 32,5% (não representando nem 1/3 das unidades).

Gráfico 45. **Unidades de internação que separam por tipo de infração (%). Regiões, 2013**



Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

A aprovação do Sinase e a criação do Programa Pró-Sinase são avanços dessa gestão, entretanto, a articulação entre as esferas de governo deve ser priorizada para uma maior organicidade do Sistema, com ampliação da cooperação e do financiamento federal aos Estados e Municípios.

Uma outra deficiência é a ausência de formação continuada dos atores do Sistema Socioeducativo, fundamental para que se garanta a transformação das práticas ainda cristalizadas que não permitem o direcionamento do adolescente autor de ato infracional à comunidade, em plena condição de ressocialização.

Durante o II Ciclo de Seminários Regionais do **Programa Prefeito Amigo da Criança**, em discussão com os Municípios sobre o Mapa Prioridades Nacionais e os dados da municipalização do atendimento socioeducativo em meio aberto, os gestores da pasta de Assistência Social e técnicos do Creas relataram a dificuldade de obter, junto às Secretarias Estaduais, informações



sobre o número e perfil dos adolescentes internados de seus Municípios. Não conseguem levantar quais e quantos adolescentes se encontram cumprindo medidas de internação (medida sob a responsabilidade dos Estados), obtendo somente os dados referentes aos adolescentes que o Município deverá absorver nas medidas em meio aberto.

De forma geral, as condições de infraestrutura e salubridade não são respeitadas e não existem condições mínimas para o trabalho socioeducativo e profissionalizante, determinantes no sucesso da aplicação das medidas.

Esse cenário tem grandes desafios, como a implementação integral do Sinase para garantir aos adolescentes autores de ato infracional a possibilidade de construção de um novo projeto de vida. Também é fundamental repensar o planejamento das políticas sociais, enfrentando os principais problemas a fim de mitigar a vulnerabilidade dos adolescentes.

Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

Neste relatório foi utilizado o termo “violência sexual” de acordo com os consensos nacionais e internacionais e, principalmente, as diretrizes conceituais adotadas no Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes (PNEVSCA).

Assim, violência sexual pode ser expressa sob duas formas: abuso sexual e exploração sexual, definidos como todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano, ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento sexual desigual em relação à criança e ao adolescente vítimas.

O PNEVSCA foi aprovado em 2000, na cidade de Natal (RN). Envolveu várias instituições da sociedade civil e do poder público, e apresentou diretrizes para o enfrentamento, por meio de seis eixos: Análise da Situação, Mobilização e Articulação, Atendimento, Prevenção, Defesa e Responsabilização, e Protagonismo Juvenil⁷⁵.

Simultaneamente, implantou-se o Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes para o monitoramento da implementação do PNEVSCA. Desde sua instituição, o Comitê tem cumprido o papel de animar, monitorar e coordenar ações de mobilização e incidência para a implementação do Plano.

O governo criou duas instâncias para garantir a efetividade do PNEVSCA – de um lado, o Comitê Nacional que monitora e coordena ações anuais de mobilização e articulação do referido Plano em nível nacional e, de outro, o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (Pair), criado em 2002.

75. “O Enfrentamento das Violações de Direitos contra Crianças e Adolescentes no Brasil, de Dalka Chaves de Almeida Ferrari”



O Pair adotou uma metodologia que tem como base de intervenção o Município e está pautado nos eixos do PNEVSCA. Uma das suas principais metas é a mobilização de redes com o objetivo de integrar o conjunto dos programas e ações dos governos, organismos e agências internacionais, universidades e sociedade civil para que sejam desenvolvidas e aplicadas metodologias de intervenção local.

Em 2003, foi criada a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, na expectativa de se constituir uma verdadeira rede nacional de enfrentamento e o Disque Denúncia Nacional (Disque 100) para recebimento de denúncias.

Outro evento que contribuiu foi a realização do III Congresso Mundial de Enfretamento da Exploração sexual de Crianças e Adolescentes, em 2008, no Rio de Janeiro (RJ), com a participação de 170 países. As discussões apontaram os avanços e desafios das Políticas Públicas de Enfrentamento.

O PNEVSCA desdobrou-se em Planos Estaduais e Municipais e foi revisado, em 2012, para maior articulação e agilização dos procedimentos e um novo Plano Nacional foi aprovado em 15 de maio de 2013.

Em 2013, o Disque 100 recebeu mais de 31.725 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país

O reconhecimento, pela Lei Federal nº 9.970/2000, de 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes é marcado anualmente pela Campanha “Faça Bonito. Proteja nossas crianças e adolescentes”, articulada pelo Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual com o apoio da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. A ação tem a participação de organizações da sociedade civil.

Com o intuito de apoiar essa mobilização, a Fundação Abrinq realiza flash-mob reproduzindo e disseminando o material da campanha, mobilizando organizações sociais parceiras, mídias e redes sociais.

As situações de violência são atendidas por meio de atendimento especializado no Suas, realizado pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), ofertado no Creas. De acordo com Censo Suas de 2011 (entre os Creas que responderam ao Censo), 95,4% atenderam situações de abuso sexual e 80,3% de exploração sexual de crianças e adolescentes. No total, foi realizado acompanhamento a 49.068 crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e 7.418 crianças e adolescentes vítimas de exploração sexual.



Esse é um cenário de atuação muito complexo que perpassa por diversas questões culturais, econômicas e sociais. No Guia de Referência para a cobertura jornalística *Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes* (outubro, 2013), da Agência Nacional dos Direitos da Infância (Andi), dentre as possíveis causas da perpetuação da violência sexual estão destacadas a pobreza, a desigualdade, a impunidade, a cultura machista e as dimensões de gênero, raça e etnia.

“A cultura da impunidade e a ineficiência de autoridades públicas no enfrentamento da violência sexual abrem brechas para a atuação dos exploradores, aumentando a sensação de impotência da sociedade e das famílias dos vitimados. Esse fator é agravado pela falta de leis existentes. A cultura machista e autoritária ainda vigente na sociedade brasileira cria desigualdades nas relações de gênero e promove uma imagem da mulher como mero objeto sexual, sujeita a ser comprada ou usada.”

Durante a gestão 2011-2014, um avanço importante foi o endurecimento da lei que passou a classificar de hediondo o crime de favorecimento da exploração sexual de criança ou adolescente, Lei n.º 12.978, de 21 de maio de 2014. Os desafios do governo são muitos, a capacidade de registro e atuação dos Municípios é reduzida e precisa da coordenação e do cofinanciamento federal para alavancar. O principal programa federal de enfrentamento, Pair, está implantado em pouco mais de 500 Municípios, ou seja, em apenas 10% do país após 13 anos de funcionamento.

O problema precisa ser tratado como questão de saúde pública, uma vez que a violência sexual gera consequências para a saúde física e emocional das vítimas, além dos riscos associados ao consumo de drogas, à gravidez indesejada e às doenças sexualmente transmissíveis.

A lei ainda necessita ser efetivamente aplicada para coibir a prática e especialmente reduzir a sensação de impunidade.

Combate à violência doméstica

Com o objetivo de enfrentar a violência doméstica contra crianças e adolescentes, atender as recomendações do Comitê de Direitos Humanos da Criança (ONU) e adequar a normativa nacional à Convenção dos Direitos da Criança, a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014 (Lei Menino Bernardo), que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA), e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.



A adequação do marco legal brasileiro é importante uma vez que os dados do Disque Denúncia (Disque 100) apontam que os quatro tipos de violência mais recorrentes contra crianças e adolescentes são: negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual. Essas violências ocorrem principalmente nos ambientes que deveriam ser de acolhimento e proteção e os violadores são, na maior parte das denúncias, pessoas que têm a obrigação de proteger e cuidar.

Uma análise crítica dos dados do Disque 100, realizada pela Rede Não Bata, Eduque aponta que o uso da violência como prática educativa-punitiva ainda é muito utilizada e aceita socialmente. Castigos físicos e humilhantes contra crianças e adolescentes são práticas habituais em muitas sociedades e transmitidas de geração a geração. Encarados como ferramentas essenciais para a disciplina, estes castigos, que variam em intensidade, ainda estão presentes em muitas casas e instituições. Entretanto, uma consequência direta do uso do castigo físico é o aprendizado, por parte da criança e do adolescente, de que a violência é uma maneira plausível e aceitável de se solucionar conflitos e diferenças, o que contribui para perpetuar a violência na família e na sociedade.

Recomendações encaminhadas pela ONU após conclusão do *Relatório Mundial da Violência*, de 2011, coordenado pelo professor Paulo Sérgio Pinheiro, apontam:

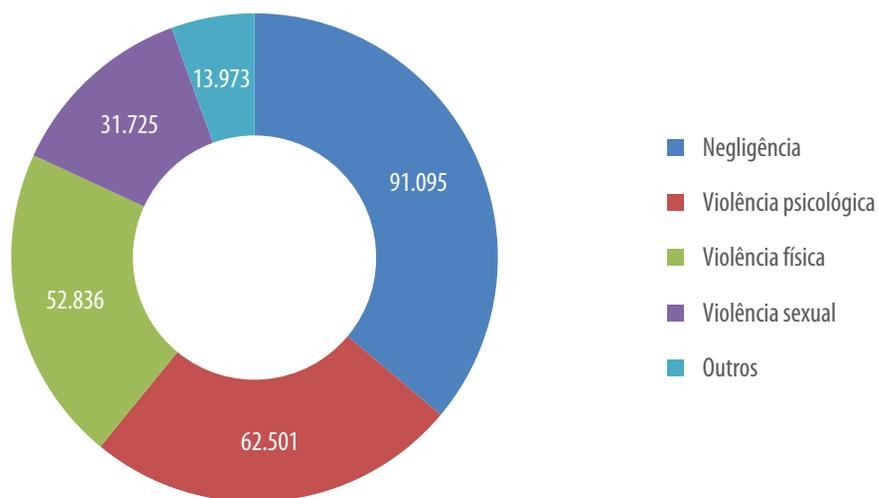
“A melhor forma de tratar do problema da violência contra as crianças é impedir que aconteça. Todas as pessoas têm um papel a desempenhar nesta causa, mas cabe aos Estados assumir a principal responsabilidade. Isso significa proibir todas as formas de violência contra as crianças, onde quer que aconteça e independentemente de quem a pratica, e investir em programas de prevenção para enfrentar as causas que lhe estão subjacentes.”

Para a Rede Não Bata, Eduque, a Lei nº 13.010/2014 é uma afirmativa de direitos, um marco moral e ético que visa romper com uma educação violenta que gera conflitos individuais e familiares, e que tem sido perpetrado entre gerações. A Lei propõe a construção de políticas públicas, campanhas de sensibilização, ações intersetoriais, formação continuada e a capacitação dos profissionais de saúde, educação e assistência social, e dos demais agentes que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente para o desenvolvimento das competências necessárias à prevenção, à identificação de evidências e ao enfrentamento.

Desde, 2013, a SDH/PR e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), incluíram nas diretrizes curriculares do Programa Escola de Conselhos a prevenção dos castigos físicos e humilhantes contra crianças e adolescentes, porém, esse esforço não pode ser o único para modificar uma questão ainda tão enraizada na cultura brasileira.



Gráfico 46. **Número de denúncias no Disque 100 em 2013, por tipo de violação (Módulo Criança e Adolescente)**



Fonte: SDH, Disque Direitos Humanos (Disque 100), 2013.

Tabela 37. **Proporção de tipos de violações que foram notificadas pelo Disque 100 em 2013 (Módulo Criança e Adolescente)**

Tipo de Violação	%
Negligência	73,47
Violência psicológica	50,40
Violência física	42,63
Violência sexual	25,71
Outros	11,27

Fonte: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH) – Balanço Geral - Disque 100 (2013).



A inclusão de programas e ações de prevenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes pode ser potencializada nas políticas públicas de pré-natal, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, campanhas de conscientização, e são muito importantes para a mitigação do problema.

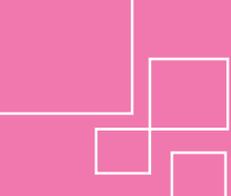
Outra abordagem importante da administração em termos de políticas públicas é por meio da educação e da transmissão de uma cultura de paz. De acordo com a pesquisadora e advogada Maria Letícia Puglisi Munhoz⁷⁶:

“O indivíduo encontra na cultura o estímulo e o aprendizado para desenvolver-se, a partir da reflexão, dos conflitos e das diferenças ou, ao contrário, o estímulo e o aprendizado para desenvolver comportamentos que perpetuam a violência. A educação para a Cultura de Paz proporciona ao indivíduo a possibilidade de alterar seus comportamentos ainda que a cultura da sociedade em que vive o induza a reproduzir comportamentos violentos.”

Ainda de acordo com Munhoz, as discussões nacionais e internacionais apontam a necessidade de adequação de conteúdos pedagógicos e abordagens para promover experiências e reflexões que proporcionem a mudança de comportamento e não somente a mudança do modo de pensar. “Que o educando possa alterar a realidade em que vive, transformando condutas e conflitos em soluções para o convívio saudável na democracia e diversidade.”

Assim, é salutar que o governo federal implemente políticas educacionais voltadas à promoção da cultura de paz no intuito de mitigar o problema da reprodução da violência. Estudos revelam que crianças e adolescentes vitimados tendem a reproduzir a postura de violência e, para romper esse ciclo, é fundamental o papel da escola e da administração pública na promoção de uma cultura de paz.

76. Artigo Família e Escola na Ação Educativa para a Paz, in A Violência Doméstica e a Cultura de Paz, Grupo Editorial Nacional – GEN, 1ª edição, São Paulo: Santos, 2013.



Orçamento

IV - ANÁLISE DO ORÇAMENTO



■ ■ IV - Análise do Orçamento

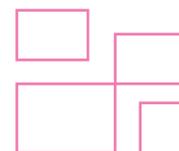
Compromissos de gestão

O orçamento, mais do que definir valores de gastos, aponta o que, onde e em que quantidade o cidadão e a sociedade receberão bens e serviços do Estado em retribuição aos tributos pagos. Além disso, informa para a população como estará distribuído o dinheiro público e demonstra o compromisso do governo brasileiro em manter a disciplina fiscal nas suas contas para o próximo ano. Por isso é um instrumento tão importante.

O controle da execução orçamentária compreende: I – a legalidade dos atos de que resultem a arrecadação da receita ou a realização da despesa, o nascimento ou a extinção de direitos e obrigações; II – a fidelidade funcional dos agentes da administração, responsáveis por bens e valores públicos; III – o cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de realização de obras e prestação de serviços.

A análise do Orçamento Público Federal é um eixo de acompanhamento do **Projeto Presidente Amigo da Criança** para identificar a destinação orçamentária para crianças e adolescentes, permitindo avaliar o montante de recursos alocados em políticas públicas para esta parcela da população. A avaliação do orçamento público é um subsídio estratégico que deve ser utilizado para verificar qual a importância de determinada política, programa ou serviço dado pela gestão, seja federal, estadual ou municipal, comportando-se como instrumento indispensável na análise das políticas públicas.

Mais do que avaliar o orçamento, o objetivo desse relatório é indicar como se dá o processo orçamentário a partir do cenário da gestão 2011-2014 que se coloca para o balanço. Torna-se necessário apontar as questões referentes aos desafios que se impõem para a gestão da presidente Dilma com o planejamento do orçamento.





Com o objetivo de demonstrar a destinação dos recursos públicos, bem como analisar, de forma sintética, a evolução das despesas orçamentárias federais alocadas em consonância com os compromissos firmados, foi feita uma breve contextualização da análise orçamentária e do cenário econômico-fiscal no período. Na sequência, foi analisada a alocação de recursos em relação ao cumprimento dos compromissos estabelecidos sob a ótica da agregação temática do Orçamento Criança e Adolescente, conforme os critérios do Senado Federal e de acordo com o conceito da metodologia OCA⁷⁷ utilizada pela Fundação Abrinq.

Os dados foram obtidos no Siga Brasil Especialista, sistema de acompanhamento do Orçamento Geral da União (OGU) disponibilizado pelo Senado Federal. Os dados para novembro e dezembro de 2014 foram estimados qualitativamente pela média das despesas realizadas, a fim de se dispor de uma visão completa do governo no exercício.

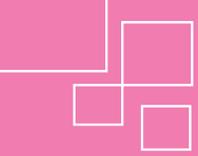
Vale lembrar que as inferências feitas ao longo da análise aqui apresentada devem ser consideradas enquanto tendências de desempenho da gestão das políticas de promoção dos direitos da criança e do adolescente, a serem confirmadas por análises específicas.

Além disto, o estabelecimento, por exemplo, de relações de causalidade entre os recursos alocados e as variáveis sociais como a eliminação e/ou redução de iniquidades, tais como as envolvidas no Termo de Compromisso do **Projeto Presidente Amigo da Criança**, constitui um grande desafio. Certamente, cabe às diversas agências governamentais envolvidas no atingimento dos resultados sociais e econômicos, que detêm detalhadamente o diagnóstico dos problemas e das alternativas possíveis, apresentar circunstanciadamente à sociedade seu entendimento sobre como tais relações se desenvolvem, o que, até o presente, não tem acontecido.

Contextualização da Análise Orçamentária

Concretamente, o cumprimento dessas metas envolve a implementação de um conjunto de ações a partir de diversos órgãos da Administração Federal, tais como os Ministérios da Educação, Saúde, Desenvolvimento Social, Secretaria de Direitos Humanos, dentre outros, como condição para seu sucesso. Estas ações, por sua vez, encontram-se obrigatoriamente descritas e detalhadas, de forma expressa ou genérica, no Orçamento Geral da União (OGU). Nesta perspectiva, a evolução da execução das despesas orçamentárias por parte do governo federal constitui variável importante para avaliação dos compromissos pactuados.

77. A Metodologia Orçamento Criança e Adolescente foi criada em 2003 pela Fundação Abrinq, em parceria com o Instituto de Estudos Socioeconômicos e o Fundo das Nações Unidas pelo Direito da Infância (Unicef) com o objetivo de desagregar do orçamento público os gastos que direta ou indiretamente são destinados à população infanto-juvenil.



No Plano Plurianual (PPA), que, em termos gerais, constitui a orientação estratégica para a atuação da Administração Federal, são decantados, na forma de lei, os objetivos qualitativos acompanhados das respectivas ações operacionais, que se prestam para orientar a atuação dos diversos agentes públicos e a consecução dos resultados de políticas públicas pretendidos. Para o período 2012-2015, no PPA elaborado e aprovado no início do governo, “criança e adolescente” **não possui um só tema contemplado** e foi tratado como uma “agenda transversal” dentro do orçamento.

Cenário Econômico-Fiscal – Gestão Dilma Rousseff

O Governo Dilma (2011-2014) herdou um cenário de profundas mudanças sociais, com expressiva redução dos níveis de pobreza no país. Em 2011, após período de forte expansão da atividade econômica, o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu apenas 2,7%, contra taxas superiores a 5% nos anos imediatamente anteriores, à exceção de 2009, ano do início da crise no Brasil. A superação dos efeitos da crise continuou se apoiando na expansão do consumo das famílias. Particularmente, a manutenção da política de reajuste do salário-mínimo com ganhos diretos de acordo com o crescimento do PIB fez com que seu poder de compra registrasse, ao longo da década, mais de 80% de crescimento real. Assim, durante o primeiro mandato da presidente Dilma, a massa salarial continuou a crescer, garantindo a posição de renda conquistada por diversas famílias no período anterior.

A composição da Receita Orçamentária manteve-se essencialmente a mesma do período anterior, embora alguns tributos tenham deixado de vigorar ou sido reduzidos. Em 2014, a Receita Total Arrecadada chegou a R\$ 2,193 trilhões com a Receita Financeira. Com as desonerações descritas somadas ao cenário de gradativo desaquecimento da economia brasileira, o Governo Dilma sofreu a desaceleração do ritmo de sua arrecadação primária em praticamente todas suas fontes de receita, quando comparamos seu desempenho com a evolução contínua da arrecadação desde o governo anterior.

O desempenho da Receita Administrada e o da Arrecadação Previdenciária ao longo do mandato de Dilma Rousseff foram positivos, mas ficaram abaixo da média acumulada dos últimos dois governos. Particularmente, o comportamento das Receitas Administradas ficou abaixo da média geral das disponibilidades federais, com taxa de incremento médio de 2,2% ao ano, o que indica condições menos favoráveis para a promoção de políticas públicas do que as registradas no período anterior.



Além da melhoria de seu perfil em benefício da execução de políticas, **as despesas orçamentárias federais acusaram um crescimento menor durante a gestão da presidente Dilma**. Em 2014, a estimativa era de que as contas do governo federal fechassem, em termos reais, próximo do patamar de 2010. Mais do que resultado de um esforço de disciplina fiscal, em termos macroeconômicos, esta condição refletia o cenário de forte desaceleração econômica que comprometeu as receitas tributárias, obrigando a ajustes. De todo modo, os dados disponíveis mostram decréscimo das despesas com *Pessoal e Encargos* no período, que tendiam, em 2014, a ficar igualmente próximas do patamar de 2010. Por sua vez, os investimentos, que dizem respeito a obras e instalações **sofreram forte desaceleração durante os anos Dilma**, decaindo para cerca de um quinto do início de seu mandato. Em outras palavras, os custos do primeiro mandato da presidente Dilma significaram mais gastos com manutenção que com incremento de novas unidades públicas (hospitais, escolas etc.)

Despesas Funcionais do Orçamento da União com relação à participação

Ao longo do mandato da *presidente Dilma*, consolidou-se a tendência de incremento da participação das despesas com *Desenvolvimento Social*. No início de seu governo, elas representavam 13,31% das despesas, posição praticamente 50% superior ao registrado no começo do segundo Governo Lula (9,93%).

Em 2013, consumiu 15,55% das despesas, indicando, porém, tendência à desaceleração em 2014 (13,65%). Este desempenho se deu, especialmente, pelo aumento da participação das funções *Assistência Social e Trabalho*, que, pela ordem, se elevou, entre 2010 e 2014, de 2,6% para 2,92%, e de 2,08% para 3,21%. Do mesmo jeito, ambas chegaram, em 2013, a patamares superiores (3,44% e 3,56%), antes do acirramento dos efeitos da desaceleração econômica.

Durante o mandato da presidente Dilma, as despesas agregadas como *Administrativas* reduziram seu peso relativo em relação aos gastos totais. Quando assumiu, a presidente destinava 5,7% dos recursos disponíveis para este fim e, ao final do seu primeiro mandato, 3,73%. Também diminuíram, no período, as alocações orçamentárias para *Desenvolvimento Urbano* (de 0,7% para 0,21%) e *Desenvolvimento Econômico* (de 3,62% para 1,42%). Por sua vez, os *Encargos Gerais* cresceram (de 55,2% para 60,21%), devido ao incremento da subfunção 847 - *Transferências para Educação*, que apresentou crescimento real de 4,93% ao ano desde o início dos repasses em 2007, quando foi criado o Fundeb pela Emenda Constitucional nº 53/2006 e regulamentado pela *Medida Provisória nº 339/2006*, convertida na Lei nº 11.494/2007. Enquanto os recursos do antecessor *Fundef* destinavam-se apenas ao financiamento do Ensino Fundamental, os recursos do *Fundeb* visam a educação básica, que inclui os Ensinos Infantil, Fundamental e Médio, destinando-se ainda à educação de jovens e adultos.

Orçamento Criança e Adolescente no conceito do Senado Federal

O Senado apura mensalmente o **Orçamento Criança Federal**, que, em 2014, encontra-se composto por **15 programas**, detalhados, conforme a estrutura programática vigente, em 77 “iniciativas” que constituem frentes de ações, e em 133 “planos orçamentários” que configuram as ações orçamentárias propriamente ditas. Esta estrutura programática do Orçamento Geral da União (OGU) vigora desde 2013, buscando conferir detalhamento executivo anteriormente inexistente, levando em conta as denominações gerenciais dos serviços e investimentos executados. Com efeito, no período aqui analisado (2011-2014), a apuração do OCA/Senado se defrontou com duas versões de estrutura programática, o que confere complexidade aos levantamentos e análise: a que prevaleceu entre 2008 e 2012, e a já descrita. Além disso, foram criados e extintos programas e ações distintos.

Os programas e respectivos valores que compuseram o OCA/Senado entre 2011 e 2012 encontram-se discriminados na Tabela 38 e os referentes a 2013 e 2014, com outra estrutura programática, na Tabela 39. Em 2014, o OCA/Senado Federal somou R\$ 99,47 bilhões, o que correspondeu a 4,1% das despesas do governo federal e a 8,4% da soma dos gastos com pessoal, investimentos e despesas correntes em geral (Gráfico 47). No início do governo da presidente Dilma, esta participação era, pela ordem, de 3,6% e 6,5%. Este desempenho equivaliu a um crescimento, no período, no primeiro caso, de cerca de 14%, e de 29% no segundo, mostrando que os gastos com criança e adolescente cresceram proporcionalmente mais do que o incremento das despesas com custeio dos serviços e investimentos públicos.

A composição do OCA/Senado mostra-se, por sua vez, muito concentrada. No início do mandato da presidente Dilma, os programas destinados a transferências para a Educação e ao Bolsa Família representavam, conjuntamente, 66,1% do OCA (Tabela 38). Com o Programa Brasil Escolarizado, este montante chegava a 92,1%. **Em 2014, transferências de renda e de Educação deveriam somar 77% das despesas liquidadas em benefício da criança e do adolescente.** Com o Escola Básica, que sucedeu o Brasil Escolarizado, deveriam totalizar 97,2%, confirmando a tendência de *limitação finalística*.

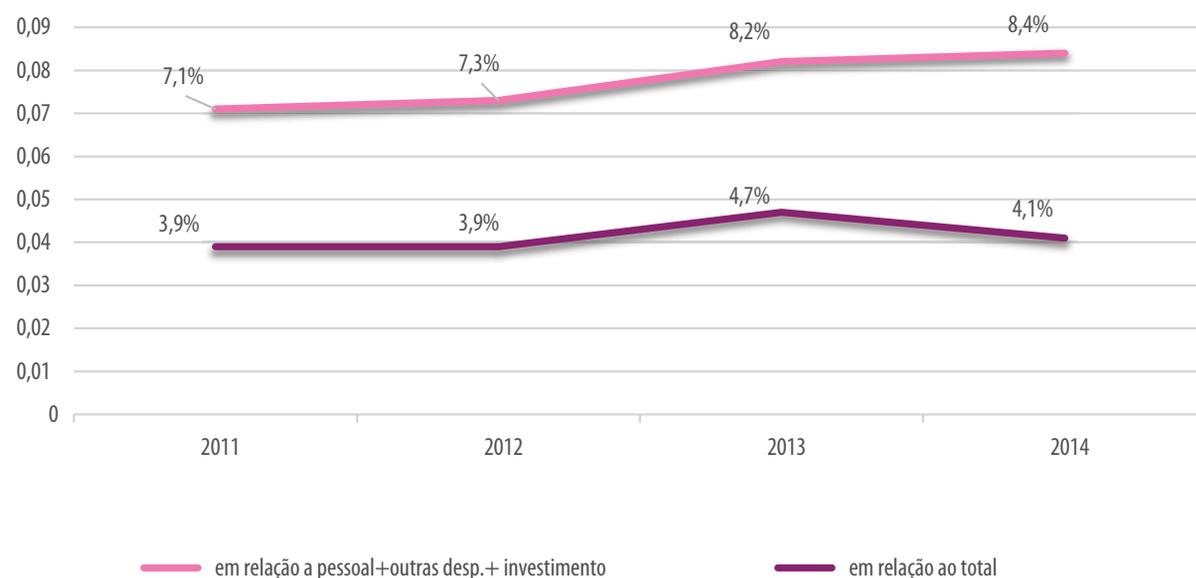
A concentração mostra-se menos intensa, assim como se apresentam estáveis os objetivos perseguidos no período analisado, quando analisamos as principais ações (Tabelas 40 e 41). Na verdade, as despesas do OCA/Senado no governo da presidente Dilma Rousseff indicam



uma mudança relevante em sua composição, que se manteve enquanto tal na sequência. No segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva, as ações orçamentárias envolvendo transferências de renda às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza constituíram a principal iniciativa para a promoção da infância e da adolescência, comprometendo 49,71% das despesas. Já em 2010, as transferências para o Fundeb e suas complementações respondiam por 52,6% dos dispêndios. Em 2012, elas chegaram a representar 60% dos gastos.

Em 2014, mesmo registrando um recuo, a Educação responde ainda pela maior parte do OCA (50,13%), incluindo-se as transferências da cota-parte do salário-educação. As ações destinadas ao apoio à alimentação escolar e à gestão por meio do “Dinheiro Direto para Escola” ocuparam papel relevante ao longo de toda gestão presidencial 2011-2014, representando, respectivamente, no final desse mandato, 3,95% e 2,55% do total despendido.

Gráfico 47. Participação do OCA/Senado no Orçamento Federal



Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.
Elaboração: Fundação Abrinq.

A participação do OCA/Senado em relação ao Orçamento Federal representa 4,10%, ou seja, a cada 100 milhões de reais gastos no Brasil, aproximadamente 4 milhões são direcionados a crianças e adolescentes

Tabela 38. **Despesas Liquidadas por Programa**

Períodos de 2011 e 2012	Em 1 bilhão de reais		Em %	
	Programas	2011	2012	2011
0903 – Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica	25,74	25,76	39,12	37,3
2019 – Bolsa Família	.	20,53	.	30,15
2030 – Educação Básica	.	18,83	.	27,66
2031 – Educação Profissional e Tecnológica	.	1,46	.	2,15
2037 – Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	.	1,02	.	1,49
2062 – Promoção dos Direitos da Criança e Adolescentes	.	0,29	.	0,43
2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	.	0,09	.	0,14
2027 – Cultura: Preservação, Promoção e Acesso	.	0,07	.	0,1
2035 – Esporte e Grandes Eventos Esportivos	.	0,03	.	0,04
2065 – Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	.	0,004	.	0,01
2016 – Políticas para as Mulheres – Enfrentamento à Violência e Autonomia	.	0,002	.	0,002
1449 – Estatísticas e Avaliações Educacionais	0,40	0,002	0,72	0,001
2044 – Autonomia e Emancipação da Juventude	.	0,0003	.	0,0004
2064 – Promoção e Defesa dos Direitos Humanos	.	0,00001	.	0,00002
1061 – Brasil Escolarizado	17,30	.	27,1	.
1335 – Transferência de Renda com Condiionalidades – Bolsa Família	17,24	.	26,21	.
1448 – Qualidade na Escola	3,24	.	4,92	.
8034 – Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem	0,32	.	0,48	.
0068 – Erradicação do Trabalho Infantil	0,26	.	0,4	.
8028 – Vivência e Iniciação Esportiva Educacional – Segundo Tempo	0,22	.	0,33	.
1067 – Gestão da Política de Educação	0,13	.	0,19	.
1374 – Desenvolvimento da Educação Especial	0,10	.	0,15	.
0073 – Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes	0,08	.	0,12	.
0152 – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei – Pró-Sinase	0,06	.	0,09	.
1201 – Ciência Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde	0,03	.	0,05	.
1312 – Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde	0,01	.	0,02	.
0670 – Proteção a Pessoa Ameaçada	0,01	.	0,02	.
0153 – Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente	0,01	.	0,02	.
0471 – Ciência Tecnologia e Inovação para Inclusão e Desenvolvimento Social	0,01	.	0,01	.
0155 – Gestão da Política de Direitos Humanos	0,01	.	0,01	.
0638 – Ensino Profissional do Exército	0,01	.	0,01	.
1141 – Cultura Viva – Arte Educação e Cidadania	0,004	.	0,01	.
1377 – Educação para a Diversidade e Cidadania	0,004	.	0,01	.
0154 – Garantia e Acesso a Direitos	0,000003	.	0	.



Tabela 38. **Continuação – Despesas Liquidadas por Programa**

Períodos de 2011 e 2012	Em 1 bilhão de reais		Em %	
	Programas	2011	2012	2011
0073 – Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
0152 – Atendimento Socioeducativo do Adolescente em Conflito com a Lei
0153 – Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente
1060 – Brasil Alfabetizado
1065 – Educação na Primeira Infância
1072 – Valorização e Formação de Professores e Trabalhadores da Educação
1329 – Primeiro Emprego
1287 – Saneamento Rural
1376 – Desenvolvimento do Ensino Fundamental
1378 – Desenvolvimento do Ensino Médio
8017 – Proteção da Adoção e Combate ao Sequestro Internacional
Total	65,79	6,09	100	100

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal 2011-2012/OCA Senado Federal. Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.

Tabela 39. **Despesas Liquidadas por Programa – Orçamento Criança e Adolescente – Conceito Senado Federal**

Períodos de 2013 e 2014	Em R\$1 bilhão de reais		Em %	
	Programas	2013	2014	2013
0903 – Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica	37,39	41,01	43,86	41,23
2019 – Bolsa Família	24,01	35,65	28,16	35,84
2030 – Educação Básica	21,24	20,07	24,92	20,17
2035 – Esporte e Grandes Eventos Esportivos	0,16	0,19	0,19	0,19
2037 – Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	1,65	2,06	1,94	2,07
2062 – Promoção dos Direitos da Criança e Adolescentes	0,21	0,02	0,24	0,02
2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	0,14	0,17	0,16	0,17
2027 – Cultura: Preservação, Promoção e Acesso	0,27	0,16	0,32	0,16
2035 – Esporte e Grandes Eventos Esportivos	0,16	0,19	.	.
2065 – Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	0,03	0,02	0,03	0,02
2064 – Promoção e Defesa dos Direitos Humanos	0,04	0,05	0,05	0,05
2070 – Segurança Pública com Cidadania	0,06	0,03	0,07	0,03
2071 – Trabalho, Emprego e Renda	0,03	0,02	0,03	0,02
2066 – Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas	0,01	0,01	0,01	0,01
2076 – Turismo	0	.	0	.
2066 – Reforma Agrária e Ordenamento da Estrutura Fundiária	.	.	0,02	0,01
Total	85,24	99,47	100	100

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal 2013-2014. Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 40. Dez Maiores Ações Orçamentárias – Orçamento Criança – Conceito Senado Federal – 2012 – Senado Federal – 2012

Ordem	Ações	Participação relativa	
		(%)	Acumul. (%)
1	OC33 – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb)	37,83	37,83
2	8442 – Transferência de Renda Diretamente às Famílias em Condição de Pobreza e Extrema Pobreza (Lei nº 10.836, de 2004)	30,15	67,98
3	OE36 – Complementação da União ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb)	12,17	80,15
4	8744 – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica	4,86	85,01
5	0515 – Dinheiro Direto na Escola para a Educação Básica	2,99	88,00
6	20RP – Infraestrutura para a Educação Básica	2,03	90,03
7	20RW – Apoio à Formação Profissional e Tecnológica	1,74	91,78
8	2A60 – Serviços de Proteção Social Básica	1,49	93,27
9	0509 – Apoio ao Desenvolvimento da Educação Básica	1,45	94,72
10	12KU – Implantação de Escolas para Educação Infantil	1,02	95,74

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal 2012. Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 41. Dez Maiores Ações Orçamentárias – Orçamento Criança – Conceito Senado Federal – 2014

Ordem	Ações	Plano Orçamentário	Participação Relativa	
			(%)	Acumul. (%)
1	8442 – Transferência de Renda Diretamente às Famílias em Condição de Pobreza e Extrema Pobreza (Lei nº 10.836, de 2004)	0001 – Brasil Sem Miséria	35,83	35,83
2	OC33 – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb)	Não Informado	29,98	65,82
3	0369 – Transferência da Cota-Parte do Salário-Educação (Lei nº 9.424, de 1996 – Art. 15)	Não Informado	11,25	77,06
4	OE36 – Complementação da União ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb)	0000 – Complementação da União ao Fundo e Manutenção	8,9	85,96
5	8744 – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica	0000 – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica (Pnae)	3,95	89,92
6	0515 – Dinheiro Direto na Escola para a Educação Básica	0002 – Pdde Programa Dinheiro Direto na Escola	2,55	92,47
7	2A60 – Serviços de Proteção Social Básica	0001 – Brasil Sem Miséria	1,48	93,95
8	20TR – Apoio à Manutenção da Educação Infantil (MDS)	0001 - Brasil Sem Miséria - Apoio à Manutenção da Educação Infantil	1,06	95
9	0509 - Apoio ao Desenvolvimento da Educação Básica	0000 - Apoio ao Desenvolvimento da Educação Básica	0,7	95,7
10	0969 - Apoio ao Transporte Escolar na Educação Básica	0000 - Valor não Detalhado	0,57	96,27

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal 2014. Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.



Evolução do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) segundo metodologia adotada pela Fundação Abrinq

A apuração do OCA para o período analisado (2011-2014) foi realizada por meio da agregação das funções e subfunções orçamentárias, considerando-se todas as naturezas de despesa. Se, por um lado, esta metodologia pode resultar indiretamente em uma consolidação abrangente de ações e despesas, que leve marginalmente à agregação de finalidades não exclusivamente em benefício da criança e do adolescente, por outro, ela proporciona a comparação da evolução dos gastos ao longo do tempo de forma mais consistente, com maior rigor classificatório.

Assim, em 2014, a implementação do Orçamento Criança do governo federal envolveu alocação de R\$ 372,89 bilhões (Tabela 42). Este montante representou 15,3% das despesas liquidadas no exercício e 31,3% da soma dos recursos destinados a pessoal, investimentos e despesas correntes (Gráfico 48). Durante o governo Dilma, tal peso relativo do OCA em relação ao total dos dispêndios federais manteve-se relativamente estável nos três primeiros anos, no patamar de 15,9%, dando um salto, em 2013, para 17,9%, o que, todavia, não se sustentou no ano seguinte em razão da desaceleração econômica.

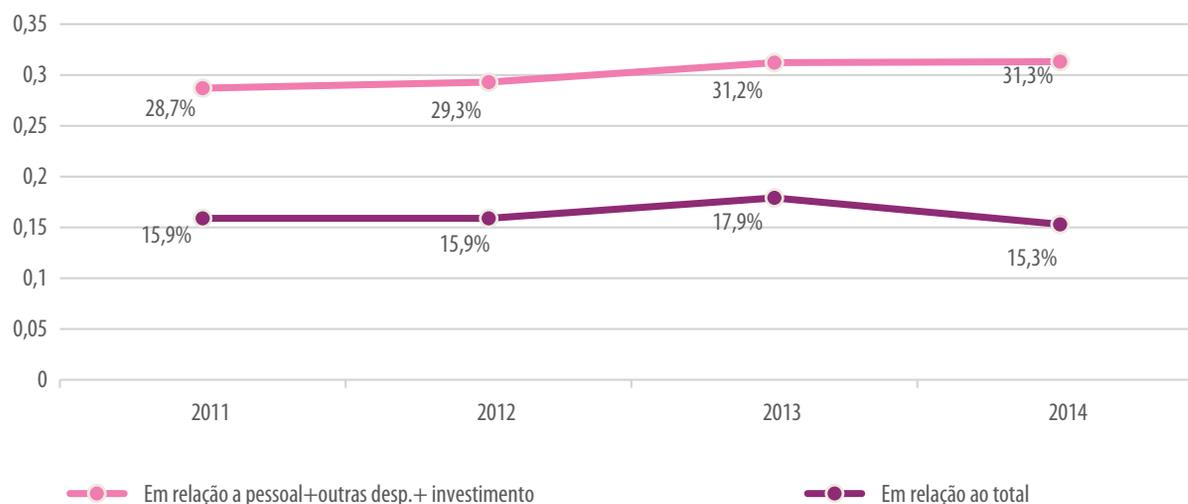
No âmbito das despesas de custeio mais as de investimento, o OCA registrou, durante o mandato, crescimento consistente, elevando sua participação relativa de 28,7%, em 2010, para o já mencionado patamar de 31,3% no último ano, indicando que, diante das restrições do período, foram priorizadas ações que beneficiam as crianças e suas famílias no contexto das disponibilidades para prestação de serviços e investimentos públicos.

O Orçamento Criança mudou a composição de suas finalidades desde o segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva. Em 2007, o Eixo 1 – Promovendo Vidas Saudáveis, combinado com o Eixo 4 – Combatendo o HIV/Aids, respondia por 46,5% das alocações envolvendo o cumprimento do OCA pela metodologia da Fundação Abrinq, seguido pelo Eixo 3 – Proteção contra Abuso, Exploração e Violência, com 38,6% (Tabela 43). Em 2014, estas posições foram invertidas com a Proteção Social passando a representar a maior parte das despesas (40,6%), devendo Saúde ser responsável pela menor parcela (29,2%).

De fato, como já notado anteriormente, o Eixo 2 – Provendo Educação de Qualidade já constituía o principal dispêndio no primeiro ano da gestão da presidente Dilma (36,5%), o que se manteria até 2013, quando a função 11 - Trabalho passou, isoladamente, a responder por 22,5% de todo o OCA/Fundação Abrinq.

O crescimento real anual médio do OCA durante o governo Dilma foi de 6,54% ao ano. Embora expressivo, foi menor do que o acumulado em média entre 2007 e 2014 (11,52%). Nos anos governados pela presidente, as despesas com o **eixo Educação** apresentou, descontada a inflação, o **pior desempenho**, com incremento de apenas 1,6% ao ano. Por outro lado, os gastos com a subfunção **365 - Educação Infantil** registraram a **expressiva taxa real de 33,9% de crescimento** ao ano. Já as alocações com **243 - Assistência à Criança e ao Adolescente** **decaíram anualmente, em média, 63,6%**, o que, dada a imponderabilidade do fato sem uma correspondente visível descontinuação de serviços e/ou programas, sugere mudanças na classificação da despesa, assim como no caso do igualmente desempenho declinante dos recursos destinados à **366 - Educação de Jovens e Adultos (-38,68% a.a.)** e ao **17- Saneamento (-27,54% a.a.)**.

Gráfico 48. **Participação do OCA Fundação Abrinq no Orçamento Federal**



Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.
Elaboração: Fundação Abrinq.

A participação do OCA/Fundação Abrinq em relação ao Orçamento Federal representa 15,3%, ou seja, a cada 100 milhões de reais gastos no Brasil, aproximadamente 15 milhões são direcionados a crianças e adolescentes



Tabela 42. Despesas Líquidas do Orçamento Criança – governo federal 2011-2014

Eixos/Função e Subfunção	1 milhão de reais			
	2011	2012	2013	2014
1 – Promovendo Vidas Saudáveis/ 4 – Combatendo o HIV/Aids	73.894,50	72.358,00	77.911,70	93.055,20
10 – Saúde	72.241,40	71.617,40	77.282,30	92.454,20
10 – Saúde	14.837,10	15.200,90	18.311,90	23.849,10
301 – Atenção Básica	41.011,70	40.906,60	41.175,10	51.165,60
302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	7.035,40	7.258,60	8.674,50	9.791,90
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	309,40	257,90	248,60	280,30
304 – Vigilância Sanitária	3.362,00	2.926,80	3.491,50	3.665,10
305 – Vigilância Epidemiológica	7.343,80	7.888,00	8.618,10	4.588,60
306 – Alimentação e Nutrição	n/d	n/d	n/d	n/d
17 – Saneamento	1.653,00	740,60	629,50	601,00
2 – Educação de Qualidade	108.753,30	104.806,80	118.624,40	133.306,50
12 – Educação (3)	58.453,90	57.602,30	68.361,10	77.465,60
361 – Ensino Fundamental	608,6	3,8	.	.
362 – Ensino Médio	1.036,50	3,7	.	.
363 – Ensino Profissional	5.486,50	5.872,30	8.252,60	10.495,80
365 – Educação Infantil	1.208,10	1.129,60	1.284,70	1.193,30
366 – Educação de Jovens e Adultos	1.311,10	680,90	332,00	303,80
367 – Educação Especial	88,90	0,00	.	.
368 – Educação Básica	.	4.899,80	5.056,80	4.824,70
Demais	48.714,10	45.012,20	53.435,10	60.648,00
847 – Transferência para a Educação Básica	47.732,50	45.951,70	48.967,40	54.217,30
13 – Cultura	1.414,10	875,60	895,90	845,80
27 – Desporto e Lazer	1.152,80	377,20	400,00	777,90
3 – Proteção contra Abuso, Exploração e Violência	83.428,10	97.505,50	127.452,80	146.528,60
08 – Assistência Social (4)	45.570,90	55.327,20	62.290,30	69.512,30
242 – Assistência ao Portador de Deficiência	13.579,80	16.008,20	17.888,90	20.975,30
243 – Assistência à Criança e ao Adolescente	745,50	294,20	201,50	19,10
244 – Assistência Comunitária	19.053,50	23.664,70	28.371,40	31.928,80
Demais	33.378,80	39.967,00	46.461,80	52.923,20
11 – Trabalho	36.449,40	41.553,80	64.458,10	76.311,70
14 – Direitos da Cidadania	1.407,80	624,50	704,40	704,70
Total	266.075,80	274.670,30	323.988,90	372.890,30

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.

Notas: (1) Valores estimados para nov-dez/2014.

(2) Valores ajustados a partir do total da função desconsiderando subfunções cruzadas.

(3) Excluído 364 – Ensino Superior.

(4) Excluído 240 – Assistência ao Idoso.

Tabela 43. **Despesas líquidas do Orçamento Criança – governo federal 2011-2014**

Eixos/Função e Subfunção	Em %			
	2011	2012	2013	2014 (1)
1 – Promovendo Vidas Saudáveis/ 4 – Combatendo o HIV/Aids	31,77	29,88	27,26	29,21
10 – Saúde	31,06	29,58	27,04	29,02
301 – Atenção Básica	6,38	6,28	6,41	6,91
302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	17,63	16,89	14,41	14,82
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	3,02	3,00	3,04	2,84
304 – Vigilância Sanitária	0,13	0,11	0,09	0,08
305 – Vigilância Epidemiológica	1,45	1,21	1,22	1,06
306 – Alimentação e Nutrição	3,16	3,26	3,02	1,33
Demais (2)	.	.	.	1,98
17 – Saneamento	0,71	0,31	0,22	0,19
2 – Educação de Qualidade	37,32	35,76	33,68	30,21
12 – Educação (3)	15,70	16,27	16,10	16,61
361 – Ensino Fundamental	0,26	0	.	.
362 – Ensino Médio	0,45	0	.	.
363 – Ensino Profissional	2,36	2,43	2,89	3,04
365 – Educação Infantil	0,52	0,47	0,45	0,35
366 – Educação de Jovens e Adultos	0,56	0,28	0,12	0,09
367 – Educação Especial	0,04	0,00	.	.
368 – Educação Básica	.	2,02	1,77	1,40
Demais	11,51	11,07	10,87	11,74
847 – Transferência para a Educação Básica	20,52	18,98	17,13	13,09
13 – Cultura	0,61	0,36	0,31	0,27
27 – Desporto e Lazer	0,50	0,16	0,14	0,24
3 – Proteção contra Abuso, Exploração e Violência	30,91	34,36	39,05	40,58
08 – Assistência Social (4)	14,63	16,94	16,25	16,41
242 – Assistência ao Portador de Deficiência	5,84	6,61	6,26	6,08
243 – Assistência à Criança e ao Adolescente	0,32	0,12	0,07	0,01
244 – Assistência Comunitária	8,19	9,77	9,93	9,25
Demais	14,35	16,51	16,26	15,33
11 – Trabalho	15,67	17,16	22,55	23,95
14 – Direitos da Cidadania	0,61	0,26	0,25	0,22
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.

Nota: (*) IPCA: Base 100 = 2014.

(1) Valores estimados para nov-dez/2014.

(2) Valores ajustados a partir do total da função desconsiderando subfunções cruzadas.

(3) Excluído 364 – Ensino Superior.

(4) Excluído 240 – Assistência ao Idoso.



Tabela 44. Crescimento real das despesas liquidadas do Orçamento Criança

Eixos/Função e Subfunção	2011	2012	2013	2014	Base 100:2010	
					Crescimento Anual Médio 2010-2014(%)	Crescimento Anual Médio 2007-2014 (%)
1 – Promovendo Vidas Saudáveis/ 4. Combatendo o HIV/Aids	109,06	100,90	102,58	117,12	4,03	4,35
10 – Saúde	109,63	102,69	104,63	119,65	4,59	4,75
301 – Atenção Básica	116,01	112,30	127,73	146,80	10,07	7,89
302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	109,03	102,75	97,66	107,08	1,73	4,11
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	108,85	106,11	119,73	119,26	4,50	5,29
304 – Vigilância Sanitária	102,94	81,09	73,79	73,41	-7,44	-4,81
305 – Vigilância Epidemiológica	105,42	86,71	97,67	90,47	-247,00	1,48
306 – Alimentação e Nutrição	98,18	99,64	102,79	48,29	-16,64	-3,11
Demais (2)
17 – Saneamento	88,93	37,65	30,21	27,57	-27,54	-17,30
2 – Educação de Qualidade	112,70	106,20	111,48	106,56	1,60	23,41
12 – Educação (3)	113,56	115,72	127,61	140,37	8,85	15,84
361 – Ensino Fundamental	56,78	0,33	0	0	.	.
362 – Ensino Médio	79,81	0,27	0	0	.	.
363 – Ensino Profissional	139,03	140,60	186,57	209,37	20,29	25,21
365 – Educação Infantil	413,52	365,31	392,27	321,53	33,91	18,55
366 – Educação de Jovens e Adultos	77,51	38,03	17,51	14,14	-38,68	-2,36
367 – Educação Especial	69,78	0,01	0	0	.	.
368 – Educação Básica	.	100,00	157,90	97,44	.	.
Demais	112,85	106,69	116,82	134,44	7,68	19,32
847 – Transferência para a Educação Básica	112,84	102,64	103,27	84,08	-4,24	.
13 – Cultura	95,86	56,08	54,18	48,89	-16,38	-3,77
27 – Desporto e Lazer	104,45	32,29	32,34	60,11	-11,95	-13,03
3 – Proteção contra Abuso, Exploração e Violência	108,83	118,98	150,73	166,91	13,66	12,30
08 – Assistência Social (4)	111,17	126,56	135,34	145,61	9,85	9,82
242 – Assistência ao Portador de Deficiência	107,40	119,62	126,22	130,59	6,90	8,82
243 – Assistência à Criança e ao Adolescente	86,98	32,43	20,97	1,75	-63,61	-41,12
244 – Assistência Comunitária	113,24	132,89	150,43	149,38	10,55	42,82
Demais	110,07	124,52	136,68	137,38	8,26	19,71
11 – Trabalho	108,83	117,22	171,69	194,30	18,06	14,90
14 – Direitos da Cidadania	72,20	30,26	32,23	30,82	-25,49	-9,18
TOTAL	110,32	108,50	120,92	128,86	6,54	11,52

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.

Nota: (*) IPCA: Base 100 = 2014.

(1) Valores estimados para nov-dez/2014.

(2) Valores ajustados a partir do total da função desconsiderando subfunções cruzadas.

(3) Excluído 364 – Ensino Superior.

(4) Excluído 240 – Assistência ao Idoso.

Grau de execução orçamentária do OCA

O grau de execução orçamentária refere-se à comparação das despesas liquidadas com dotações iniciais. Sua finalidade é indicar a tendência negativa ou positiva do planejamento executivo dos programas/ações, considerando-se que o orçamento constitui um pacto de realizações e que as diferenças entre a programação inicial e a alocação final representam indícios de disputa alocativa, gestão não planejada ou ainda de problema para implementação das ações.

Como critério geral, considera-se toleráveis variações até 8,6%, o que corresponde ao gasto referente a um mês (duodécimo), embora variações acima ou abaixo de 4% mereçam ser analisadas como a existência de acontecimento político-gerencial relevante. Ações com execução acima de 100% refletem a realização de gastos não planejados inicialmente, pois configuram a falta de previsão antecipada de créditos, enquanto aquelas com grau de execução abaixo de 75% apontam a não confirmação da autorização de gasto linearmente equivalente a mais de três meses.

Via de regra, a análise do grau de execução é feita em torno da ação orçamentária, visto que as decisões alocativas se processam nessa dimensão. Nesse relatório, o OCA/Senado foi apurado adequadamente com o detalhamento das ações. No caso do OCA, os levantamentos e agregações foram feitos em torno de *funções* e *subfunções orçamentárias*, que não identificam programas e ações específicos. Nesse sentido, o grau de execução apurado deve ser interpretado como uma tendência alocativa geral de recursos por eixos/áreas, ao invés de efetivo indicador de compromisso gerencial.

Segundo o conceito do OCA/Senado, praticamente em todos os anos analisados **predominou a execução inadequada das ações orçamentárias ou o resultado da execução foi inferior a 75%** em relação à dotação originalmente programada (Tabela 45). No início da gestão da presidente Dilma, 41,9% das ações foram gerenciadas sob esta condição, chegando a 67,2% em 2012. Em 2014, 92% das ações encontravam-se nesta situação, o que significa a existência de alguma restrição, seja ela de natureza administrativa, legal ou política impeditiva para se lograr a plena liquidação das despesas. Contudo, uma parcela expressiva, mais de um terço das ações, nos dois primeiros anos do mandato, apresentou execução adequada (entre 83,3% e 100%), sugerindo que, na sequência, quando cai o grau de execução, afirma-se a prevalência dos efeitos da crise econômica do período sobre a gestão das políticas públicas.

A partir do conceito do Orçamento Criança e Adolescente vemos que, em termos de finalidades funcionais, predominou a *gestão orçamentária estável*, apesar da *execução inadequada* ter sido igualmente expressiva a partir do segundo ano do Governo Dilma (Tabela 46). Em 2012, porém,



46,9% das ações foram adequadamente gerenciadas do ponto de vista de sua programação. O comportamento executivo das principais funções do OCA mostra que elas se situaram no contexto da execução adequada (Tabela 47). A função 10 - Saúde foi executada precisamente entre 2010 e 2014 como o planejado, com algumas variações nos anos analisados. O mesmo se sucedeu no período com 12 - Educação e 08 - Assistência Social, enquanto 11 - Trabalho apresentou tensão no planejamento com a necessidade de suplementações nos dois últimos anos, provavelmente em atenção às demandas conjunturais por políticas anticíclicas⁷⁸.

Assim, a tendência do primeiro mandato da presidente Dilma foi contingenciar despesas e investimentos de todas as áreas, inclusive criança e adolescente. Em outras palavras, as despesas e o investimento para políticas voltadas à criança e ao adolescente sofreram os efeitos da crise e sofreram cortes orçamentários, não cumprindo os dois compromissos assumidos com o Projeto.

Tabela 45. Síntese do grau de execução orçamentária dos programas e ações liquidados do Orçamento Criança/Senado Federal por faixa de risco – 2011/2014

Faixas		(A) Gestão estável > 83,33 e < 100	(B) Gestão sob risco > 75,0 e < 83,3	(C) Gestão inadequada < 75,00	(D) Gestão estável com tensão no planejamento > 100 e < 108,33	(E) Gestão não planejada > 108,33	TOTAL
2011	QTDE	44	11	50	11	16	132 ações e programas
	(%)	33,3	8,3	37,9	8,3	12,1	100
2012	QTDE	15	3	45	1	3	67 ações e programas
	(%)	22,4	4,5	67,2	1,5	4,5	100
2013	QTDE	24	9	127	3	9	172 ações e programas
	(%)	14,0	5,2	73,8	1,7	5,2	100
2014 (1)	QTDE	5	5	149	0	3	162 ações e programas
	(%)	3,1	3,1	92,0	0	1,9	100

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.
 Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.
 Nota: (1) Valores estimados para nov-dez/2014.

78. Conjunto de ações governamentais voltadas à impedir/minimizar os efeitos do ciclo econômico.

Tabela 46. Síntese do grau de execução orçamentária das despesas liquidadas por funções e subfunções do orçamento – 2011/2014

Faixas		(A) Gestão estável > 83,33 e < 100	(B) Gestão sob risco > 75,0 e < 83,3	(C) Gestão inadequada < 75,00	(D) Gestão estável com tensão no planejamento > 100 e < 108,33	(E) Gestão não planejada > 108,33	TOTAL
2011	QTDE	8	2	2	10	10	32
	(%)	25	6,3	6,3	31,3	31,3	100
2012	QTDE	15	4	12	0	1	32
	(%)	46,9	12,5	37,5	0	3,1	100
2013	QTDE	11	3	9	5	0	28
	(%)	39,3	10,7	32,1	17,9	0	100
2014 (1)	QTDE	12	1	8	5	5	31
	(%)	38,7	3,2	25,8	16,1	16,1	100

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.
 Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.
 Nota: (1) Valores estimados para nov-dez/2014.



Tabela 47. **Grau de execução das despesas orçamentárias liquidadas do Orçamento Criança por Eixo/Função/Subfunção (1) – Governo Federal 2011-2014**

Eixos/Função e Subfunção	Por %			
	2011	2012	2013	2014 (1)
1 – Promovendo Vidas Saudáveis/ 4. Combatendo o HIV/Aids	101,01	81,76	81,76	91,71
10 – Saúde	101,22	83,83	83,73	94,31
301 – Atenção Básica	105,22	81,33	82,06	92,44
302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	100,89	87,87	85,24	104,13
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	109,63	85,75	88,84	89,25
304 – Vigilância Sanitária	94,28	74,67	67,22	75,57
305 – Vigilância Epidemiológica	101,58	73,43	76,27	85,62
306 – Alimentação e Nutrição	100,97	93,51	93,53	92,55
Demais (2)	.	.	.	-35,21
17 – Saneamento	92,55	24,11	17,03	17,54
2 – Educação de Qualidade	98,52	82,51	84,27	88,34
12 – Educação (3)	98,37	83,88	90,57	90,71
361 – Ensino Fundamental	150,78	91,91	.	.
362 – Ensino Médio	91,81	72,3	.	.
363 – Ensino Profissional	116,42	75,99	91,23	94,90
365 – Educação Infantil	102,74	47,33	40,53	27,65
366 – Educação de Jovens e Adultos	83,39	48,53	26,75	37,80
367 – Educação Especial	44,29	1,44	.	.
368 – Educação Básica	.	68,07	61,71	57,4
Demais	95,88	94,92	106,64	108,12
847 – Transferência para a Educação Básica	101,82	86,00	86,65	91,15
13 – Cultura	82,42	44,23	25,05	28,07
27 – Desporto e Lazer	47,93	14,67	11,94	34,90
3 – Proteção contra Abuso, Exploração e Violência	111,25	97,39	102,73	108,84
08 – Assistência Social (4)	112,83	99,07	98,81	98,18
242 – Assistência ao Portador de Deficiência	101,56	98,47	97,24	105,49
243 – Assistência à Criança e ao Adolescente	93,52	62,83	36,77	11,69
244 – Assistência Comunitária	116,02	98,20	106,02	105,98
Demais	109,11	97,90	101,65	105,48
11 – Trabalho	111,56	97,94	107,85	119,54
14 – Direitos da Cidadania	78,83	39,12	37,78	38,01
TOTAL	102,97	86,83	89,63	96,43

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.
 Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children.
 Nota: (1) Valores estimados para nov-dez/2014.

Bibliografia

AGÊNCIA BRASIL. Empresa Brasileira de Comunicação. Reportagem “Mulheres estão tendo filhos mais tarde e gravidez na adolescência diminui, mostra IBGE”. Site: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-12-20/mulheres-estao-tendo-filhos-mais-tarde-e-gravidez-na-adolescencia-diminui-mostra-ibge> 20/12/2013 - 10h01. Acessado em 09/03/2015.

Andi. Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – Guia de referência para a cobertura jornalística, 2ª edição, 2013.

Brasil. PALÁCIO DO PLANALTO. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil, Casa Civil, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03constituicaoconstituicaocompilado.htm>.

Brasil. PALÁCIO DO PLANALTO. Casa Civil, LEI Nº 11.445, DE 5 DE JANEIRO DE 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111445.htm>.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) – Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional (BRASIL/MS, 2009, s/p.). Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Programa Dinheiro Direto na Escola. Disponível em: <http://www.fnede.gov.br/index.php/programas-dinheiro-direto-na-escola>. Acessado em 05/01/2015.

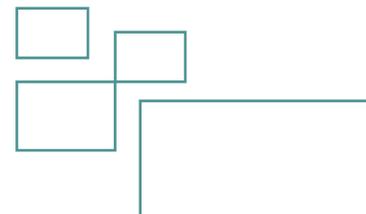
BRASIL. Ministério da Educação. Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego. Disponível em: <http://pronatecportal.mec.gov.br/pronatec.html>. Acessado em 05/01/2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reestruturação e Aparelhagem da Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância). Acessado em: 20/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus – Sistema de Informações sobre Mortalidade. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g11.htm>. Acessado em 07/01/2015; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>. Acessado em 18/02/2015; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>. Acessado em 02/02/2015; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acessado em 02/02/2015; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pinf10uf.def>. Acessado em 02/02/2015; <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/1ed/c0101.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133. Acessado em 09/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816. Acessado em 09/01/2015.





BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/index.php?q=node/67>. Acessado em 09/01/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 4 v. : il.

BRASIL. Presidência da República. LEI Nº 11.445, DE 5 DE JANEIRO DE 2007. Casa Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/enfrentamento-a-violencia-sexual/metas-do-programa-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-pnevsca>. Acessado em 14/01/2015.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). Levantamento Anual dos/as Adolescentes em Conflito com a Lei – 2011. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2012.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). Levantamento Anual dos/as Adolescentes em Conflito com a Lei – 2012. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

CAMPANHA NACIONAL PELO DIREITO À EDUCAÇÃO. Disponível em www.campanhaeducacao.org.br.

DE CASTRO, Jorge Abrahão. Capítulo 8. Evolução e Desigualdade na Educação Brasileira, pp. 139-158. In: Brasília: Ipea, 2011. DE CASTRO, Jorge Abrahão e MONTEIRO VAZ, Fábio (org.). Situação Social Brasileira: monitoramento das condições de vida 1.

Determinantes Sociais da Saúde da Região Nordeste: <http://dssbr.org/site/2013/04/o-que-fez-melhorar-o-deficit-de-estatura-em-criancas-na-regiao-nordeste>.

FÓRUM NACIONAL DE PREVENÇÃO E ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL. Uma leitura a partir da Pnad/IBGE, FNPeti 2013. Brasília, 2013.

FUNDAÇÃO ABRINQ – SAVE THE CHILDREN. Um Brasil para as Crianças e os Adolescentes: a sociedade brasileira e os objetivos do milênio para a infância e a adolescência. Rede de Monitoramento Amiga da Criança. IV Relatório. São Paulo, 1ª Edição. 2013.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Bolsa Família 10 anos. <<http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/infográficos>> Acessado em janeiro de 2015.

REPORTER BRASIL ONG. Disponível em http://reporterbrasil.org.br/trabalho infantil/wp-content/uploads/2013/06/pnad_IBGE_tid.pdf?_ga=1.150841458.598653208.1418697748.

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Estatísticas de Gênero. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/index.html?loc=0&cat=128,-1,-2&ind=4701>. Acessado em 12/02/2015.

_____, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2011, 2012, 2013.

_____, Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2013 – Uma Análise das Condições de Vida da Sociedade Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 34. Rio de Janeiro 2014.

_____, Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2014 – Uma Análise das Condições de Vida da Sociedade Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 34. Rio de Janeiro 2014.

INEP, INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS ANÍSIO TEIXEIRA. Disponível em [http <http://portal.inep.gov.br/>](http://portal.inep.gov.br/)

INESC, Instituto de Estudos Socioeconômicos. Orçamento Temático Criança e Adolescente: Nota Metodológica. Brasília, Instituto de Estudos Socioeconômicos, janeiro de 2014. Disponível em <http://www.inesc.org.br>.

LIMA, Marina Clarissa Barros de Melo et al. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2013, vol.18 nº 8, pp. 2443-2452. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800029>.

MDS/Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Prestação de contas ordinárias anual – Relatório de Gestão 2013. Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Censo Escolar da Educação Básica 2013. Instituto Nacional de Estudos e Estatística – Inep, Resumo Técnico Inep, Brasília, fevereiro de 2014. Disponível em http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/apresentacao/2014/apresentacao_coletiva_censo_edu_basica_02201.pdf.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Planejamento a Próxima Década – Conhecendo as 20 metas do Plano Nacional de Educação. P. 16, Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Brasília 2013. Ano II – nº 01.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Sisvan 2011, Brasília 2011. Acessado em 11/03/2015. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, Portal do Governo Brasileiro. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice, Acompanhamentos Registrados, Sisvan 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional – Sisvan, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN. Disponível em http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php. Acessado em 13 de janeiro de 2015.

MINISTÉRIODASAÚDE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE, do Departamento de Atenção Básica. <http://189.28.128.178/sage/#>. Acessado em dezembro de 2014.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgoto, Sistema Nacional dos Serviços de Água e Esgoto. Disponível em <http://www.snis.gov.br/PaginaCarrega.php?EWRErterterTERTer=105>.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Programa Bolsa Família. Disponível em http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp?gru=3&brsm=1&orelatorio=3&pr=1&acao=0000000&pconsol=N&vatal=28&selvigencia=27&dsvig=0+1%2F7%2F2014+a+31%2F12%2F2014&uf=TD®=00®s=00&cob=1#. Acessado em 03/03/2015.

_____, Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, Brasília, 2011. Disponível em http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/LIVRO_PLANO_NACIONAL_CAISAN_FINAL.pdf. pagespeed.ce.NSQXeyLv0S.pdf.



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2012 – Uma Análise das Condições de Vida da Sociedade Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 34. Rio de Janeiro 2014.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador, de 2011. Brasília.

MOSTAFA, Joana e DE ANDRADE, Carla Coelho. Capítulo 9. Situação dos Jovens Brasileiros: uma análise sobre os dados de educação e trabalho da Pnad 2008 pp.159-182. In: Brasília: Ipea, 2011. DE CASTRO, Jorge Abrahão e MONTEIRO VAZ, Fábio (org.). Situação Social Brasileira: monitoramento das condições de vida 1.

MUNHOZ, Maria Letícia Puglisi. Família e escola na ação educativa para a paz in A Violência Doméstica e a Cultura da Paz. Organizadoras: Maria Rita D'Angelo Seixas e maria Luiza Dias, Grupo Editorial Nacional, GEN, 1ª edição, São Paulo: Santos, 2013.

O fluxo escolar e vencer a cultura da repetência. 6ª ed. São Paulo: Saraiva: Instituto Ayrton Senna, 2001, in PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DA APRENDIZAGEM NOS MEANDROS DA POLÍTICA DE CORREÇÃO DE FLUXO. Maria de Fátima Matos de Souza (UFPA/Unesp). Sônia Maria Duarte Grego (Unesp), 2004.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos: supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília. IPEA: MP, SPI, 2014,

Observatório do Plano Nacional de Educação, site <http://www.observatoriodopne.org.br>, acessado em 29/01/2015.

OLIVEIRA, João Batista Araújo e. A pedagogia do sucesso: uma estratégia política para corrigir.

ONU. Um Mundo para as Crianças, Nova Iorque, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Reaching Every Woman and Every Child through Partnership, 2013. Disponível em <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/20130620pmnchbrochurehighres.pdf>. Acessado em 14/12/2014.

ORGANIZAÇÃO PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA DAS NAÇÕES UNIDAS. Disponível em http://www.fao.org/economic/ess/en/#.Vlh_RzHF8Qk.

PALÁCIO DO PLANALTO. Diretrizes de Governo, Portal do Planalto. Publicado em 04/07/2011. Disponível em <http://www2.planalto.gov.br/presidencia/diretrizes-de-governo>.

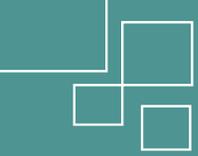
POCHMANN, Márcio. Capítulo 6. Mudança Social Recente no Brasil pp. 91-112. In: Brasília: Ipea, 2011. DE CASTRO, Jorge Abrahão e MONTEIRO VAZ, Fábio (org.). Situação Social Brasileira: monitoramento das condições de vida 1.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Controladoria Geral da União. Disponível em <http://www.portaltransparencia.gov.br>. Acessado em janeiro de 2015.

PNUD. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – 8 objetivos para 2015. Disponível em <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>.

Levels & Trends in Child Mortality/Report 2010 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Acessado em 20/12/2014

Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.



SENADO FEDERAL. Siga BRASIL – Especialista. Orçamentos Temáticos 2011-2014. Disponível em <http://www12.senado.gov.br/orcamento/tematicocrianca>. Acessado em 09/03/2015.

SETUBAL, Maria Alice. Os Programas de Correção de Fluxo no Contexto das Políticas Educacionais Contemporânea. In. Em Aberto/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. v. 17, nº 71. Brasília, janeiro de 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disponível em http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/carta_Dr_Eduardo_Vaz_Ministerio_Saude.pdf.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. Disponível em <http://www.todospelaeducacao.org.br>. Acessado em 27/02/2015.

TODOS PELA EQUIDADE. Determinantes Sociais da Saúde da Região Nordeste. Portal e observatório sobre Iniquidades em saúde. Disponível em <http://dssbr.org/site/2013/04/o-que-fez-melhorar-o-deficit-de-estatura-em-criancas-na-regiao-nordeste>. Acessado em 15/01/2015.

ZERO MOTHERS DIE: <http://www.zeromothersdie.org/news/zero-mothers-die-attends-pmnch-partners-forum-injohannesburq>. Acessado em 20/12/2014.



■ Anexo 1 – Termo de Compromisso



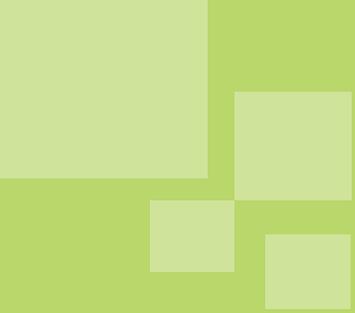
“Eu, abaixo assinado, se eleito, comprometo-me a dar prioridade à criança e ao adolescente na elaboração de políticas públicas de meu governo, conforme determinado pela Constituição e pelos compromissos assumidos pelo Brasil na ONU, em maio de 2002, e o descrito no Termo de Compromisso Presidente Amigo da Criança”.



Dilma Rousseff



Save the Children



DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA

Aprovada pelas Nações Unidas em 20 de novembro de 1959.

Todas as crianças têm direito:

- 1 A igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade.
- 2 A especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social.
- 3 A um nome e a uma nacionalidade.
- 4 A alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e a mãe.
- 5 A educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente.
- 6 Ao amor e a compreensão por parte dos pais e da sociedade.
- 7 A educação gratuita e ao lazer infantil.
- 8 A ser socorrida em primeiro lugar, em caso de catástrofes.
- 9 A ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho.
- 10 A crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos.

Em 12 de outubro de 1990, entrou em vigor o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, marco histórico na garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil.

Elaborado por Raquel Altman



Av. Santo Amaro, 1.386 • 1º andar
Vila Nova Conceição • 04506-001 • São Paulo/SP
55 11 3848-8799

www.fundabrinq.org.br



/fundabrinq



@FundacaoAbrinq

#25ANOSFUNDABRINQ