

UM BRASIL PARA AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES



A SOCIEDADE BRASILEIRA E OS OBJETIVOS
DO MILÊNIO PARA A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA

III RELATÓRIO



Save the Children



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

III RELATÓRIO

1ª edição

São Paulo

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

2010



Save the Children

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente: Synésio Batista da Costa

Vice-Presidente: Carlos Antonio Tilkian

Secretário: Bento José Gonçalves Alcoforado

Membros: Albert Alcouloumbre Júnior, Armando de Queiroz Monteiro Neto, Bento José Gonçalves Alcoforado, Carlos Antonio Tilkian, Cláudio Chen, Daniel Trevisan, David John Curren Morley, Dilson Suplicy Funaro, Eduardo José Bernini, Eliane Pinheiro Belfort Mattos, Elias Landsberger Glik, José Carlos Grubisich, José Eduardo Planas Pañella, José Roberto Nicolau, Kathia Lavin Gamboa Dejean, Lourival Kiçula, Luiz Fernando Brino Guerra, Mauro Antônio Ré, Natania do Carmo Oliveira Sequeira, Nelson Fazenda, Oscar Pilnik, Otávio Lage de Siqueira Filho, Roberto Oliveira de Lima, Synésio Batista da Costa e Vitor Gonçalo Seravalli.

CONSELHO FISCAL

Membros: Audir Queixa Giovanni, Dévora Fischer Treves, Geraldo Zinato, João Carlos Ebert, Mauro Vicente Palandri Arruda e Roberto Moimáz Cardeña.

CONSELHO CONSULTIVO

Presidente: Rubens Naves

Membros: Leoberto Narciso Brancher, Rachel Gevertz, Rubens Naves e Tatiana Belinky.

NOSSA EQUIPE

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

Equipe: Ana Paula de Sousa, Letícia Lefevre, Marília Correia dos Santos, Patrícia Maria Antunes, Renato Alves dos Santos e Tatiana de Jesus Pardo Lopes.

ASSESSORIA DE MARKETING

Equipe: Alain Neves Ribeiro de Paula, Cristiane Rodrigues, Flávia Regina Dilello Gomes de Freitas, Gislaine Cristina de Carvalho, Hélio José Perazzolo, Jacqueline Rezende Queiroz, Kátia Gama do Nascimento, Mônica Aparecida de Oliveira Lucas, Tatiana Cristina Molini, Tatiana Pereira Rodrigues, Vanessa Alves Gonçalves, Viviam Carrion e Yeda Mariana Rocha de Magalhães Pereira.

NÚCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Equipe: Daniela Maria Fonseca, Ellen Rosa de Paiva, Leandro Piovezan da Silva, Rafael Rodrigo Carneiro Pacheco e Vânia Ferreira Silva Santos.

NÚCLEO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

Equipe: Alain Joseph Moujaes, Ana Claudia Pereira, André Luiz de Araújo, Fernanda de Fátima da Silva, Gisele Correa Ghirardelli, Hugo Jucelys Lima dos Santos, Maria do Carmo Neves dos Reis, Maria Dolores de Oliveira, Maristela Bitencourt de Miranda e Paulo Rogério Pires.

DIREITO À EDUCAÇÃO

Equipe: Amélia Isabeth Bampi, Arlete Felício Graciano Fernandes, Flávia Ribeiro de Assis, Luciana Martins Domingos, Nelma dos Santos Silva, Priscila Silva dos Santos e Shirlen Aparecida de Lima.

DIREITO À PROTEÇÃO ESPECIAL

Equipe: Andréia Lavelli, Lilyan Regina Somazz Reis Amorim, Márcia Cristina Pereira da Silva Thomazinho, Marisa Cedro de Oliveira e Michelly Lima Antunes.

DIREITO À PROTEÇÃO INTEGRAL

Equipe: Andreza Adami, Bárbara Accioly Cotrin de Carvalho, Cinthia Heanna, Emilio Boyago Jardim, Kleber Wilson Valadares Felizardo da Silva, Gerson Lopes Alves, Jacqueline Teixeira de Araújo, Letícia Souto Maior, Lidiane Oliveira Santos e Luis Enrique Tavares Júnior.





Save the Children

REDE DE MONITORAMENTO AMIGA DA CRIANÇA

Secretaria Executiva:

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

Organizações da Rede (gestão 2007-2010):

Ação Educativa

Agência de Notícias dos Direitos da Infância – ANDI

Ágere Cooperação em Advocacy

Campanha Nacional pelo Direito à Educação

Centro de Recuperação e Educação Nutricional – CREN

Cipó Comunicação Interativa

Comitê Nacional de Enfrentamento a Exploração Sexual
(representado pelo CECRIA)

Comunidade Bahá'í do Brasil

Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação
do Trabalho Infantil – FNPETI

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF

Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS – GAPA/BA

Instituto Latino Americano das Nações Unidas para

Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente – ILANUD

Missão Criança

Movimento Interfóruns de Educação Infantil do Brasil - MIEIB

Organização Internacional do Trabalho - OIT

Plan International Brasil

Pólis – Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais

Unicef Brasil

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD

Rede Sou de Atitude

Sociedade Brasileira de Pediatria

“Um Brasil para as Crianças e os Adolescentes – A Sociedade Brasileira e os Objetivos do Milênio para a Infância e a Adolescência” – III Relatório

1ª edição

São Paulo, Dezembro de 2010

ISBN: 978-85-88060-38-8

Coordenação Técnica:

Bárbara Accioly C. Carvalho

Consultoria Estatística:

Fernanda Matos e Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade (Orbis)

Consultoria em Orçamento Público:

Wieland Silberschneider – Instituto Foco Fiscal de Controle Social das Finanças Públicas

Redação:

Elizabete Terezinha Silva Rosa e

Wieland Silberschneider (orçamento)

Colaboração:

Amélia Isabeth Bampi, Andréia Lavelli, Andreza Adami, Ellen Rosa de Paiva, Emílio Boyago Jardim, Gualter de Castro, Iradj Roberto Eghrari, Kleber Wilson Valadares Felizardo da Silva, Letícia Souto Maior, Lilyan Regina Somazz Reis Amorim, Márcia Thomazinho, Pablo Finotti e Instituto Pólis.

Edição:

Bárbara Accioly C. Carvalho

Leitura Crítica:

Denise Maria Cesario

Fotografias:

As imagens utilizadas neste relatório foram cedidas gentilmente pelo fotógrafo Pedro Rubens e são ilustrativas, ou seja, não correspondem aos temas apresentados.

Projeto gráfico e editoração eletrônica:

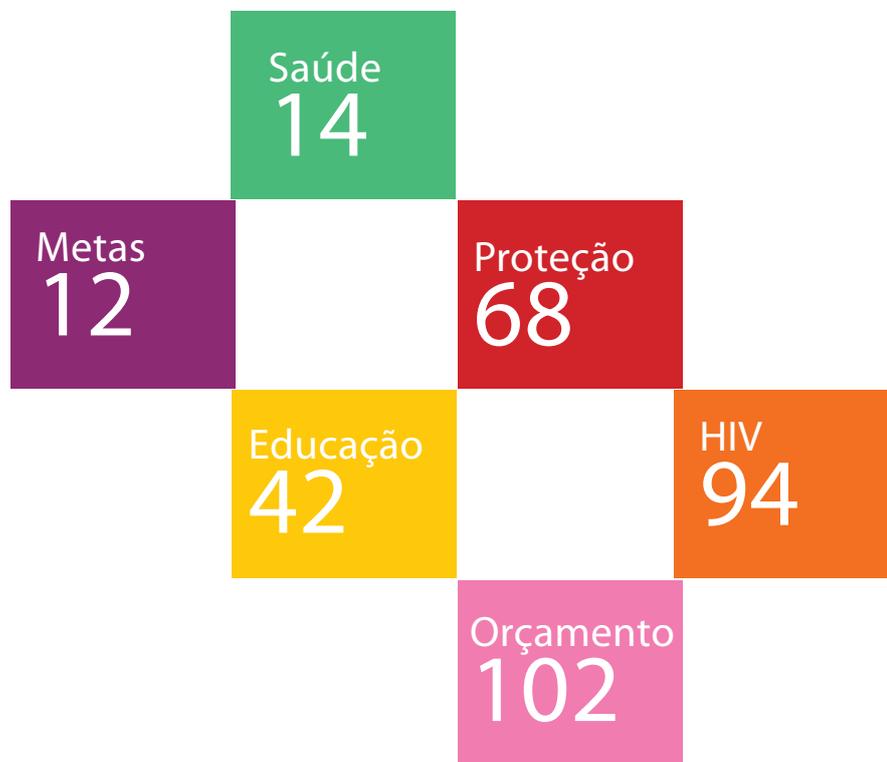
Priscila Hlodan

Revisão:

pris_hlodan mídia impressa, Tatiana Cristina Molini e Yeda Mariana Rocha de Magalhães Pereira.

Impressão: Eskenazi Indústria Gráfica

Tiragem: 2.000 exemplares



8	Introdução
12	Metas “Um mundo para as crianças” (MPC) – BRASIL
14	I - Eixo: Promovendo Vidas Saudáveis
42	II - Eixo: Acesso à Educação de Qualidade
68	III - Eixo: Proteção Contra Maus-Tratos, Exploração e Violência
94	IV - Eixo: Combatendo o HIV/AIDS
102	V - Análise do Orçamento
128	Conclusão
132	Referências Bibliográficas



Introdução

Para construir um Brasil melhor para crianças e adolescentes é fundamental unir esforços entre governo, iniciativa privada e sociedade civil, colocando-os, de fato, como prioridade. Neste sentido, a Fundação Abrinq criou o Projeto Presidente Amigo da Criança, com o propósito de acompanhar as políticas públicas implementadas pelo governo federal na área da infância e adolescência.

O projeto conta com a parceria de organizações sociais que, juntamente com a Fundação Abrinq, que em 2010 se uniu à Save the Children, acompanham os passos do governo para o alcance dos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro.

Os compromissos assumidos nesta reunião foram transformados em um conjunto de metas e objetivos sociais nas áreas de educação, saúde, proteção e HIV/AIDS, expressos no documento “Um mundo para as crianças”. Algumas metas foram estabelecidas para 2010 e outras, deverão ser cumpridas até 2015 por todos os países signatários. Entre as metas a serem cumpridas estão: reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna, melhorar o ensino público, proteger as crianças de todas as formas de abuso, negligência, exploração e violência, e desenvolver ações de prevenção para reduzir a prevalência do HIV/AIDS entre a população infanto-juvenil.

No ano de 2002, o então candidato Luís Inácio Lula da Silva, juntamente com os demais candidatos à Presidência da República, assinaram o “Termo de Compromisso do Projeto Presidente Amigo da Criança”, reiterando o objetivo de alcançar as metas expressas no documento “Um mundo para as crianças”, os chamados compromissos sociais, além de assumir também compromissos de gestão junto à Fundação Abrinq e à Rede de Monitoramento Amiga da Criança.

Dentre os compromissos assumidos, estavam a elaboração, em até seis meses após a posse, de um Plano de Ação intersetorial que garantisse a melhoria significativa, em seu mandato, dos atuais índices referentes à situação da criança e do adolescente e a entrega de relatórios anualmente, apontando as principais ações executadas, em conformidade com o referido Plano.

Na campanha eleitoral seguinte, realizada em 2006, houve nova assinatura do Termo de Compromisso Presidente Amigo da Criança por parte do presidente reeleito Luís Inácio Lula da Silva, bem como por parte dos demais candidatos à Presidência da República, reafirmando os mesmos compromissos assumidos junto à Fundação Abrinq e à Rede de Monitoramento na gestão anterior. Entretanto, o governo federal não entregou o último relatório governamental da gestão 2003-2006, o plano de ação da gestão 2007-2010 (Plano Presidente Amigo da Criança) e os relatórios subsequentes do seu segundo mandato.

Nesse sentido, em nome da Rede de Monitoramento Amiga da Criança, na qual a Fundação Abrinq exerce a função de secretaria executiva, buscou-se por diversas vezes o diálogo com o governo federal para o cumprimento dos compromissos assumidos. Foram realizadas reuniões com a Secretaria Especial de Direitos Humanos, responsável pelo Plano Presidente Amigo da Criança e enviado ofício ao presidente, notificando-o sobre os prazos, redefinidos por diversas vezes.

Em abril de 2009, firmou-se novos prazos para entrega dos relatórios previstos, bem como para entrega do Plano de Ação, agenda também não cumprida. A não entrega dos relatórios por parte do governo federal, representou um obstáculo para a produção das análises e recomendações da Rede.

Esta publicação representa, portanto, os resultados de um esforço da Fundação Abrinq – Save the Children junto às organizações parceiras, para elaboração de um documento que permita informar à sociedade sobre o cumprimento das metas de “Um mundo para as crianças”, assim como informar os avanços e desafios nas políticas para a infância e adolescência no país. Mais do que monitorar o governo federal, e apontar o alcance ou não das metas, o objetivo do Projeto Presidente Amigo da Criança é contribuir para que o debate em torno das políticas para a infância e a adolescência avance.

Estruturado em cinco capítulos, um para cada eixo temático (Saúde, Educação, Proteção e HIV/AIDS) e um para Orçamento, este relatório apresenta as metas propostas no documento “Um mundo para as crianças”, assim como os indicadores relacionados. Estes indicadores foram considerados com base em uma ampla discussão realizada pela Rede de Monitoramento Amiga da Criança, em 2004, ano de elaboração do seu primeiro relatório.

Em cada eixo, apresentaremos uma análise sobre as possibilidades de alcance das metas assumidas, assim como um conjunto de recomendações gerais para que o Brasil possa alcançá-las.

No último capítulo, dedicado à análise orçamentária, apresentaremos os recursos que o governo federal tem investido na área da infância e adolescência, e a evolução dos gastos federais nesta área. Ressalta-se que, ao contrário dos relatórios anteriores, as análises orçamentárias foram realizadas a partir das despesas do Orçamento Geral da União – OGU, agregadas por funções e subfunções. Tal mudança metodológica deve-se a não entrega do Plano Presidente Amigo da Criança à Rede (2007-2010). O Plano traria a totalidade de recursos que seriam investidos nos programas, projetos e ações em benefício de crianças e adolescentes em sua gestão. Porém, antes de avançar nas considerações específicas sobre cada uma das metas previstas no documento “Um mundo para as crianças”, algumas considerações, de ordem mais geral, se fazem necessárias, já que poderão ser objeto de discussão.

Os documentos “Um mundo para as crianças” (MPC) e “Objetivos do Milênio” (ODM) trazem, enquanto objetivo, a busca pela melhoria das condições de vida e efetivação dos direitos humanos, seja de crianças e adolescentes, mais especificamente no MPC, seja da população em geral, como descrita nos ODM. Porém, é importante enfatizar que estes documentos assumem opções metodológicas diferentes.

Para o cálculo das metas do MPC, a Rede de Monitoramento Amiga da Criança adotou como “linha de base”, os anos de 2000 e 2001. Já para o cálculo das metas dos ODM, utilizou-se como marco inicial o ano de 1990. Assim, conseqüentemente, o cálculo das metas a serem atingidas denota diferenças. As metas do documento “Um mundo para as crianças” se tornam mais audaciosas quando consideramos o seu ano base. Deste modo, a comparação entre o alcance das metas dos documentos MPC e ODM pelo governo federal, tornam-se inadequadas.

A assinatura do MPC reflete o esforço dos governos em busca de condições de vida digna a crianças e adolescentes de todo o mundo, através da adoção de medidas e ações nacionais e da cooperação internacional que reafirma os princípios da Cúpula Mundial pela Criança.

A Fundação Abrinq - Save the Children e os parceiros do Projeto Presidente Amigo da Criança contam com o compromisso do próximo Presidente da República no sentido de avançar nas políticas sociais voltadas às crianças e aos adolescentes. O Brasil tem demonstrado avanços significativos, porém persistem enormes desafios, especialmente no alcance das populações mais excluídas e na promoção da equidade na distribuição da renda e o alcance dos mais desfavorecidos pelas políticas sociais de educação, saúde e assistência.

Um mundo melhor para as crianças se constrói com vontade política, com diálogo e articulação, com planejamento, monitoramento, avaliação e com destinação e execução orçamentária compatível. É o que espera a Fundação Abrinq - Save the Children, as organizações parceiras e toda a sociedade brasileira, da próxima Presidente da República.

Histórico da Rede de Monitoramento Amiga da Criança

2003 – Criação da Rede de Monitoramento e assinaturas das plataformas de adesão ao Projeto Presidente Amigo da Criança (gestão 2003-2006).

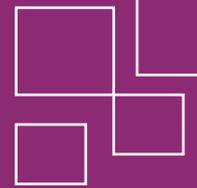
2004 – Lançamento do primeiro relatório da rede “Um Brasil para as crianças: a sociedade brasileira e os Objetivos do Milênio para a infância e adolescência”, que analisa as possibilidades do Brasil alcançar as metas pactuadas na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, expressos no documento “Um mundo para as crianças”.

2005 – Ações de pressão junto ao governo federal para entrega do relatório governamental.

2006 – Lançamento do segundo relatório da rede. Mobilização dos candidatos à presidência para assinatura do Termo de Compromisso Presidente Amigo da Criança, gestão 2007-2010. O Presidente da República, candidato à reeleição, assina novamente o termo de compromisso.

2007 – O presidente Lula iniciou seu segundo mandato, com os mesmos compromissos da gestão anterior (2003-2006). Entretanto, o governo federal não apresentou à Rede de Monitoramento Amiga da Criança o Plano de Ação para a gestão 2007-2010. Pendente também o relatório 2006.

2008 – A Rede de Monitoramento Amiga da Criança e do Adolescente buscou o diálogo com o governo federal por diversas vezes, realizando reuniões com a Secretaria Especial de Direitos Humanos, responsável pelo Plano Presidente Amigo da Criança e enviando ofício ao presidente, notificando-o sobre os prazos, redefinidos por vezes.



2009 – A Fundação Abrinq, como secretária executiva da Rede, envia ofício ao Presidente da República solicitando audiência para rediscussão das ações previstas no Projeto Presidente Amigo da Criança.

Reunião na sede da Fundação Abrinq com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, onde foram acordados novos prazos para entrega dos relatórios, sem ocorrência de cumprimento do acordo.

Ofício enviado à Secretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, atual Secretaria de Direitos Humanos, solicitando mais uma vez a entrega dos documentos.

Realização de reuniões com a deputada federal Rita Camata, com o deputado federal e coordenador da Frente Parlamentar pelos Direitos da Criança e do Adolescente, Sr. Paulo Henrique Lustosa, solicitando apoio com o objetivo de receber do governo federal os relatórios pendentes.

2010 – A Fundação Abrinq – Save the Children, busca parceiros para a elaboração do Relatório “Um Brasil para as Crianças e os Adolescentes” - gestão 2007-2010, resultando neste documento.

Busca apoio também para o lançamento da nova edição do Projeto Presidente Amigo da Criança para a adesão dos candidatos à Presidência da República (gestão 2011-2014) e a campanha “Vote em um Presidente Amigo da Criança”, com o objetivo de alertar a sociedade civil sobre a importância de se votar em candidatos que priorizem, em seu mandato, a implementação de políticas públicas que resultem em melhorias significativas na qualidade de vida de crianças e adolescentes.





Metas “Um mundo para as crianças” (MPC) - Brasil

Promovendo Vidas Saudáveis

- a) Reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos, até 2010, como um primeiro passo para reduzir essa taxa em dois terços até 2015.
- b) Reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em três quartos até 2015.
- c) Reduzir em, no mínimo, um terço a desnutrição de crianças menores de 5 anos, com especial atenção às crianças com menos de 2 anos, e reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de crianças com baixo peso ao nascer.
- d) Reduzir em, no mínimo, um terço o número de lares que não possuem saneamento e água potável a preços acessíveis.
- e) Desenvolver e implementar políticas nacionais de desenvolvimento infantil e programas que assegurem o desenvolvimento físico, social, emocional, espiritual, psicológico e cognitivo das crianças.
- f) Elaborar e implementar políticas e programas nacionais de saúde para adolescentes, incluindo metas e indicadores, para promover sua saúde mental e física.
- g) Dar acesso, o quanto antes e não posterior a 2015, a serviços de saúde reprodutiva a todas as pessoas em idade apropriada, por meio dos sistemas de atenção primária à saúde.

Acesso à Educação de Qualidade

- a) Ampliar e melhorar o cuidado e a educação integral na primeira infância, para meninos e meninas, especialmente para os mais vulneráveis e desfavorecidos.
- b) Reduzir em 50% o número de crianças em idade escolar que não estão matriculadas e aumentar para pelo menos 90% a taxa líquida da matrícula no ensino primário ou da participação em programas de educação primária não tradicionais de boa qualidade até o ano de 2010.
- c) Eliminar as disparidades entre os sexos no ensino primário e secundário e alcançar a igualdade entre os gêneros na educação até 2015, centrando atenção especial para que as meninas, em igualdade de condições, tenham pleno acesso a uma educação básica de boa qualidade e possam aproveitá-la plenamente.
- d) Melhorar todos os aspectos da qualidade da educação para que as crianças e os adolescentes adquiram conhecimentos mensuráveis e comprováveis, especialmente no aprendizado da matemática, da leitura e da escrita, e adquiram conhecimentos que os preparem para a vida.
- e) Assegurar que as necessidades de aprendizagem de todas as crianças e adolescentes sejam alcançadas mediante o acesso a programas apropriados de ensino básico e de conhecimentos que os preparem para a vida.
- f) Atingir até 2015, no mais tardar, um aumento de 50% nos índices de alfabetização de adultos, especialmente no que diz respeito às mulheres.



Proteção Contra os Maus-Tratos, a Exploração e a Violência

- a) Proteger as crianças de todas as formas de maus-tratos, abandono, exploração e violência.
- b) Proteger as crianças dos impactos dos conflitos armados e assegurar o cumprimento do direito internacional humanitário e dos instrumentos de direitos humanos.
- c) Proteger as crianças de todas as formas de exploração sexual, inclusive da pedofilia, do tráfico e do sequestro.
- d) Tomar medidas imediatas e efetivas para eliminar as piores formas de trabalho infantil, como definido na Convenção n° 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), e desenvolver e implementar estratégias para eliminar o trabalho infantil que seja contrário às normas internacionais aceitáveis.
- e) Melhorar a situação de milhões de crianças que vivem em condições especialmente difíceis.

Combatendo o HIV/AIDS

- a) Até 2003, estabelecer metas nacionais com um calendário preciso para alcançar o objetivo mundial acordado internacionalmente de reduzir a prevalência do HIV entre homens e mulheres jovens com idade entre 15 a 24 anos em 25% até 2005, nos países mais afetados, e em 25% até 2010, em todo o mundo, e redobrar os esforços para atingir essas metas e lutar contra os estereótipos de gênero e de atitudes, bem como as desigualdades de gênero em relação ao HIV/AIDS, encorajando o real envolvimento da população nesses esforços.
- b) Até 2005, reduzir a proporção de lactantes infectados com o HIV em 20% e, até 2010 em 50%, assegurando que 80% das mulheres grávidas com acesso ao pré-natal recebam informação, orientação e outros serviços disponíveis de prevenção do HIV, aumentando a disponibilidade, para as mulheres e os recém-nascidos infectados pelo HIV, de tratamentos eficazes para reduzir a transmissão do HIV de mãe para filho e o acesso a esses tratamentos. Prover também, por meio de intervenções efetivas para reduzir a transmissão do HIV de mãe para filho, a orientação confidencial e os testes, acesso ao tratamento, especialmente às terapias retrovirais e, quando apropriado, substitutos do leite materno e a prestação de um cuidado contínuo.
- c) Até 2003, desenvolver e, até 2005, implementar políticas nacionais e estratégias para: consolidar e fortalecer a capacidade dos governos, da família e da comunidade de criar meios que deem apoio aos órfãos e meninos e meninas infectados pelo HIV/AIDS ou afetados pela doença, inclusive provendo orientação apropriada e apoio psicossocial; assegurar suas matrículas nas escolas, o acesso a um lar, boa nutrição e serviços de saúde e sociais em igualdade de condições com outras crianças; proteger os órfãos e as crianças vulneráveis de todas as formas de maus-tratos, violência, exploração, discriminação, tráfico e perda de heranças.



Saúde

I - EIXO: PROMOVENDO VIDAS SAUDÁVEIS



I - Eixo

Promovendo Vidas Saudáveis

A promoção de vidas saudáveis, segundo o documento “Um mundo para as crianças” (MPC), propõe a garantia de acesso a sistemas de saúde eficientes, justos e sustentáveis nas comunidades, assim como acesso a informações e serviços que promovam condições de vida adequadas ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Implica, portanto, proporcionar à população os aspectos necessários para a melhoria da sua saúde, aspectos estes que, necessariamente, envolvem também educação, assistência social, habitação, segurança alimentar, trabalho, renda, ecossistema saudável, justiça social e equidade. Além disso, a criação de oportunidades para promover vidas saudáveis, requer compromisso com o desenvolvimento sustentável e a redução da desigualdade social.

A promoção de vidas saudáveis traz o reconhecimento dos direitos sociais no marco dos direitos universais fundamentais.

A CONQUISTA DO DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em **1948**, pela ONU, na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Na **década de 60**, tem início o Movimento pela Reforma Sanitária com a participação de técnicos, intelectuais, partidos políticos e movimentos sociais diversos.

Em **1986** a luta pela Reforma Sanitária ganha destaque com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pela primeira vez na história do Brasil se registra a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, definidos na Constituição Federal de **1988**, são detalhados nas leis n.º 8.080, de 19/09/**1990**, e n.º 8.142, de 28/12/**1990** - Leis Orgânicas da Saúde.

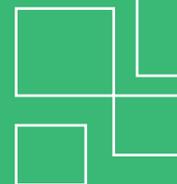
Para qualificar a gestão do SUS, foi instituído o Pacto pela Saúde, em **2006**, com três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

¹ Os princípios do SUS, definidos na Constituição Federal, são detalhados nas leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

Esses direitos se totalizam no enfrentamento de questões referentes à saúde e à qualidade de vida da população.

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, na ocasião da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1988, a nova Constituição declarou ainda, o direito à saúde como universal. Assim, a Constituição Federal torna a saúde um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por ele, através de um Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS deve disponibilizar e viabilizar atendimento e serviços de qualidade para toda a população, formulando uma política de “atendimento integral, que priorize ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (CF 1988, Artigo 198). Sua estrutura se adequa às diferenças regionais e suas principais atribuições são a prevenção e o tratamento de doenças; a formulação de políticas públicas; participação na formulação e na execução de ações de saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica, entre outras, visando à promoção da saúde.



Redução da mortalidade infantil e na infância

A redução da mortalidade infantil (em menores de 1 ano) e da mortalidade na infância (em menores de 5 anos) ainda é um grande desafio para o Brasil. De uma forma geral, altas taxas de mortalidade infantil estão associadas às condições socioeconômicas e interpretadas como uma das manifestações da desigualdade social do país. A taxa de mortalidade infantil expressa a frequência anual de óbitos de menores de 1 ano de idade, para cada mil nascidos vivos, em uma população residente em determinado espaço geográfico. Essa taxa é um bom indicador para compreender as condições de vida e de saúde desta população. As principais causas de mortalidade das crianças de até 1 ano são as doenças respiratórias, a malária, a desnutrição, a falta de condições adequadas de higiene e de acesso à água potável, bem como a violência. O baixo nível econômico das mães, a precariedade de assistência à mulher durante a gestação e a falta de cuidados oferecidos aos recém-nascidos, também se relacionam à mortalidade de menores de 1 ano.

A taxa de mortalidade na infância é o número anual de óbitos de menores de 5 anos de idade, por mil nascidos vivos. De modo geral, ela é expressão de um baixo desenvolvimento socioeconômico e de uma infraestrutura ambiental precária, aspectos que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. Os problemas relacionados ao acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção a saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

A Rede de Monitoramento Amiga da Criança definiu em 2004, junto ao governo federal, que os indicadores para o monitoramento desta meta seriam a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade na infância, com o maior número de desagregações possíveis. Assim, os indicadores correlatos à meta, escolhidos para serem monitorados, foram: mortalidade proporcional por Infecções Respiratórias Agudas (IRA), mortalidade proporcional por Doença Diarréica Aguda (DDA) e por Doenças Infecciosas ou Parasitárias (DIP) em menores de 5 anos. Esses indicadores estão associados ao ambiente e à infraestrutura, como acesso a serviços de saneamento e distribuição de água. Por fim, consideramos o indicador percentual de crianças com aleitamento exclusivo até 6 meses, que pode refletir o acesso e o acompanhamento de serviço de saúde por meio do Programa Saúde da Família (PSF).

Meta: reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essas taxas em dois terços até 2015.

Indicadores da Meta	Ano-base 2000	2005	2007	Dado mais recente	Meta para 2010	Meta para 2015
Taxa de mortalidade infantil menores de 1 ano* (por 1000 nascidos vivos)	27,4	21,4	20,0	19,0 (2008)	18,3	9,1
Taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos)* (por 1000 nascidos vivos)	32,0	25,4	24,1	22,8 (2008)	21,3	10,6

Fonte: IBGE

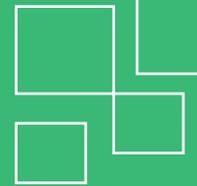
* A meta de mortalidade infantil e na infância foi recalculada com base no Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2010). Porém, não ocorreram mudanças que inviabilizassem a análise e comparação temporal do indicador e suas metas ou que invalidassem as análises feitas nas publicações de "Um Brasil para as Crianças e os Adolescentes, de 2004 e 2007.

A mortalidade infantil sofreu uma redução de 30,6% entre os anos de 2000 e 2008. O maior componente da taxa de mortalidade infantil é a mortalidade neonatal precoce, que denota, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Assim, para se atingir a meta em 2015, é necessário investir, com prioridade, na ampliação do Programa Saúde da Família e na cobertura pré-natal.

Evolução da taxa de mortalidade infantil – 2000 a 2008



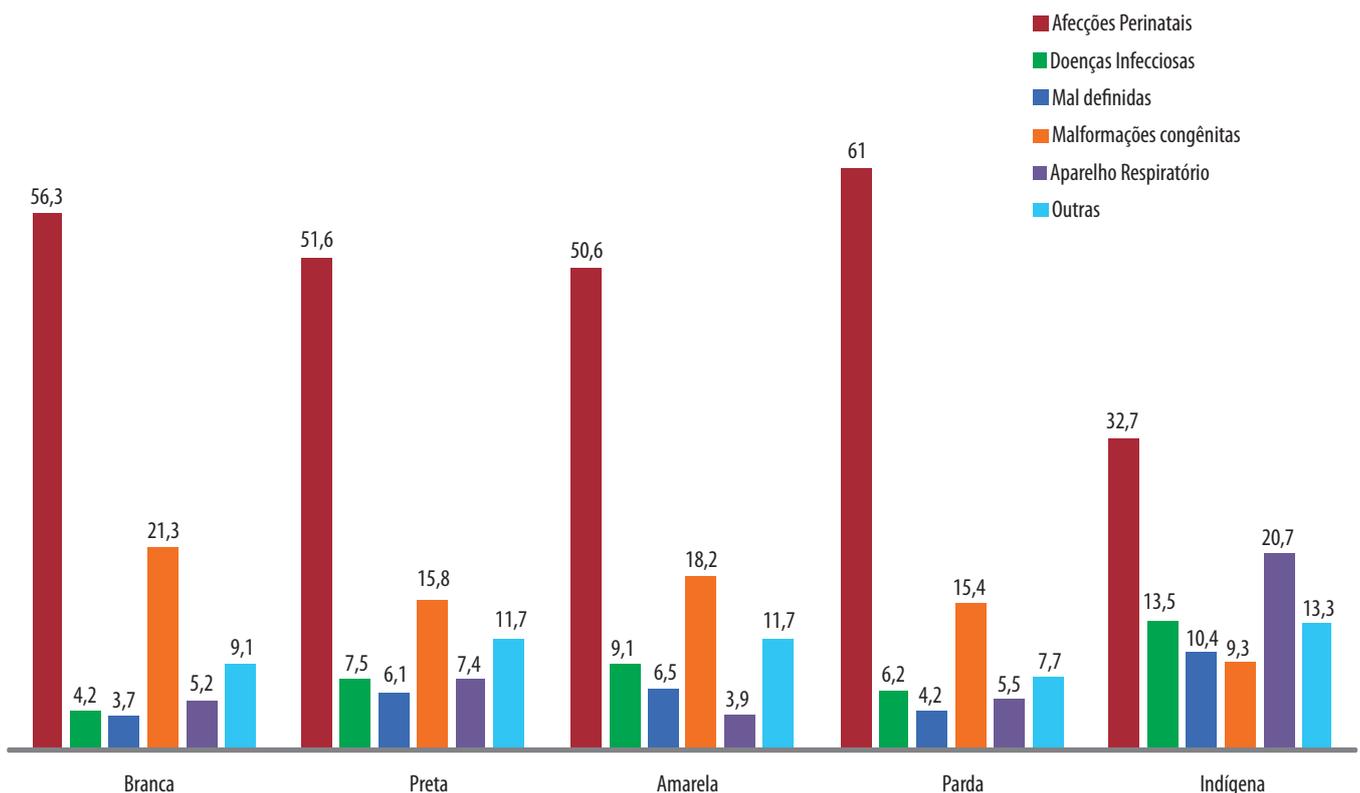
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE apud Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio (IPEA, 2010, p.73)



Sob o aspecto geográfico, o Sul é a região brasileira que no ano de 2008 apresentou o menor número de óbitos a cada mil nascidos vivos, 12,8, seguido das regiões Sudeste e Centro-Oeste, com 14,1 e 15,8, respectivamente. A região Nordeste, embora apresente a maior redução entre 2007 e 2008, ainda demonstra o índice mais elevado do país (26,7 óbitos). Na região Norte são 21,1 óbitos por mil nascidos vivos, taxa superior à meta nacional estabelecida para 2010 (18,3).

Em se tratando das causas de morte em menores de 1 ano, segundo critérios de raça/cor conforme gráfico disposto abaixo, observa-se que as afecções perinatais seguida pelas malformações congênitas são as principais causas de óbito, exceto para as crianças indígenas que ainda apresentam, em sua maioria, óbitos ligados a infecções e doenças do aparelho respiratório.

Mortalidade proporcional de crianças menores de 1 ano, segundo raça/cor¹ e por grupo de causas – Brasil, 2008²



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS apud Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2010, p. 79)

1. De todos os óbitos notificados em menores de 1 ano, 12,08% não possuem informação sobre raça/cor.
2. Os dados de 2008 são preliminares.

O **Programa Saúde da Família (PSF)** tem tido um papel fundamental no enfrentamento da mortalidade infantil no país. As equipes de saúde, por meio de visitas domiciliares rotineiras, ajudam a promover o aleitamento materno exclusivo, a imunização de crianças e gestantes, a prevenção e o monitoramento das dermatoses e parasitoses, a prevenção de DST/AIDS e da gravidez precoce, bem como a identificação e o encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal. A realização de visitas domiciliares é um meio importante para o monitoramento das gestantes, realização do pré-natal, atenção aos cuidados com os recém-nascidos e puerpério², prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama.

“Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com pesquisadores da Universidade de Nova York demonstrou que a cada 10% de aumento na cobertura do Programa Saúde da Família corresponde a uma queda de 4,6% na mortalidade infantil” (Ministério da Saúde, 2006c, p.16). Em 2008, a cobertura do PSF era de 49,51% e, em 2010, dado mensurado até Setembro de 2010, a cobertura é de 52,41% (Ministério da Saúde, 2010).

Entretanto, os resultados ainda não são satisfatórios, quando se considera que uma grande parcela da população-alvo ainda não foi atendida. Em parte, isso se deve à dificuldade de fazer com que as estratégias do Programa Saúde da Família sejam adotadas nos municípios de grande porte, especialmente nas regiões metropolitanas.

Para responder a esse desafio, o Ministério da Saúde iniciou, em 2008, a segunda fase do **Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF)**. O PROESF é uma iniciativa apoiada pelo Banco Mundial, que se volta às organizações e ao fortalecimento da atenção básica da saúde no país, contemplando especialmente os municípios com mais de 100 mil habitantes.

Em sua primeira fase, que abrangeu o período de 2003 a 2007, foram realizadas análises sobre a evolução da cobertura da Saúde da Família, no grupo de 187 municípios participantes. Os estudos constataram um aumento de 43% no número de Equipes de Saúde da Família - ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no primeiro ano de implantação, mas apesar das dificuldades observadas nos anos seguintes, manteve-se a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada. (Ministério da Saúde, 2010a)

A fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família, compreendida entre 2008 a 2011, contemplou um conjunto de subcomponentes com atividades e ações possíveis de serem planejadas e financiadas com os recursos do Projeto, sendo estas: expansão e qualificação da Saúde da Família nos municípios com população acima de 100 mil habitantes; fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente; fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões estaduais e municipais das Equipes de Saúde da Família. (Ministério da Saúde, 2010a)

² Puerpério é o período de até 42 dias após o parto.

Aleitamento materno

O aleitamento materno é um dos cuidados fundamentais para a promoção e proteção da saúde da criança, segundo o Ministério da Saúde. Constitui-se um importante fator para a nutrição dos lactentes e proteção contra diversas doenças agudas e crônicas. Assim, o aleitamento materno é considerado a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta.

Com base nas orientações do Ministério da Saúde, recomenda-se o aleitamento materno por 2 anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses, como forma de prevenir doenças e, conseqüentemente, a mortalidade infantil. No Brasil, o percentual de crianças que se beneficiam do aleitamento materno exclusivo até 6 meses aumentou significativamente, passando de menos de 10%, em 1999, para mais de 50% das crianças, em 2008.

Destaca-se o esforço do governo federal através do **Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (Proame)**, que realiza orientações e acompanhamentos às mães e aos bebês, assim como o esforço para a implementação de bancos de leite em todo o país. Estas iniciativas já conscientizaram milhares de mulheres sobre a importância do

CONDICIONANTES NA MORTALIDADE INFANTIL

Condicionantes diretos - são os fatores que estão diretamente ligados à sobrevivência da criança:

Alimentação: inicialmente representada pelo leite da mãe, alimento fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento físico do recém-nascido, garantindo maior proteção contra doenças;

Moradia: saudáveis condições de moradia são essenciais. Instalações adequadas devem conter áreas arejadas e sem umidade, aliadas à existência de saneamento básico (presença de água encanada, rede de esgotos etc), possibilitando um ambiente com características mínimas de higiene e saúde;

Saúde: atenção à saúde desde a gravidez da mãe até o nascimento do bebê, verificando o desenvolvimento da criança e garantindo a satisfação de suas necessidades médico-hospitalares – realização de exames, cobertura vacinal, medicações, necessidades eventuais de consultas e internações, dentre outras;

Educação: a educação dos pais contribui diretamente para a melhor compreensão das necessidades médicas, sanitárias, alimentares e de cuidados gerais necessários às crianças, bem como para o conhecimento das condições básicas de higiene e saúde.

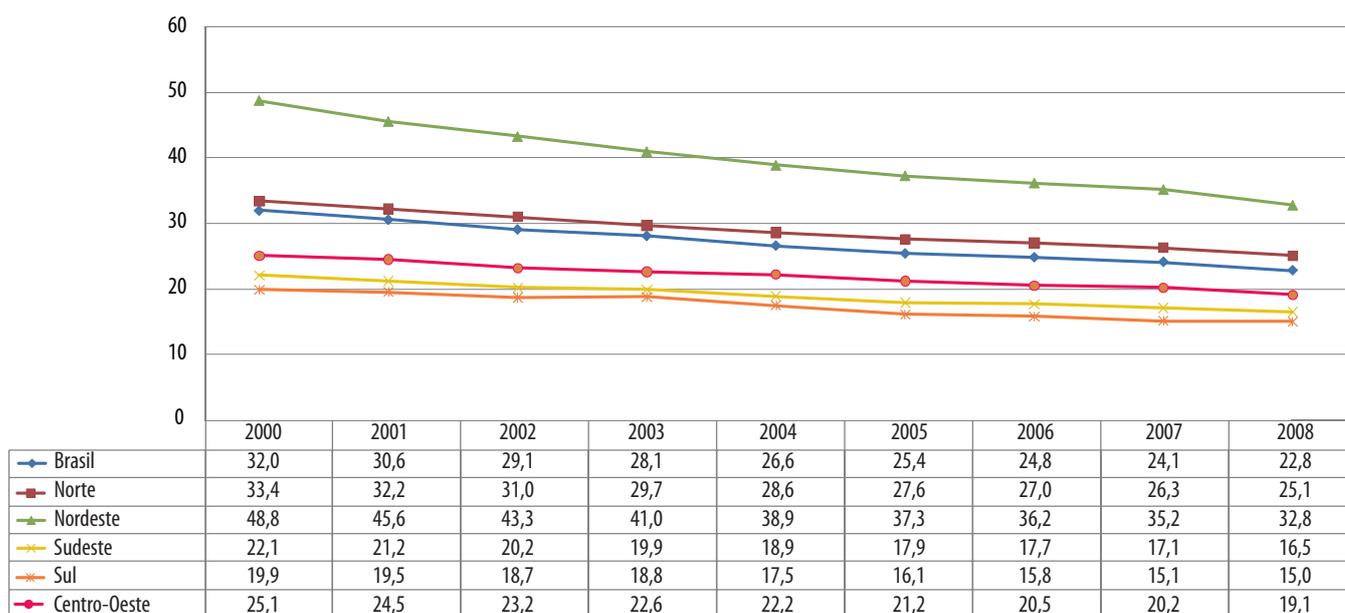
Condicionantes indiretos - são aqueles cuja evolução possibilita maior acesso aos condicionantes diretos:

Renda: considerada o principal condicionante indireto da mortalidade infantil, pois assegura condições necessárias de alimentação, moradia, educação etc;

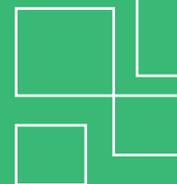
Educação: no seu caráter indireto, “pode” propiciar maiores níveis de renda pois, educação e renda são variáveis que se influenciam mutuamente: maior renda pode garantir um acesso mais adequado à educação e maiores níveis de instrução podem possibilitar uma melhor inserção no mercado de trabalho.

aleitamento materno, assim como contribuíram para a redução da mortalidade no período de acompanhamento dos bebês. Vale salientar, porém, que os serviços dos bancos de leite ainda são insuficientes para o universo de crianças existentes. Também deve-se atentar para a importância destes bancos trabalharem com orientações adequadas ao processo de desmame, para que não haja o comprometimento da saúde da criança. Em 2007, em seu segundo relatório, a Rede de Monitoramento Amiga da Criança já havia apontado esta questão, recomendando, inclusive, o aprimoramento e a articulação entre as políticas de saúde e de segurança alimentar do governo.

Evolução da taxa de mortalidade na infância - 2000 a 2008



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS; IBGE apud Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2010, p. 73)



A taxa de mortalidade na infância declinou em ritmo acelerado entre 2000 e 2005 (20,6%), porém, mais timidamente entre 2006 e 2007 (2,8%).

Fatores como a melhoria das condições habitacionais, a redução da fecundidade da população brasileira, o aumento do nível educacional e a ampliação do acesso aos serviços de saneamento foram fundamentais para a diminuição desta taxa. Alguns programas e ações de saúde no período também contribuíram para sua redução, como o **Programa Saúde da Família**, o **Programa Nacional de Imunização** e os **Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher**.

Segundo o Ministério da Saúde, o governo, em 2009, contribuiu com a redução da desnutrição e da mortalidade de crianças de 6 meses a 5 anos por meio de ações como “a suplementação alimentar”. A iniciativa distribuiu aproximadamente 450 milhões de comprimidos e 9 milhões de frascos de suplemento de ferro e vitamina A, além de realizar orientação para uma alimentação saudável.

Indicadores correlatos à meta	Ano-base 2000	2005	Dado mais recente	Meta 2010
Mortalidade proporcional por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de 5 anos (%)	5,9	5,6	5,8 (2006)	4,0
Mortalidade proporcional por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos (%)	-	-	3,9 (2006)	-
Mortalidade proporcional por Doenças Infecciosas ou Parasitárias (DIP) em menores de 5 Anos (%)	8,9	5,2	4,6 (2006)	5,9
Percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo até 6 meses	9,7 (1999)	-	41,0 (2008)	-

Fonte: Datasus e II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno; Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

No Brasil, no período avaliado, não houve uma grande redução na proporção da mortalidade por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças menores de 5 anos, o que implicou no não cumprimento da meta. Vale destacar, porém, que a redução é significativa quando comparada ao grande número de casos registrados: em 2000 foram registrados 4.719 óbitos e em 2006, 3.290 óbitos, o que em números relativos representa uma diminuição de 30% no número de casos de morte por IRA. (Ministério da Saúde/SVS, 2000/2006)

A introdução da vacina para combater a pneumonia em crianças com menos de 1 ano, já incluída no calendário de vacinação do Ministério da Saúde, pode contribuir para a diminuição dos óbitos por esta causa. A vacina vem sendo aplicada de forma escalonada nos estados e poderá representar um importante avanço no combate à mortalidade infantil causada pelas infecções respiratórias agudas.

Em relação ao indicador mortalidade proporcional por Doenças Infecciosas ou Parasitárias (DIP) em crianças menores 5 anos, observa-se a redução, em 6 anos, de quase 50% das mortes decorrentes desta causa. Esta queda possibilitou o cumprimento da meta para esse indicador.

Já a mortalidade relacionada às Doenças Diarréicas Agudas (DDA), que já foi uma das principais causas de óbitos infantis, representa menos de 4% das ocorrências, segundo dado mais recente, 2006. No entanto, existem grandes variações regionais, com estados apresentando proporções inferiores a 1,5%, como São Paulo e Rio Grande do Sul, e outros apresentando grandes proporções, tais como Roraima e Alagoas, que juntos registram 10% dos casos de todo o Brasil.

Conforme consta no Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2010), a redução da mortalidade por doenças infecciosas está relacionada, em geral, à melhoria nas condições de saneamento e na qualidade da atenção básica oferecida, em sua maioria, pelas equipes do Programa Saúde da Família; às ações de imunização e de vigilância sanitária; e ao aumento do grau de instrução das famílias.

RECOMENDAÇÕES

Implementar políticas de saúde, conforme o princípio de equidade do SUS, em regiões mais pobres e para grupos que tradicionalmente têm dificuldade de acesso a esse tipo de serviço;

Ampliar a cobertura de visitas do Programa de Saúde da Família com especial atenção às populações presentes nos municípios de médio e grande porte;

Implantar novas equipes do Programa de Saúde da Família e ampliar as equipes já existentes;

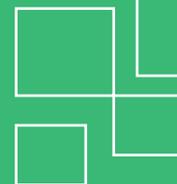
Ampliar o investimento em ações que reforcem o estímulo ao aleitamento infantil;

Investir na melhoria da atenção ao parto e ao recém-nascido, incluindo o período puerperal, (isso significa investir na melhoria de hospitais, UTIs neonatais e UTIs de adultos);

Ampliar o acompanhamento das crianças em seu primeiro ano de vida, com atenção especial àquelas que possuem fatores de risco;

Estender as coberturas vacinais;

Diminuir mortes por pneumonia e diarreia, com diagnóstico precoce e tratamento adequado.



Promoção da segurança alimentar e combate à desnutrição

A promoção de vidas saudáveis envolve um conjunto de ações que necessariamente incluem a segurança alimentar³, direito humano básico sem o qual não há vida e nem cidadania. Neste sentido, as questões de desnutrição infantil têm posição de destaque no eixo da saúde, pois possuem uma evidente correlação com a mortalidade na infância. Embora a desnutrição não apareça nos registros e nas notificações como causa da morte das crianças, estudos têm demonstrado que mais da metade das mortes na infância poderia ser evitada se as crianças estivessem adequadamente nutridas.

Meta: reduzir em, no mínimo, um terço a desnutrição das crianças menores de 5 anos de idade, com especial atenção às crianças com menos de 2 anos, e reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de crianças com baixo peso ao nascer.

Indicador da meta	Ano Base 2000	2005	Dado mais recente	Meta para 2010
Percentual de crianças com baixo peso ao nascer	7,6	8,1	8,2 (2006)	5,1

Fonte: Datasus

O percentual de crianças com baixo peso ao nascer corresponde a um dos indicadores básicos para o monitoramento do alcance das metas do documento "Um mundo para as crianças". Segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), crianças com baixo peso ao nascer são aquelas que apresentam peso inferior a 2.500 gramas, filhas de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

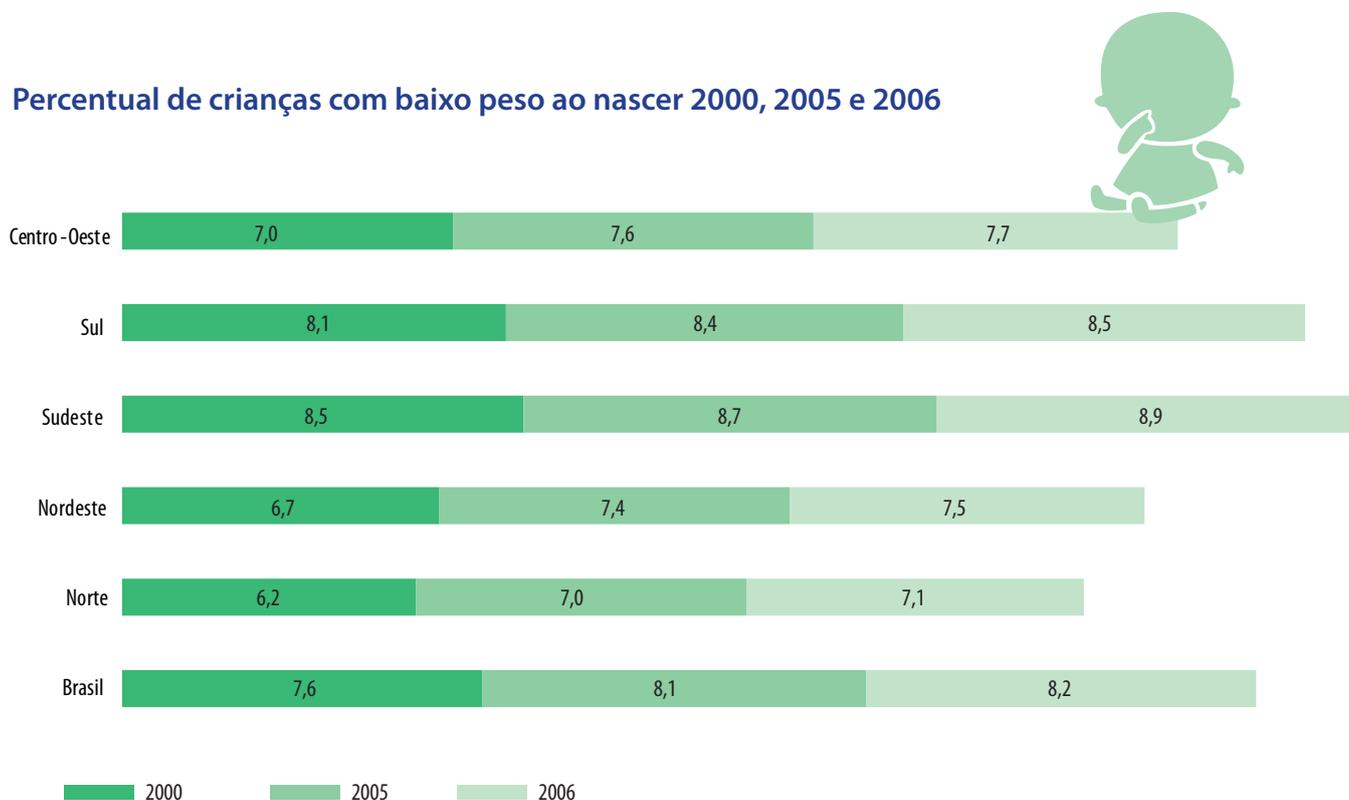
³ Segundo a Organização das Nações Unidas da Agricultura e Alimentação (FAO), a Segurança Alimentar e Nutricional é a garantia de acesso, de todas as pessoas, a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo para uma existência digna, em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa.

A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa um crescimento intra-uterino inadequado ou um menor período gestacional, ou a combinação de ambos, além de representar importante fator de risco para a mortalidade neonatal, perinatal e infantil. De acordo com o Ministério da Saúde, “quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte durante o primeiro ano de vida. Em países desenvolvidos, observam-se valores em torno de 5-6%. De acordo com o padrão internacional, valores acima de 10% são considerados inaceitáveis”. (Ministério da Saúde, 2010b, p.1)

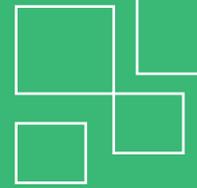
Ao longo do período analisado, percebe-se que o percentual de crianças com baixo peso ao nascer se mostra desfavorável ao cumprimento da meta, uma vez que apresentou um aumento gradual ao longo dos anos.

Segundo o Ministério da Saúde, proporções elevadas de nascidos vivos com baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil. Entretanto, no caso brasileiro é interessante observar, conforme expresso no gráfico abaixo, que as regiões com maior desenvolvimento do país, Sul e Sudeste, são aquelas que apresentam o percentual mais elevado de crianças com baixo peso ao nascer. Todavia, deve-se relativizar esta análise tendo em vista as limitações do indicador “Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer”. Tal como apontado pelo Ministério da Saúde, “em áreas menos desenvolvidas, valores baixos para este indicador podem representar sub-registro ou baixa qualidade das informações”. (Ministério da Saúde/SVS, 2010)

Percentual de crianças com baixo peso ao nascer 2000, 2005 e 2006



Fonte: Datasus



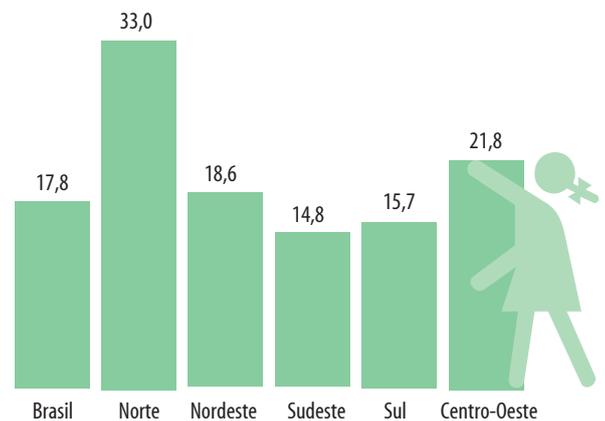
Outro aspecto relevante na interpretação do indicador diz respeito à relação entre o peso ao nascer e a duração da gestação. O nascimento prematuro faz com que as crianças apresentem baixo peso sem necessariamente serem pequenas para a idade gestacional. Segundo o Ministério da Saúde, “a relação entre a prematuridade e o retardo de crescimento intra-uterino, bem como seus fatores determinantes são, no entanto, difíceis de estabelecer. Por isso, ao se analisar e interpretar o indicador deve-se considerar a idade gestacional”. (Ministério da Saúde, 2006b, p. 3)

Indicadores correlatos à meta	2005	Dado mais recente
Percentual de crianças com baixa estatura para a idade	13,7	20,7 (2007)
Percentual de crianças com baixo peso para a idade	7,6	6,8 (2007)

Fonte: Datasus e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

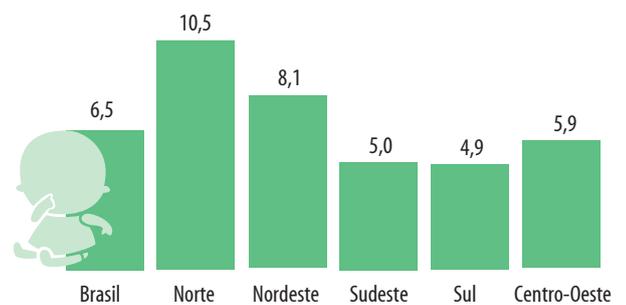
Em 2007, 20,7% das crianças do Brasil registravam baixa estatura para a idade, podendo variar de 14,8 % a 33%, conforme a região. Já o percentual de crianças com baixo peso para a idade era relativamente menor para o mesmo ano estudado (6,8%). Ambos fenômenos ocorreram com menor frequência nas regiões Sudeste e Sul do país.

Percentual de crianças com baixa estatura para a idade - 2007



Fonte: Datasus e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

Percentual de crianças com baixo peso para a idade - 2007



Fonte: Datasus e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

A Rede de Monitoramento Amiga da Criança, em seu relatório produzido em 2007, já destacava que a desnutrição deveria ser tratada como eixo principal das políticas de saúde. O documento também indicava a preocupação com a abordagem do problema adotada pelo governo brasileiro, o qual enfatizava a relação entre desnutrição, fome e acesso ao alimento, reduzindo as causas dessas mazelas à pouca disponibilidade de recursos. Na época, destacou-se que a fome e a desnutrição não são equivalentes, e que nem toda fome leva à desnutrição, assim como nem toda deficiência nutricional tem origem na ausência de comida. Ainda no relatório citado, a Rede destacava a criação do **Ministério da Segurança Alimentar e Combate à Fome** e do **Programa Fome Zero** como estratégias principais de combate à fome.

O Programa Fome Zero, criado em 2003, é uma estratégia do governo federal para assegurar o direito humano à alimentação adequada. Com foco na população mais vulnerável, o Programa se insere na promoção da segurança alimentar e nutricional buscando a inclusão social e o combate à fome. De acordo com dados de abril de 2010 do Ministério da Saúde, o Fome Zero beneficia aproximadamente 12 milhões de famílias e, desde sua criação, observa-se queda no percentual de brasileiros abaixo da linha de pobreza. Em 2004, aproximadamente 10% dos brasileiros estavam abaixo da linha de pobreza, ao passo que, em 2008, 5 anos após a implementação da iniciativa governamental, este percentual havia caído para 4,8%. Esta redução, em parte, pode ser considerada um resultado das ações do Programa.

Em 2007, o governo instituiu a **Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan)**, dentro do **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan)**⁴, com o objetivo de promover a articulação e a integração das áreas de segurança alimentar e nutricional do país.

No sentido de promover a saúde nutricional da população brasileira, o governo federal também implementou o **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)**, voltado à orientação para a prevenção de doenças e questões relacionadas à saúde dos alunos na educação infantil, fundamental e ensino médio. O Programa, segundo os posicionamentos da Rede em seu segundo relatório, possibilitou o apoio a consultas médicas e outras iniciativas pertinentes à saúde das crianças e adolescentes, porém, se mostrou incipiente se considerado o grande universo escolar e o contingenciamento orçamentário. Na época, a meta de atendimento precisou ser refeita, e assim o Programa passou a atender apenas um município por estado. A não entrega, por parte do governo, dos relatórios acordados com a Rede de Monitoramento Amiga da Criança, assim como a falta de informações mais atualizadas no site do Ministério da Educação (MEC) e no Ministério da Saúde sobre o andamento do Programa, dificultam um posicionamento atual sobre esta política.

⁴ O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), instituído pela Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), tem o objetivo de formular e implementar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional.

O governo apostou ainda na vigilância constante como forma de prevenção, criando o **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**, que reúne dados sobre as condições nutricionais da população e seus determinantes. Por meio do sistema, as equipes dos postos de saúde e os agentes comunitários buscam embasamento para as suas orientações. Em 2008, o SISVAN acompanhou cerca de 3,4 milhões de crianças e adolescentes, dos quais 2,6 milhões são pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Em 2009, segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2010), mais de 3,6 milhões de crianças e adolescentes foram acompanhados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Em 2008, o governo federal elaborou uma **Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável**, que visa à qualificação da orientação nutricional das famílias para introdução de alimentos adequados dos primeiros 6 meses de vida até 2 anos de idade. Sua proposta principal é a formação de profissionais de saúde voltados à atenção básica e das Equipes de Saúde da Família para impulsionar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços médicos. Em 2009, foram capacitados cerca de 300 tutores, porém, infelizmente, não há dados suficientes para avaliação dos impactos obtidos com este programa.

RECOMENDAÇÕES

Ampliar o acesso ao pré-natal, com especial atenção às gestantes que apresentem ganho de peso insuficiente durante a gestação, especialmente em populações pobres;

Implementar ações intersetoriais para garantir a todos o acesso à alimentação básica de qualidade e em quantidade suficiente para um bom nível nutricional;

Expandir os programas de transferência de renda, qualificação profissional e inserção produtiva;

Investir em programas com foco específico em recuperação nutricional, buscando garantir o acompanhamento das crianças desnutridas por equipes capacitadas.

Redução da mortalidade materna e atenção à saúde reprodutiva

A garantia de uma vida saudável para as crianças está relacionada às condições de maternidade, seja em termos dos serviços oferecidos às mães, seja na atenção e nos cuidados com a saúde da mulher de uma maneira geral. A taxa de mortalidade materna é a razão do número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, entre mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Ela estima a frequência de óbitos atribuídos às causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério.

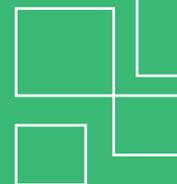
A meta traçada reflete a preocupação com a saúde da mãe, que oferecerá os primeiros cuidados ao bebê e com a avaliação de como as políticas públicas produzem efeitos sobre as condições de vida das mães e de seus filhos. Quando as causas das elevadas taxas de morte infantil no país são analisadas, verifica-se que a maior incidência de óbitos ocorre no grupo neonatal por questões obstétricas diretas, que resultam em complicações durante a gravidez, parto ou puerpério. Tais problemas são, geralmente, decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma junção de vários destes fatores, conforme conclui o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. (IPEA, 2010)

As mortes relacionadas às causas indiretas, mesmo ocorrendo com menor incidência, também são preocupantes. Óbitos indiretos decorrem de doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas por problemas circulatórios e/ou respiratórios. (IPEA, 2010)

Meta: reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em três quartos, até 2015.

Indicador da meta	Ano-base 2000	2005	2007	Dado mais recente	Meta 2010	Meta 2015
Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos)	52,3	53,4	54,9	52,8 (2008)	34,4	12,9

Fonte: Datasus

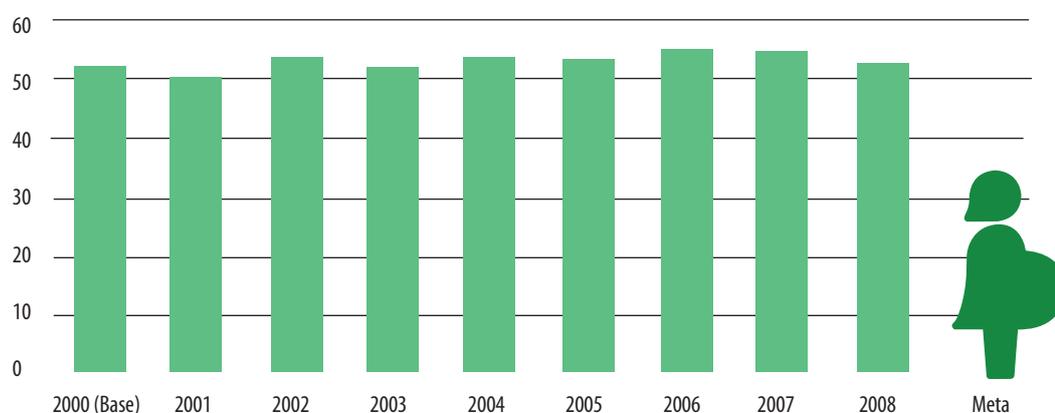


Ao longo do período analisado, verifica-se que a mortalidade materna manteve-se estável no patamar de 50 mortes por 100 mil nascidos vivos e que, portanto, encontra-se desfavorável o cumprimento da meta de redução de um terço da taxa até 2010.

Vale ressaltar ainda que, segundo dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), estima-se que 29% dos óbitos não foram registrados como mortalidade materna em 2008, o que reflete a dificuldade de mensuração efetiva desta taxa no país. A subnotificação dos casos de mortalidade materna é causada pelo preenchimento incorreto da declaração de óbito e pela omissão do registro do falecimento em cartório. Os **Comitês de Mortalidade Materna**, por meio da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e posterior correção das estatísticas oficiais, contribuem para a minimização deste problema.

Porém, estes comitês alertam a população para que se analise estes dados com cautela, uma vez que, devido ao seu trabalho de recontagem, estes dados podem sofrer alterações significativas ao longo do tempo.

Taxa de mortalidade materna – 2000 a 2008



Fonte: Portal ODM

O atendimento médico pré-natal é fundamental para a boa saúde da gestante e do bebê. A realização de consultas e exames regulares é primordial para o desenvolvimento de uma gestação segura e para o combate à mortalidade materno-infantil. O Ministério da Saúde recomenda a realização de, no mínimo, 7 consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre da gestação. Tal atendimento corresponde ao acompanhamento especializado de toda a gestação até o parto, aumentando a possibilidade da mãe e da criança permanecerem vivas.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)⁵ 2006, a atenção às gestantes, principalmente na hora do parto, têm melhorado. A pesquisa mostra que 30% das gestantes que realizaram parto normal tiveram acesso a métodos para alívio da dor, sendo eles invasivos ou não, e puderam contar com a presença de acompanhantes neste momento. Porém, chama-se a atenção para o grande número de partos cesáreos ainda realizados no Brasil, colocando o país entre os que registram a maior incidência deste procedimento no mundo.

Para melhor avaliar a realidade brasileira, optamos por utilizar o indicador de partos por cesariana adotado pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano. Em seus estudos, o Centro aponta que tanto a morbidade como a mortalidade materno-infantil são maiores quando realiza-se a cesariana do que quando realiza-se o parto normal.

Indicadores correlatos à meta	Ano-base 2000	2005	Dado mais recente	Meta 2010
Percentual de nascidos vivos de mães com menos de 7 consultas de pré-natal	51,4	46,3	41,7 (2008)	34,3
Percentual de partos cesáreos	37,8	44,2	48,4 (2008)	25,2

Fonte: Datasus e Portal ODM

Observa-se, no quadro acima, uma redução de 18,8% no percentual de nascidos vivos de mães com menos de 7 consultas de pré-natal, entre os anos de 2000 e 2008, faltando ainda reduzir 7,4 pontos percentuais para que se alcance a meta para 2010. Os partos cesarianos aumentaram 28%, passando de 37,8 para 48,4, em 2008, em relação ao ano base de 2000, o que representa um distanciamento ainda maior em relação à meta recomendada para 2010. A prática abusiva da cesariana expõe mulheres e bebês a mais riscos, que incluem lesões acidentais, reações à anestesia, infecções e mortes. Além disso, apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal, ainda são necessárias melhorias na sua qualidade e na atenção geral ao parto e ao puerpério.

⁵ Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), coordenada pela equipe da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e financiada pelo Ministério da Saúde. A pesquisa traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de 5 anos no Brasil.

Para este desafio o governo federal estabeleceu o **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, firmado entre União, Estados, Municípios e representantes da sociedade civil. O Pacto, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde em 8 de março de 2004, tem como objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças e tem contribuído para a redução dos índices de mortalidade materna e de bebês com até 28 dias de vida.

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**⁶, que tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança, foi uma das políticas mantidas pelo governo para a promoção da saúde integral da mulher. A política ajudou a promover mudanças nos padrões de comportamentos sociais, como a redução significativa do percentual de mulheres laqueadas em detrimento do aumento da utilização dos demais métodos contraceptivos. Mas, mesmo com avanços, ainda é preciso aprimorar o leque de ações voltadas à saúde da mulher, acelerando a qualificação das iniciativas ofertadas de forma a caminhar para que seus direitos sexuais e reprodutivos sejam garantidos.

⁶ A Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PNAISM) foi implementada em 1983.

RECOMENDAÇÕES

Promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada com foco na redução da mortalidade materna e neonatal;

Garantir o aumento do número de consultas de pré-natal, assim como a qualidade dos atendimentos propostos;

Melhorar a atenção ao parto e período puerperal, com o investimento em hospitais e UTIs;

Ampliar a rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência;

Fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;

Intensificar as iniciativas e campanhas voltadas para a redução das cesarianas, bem como investir na ampliação e fomentar a criação de tecnologias adequadas para a atenção integral à saúde da mulher;

Criar instrumentos gerenciais para apoiar a implementação, acompanhamento, controle e avaliação das políticas, ações e serviços da saúde da mulher;

Ampliar os investimentos destinados à formação continuada de profissionais de saúde para uma atenção qualificada à saúde da mulher;

Criar novas estratégias de registro de informações, visando a redução dos casos de subnotificação da mortalidade materna.

Atenção à saúde e ao desenvolvimento da criança e do adolescente

O crescimento e o desenvolvimento devem ser temas referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os principais problemas de saúde apresentam estreita relação com os estilos de vida e os fatores do meio ambiente – social, econômico e cultural. Os serviços de saúde, portanto, deveriam criar canais de negociação entre as diversas instâncias da sociedade, visando ampliar os conceitos de saúde, especialmente em torno de valores, conhecimentos, atitudes e práticas individuais e coletivas que influenciem as condições de vida da população.

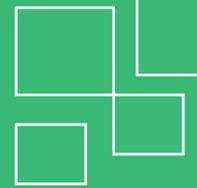
Neste sentido, visando incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, em 1984 o Ministério da Saúde priorizou cinco ações a serem prestadas em toda a rede básica de serviços de saúde: promoção do aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; imunizações; prevenção e controle das doenças diarreicas e prevenção e controle das infecções respiratórias agudas.

Embora compreendam públicos diferentes e demandem ações diferentes, as três metas apresentadas foram apropriadas pelo governo brasileiro como componentes de um mesmo desafio: garantir atenção à saúde e ao desenvolvimento da criança e do adolescente.

Meta 1: elaborar e implementar políticas nacionais de desenvolvimento infantil e programas que assegurem o desenvolvimento físico, social, emocional, espiritual, psicológico e cognitivo das crianças.

Meta 2: elaborar e implementar políticas e programas nacionais de saúde para adolescentes, incluindo metas e indicadores de promoção de sua saúde mental e física.

Meta 3: dar acesso, o quanto antes e não posterior a 2015, a serviços de saúde reprodutiva a todas as pessoas com idade apropriada.



Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos programas propostos para o novo milênio, ratifica a importância: 1) da implementação de atividades intersetoriais de promoção de saúde; 2) do apoio aos programas destinados a promover estilos de vida e comportamentos saudáveis; 3) da colaboração com a formulação de programas de promoção e proteção à saúde de grupos vulneráveis da população; 4) da promoção e apoio a programas que objetivem a melhoria do ambiente físico e o controle de risco de saúde ambiental; e 5) da articulação e apoio à criação de uma rede de participação comunitária na promoção e proteção à saúde, principalmente voltada aos adolescentes e jovens.

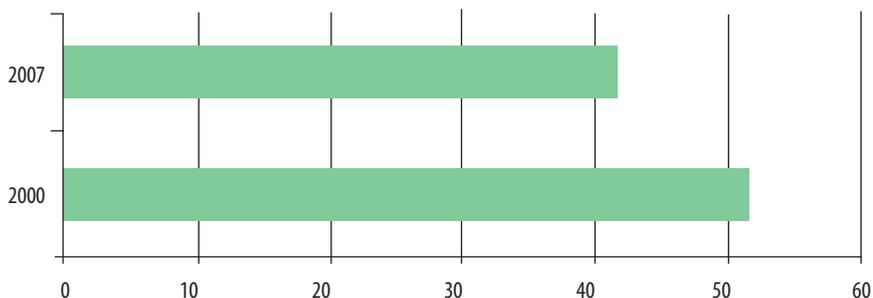
O fato dos adolescentes e jovens estarem atravessando um processo dinâmico e complexo de maturação os predispõe a experiências e situações que podem ameaçar sua saúde, entre elas acidentes, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada, uso de drogas e distúrbios alimentares. Diante disso, a ênfase dos serviços de saúde dirigidos a esse público deve ter como foco medidas preventivas em vez da atenção estritamente curativa. Ao estruturar uma atenção integral aos adolescentes e jovens, os serviços estarão favorecendo o desenvolvimento humano e social, a democratização e a sustentabilidade de ações que promovam a sua saúde.

Indicadores correlatos à meta	Ano-base 2000	2005	Dado mais recente
Percentual de nascidos vivos de mães de até 19 anos, com menos de 7 consultas de pré-natal	59,5	56,3	53,9 (2007)
Mortalidade proporcional na faixa etária de 10 a 19 anos	2,7	2,5	2,4 (2006)
Taxa de óbitos por causas externas na faixa etária de 10 a 19 anos (por 100 mil habitantes)	46,8	69,3	68,7 (2006)

Fonte: Datasus

O percentual de nascidos vivos de mães de até 19 anos com menos de 7 consultas pré-natais apresentou uma leve queda no último ano estudado (2007). Se comparadas às gestantes de todas as idades, as adolescentes têm tido menos consultas de pré-natal, principalmente no Norte e Nordeste do país, onde os percentuais se apresentam mais elevados, sendo 73,8% e 65,4%, respectivamente. A região Sul apresentou o melhor indicador, com 36,9%, e a maior redução (32%), comparada ao restante do país. Esses dados são preocupantes frente às considerações do Ministério da Saúde que recomenda a realização de, no mínimo, 7 consultas de pré-natal, conforme mencionado anteriormente. O acompanhamento das gestantes, quando realizado, permite identificar problemas como hipertensão, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue, assegurando o cuidado com a gestante e o bebê.

Percentual de nascidos vivos de mãe de até 19 anos, com menos de 7 consultas de pré-natal



Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc); Datasus

Nas últimas décadas, houve uma grande modificação nas causas básicas de morte no Brasil, resultado do processo de transição demográfica e epidemiológica em curso. Dentro do contexto da transição epidemiológica, os óbitos atribuídos às doenças infecciosas e parasitárias vêm perdendo a representatividade para um crescente aumento da mortalidade atribuída às causas externas.

A mortalidade, denominada por “causas externas”, segundo a OMS, engloba todos os tipos de acidentes, suicídios e homicídios e, atualmente, representa a segunda maior causa de mortes no Brasil, apenas abaixo dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório. A partir dos dados presentes na tabela “Indicadores Correlatos à Meta” (p. 35), é possível observar que a taxa de óbitos por causas externas na faixa etária de 10 a 19 anos sofreu uma elevação em níveis preocupantes, passando de 46,8 em 2000 para 68,7 em 2006, o que representa um crescimento percentual na ordem de 46,7%.

Segundo o Ministério da Saúde, as taxas elevadas de mortalidade estão associadas à maior prevalência de fatores de risco específicos para cada tipo de causa externa. Os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios correspondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas no Brasil. As taxas são consideravelmente mais altas na população de jovens, principalmente do sexo masculino.

Para promover a saúde da população de 10 a 19 anos, o governo tem desenvolvido programas e ampliado atendimentos. O **Programa Farmácia Popular do Brasil**, por exemplo, ampliou o acesso a medicamentos que tratam de doenças mais comuns por meio de farmácias populares e parcerias com farmácias privadas espalhadas por todo o Brasil. Já no sentido de promover a saúde bucal dos brasileiros, a fluoretação, inclusão de flúor na água de abastecimento público, foi outra ação desenvolvida pelo governo federal, beneficiando cerca de 500 mil pessoas em 2009, entre eles, crianças e adolescentes de 12 a 18 anos.

Outra iniciativa voltada à promoção da saúde bucal no país foi o **Programa Brasil Sorridente**, criado em 2004. O Programa melhorou significativamente os problemas de cáries em crianças de 5 a 11 anos. Contudo, a situação dos adolescentes (12 a 18 anos) ainda é um foco de atenção. Segundo o Ministério da Saúde, a situação do Brasil neste tema está entre as piores do mundo. A falta de dados mais atualizados dificulta as análises da atual condição bucal nesta faixa etária. O SB Brasil⁷ de 2003 foi o último estudo sobre o tema realizado no país e, ainda hoje, é o principal banco de orientações para a condução das ações do Brasil Sorridente.

Especificamente no que se refere às iniciativas de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, destaca-se a implantação dos **Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPS)** e dos serviços de referência para o atendimento dos transtornos relacionados ao consumo de drogas (CAPSad). Estes centros realizam acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, segundo o Ministério da Saúde.

RECOMENDAÇÕES

Ampliar os serviços de Atenção à Saúde da Criança, com foco na redução de óbitos por doença infecciosa ou parasitária e por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos;

Expandir o Programa de Saúde Bucal dando ênfase ao atendimento de adolescentes de 12 a 18 anos;

Estruturar uma atenção integral à saúde do adolescente de forma dinâmica e que responda às necessidades globais dessa população;

Criar condições para aprimorar um modelo de atenção mais eficaz, que permita a participação dos adolescentes na gestão e avaliação das políticas e serviços oferecidos;

Estruturar o sistema de atenção à saúde dos adolescentes, incentivando-os a fazer suas próprias escolhas, mediante as informações e orientações recebidas, priorizando o respeito à sua saúde e bem-estar.

⁷ O Saúde Bucal (SB) foi um levantamento em saúde bucal realizado no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em 2003.

Ampliação do acesso ao saneamento e à água potável de qualidade

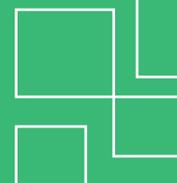
O acesso à água de qualidade e a serviços de saneamento básico influenciam as condições de vida das populações em geral, sobretudo das crianças e adolescentes. Nota-se que os indicadores de cobertura e de acesso a esses serviços apresentam estreita relação com as taxas de mortalidade na infância e com outros indicadores de morbidade nos primeiros anos de vida.

O saneamento ambiental é constituído por um conjunto de ações que visam proporcionar níveis crescentes de salubridade ambiental em determinado espaço geográfico, em benefício da população que o habita. Essas ações, se adequadamente implantadas, podem produzir uma série de efeitos positivos sobre o bem-estar e a saúde das populações. Mais do que isso, o saneamento ambiental adequado é considerado parte constituinte do modo saudável de viver e um dos direitos fundamentais dos cidadãos.

O nível de salubridade ambiental se relaciona à existência de condições higiênicas das moradias e do espaço público, envolvendo desde as instalações hidráulicas sanitárias domiciliares aos sistemas públicos de saneamento. Os sistemas de saneamento envolvem diversas soluções individuais e coletivas para o abastecimento de água, destino dos esgotos e dos resíduos sólidos e drenagem das águas pluviais. Esses sistemas devem ter qualidade e ser suficientes para a promoção da saúde pública e controle da poluição ambiental.

Assim como o saneamento básico, a qualidade da água é essencial para a saúde e bem-estar da população. Definida em 1992, na Declaração Universal dos Direitos da Água (ONU), como “patrimônio do planeta”, a água é condição essencial para a vida e a sobrevivência de todos os seres vivos e sua gestão impõe um equilíbrio entre a sua preservação e as necessidades de ordem econômica, sanitária e social.

Meta: reduzir em, no mínimo, um terço o número de lares que não possuem acesso a saneamento básico e água potável a preços acessíveis.



Indicadores da meta	Ano Base 2001	2005	2007	Dado mais recente	Meta 2010
Percentual da população sem acesso à água potável.	14,4	7,5	6,8	6,5 (2009)	9,6
Percentual da população sem acesso ao esgotamento sanitário adequado.	35,7	33,8	31,3	30,7 (2009)	23,8

Fonte: PNAD, 2002, 2006, 2008, 2010 - Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

O percentual da população sem acesso à água potável apresentou uma redução de 54,8%, de 2001 a 2009, cumprindo, assim, a meta de reduzir em um terço os lares sem essa condição, para 2010.

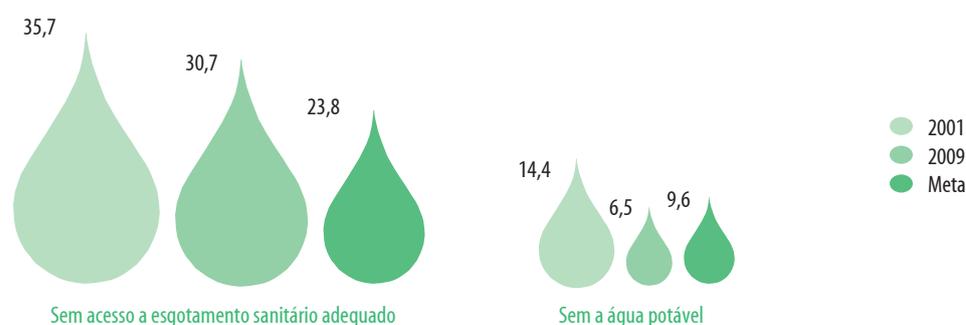
O **Programa Água na Escola** foi um dos esforços realizados pelo governo federal para a melhoria do acesso à água potável. O Programa, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde, tem o objetivo de implantar o abastecimento de água e instalações hidrossanitárias em escolas públicas rurais. A meta era atender, no período de 2007 a 2010, 889 escolas públicas rurais, beneficiando 62 mil alunos. No exercício de 2007, foram priorizadas 289 escolas, utilizando-se como critério, além do déficit sanitário, o Índice de Desenvolvimento da Educação (IDEB).

Por outro lado, o percentual da população sem acesso a saneamento básico adequado apresentou, entre 2001 e 2009, uma redução de apenas 14%. Embora este indicador apresente melhores condições em relação a 2007, quando se elaborou o segundo relatório da Rede, a meta proposta para 2010 não foi atingida.

O governo federal, em seu último relatório enviado à Rede de Monitoramento, em 2003, considerou a meta de universalização do acesso ao esgotamento sanitário muito ousada e difícil de ser atingida nos prazos estipulados pelo documento "Um mundo para as crianças". No entanto, entendemos que, com investimentos significativos na área, as metas definidas em 2002 poderiam ter sido alcançadas.

Entre as regiões, o Nordeste apresentou o melhor desempenho na ampliação do acesso a serviços de saneamento básico, passando de 34,8%, em 2001, para 7,5% de pessoas sem serviços de saneamento, em 2008 - cumprindo, assim, a meta proposta para 2010.

Acesso à água potável e a esgotamento sanitário adequado no Brasil



Fonte: PNAD, 2002, 2010 - Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

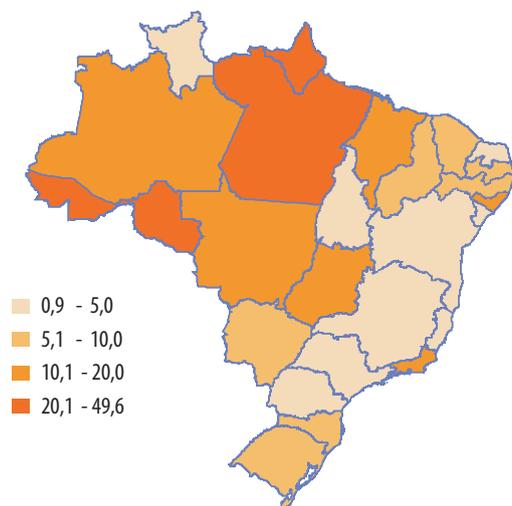
No entanto, as diferenças entre as regiões ainda precisam ser equalizadas. Enquanto menos de 10% da população da região Sudeste sofre com a falta de saneamento básico, na região Norte este percentual chega a 80%. É grave observar que, no estado de São Paulo, 6% não têm acesso a saneamento básico, ao passo que, nos estados de Rondônia e Amapá, esse mesmo número representa aqueles com acesso. (IBGE, 2009)

O **Plano de Aceleração do Crescimento (PAC)** e a nova **Lei do Saneamento** contribuirão significativamente para que houvesse uma evolução destes indicadores.

A Lei do Saneamento (nº 11.445/07) estabelece as diretrizes nacionais e política federal para o saneamento básico, a partir dos seguintes princípios: universalização do acesso; integralidade; abastecimento de água; esgotamento sanitário; limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de forma adequada à saúde pública e à proteção do meio ambiente. A lei também propõe a disponibilidade, em todas as áreas urbanas, de serviços de drenagem e de manejo das águas pluviais adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado, com adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais.

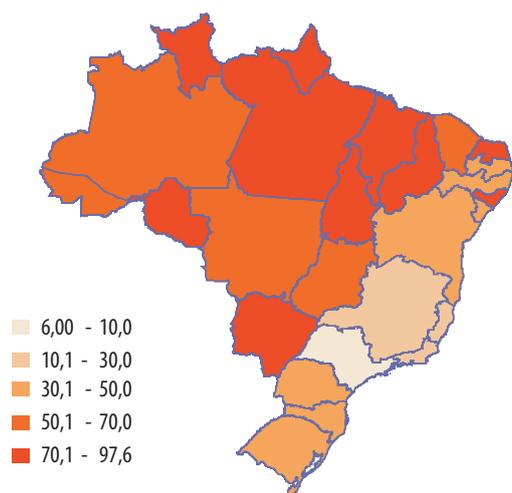
É vital que os investimentos na implantação de redes de água e esgoto e na melhoria da qualidade dos serviços prestados sejam permanentes. Não há dúvida que as ações de ampliação da oferta destes serviços garantem impactos significativos em termos de proteção ambiental e de promoção da saúde, além de outros benefícios voltados à melhoria da qualidade de vida da população em geral, principalmente de crianças e adolescentes.

Percentual da população sem acesso a água potável - 2009



Fonte: PNAD, 2010 - Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

Percentual da população sem acesso a esgotamento sanitário adequado - 2009



Fonte: PNAD, 2010 - Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

RECOMENDAÇÕES

Cumprir a meta de investimento em saneamento prevista no PAC (PPA 2008-2011): 7 milhões de famílias com abastecimento de água tratada, e 7,3 milhões de famílias com esgotamento sanitário adequado;

Incluir, nos programas de expansão de abastecimento de água tratada e de saneamento básico, os perímetros urbanos e rurais, com estratégias que promovam a integração do "território formal com o informal";

Desenvolver ações de articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate e erradicação da pobreza, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator determinante.



Educação

II - EIXO: ACESSO À EDUCAÇÃO DE QUALIDADE



■ ■ II - Eixo

Acesso à Educação de Qualidade

A educação possui um papel fundamental no processo de transformação e desenvolvimento dos povos e dos países. O documento “Um mundo para as crianças” reconhece a educação e o acesso a serviços gratuitos de qualidade como fatores essenciais para a redução da pobreza e para a promoção da democracia, da paz, da tolerância e do desenvolvimento. Neste sentido, a educação é uma estratégia importante para reduzir as desigualdades e promover a inclusão social. Logo, garantir sua qualidade, desde a primeira infância até a juventude, é fundamental e requer um amplo esforço público e da sociedade civil organizada para estabelecer uma realidade que reconheça o papel da educação no desenvolvimento humano e, sobretudo, para o crescimento e desenvolvimento efetivo dos países.

Para saber o quanto um governo investe em sua educação, em primeiro lugar, é necessário considerar qual é o desafio a se enfrentar para garantir o acesso e a qualidade da educação para todos. É necessário levar em consideração os valores e as tradições de uma determinada cultura, os conhecimentos científicos sobre como as crianças aprendem e se desenvolvem, assim como o contexto histórico, social e econômico no qual a escola se insere. Outro aspecto relevante é o reconhecimento e a valorização das diferenças étnico-raciais, de gênero, religião, cultura e aquelas relativas a pessoas com deficiência.

No Brasil, o desafio é enorme, tanto em relação ao acesso, quanto em relação à qualidade da educação. Em relação ao acesso, ainda existem milhões de crianças, adolescentes, jovens e adultos fora da educação infantil, do ensino fundamental, médio ou superior. Também estamos distantes de garantir o acesso à educação inclusiva (destinada às pessoas com deficiência), à educação de indígenas, quilombolas e de jovens e adultos, entre outras. Junto à questão de acesso, o Brasil tem o gigante desafio da qualidade. Pesquisas nacionais e internacionais revelam que



o país não garante uma educação que permita o desenvolvimento das potencialidades de crianças, adolescentes, jovens e adultos. Mais de 80% dos brasileiros ainda apresentam sérias dificuldades em relação à leitura, e cerca de 90% da população possui baixo desempenho em matemática e português, sem mencionar outros aspectos mais abrangentes da educação.

A educação deve se fundamentar, entre outras coisas, em valores sociais mais amplos, como a cidadania, o respeito ao próximo e ao meio ambiente, o desenvolvimento de uma cultura de paz e, principalmente, no respeito aos direitos humanos fundamentais, cuja formulação resultou de uma história de conquistas e de superação de situações de opressão em todo o mundo. No Brasil, tal marco foi reafirmado pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), este último voltado, especificamente, para crianças e adolescentes.

CONQUISTA DO DIREITO À EDUCAÇÃO

O Ministério da Educação é criado no Brasil em **1930**.

Na Constituição Federal de **1934**, a educação passa a ser um direito de todos, devendo ser garantida pela família e pelos poderes públicos.

Entre as **décadas de 30 e 40** registra-se a expansão dos ensinos primário e secundário.

O direito à educação é reconhecido internacionalmente em **1948**, pela Organização das Nações Unidas (ONU), na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A 1ª Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) é aprovada em **1961**.

A Constituição Federal de **1988** declara o direito à educação como um direito social no artigo 6º. Responsabiliza o Estado e a família pela sua garantia, trata do acesso e da qualidade, organiza o sistema educacional, vincula o financiamento, e distribui encargos e competências para os entes da federação.

Em **1990**, a Declaração Mundial de Educação para Todos reafirma que “toda pessoa tem direito à educação”, conforme referido na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Em **1996**, é criado o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), regularizando recursos para o ensino fundamental público (7 a 14 anos de idade).

Em **2001**, é sancionada a Lei nº 10.172, que estabelece o Plano Nacional de Educação (PNE). O PNE tem, entre seus objetivos, a melhoria da qualidade do ensino em todos os níveis.

Em **2006**, o Fundef é substituído pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), que passa a abranger não só o ensino fundamental, mas a educação infantil, o ensino médio e a educação de jovens e adultos.

O Ministério da Educação lança, em **2007**, o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), com o objetivo de melhorar a educação oferecida às crianças, adolescentes, jovens e adultos.



Expansão e melhoria da educação infantil

A educação infantil tem importância fundamental no desenvolvimento do ser humano, sobretudo, nos aspectos referentes à formação da personalidade e ao desenvolvimento da criatividade entre outros. Conforme presente na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a educação infantil se constitui como a etapa inicial da educação básica e tem como objetivo promover o desenvolvimento integral da criança até 6 anos de idade.

Uma diversificada prática educacional faz com que a criança desenvolva mais facilmente sua inteligência, linguagem e outras formas de expressão, inclusive habilidades sociais e afetivas, quando participa de ambientes de convivência com outras crianças sob a mediação de adultos especialmente formados para a tarefa. Esses ambientes são as creches, pré-escolas em geral e/ou centros de educação infantil, que devem estar comprometidos com uma proposta pedagógica que contenha objetivos claros em relação ao desenvolvimento e à aprendizagem, bem como a definição de procedimentos pedagógicos segundo as orientações das ciências e da prática educacional mais efetiva. Esse espaços devem concentrar não só profissionais qualificados, mas materiais didáticos adequados às diferentes faixas etárias.

Meta: ampliar e melhorar os cuidados e a educação integral na primeira infância para meninos e meninas, especialmente para os mais desfavorecidos, social e economicamente.

CONQUISTA DO DIREITO À EDUCAÇÃO INFANTIL

A Constituição Federal de **1988**, artigo 208, inciso IV, define que é papel do Estado, entre outras coisas, garantir o atendimento às crianças na educação infantil, em creche e pré-escola.

Em **1996**, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), artigo 29, refere-se à educação infantil como “a primeira etapa da educação básica, tendo como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade”.

Em **1998**, é criado o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (RCNEI), um documento que procura nortear o trabalho realizado com crianças de 0 a 6 anos de idade.

Em **2006**, o Fundef é substituído pelo Fundeb, contemplando a educação infantil.

Em **2007**, como parte do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), é criado o Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância).

Em **2009**, são lançados os indicadores da Qualidade da Educação Infantil.

Em **2010**, é lançado o Programa de Aceleração do Crescimento 2 (PAC 2), que prevê a construção de 1500 estabelecimentos de educação infantil, por ano, de 2011 a 2014.

O II Relatório da Rede de Monitoramento (2007) registrou que o documento “Um mundo para as crianças” propôs a ampliação e a melhoria dos cuidados da educação integral, mas não estabeleceu de forma objetiva os indicadores e as metas que o país deveria perseguir nos próximos anos. Assim, as organizações da Rede de Monitoramento Amiga da Criança, em acordo com o governo federal, optaram por estabelecer alguns indicadores e desafios para o acompanhamento desta meta. Um dos desafios propostos foi a expansão e a melhoria da educação infantil, com a ampliação da cobertura do atendimento às crianças de 0 a 6 anos de idade.

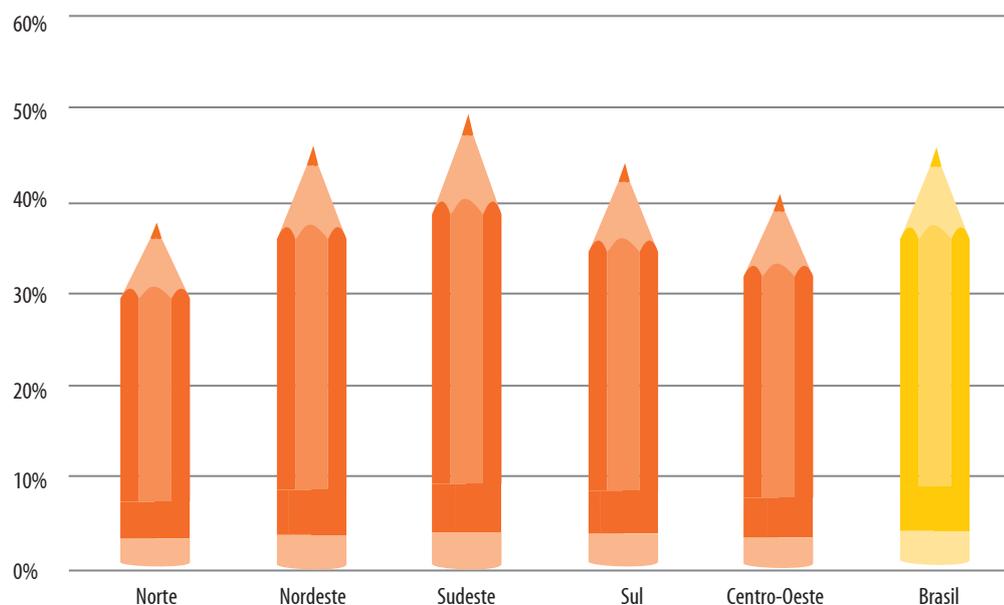
Indicadores correlatos à meta	Ano-base	2005	2007	Dado mais recente
Percentual de crianças de 0 a 6 que frequentam a escola	34,9 (2001)	40,3	44,5	45,8 (2008)
Razão entre matrícula pública / privada na educação infantil	2,7 (2000)	-	-	2,9 (2008)
Número de matrículas em creche	-	1.414.343	1.579.581	1.751.736(2008)
Número de matrículas na educação infantil	5.338.196 (2000)	7.205.013	6.509.868	6.719.261 (2008)

PNAD, 2001, 2002, 2006, 2008, 2009; IBGE e Censo Escolar 2000, 2005, 2007, 2008; INEP

O percentual de crianças de 0 a 6 anos que frequentam a escola foi o principal indicador selecionado para o acompanhamento da meta. Tomando como base os dados de 2001 (tabela acima), o aumento da frequência à escola na primeira infância fica evidente (31,2% entre o ano de 2001 a 2008). Porém, a meta de 65% de aumento da frequência até 2007, estabelecida no último Plano Presidente Amigo da Criança entregue pelo governo federal à Rede de Monitoramento Amiga da Criança, em 2005, não foi atingida. Vale lembrar que, na época, o governo federal - no próprio Plano Presidente Amigo da Criança -, já ressaltava que o investimento necessário para o alcance desta meta deveria vir dos governos municipais e estaduais, majoritariamente.



Percentual de crianças de 0 a 6 anos que frequentam a escola por Região - 2008



Fonte: PNAD, 2009; IBGE

A região Norte é a menos favorecida, tendo somente 37,8% das crianças da faixa etária de 0 a 6 anos frequentando a escola. A região Centro-Oeste e Sul apresentam 40,6% e 44,3%, respectivamente. Fica clara a iniquidade no acesso a essa etapa da educação, e evidente a necessidade de expansão e qualificação da rede da educação infantil em todo o país, para que as crianças de 0 a 6 tenham seu direito ao estudo garantido.

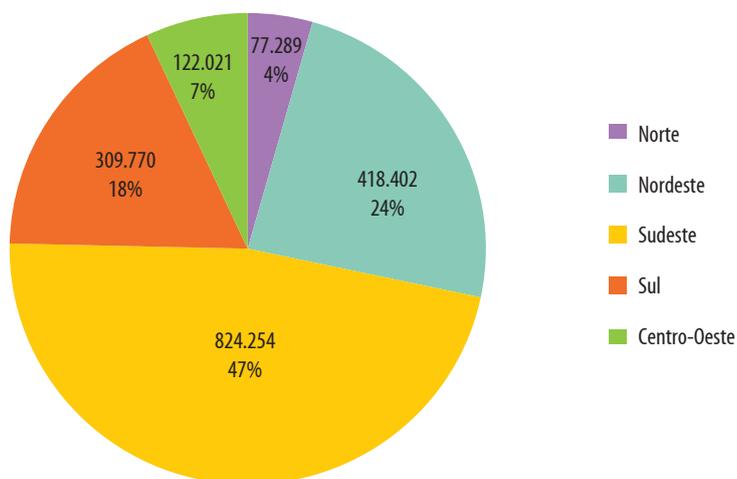
	2001	2002	2004	2005	2007	2008
Taxa de frequência à escola da população de 0 a 6 anos (%)	34,9	36,5	40,2	40,3	44,5	45,8
Taxa de frequência à escola da população de 0 a 3 anos (%)	10,6	11,7	13,4	13,0	17,1	18,1
Taxa de frequência à escola da população de 4 a 6 anos (%)	65,7	67,0	70,5	72,0	77,6	79,8

Fonte: PNAD, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008, 2009; IBGE

Para a faixa de 4 a 6 anos, a taxa de frequência à escola foi de 65,7%, registrado em 2001, para 79,8% em 2008, o que representou um aumento de 21,4% de frequência nesta faixa etária. Apesar da evolução deste indicador, a porcentagem ainda se encontra distante da meta de 100% para 2010, assumida pelo governo no Plano Presidente Amigo da Criança, em 2005. Em seu primeiro relatório, em 2004, a Rede de Monitoramento já alertava que a meta estabelecida era muito ambiciosa, posto que, em 2002, um terço das crianças dessa faixa etária estavam fora das escolas. Já em seu segundo relatório (2007), a Rede apontou novamente a questão, indicando que a meta, provavelmente, não seria cumprida.

Já o indicador “razão entre matrícula pública / privada” nos mostra que para cada criança matriculada na Educação Infantil na rede privada, duas ou três são matriculadas na rede pública. Esta relação tem permanecido estável desde 2000.

Distribuição Regional das Matrículas em Creches (2008)



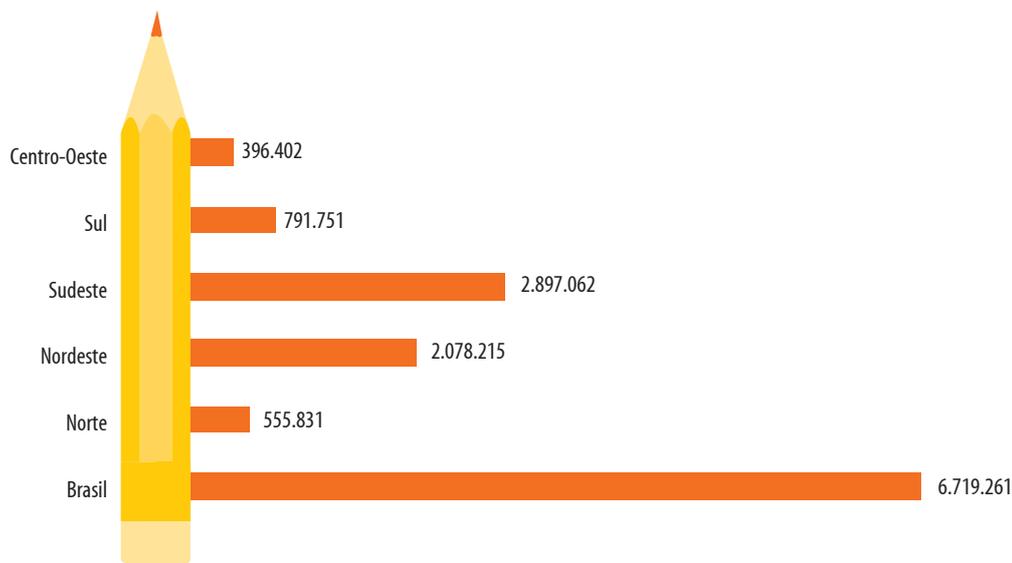
Fonte: Censo Escolar, 2008; INEP

Em relação ao número de matrículas em creches, houve no país um crescimento de 23,8% entre os anos de 2005 a 2008, conforme tabela “Indicadores correlatos à meta”. Destaca-se a região Sudeste como aquela com o maior percentual de crianças matriculadas em creche (47%), seguida pelas regiões Nordeste com 24%, Sul com 18% e Centro-Oeste com 7%. A região Norte apresenta o pior percentual: apenas 4% de crianças inseridas em creche. (INEP, 2005 a 2008)



A taxa de frequência escolar na faixa etária de 0 a 3 anos também é baixa, apesar de apontar um crescimento entre 2001 e 2008, passando de 10,6% para 18,1%. Ainda assim, tal evolução é considerada lenta em relação às metas estabelecidas pelo **Plano Nacional de Educação** (PNE 2001 - 2010), que estabelece a ampliação da oferta de educação infantil para atender, em cinco anos, 30% da população de até 3 anos de idade e 60% da população de 4 a 6 anos. Até o final da década, o plano determinou o alcance da meta de 50% das crianças de 0 a 3 anos e 80% das crianças de 4 e 5 anos na escola.

Número de Matrículas na Educação Infantil - 2008



Fonte: Censo Escolar, 2008; INEP

O número de matrículas na educação infantil cresceu em 25,8% no período de 2000 a 2008. A região que apresentou o maior número de matrículas, em 2008, foi a Sudeste, com 2.897.062, seguido pela região Nordeste, com 2.078.215.

LUTANDO PARA A PROMOÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A **Rede Nacional Primeira Infância**, formada por organizações da sociedade civil, do governo e do setor privado, entre outras redes e organizações multilaterais da área da infância, atua na promoção da primeira infância, fase fundamental para o desenvolvimento das estruturas física, psíquica e social de crianças de 0 a 6 anos de idade.

Em 2010, a Rede lançou uma petição online contra o Projeto de Lei 6755/2010, que busca tornar obrigatório o ensino fundamental para crianças de cinco anos de idade.

Ao lado desta Rede há programas e movimentos de organizações que atuam na promoção da primeira infância, tais como o **Programa a Primeira Infância Vem Primeiro**, da Fundação Abrinq – Save the Children, entre tantas outras.

Não resta dúvida que a educação infantil no Brasil registrou muitos avanços nesta gestão. A implementação do **Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb)**¹, em março de 2006, contribuiu diretamente para esta melhoria, pois apesar da importância crescente atribuída à educação infantil, antes dele não havia fontes específicas de financiamento para esta etapa da educação. O Fundeb, além de destinado à manutenção e ao desenvolvimento da educação básica no Brasil, também promove “remuneração condigna aos trabalhadores da educação”.

Neste sentido, o Programa de Aceleração do Crescimento 2 (PAC 2), lançado pelo governo federal em março de 2010, prevê a construção de 1.500 espaços de educação infantil entre 2011 a 2014. Também contemplado no PAC 2 está o **Programa Proinfância**, que possibilita a ampliação do acesso de crianças à educação infantil pública, por meio de recursos para construção e aquisição de equipamentos e mobiliário para creches e pré-escolas. Criado em 2007, o Proinfância estima atender 324 mil crianças, a um custo médio de 7,6 bilhões em 4 anos.

Cabe ressaltar, entretanto, que é fundamental a articulação entre o governo federal e os governos estaduais e municipais, para que se garantam tanto o acesso quanto a qualidade da educação infantil implementando programas como o **Proinfantil**², que capacita professores da educação infantil em todo o Brasil. A formação e a capacitação de professores para atuarem na educação básica, em geral, é um dos grandes desafios para garantir a qualidade do ensino, cujas competências a serem constituídas vinculam-se aos princípios já estabelecidos nas normas curriculares nacionais, tais como interdisciplinaridade, transversalidade, contextualização e integração de áreas por meio de projetos de ensino.

¹ *Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), criado pela Emenda Constitucional nº 53/2006, substitui o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef).*

² *Proinfantil é um curso em nível médio, a distância, com duração de 2 anos na modalidade “Normal”. Destina-se aos professores da educação infantil em exercício nas creches e pré-escolas das redes públicas, municipais e estaduais.*

RECOMENDAÇÕES

Expandir a oferta de vagas e a cobertura da educação infantil de qualidade, com prioridade para o atendimento às crianças de grupos tradicionalmente excluídos;

Investir na melhoria da gestão escolar, da qualidade do ensino e do fluxo escolar, bem como na valorização e qualificação dos profissionais da educação infantil;

Viabilizar recursos e estrutura para a formação continuada dos profissionais da educação infantil;

Ampliar o investimento no desenvolvimento de materiais didáticos relevantes ao contexto local, assegurando assim a valorização da diversidade existente no país;

Consolidar o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (RCNEI) como um instrumento que contribua para a criação de um padrão de qualidade da educação infantil no Brasil;

Garantir e efetivar os recursos do Fundeb para a ampliação e manutenção do desenvolvimento da educação infantil, contemplando, também, ações de remuneração condigna e valorização dos trabalhadores;

Consolidar o Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância), que compõe o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE/2007), para que possa garantir um patamar de qualidade aos serviços;

Consolidar os Indicadores da Qualidade da Educação Infantil, lançados em 2009, como um instrumento importante para monitorar e avaliar a qualidade do serviço prestado.



Ampliação da educação básica de qualidade

No Brasil, a questão do acesso à educação básica, no que se refere ao conjunto da educação infantil e ensino médio, está longe de sua equalização. O problema ainda reside nas altas taxas de repetência e na elevada proporção de adolescentes que abandonam a escola.

Entretanto, também se faz primordial a ampliação da educação básica de qualidade. A qualidade na educação requer um amplo esforço público e da sociedade civil organizada para estabelecer uma realidade onde se reconheça o papel da educação no desenvolvimento humano.

Os profissionais da área da educação devem estar bem preparados, o que exige não só conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais, como também compromisso, habilidades e instrumentos que vão além da dimensão pedagógica.

Além disso, requer a integração e articulação de vários campos do conhecimento e o trabalho em equipe de profissionais de diferentes áreas. Sobretudo, necessita do reconhecimento do importante papel, não só dos profissionais da educação, mas também, das famílias, da rede socioassistencial e, principalmente, de um olhar individualizado para cada criança e adolescente em seu processo de aprendizado e reconhecimento das suas potencialidades para o desenvolvimento pleno.

1GOL PELA EDUCAÇÃO

A educação para todos é um compromisso internacional assumido por 166 países e constituído por 6 metas. Por meio dela, os líderes mundiais se comprometeram a garantir a educação pública de qualidade para todas as crianças, jovens e adultos até 2015.

Inspirada na paixão pelo futebol, que atrai milhões de olhares para a Copa do Mundo de 2010 e a para a Copa de 2014, que será realizada no Brasil, a **Campanha 1GOL:** Todos pela Educação, quer chamar a atenção internacional para a necessidade de uma educação de qualidade em todos os países.

A Campanha recebe apoio de várias organizações, inclusive da Fundação Abrinq – Save the Children. Conheça e apoie a Campanha pelo site: www.marque1gol.org.br

Ao se tratar da educação com qualidade é importante conhecer os 4 pilares da educação definidos no Relatório da Comissão Internacional sobre a Educação no Século XXI, da Unesco.

Os 4 pilares da educação – UNESCO (1996)



APRENDER A SER:

Preparar-se para agir com autonomia, solidariedade e responsabilidade. Descobrir-se, reconhecendo suas forças e seus limites e buscando superá-los. Desenvolver a autoestima, o autoconceito, gerando autoconfiança e autodeterminação. Construir um projeto de vida que leve em conta o bem-estar pessoal e da comunidade.



APRENDER A CONVIVER:

Ter a capacidade de se comunicar, de interagir, não agredir, decidir em grupo, cuidar de si, do outro e do lugar em que se vive. Valorizar o saber social. Compreender o outro e a interdependência entre todos os seres humanos. Participar e cooperar. Valorizar as diferenças, gerir conflitos e manter a paz.



APRENDER A FAZER:

Aprender a praticar os conhecimentos adquiridos. Habilitar-se a ingressar no mundo do trabalho moderno e competitivo, tendo como foco a formação técnica e profissional, o comportamento social, a aptidão para o trabalho em equipe e a capacidade de tomar iniciativa.



APRENDER A APRENDER:

Dominar a leitura, a escrita, a expressão oral, o cálculo e a solução de problemas. Despertar a curiosidade intelectual, o sentido crítico, a compreensão do real e a capacidade de discernir. Construir as bases que permitirão ao indivíduo continuar aprendendo ao longo de toda a vida.

Meta 1: reduzir em 50% o número de crianças em idade escolar que não estão matriculadas e aumentar para, pelo menos, 90% a taxa líquida da matrícula no ensino fundamental ou a participação em programas complementares de boa qualidade até o ano de 2010.

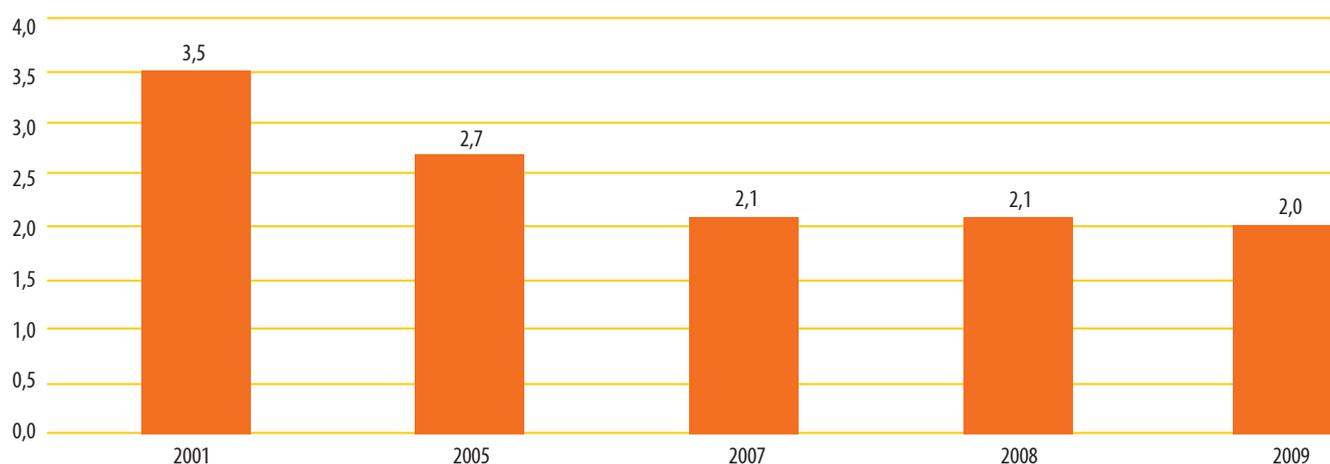


Indicadores da meta	Ano-base	2005	2007	Dado mais recente	Meta para 2010
Taxa de frequência líquida de crianças de 7 a 14 anos no ensino fundamental	87,4 (2000)	94,4	94,6	94,9 (2008)	98,2
Percentual de crianças de 7 a 14 anos que estão fora da escola	3,5 (2001)	2,7	2,1	2,0 (2009)	1,8
Taxa de escolarização líquida de 7 a 14 anos no ensino fundamental	93,4 (2001)	-	97,6	98,0 (2009)	90,0

Fonte: PNAD, 2001, 2006, 2008, 2009, 2010 - Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

Observa-se que, a taxa de frequência líquida de crianças de 7 a 14 anos no ensino fundamental, registrou crescimento de 8,58% nos últimos anos analisados. Já o percentual de crianças fora da escola baixou de 3,5 em 2001, para 2,1, em 2007, porém, se manteve estável entre 2007 e 2009 (2,0).

Percentual de crianças de 7 a 14 anos que estão fora da escola



Fonte: PNAD, 2002, 2006, 2008, 2009, 2010 - Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

A garantia da universalização do acesso ao ensino fundamental é um desafio complexo, principalmente, por estar relacionado à superação de problemas estruturais dos sistemas de ensino. Neste sentido, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) determinou a ampliação do ensino fundamental para 9 anos³, no intuito de evitar um ingresso tardio nesta etapa da educação, principalmente de crianças de classe econômica baixa. Esta normativa também proporciona que as crianças tenham uma aprendizagem mais ampla, com a aplicação de métodos mais eficazes, e que tenham também um melhor desenvolvimento educacional. O Brasil era um dos poucos países cujo ensino obrigatório era de apenas 8 anos. Porém, nem todos os municípios brasileiros se adequaram ao novo modelo, que tinha prazo previsto para implementação até 2010.

Outra grande questão que se relaciona à garantia da universalização do acesso ao ensino fundamental é a inclusão dos grupos tradicionalmente excluídos da educação formal (indígenas, quilombolas, entre outros), como já apontava a Rede em seu relatório de 2007. As crianças e adolescentes com deficiência também necessitam de um olhar especial em relação ao seu acesso ao ensino fundamental, como veremos na análise do tema “Promoção da Educação Especial”. Os recursos direcionados ao ensino fundamental, voltados às populações indígenas, crianças residentes em comunidades quilombolas e crianças e adolescentes com deficiência, não são suficientes para suprir as demandas deste público.

As desigualdades regionais existentes no país também ajudam a explicar a iniquidade de acesso ao ensino fundamental para as crianças. A realidade brasileira tem mostrado que, quanto mais ao norte do país, mais elevado tende a ser o percentual de crianças que não frequentam a escola. Por consequência, maiores devem ser os recursos investidos pelo poder público visando o enfrentamento deste problema.

Indicadores correlatos à meta	Ano-base	2005	2007	Dado mais recente
Taxa de frequência bruta de crianças de 7 a 14 anos de idade na escola	93,4 (2001)	97,3	97,6	97,9 (2008)
Taxa média esperada de conclusão no ensino fundamental	59,3 (2000)	53,5	-	53,8 (2006)
Percentual de crianças de 7 a 14 anos de idade que não sabem ler nem escrever	-	-	8,4	7,4 (2008)
Taxa de frequência líquida dos adolescentes de 15 a 17 anos no ensino médio	-	45,3	48,0	50,4 (2008)
Percentual da população jovem (18 a 24 anos) com 11 ou mais séries concluídas	33,2 (2001)	-	-	36,8 (2008)

Fonte: Censo Escolar, 2008; INEP e PNAD, 2006, 2008, 2009; IBGE

Tomando como base os dados de 2001, é possível observar que a frequência escolar se elevou na faixa etária de 7 a 14 anos, de 93,4 em 2001, para 97,9 em 2008, proporcionando um aumento de quase 5% da frequência nesta faixa etária.

³ Lei nº 10.172/2001 – Plano Nacional de Educação – meta nº 2



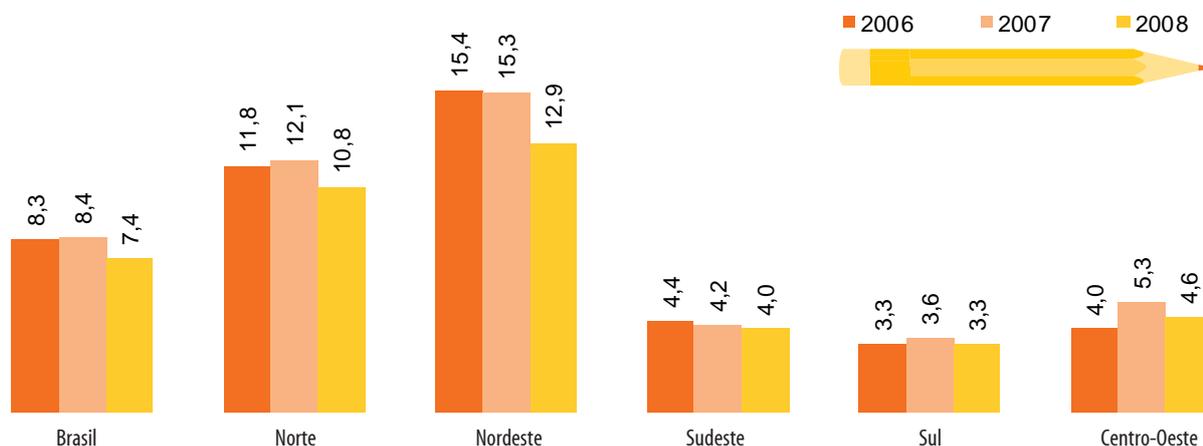
A taxa média esperada de conclusão do ensino fundamental teve queda de 9,3% em 6 anos, tornando a meta da universalização do ensino médio mais distante de ser alcançada. Esta queda ocorreu, em partes, pelas mudanças na pirâmide etária⁴, mas também devido aos altíssimos índices de repetência e evasão.

Já a taxa de frequência líquida dos adolescentes de 15 a 17 anos, apesar de crescer 11,2% no período de 2005 a 2008, ainda representa um valor significativamente alto: 50,4 (2008). Na região Nordeste, pouco mais de um terço dos adolescentes nesta idade frequentam a escola, enquanto que, no estado de São Paulo, a cobertura se aproxima a 70%.

No que se refere ao percentual de jovens entre 18 e 24 anos com 11 ou mais séries concluídas, o crescimento foi de 10,8% entre os anos de 2001 e 2008. Mas apenas 1 a cada 3 jovens nesta idade consegue terminar o ensino médio. A região que apresenta um maior crescimento em relação a este indicador é a Nordeste, seguida da região Norte.

O percentual de crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade que não sabem ler nem escrever apresentou uma redução de 10,8% no período compreendido entre 2006 a 2008. Porém, ainda existem 7,4% de crianças que estão nestas condições. Para efeito de comparação, pode-se verificar que, na região Nordeste, o percentual de crianças nestas condições (12,9%) é quase quatro vezes maior do que aquele apresentado pela região Sul (3,3%).

Percentual de crianças de 7 a 14 anos de idade que não sabem ler nem escrever



Fonte: PNAD, 2007, 2008, 2009; IBGE

Apesar do Estado brasileiro prever a igualdade de direitos e oportunidades entre a sua população, dados do IBGE (2008) mostram que os brasileiros brancos tinham em média quase 2 anos a mais de escolaridade do que os negros. No que diz respeito à média de anos de estudo da população de 15 anos ou mais, as pessoas de cor branca apresentavam quase 2 anos a mais de estudos (8,3 anos) em relação à população negra (6,7 anos).

⁴ Nos últimos anos, no Brasil, a população de crianças e jovens vem reduzindo e a população adulta e idosa aumentando. Isto está associado à queda continuada dos níveis de fecundidade e ao aumento da esperança de vida.

Em março de 2003, a Lei nº 10.639/03-MEC alterou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e estabeleceu as diretrizes curriculares para a implementação da educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira e africana nas escolas, visando resgatar historicamente a contribuição dos negros na construção e formação da sociedade brasileira. Em 2004, o Ministério da Educação elaborou o Plano Nacional de Implementação das Diretrizes Curriculares da Educação das Relações Étnico-Raciais, com o objetivo de acelerar a implementação da Lei em todo o território nacional. A instituição de programa de distribuição de bolsas de iniciação científica para alunos foi outra medida adotada para a promoção da igualdade racial no país, por meio do acesso à educação.

Porém, apesar da adoção destas medidas, a desigualdade não só no acesso, mas também na escolarização entre brancos e negros, na educação, ainda se faz presente e, por isso, requer um olhar mais cuidadoso por parte do governo, além da implementação de um maior número de políticas focadas a este público, para que o atual quadro se reverta.

AVANÇOS

O estabelecimento do Plano Nacional de Educação (PNE 2001/2010), que definiu a ampliação e a garantia crescente de vagas na educação.

A incorporação das creches aos sistemas de ensino trouxe maior preocupação com a formação dos profissionais e com a programação pedagógica.

A conquista do Fundeb, que passa a promover a distribuição dos recursos com base no número de alunos da educação básica pública.

A criação do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) e do Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância), que trouxe melhorias para a infraestrutura de creches e pré-escolas.

A definição dos Indicadores da Qualidade da Educação Infantil (2009), buscando a garantia de um atendimento de boa qualidade.

A aprovação da Resolução 8/2010, que normatiza os padrões mínimos de qualidade da educação básica nacional de acordo com o CAQi - Custo Aluno-Qualidade Inicial.

Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica, com o objetivo de formar, nos próximos 5 anos, 400 mil professores sem habilitação.

DESAFIOS

Enfrentar o forte desequilíbrio entre a oferta e a demanda por serviços de educação infantil, especialmente em creches.

Criar um sistema de mediação da demanda existente para a educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, entre outros.

Estabelecer um padrão de qualidade para educação, incluindo materiais, infraestrutura, equipamentos, recursos pedagógicos e práticas educacionais.

Ampliar os programas de formação inicial e continuada dos profissionais de educação.

Criar um sistema de monitoramento e avaliação para a educação básica.



No registro dos avanços da trajetória para alcançar uma educação de qualidade, é importante que se fale do **Plano Nacional de Educação (PNE 2001/2010)**, considerado, sem dúvida, um avanço na condução da educação no Brasil, por apresentar diretrizes e metas a serem alcançadas em longo prazo. O PNE, por ser decenal, possibilita medir resultados de forma mais eficaz, evidenciar pontos frágeis e redimensionar metas e estratégias, quando necessário.

Nessa linha, o Ministério da Educação lançou, em 2007, o **Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE)**, com o objetivo de melhorar substancialmente a educação oferecida às crianças, aos jovens e aos adultos. A partir do seu lançamento, toda a assistência técnica dada aos municípios, estados e Distrito Federal estão vinculadas à adesão destes entes ao **Plano de Ações Articuladas – PAR**. O Plano é um instrumento que busca organizar a atuação dos entes federados no que se refere à política de educação no país. Deve ser realizado ao longo de quatro anos, conforme orientações do MEC, que oferece também um roteiro de ações com pontuação de um a quatro; quanto menor a pontuação, maior é a prioridade daquele município. Todos os 5.565 municípios aderiram ao Compromisso do PAR.

Já o **Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação**, instituído pelo Decreto nº 6.094, de 2007, e implementado em parceria com municípios, Distrito Federal e estados, estabelece uma gama de programas e ações para a melhoria da educação básica. Tais iniciativas estão voltadas à avaliação, financiamento, planejamento e formação de profissionais da educação, à alfabetização de jovens e adultos, e à garantia de permanência na escola de crianças com necessidades especiais, entre outros temas.

Em 2009, foram implantados, também, os **Indicadores da Qualidade da Educação Infantil**, por meio do Ministério da Educação. Estes indicadores propõem sete dimensões de qualidade para a educação infantil: planejamento institucional; multiplicidade de experiências e linguagens (formas de a criança conhecer e experimentar o mundo e se expressar); interações (espaço coletivo de convivência e respeito); promoção da saúde; qualidade e condições dos espaços, materiais e mobiliários; formação e condições de trabalho de professores e demais profissionais; cooperação e troca com as famílias; e participação na rede de proteção social. (Ministério da Educação, 2009)

PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

De 28 de março a 1º de abril de 2010, em Brasília, foi realizada a Conferência Nacional de Educação (Conae). O encontro deliberou as diretrizes que darão origem ao próximo Plano Nacional de Educação (PNE), documento que organiza prioridades e propõe metas a serem alcançadas pela educação nos próximos 10 anos.

PLANOS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO

Apesar dos planos serem considerados essenciais para efetivar e acompanhar as políticas na área da educação, quase metade dos municípios brasileiros ainda não possuem plano. Segundo a Pesquisa de Informações Básicas Municipais do IBGE, das 5.565 localidades, aproximadamente 2.500 (44%) não apresentam um conjunto de metas educacionais a serem cumpridas.

Mais recentemente, em 5 de maio de 2010, houve, ainda, a aprovação da Resolução 08/2010 pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Esta resolução normatiza os padrões mínimos de qualidade da educação básica nacional de acordo com o **Custo Aluno-Qualidade Inicial (CAQi)**.

O CAQi foi definido a partir do resultado de um estudo sobre o financiamento da educação no Brasil, realizado pela “Campanha Nacional pelo Direito à Educação” desde 2002. Na Resolução 08/2010, foram considerados os insumos para uma remuneração digna dos profissionais da educação, o número adequado de alunos por turma, os equipamentos e materiais didáticos necessários, entre outros aspectos. Considerando todos estes fatores, o CAQi aponta quanto deveria ser investido por aluno em cada etapa da educação básica, para que o Brasil possa oferecer uma educação com mais qualidade.

Em seu primeiro relatório, em 2004, a Rede de Monitoramento Amiga da Criança afirmou que: “Em quase todos os indicadores educacionais do país, as meninas apareciam com pequenas vantagens sobre os meninos, sendo que, no ensino médio, essa vantagem se tornava bastante significativa. Isso explica a opção por priorizar, nas análises da meta, os indicadores para o ensino médio levando em consideração as questões de gênero” (Rede de Monitoramento Amiga da Criança, 2004, p.83).

Hoje, o acesso de meninas e meninos ao ensino fundamental tem permanecido equitativo. Porém, no ensino médio, segundo dados de 2010 do Ministério da Educação, para cada 10 homens que frequentam a escola, há 17 mulheres.

Em 2008, na área urbana, a média de escolaridade das mulheres inseridas no mercado de trabalho foi de 9,2 anos de estudos, enquanto que, para os homens, foi de 8,2. Na área rural, a média de anos de estudo, apesar de apresentar patamares mais baixos, também é favorável às mulheres (5,2 para 4,4 dos homens). No entanto, mesmo tendo maior escolarização, as mulheres ainda estão em desvantagem no mercado de trabalho. (IBGE, 2009)

Chama-se a atenção para a necessidade de pesquisas que gerem conhecimento sobre as principais causas da desvantagem escolar dos meninos em relação às meninas. É necessário, também, levar esta discussão para professores e comunidades escolares, como forma de melhor desenhar as estratégias de intervenção.

Meta 2: eliminar as disparidades entre os sexos nos ensinos fundamental e médio, para se alcançar a igualdade entre os gêneros na educação até 2015, centrando atenção especial para que as meninas, em igualdade de condições, tenham pleno acesso a uma educação de boa qualidade e possam aproveitá-la plenamente.



O direito à educação é, também, o direito à compreensão de conteúdos por meio de processos educacionais qualificados. Uma educação de qualidade compreende uma aquisição de conhecimentos compatíveis a cada etapa da educação, aliada a processos formativos e de emancipação do indivíduo.

Meta 3: melhorar todos os aspectos da qualidade da educação, para que as crianças e os adolescentes adquiram conhecimentos mensuráveis e comprováveis, especialmente, no aprendizado da matemática, da leitura e da escrita, além de conhecimentos que os preparem para a vida.

Indicadores da meta	2001	2005	Dado mais recente
Proficiência dos alunos de 4º série (5º ano) do ensino fundamental em matemática	176,3	182,4	193,4 (2007)
Proficiência dos alunos de 4º série (5º ano) do ensino fundamental em língua portuguesa	165,1	172,3	175,8 (2007)
Proficiência dos alunos de 8º série (9º ano) do ensino fundamental em matemática	243,4	239,5	247,4 (2007)
Proficiência dos alunos de 8º série (9º ano) do ensino fundamental em língua portuguesa	235,2	231,8	234,6 (2007)

Fonte: Prova Brasil - Saeb, IDEB 2007; INEP

A proficiência dos alunos da 4ª série (5º ano) do ensino fundamental em matemática apresentou uma melhora de 9,7% entre os anos de 2001 e 2007. Em língua portuguesa, a melhora foi de 6,5% no mesmo período.

Já quando avaliada a proficiência dos alunos da 8ª série (9º ano) do ensino fundamental, em matemática, observa-se uma pequena melhora (2%), ao contrário da avaliação em língua portuguesa que, no período de 2001 a 2007, apresentou um decréscimo de 0,2%.

Projeções do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) no Brasil (2005, 2007 e 2009)

	Anos Iniciais do Ensino Fundamental*						Anos Finais do Ensino Fundamental*						Ensino Médio					
	IDEB Observado			Metas			IDEB Observado			Metas			IDEB Observado			Metas		
	2005	2007	2009	2007	2009	2021	2005	2007	2009	2007	2009	2021	2005	2007	2009	2007	2009	2021
TOTAL	3,8	4,2	4,6	3,9	4,2	6,0	3,5	3,8	4,0	3,5	3,7	5,5	3,4	3,5	3,6	3,4	3,5	5,2
	Dependência Administrativa																	
Pública	3,6	4,0	4,4	3,6	4,0	5,8	3,2	3,5	3,7	3,3	3,4	5,2	3,1	3,2	3,4	3,1	3,2	4,9
Estadual	3,9	4,3	4,9	4,0	4,3	6,1	3,3	3,6	3,8	3,3	3,5	5,3	3,0	3,2	3,4	3,1	3,2	4,9
Municipal	3,4	4,0	4,4	3,5	3,8	5,7	3,1	3,4	3,6	3,1	3,3	5,1	2,9	3,2	-	3,0	3,1	4,8
Privada	5,9	6,0	6,4	6,0	6,3	7,5	5,8	5,8	5,9	5,8	6,0	7,3	5,6	5,6	5,6	5,6	5,7	7,0

Fontes: Prova Brasil - Saeb, IDEB 2007; INEP apud Ministério da Educação

* Os anos iniciais do ensino fundamental são do 1º ao 5º ano. Já os anos finais do ensino fundamental têm início no 6º ano e se encerra no 9º ano.

O **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)** avalia a qualidade do ensino, por meio da combinação da taxa de reprovação e dos resultados dos alunos na Prova Brasil, gerando uma nota com variação de 0 a 10. O MEC “adotou” a média de 6,0 como objetivo mínimo a ser atingido pelas escolas de todo o país até 2021. Apesar de constatar uma melhora na qualidade do ensino no país entre os anos de 2005 e 2009, apenas 5,7% das escolas públicas do ensino fundamental já conseguiram alcançar tal objetivo.

O IDEB também constatou que, das cidades mais bem colocadas, 90% têm menos de 100 mil habitantes, e que a média tirada pelos alunos de escolas privadas é até 50% maior que aquela obtida pelos alunos do ensino público.

Em relação à situação dos estados, o IDEB de 2009 mostrou que Minas Gerais e o Distrito Federal obtiveram melhor colocação nas séries iniciais, com média 5,6, seguidos por São Paulo, com 5,5. Os estados do Pará e Alagoas ficaram com as piores médias, 3,6 e 3,7, respectivamente. Já para as séries finais do ensino fundamental, os estados de Santa Catarina e São Paulo ficaram em primeiro, com média 4,5, seguido pelo Distrito Federal, com 4,4. A pior média veio dos estados de Alagoas, com 2,9, e Bahia, com 3,1.

Outros meios de avaliação da educação utilizados pelo governo federal são a **Prova Brasil** e a **Provinha Brasil**. A primeira é aplicada entre os alunos da 4ª e 8ª séries (5º e 9º anos) do ensino fundamental a cada 2 anos. Em 2007, a Prova Brasil foi realizada por 4.108.270 de alunos, avaliando, desta maneira, 48.730 escolas públicas urbanas. Em 2009, segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos e Desenvolvimento do Milênio (IPEA 2010), foram incluídas na Prova Brasil os alunos de 4ª série do ensino fundamental das escolas de zona rural, as quais, somadas às escolas públicas urbanas, totalizaram 6 milhões de alunos avaliados em todo o Brasil.

Já a Provinha Brasil, avaliação diagnóstica aplicada aos alunos do segundo ano do ensino fundamental, identifica as habilidades e as deficiências dos estudantes, influenciando positivamente no processo de alfabetização.



Formação dos professores e alunos

Para melhorar a qualidade na educação, o governo federal tem investido na formação dos profissionais e na implementação de ações voltadas para a melhoria do currículo. Em 2009, foi instituído o **Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica**, com o objetivo de formar, nos próximos 5 anos, 400 mil professores sem habilitação. Para 2010, estão previstas 180 mil novas vagas. Também nasceu o **Programa Universidade Aberta do Brasil (UAB)**, estabelecendo “interlocução” entre a educação superior e básica, com foco em ferramentas de educação à distância.

O governo também tem investido verbas em livros didáticos por meio dos **Programas do Livro**⁵, além de tornar as bibliotecas obrigatórias em todas as escolas do país.

Porém, os esforços para construir uma educação de qualidade não requerem apenas o investimento em programas. Exigem, também, a articulação e a mobilização em rede dos diversos níveis dos entes federativos, dos três poderes e dos vários segmentos da sociedade civil organizada, além da participação ativa dos principais protagonistas: profissionais da educação, educandos e seus familiares. Neste sentido, recomenda-se que os esforços governamentais para a melhoria da educação estejam associados a ações de incentivo à participação dos pais e da comunidade no universo escolar, assim como na capacitação dos educadores para o aprimoramento da relação professor-aluno. Também é necessário que o governo procure incentivar o desenvolvimento de materiais relevantes para o contexto local, assegurando que os mesmos contemplem e valorizem a diversidade existente no país.

⁵ Nos *Programas do Livro*, as obras são distribuídas, gratuitamente, aos alunos de todas as séries da educação básica da rede pública e para matriculados em classes do Programa Brasil Alfabetizado.

RECOMENDAÇÕES

Garantir, por meio de ações de orientação e de monitoramento, que todos os municípios brasileiros estruturem o Ensino Fundamental de 9 anos;

Definir políticas que garantam a ampliação do acesso ao ensino público, sobretudo de grupos tradicionalmente excluídos;

Priorizar e viabilizar o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), que tem como um de seus principais desafios a melhoria substancial do desempenho da educação básica, nas redes públicas de ensino;

Aprimorar o uso dos resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), de maneira que se tornem indicadores de monitoramento da evolução de desempenho do sistema educacional brasileiro;

Investir na melhoria da gestão escolar, na qualidade do ensino e no fluxo escolar, bem como na valorização e qualificação dos profissionais do ensino fundamental e ensino médio;

Intensificar o sistema de financiamento da educação básica, por meio do Fundeb e outros fundos;

Mobilizar e empreender resultados de melhoria da educação básica por meio da conjugação de esforços das três esferas de governo, das famílias e da comunidade em geral.

Promoção da educação especial

Em 1994, a Declaração de Salamanca⁶ proclamou que alunos com necessidades educacionais especiais deveriam ter acesso à escola regular, tendo como princípio orientador a acomodação de todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais e linguísticas. Assim, as escolas regulares foram orientadas a estabelecer os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias, tornando-se, assim, mais inclusivas.

Desde a Constituição Federal de 1988, a educação está fundamentada na igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, visando promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A Constituição também prevê o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino, o que é reforçado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

A educação especial inclusiva pressupõe novas relações pedagógicas centradas nos modos de aprender das crianças e jovens especiais, e em relações sociais que valorizam a diversidade em todas as atividades, espaços, formas de convivência e trabalho.

⁶ A Declaração de Salamanca é uma resolução que apresenta os procedimentos padrões das Nações Unidas para a equalização de oportunidades para pessoas portadoras de deficiências. É considerada, mundialmente, um dos mais importantes documentos para a inclusão social.

A CONQUISTA DO DIREITO À EDUCAÇÃO ESPECIAL INCLUSIVA

Em **1945**, no Brasil, a Sociedade Pestalozzi dá início à educação especial.

Em **1948**, é publicada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU).

Em **1954**, a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) inicia suas atividades no Brasil.

A partir de **1957**, o governo federal lança campanhas voltadas, especificamente, para a criação de escolas com o objetivo de oferecer educação especial.

Na **década de 70**, os países desenvolvidos iniciam amplas discussões e questionamentos sobre a integração das pessoas com deficiência intelectual na sociedade. Ao mesmo tempo, no Brasil, é criado o Centro Nacional de Educação Especial (Cenesp), em 1973, institucionalizando a educação especial em termos de planejamento de políticas públicas.

Em **1975**, a ONU publica a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes.

A Constituição Federal de **1988**, em seu artigo 208, estabelece a integração escolar como preceito constitucional, preconizando o atendimento aos indivíduos que apresentam deficiência, preferencialmente, na rede regular de ensino.

Em **1993**, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) institui o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) para a pessoa com deficiência.

Em **1994**, é publicada a Declaração de Salamanca - Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais.

Em **1996**, a LDB expressa em seu conteúdo alguns avanços significativos na educação especial inclusiva, entre eles a extensão da oferta desta modalidade de ensino na faixa etária de 0 a 6 anos.

Em **2006**, a ONU realiza a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Em **2008**, o Brasil lança a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.



O II Relatório de Monitoramento da Rede (2007) registrou que “as metas do documento Um mundo para as crianças enfatizam a necessidade de que os programas de educação básica sejam acessíveis para as crianças com necessidades especiais de aprendizagem e também para aquelas com várias formas de incapacidades, defendendo a proposta de que as iniciativas educacionais reflitam a preocupação com a promoção e a proteção dos direitos humanos, os valores da paz, da tolerância e da igualdade entre gêneros”. (Rede de Monitoramento Amiga da Criança, 2007, p. 53)

Meta: assegurar que as necessidades de aprendizagem de todas as crianças e adolescentes, inclusive daqueles com deficiência, sejam alcançadas mediante seu acesso a programas apropriados de ensino básico e a conhecimentos que os preparem para a vida.

Indicadores correlatos à meta	2005	2007	Dado mais recente
Número de matrículas de alunos com deficiência em classes comuns do ensino regular e/ou educação de jovens e adultos	378.074	348.470	375.775 (2008)
Número de matrículas de alunos com deficiência em escolas exclusivamente especializadas e/ou em classes especiais do ensino regular e/ou educação de jovens e adultos	262.243	306.136	319.924 (2008)
Número de alunos (frequência) da educação especial em escolas exclusivamente especializadas e/ou em classes especiais	-	341.781	315.553 (2008)
Número de alunos (frequência) da educação especial em classes comuns do ensino regular e/ou da educação de jovens e adultos	-	304.882	374.537 (2008)

Fonte: Censo Escolar, 2008; INEP

Houve uma queda de 7,6% na frequência dos alunos com deficiência em escolas exclusivamente especializadas, e um crescimento de 22,8% na frequência deste público em classes comuns do ensino regular e/ou educação de jovens e adultos. Porém, a partir do somatório do número de matrículas nos dois “tipos” de classes (considerando o ano de 2008), é possível constatar que 54% dos alunos deficientes ainda estudam em escolas especializadas e/ou em classes especiais.

O **Programa Benefício de Prestação Continuada na Escola (BPC)** foi criado pelo governo federal para promover ações que visem garantir o acesso e permanência na escola de crianças e adolescentes com deficiência. Em 2008, o programa identificou que, entre os 340.536 beneficiários do BCP com até 18 anos, apenas 1/3 estava matriculado nas escolas. Com base neste dado, foi criado o **Questionário de Identificação de Barreiras para o Acesso e a Permanência na Escola**, aplicado nos municípios durante o ano de 2009. Com o diagnóstico finalizado, será possível traçar diretrizes para que se garanta o acesso e a permanência dos deficientes à escola. (IPEA, 2010)

Além do acesso às classes comuns, outro aspecto importante a ser assegurado é a qualidade do atendimento oferecido a esse público. A falta de preparo do professor e/ou a falta de atendimento educacional especializado criam obstáculos ao progresso dos alunos. Nesse sentido, é necessário que o governo volte seus esforços à capacitação de recursos humanos. Os professores devem estar aptos a receber e estimular a criança sem preconceito, buscando sua atenção com foco na dinâmica escolar.

A pessoa com deficiência também necessita e tem direito ao convívio educacional, que favorece o aprendizado e reforça o conceito de igualdade. Em outras palavras, a escola é um ambiente favorável ao desenvolvimento, pois o contato com outras crianças estimula o aprendizado.

Apesar de sabermos que o alcance da meta relacionada a este tema encontra-se associada ao compromisso dos governos municipais, posto ser de sua responsabilidade a gestão da Educação Infantil e Ensino Fundamental, deve-se considerar a necessidade de infraestrutura mínima adequada aos alunos, equipamentos e materiais didáticos adequados, funções que cabem à colaboração da União e dos Estados. Cabe ainda ao governo federal, o incentivo aos estados e municípios para que os investimentos neste segmento sejam concretizados.

Outro desafio a ser enfrentado é a necessidade de inclusão, no currículo escolar, de temas sociais contemporâneos, que preparem os alunos “para a vida”, efetivando as abordagens já existentes nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). São temas relacionados aos direitos humanos, à educação ambiental e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

É preciso também eliminar as barreiras existentes no campo da educação, trabalhando conjuntamente com as áreas de cultura, esporte e lazer, dentro e fora do horário letivo, e incentivando a participação dos alunos e de toda a comunidade.

RECOMENDAÇÕES

Consolidar a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, para garantir o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares;

Ampliar a transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior;

Capacitar os profissionais e ofertar todo apoio técnico e material para o atendimento educacional especializado;

Empreender esforços para garantir a adequação dos equipamentos públicos, como o transporte aos portadores de deficiência;

Realizar articulação intersetorial na implementação das políticas públicas que garantem os direitos da pessoa com deficiência.



Educação de jovens e adultos

O nível de escolaridade da população adulta, especialmente das mulheres, tem impacto imediato nas condições de vida das crianças. Vários estudos comprovam que quanto maior o número de anos de estudo das mães, melhores são os indicadores de condições de vida das crianças.

No Brasil, a trajetória da educação de jovens e adultos nos níveis fundamental e médio é marcada pela descontinuidade das políticas públicas e por políticas insuficientes, considerando o público que delas necessita. A Constituição Federal de 1988 garante o direito à educação para todos, com igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola. No entanto, é desafiador manter os jovens e adultos nos programas de alfabetização que visam sua inserção no ensino fundamental, resgatando assim um dos seus direitos fundamentais como cidadão.

Segundo as estatísticas oficiais, o maior número de analfabetos no Brasil é constituído por pessoas de regiões pobres e interioranas, e provenientes dos grupos afro-brasileiros. Neste sentido, a educação de jovens e adultos representa a oportunidade de se resgatar a valorização do ser humano. Ser privado deste acesso é perder um instrumento imprescindível para uma presença significativa na convivência social contemporânea e para o desenvolvimento humano em geral.

Meta: atingir, até 2015 (no mais tardar), um aumento de 50% nos índices de alfabetização de adultos, especialmente, no que diz respeito às mulheres.

A EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS

A partir da Campanha de Educação de Adultos, lançada em **1947**, abre-se espaço para discussões sobre o analfabetismo e a educação de adultos no Brasil.

Nos **anos 60**, a pedagogia de Paulo Freire inspira os principais programas de alfabetização e educação popular. Em janeiro de 1964, é aprovado o Plano Nacional de Alfabetização, que prevê a disseminação, por todo Brasil, de programas de alfabetização. Alguns meses depois, o plano é interrompido pelo golpe militar.

Em **1967**, é criado o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), extinto em **1985**. Seu lugar é ocupado pela Fundação Educar, que abre mão de executar diretamente os programas, passando a apoiar financeira e tecnicamente as iniciativas de governos, entidades civis e empresas a ela conveniadas.

Em **2005**, é criado o Programa de Integração da Educação Profissional ao Ensino Médio na Modalidade Educação de Jovens e Adultos (Proeja).

Em **2006**, o Proeja amplia sua abrangência, incluindo o ensino fundamental. Nesse mesmo ano, o Fundef é substituído pelo Fundeb, que passa a abranger não só o ensino fundamental, como também a Educação de Jovens e Adultos - EJA.

Indicador da meta	Ano Base 2001	2005	2007	Dado mais recente	Meta 2010
Taxa de alfabetização de adultos (15 anos ou mais)	87,6	88,9	90,0	90,3 (2009)	100

Fonte: PNAD, 2002, 2006, 2008, 2010 - Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

No Plano Presidente Amigo da Criança, entregue à Rede de Monitoramento Amigo da Criança em 2005, o governo federal estabeleceu como meta a universalização da alfabetização de jovens e adultos até 2010. A meta proposta foi fundamentada na tendência histórica de redução da taxa de analfabetismo do país. Porém, conforme previa a Rede em seu segundo relatório (2007), e observando o pequeno aumento da taxa de 2007 (90,0) para 2009 (90,3), acredita-se que o governo não cumprirá esta meta.

No entanto, é importante registrar os esforços realizados na diminuição do analfabetismo em todo o Brasil. **O Programa Brasil Alfabetizado**, criado pelo governo federal em 2003, vem contribuindo para a promoção e a continuidade dos estudos em, aproximadamente, 192 municípios que apresentam taxa de analfabetismo igual ou superior a 25,1%, a maioria deles localizada na região Nordeste. Em 2007, 1.386.607 pessoas foram cadastradas no Programa, segundo dados do Ministério da Educação.

No mesmo sentido, a **Educação de Jovens e Adultos (EJA)**⁷ tem contribuído para a diminuição do número de analfabetos no país. Em 2009, segundo dados do Censo 2009, 4.577.517 pessoas foram matriculadas na EJA. Entretanto, chamamos a atenção para o uso da EJA como forma de escolaridade compensatória. A EJA deve ser encarada como uma opção para aqueles que não tiveram condições de estudo na infância, e não como um meio regular de acesso à educação.

A forte presença de alunos em programas de educação para jovens e adultos dá-se, em grande parte, devido a problemas de não-permanência dos alunos no ensino fundamental “regular”, muitas vezes ligados ao ingresso precoce no mercado de trabalho, como forma de auxiliar na composição da renda familiar. Para estes casos, a Emenda Constitucional nº 59, de 11/11/2009, define “a educação básica obrigatória dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegura também a oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria” (Inciso I, do art. 208).

⁷ A Educação de Jovens e Adultos (EJA), conforme a Lei nº 9394 de 1996 (LDB), é uma modalidade da educação básica nas etapas do ensino fundamental e do ensino médio, porém, com especificidade própria. É necessário ter idade mínima de 15 anos completos ou a serem completados até o mês de julho do ano de matrícula.



Essa Emenda também altera a redação do art. 214, que estabelecia um Plano Nacional de Educação, de duração plurianual, para um plano de duração decenal, com o objetivo de articular o Sistema Nacional de Educação, em regime de colaboração, e definir diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação para assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino”.

Por fim, recomendamos uma atenção especial por parte do governo, no acompanhamento dos índices de analfabetismo de jovens e adultos na zona rural, que costumam ser três vezes maior que o do meio urbano. É necessário, também, esforços voltados à melhoria do monitoramento dos índices de analfabetismo entre adolescentes de 15 a 17 anos e, principalmente do sexo feminino. Além do mais, fica o desafio de se criar ambientes favoráveis para o desenvolvimento das práticas educativas, no sentido de contribuir para que os jovens e adultos se mantenham nos programas de alfabetização.

RECOMENDAÇÕES

Ampliar o direito à educação para o alcance da universalização do ensino básico;

Incluir como diretriz da EJA as questões geracionais, de gênero, de relações étnico-raciais como fundantes da formação humana e dos modos como se produzem as identidades sociais;

Garantir atenção especial à faixa etária de 15 a 17 anos e às mulheres pelo impacto que tem a escolaridade da mãe no desenvolvimento da criança, tanto nos aspectos da saúde, quanto da educação;

Diminuir os fatores que geram impactos sobre a evasão e o abandono da EJA;

Ampliar o acesso ao ensino, atrelando-o a mecanismos que garantam a sua qualidade;

Diagnosticar e definir estratégias de enfrentamento à evasão e ao abandono da EJA.



Proteção

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



III - Eixo

Proteção Contra Maus-Tratos, Exploração e Violência

Este eixo parte da premissa de que toda criança e todo adolescente tem o direito de ser protegido de qualquer forma de maus-tratos, exploração e violência. Nessa direção, e a partir do documento “Um mundo para as crianças”, foram projetadas metas de combate ao trabalho infantil, à proteção contra toda e qualquer forma de exploração sexual e à melhoria das condições de vida de milhões de crianças que, atualmente, vivem em situação de extrema dificuldade em todo o mundo.

A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 se fundamentam na doutrina da proteção integral, cujos princípios são referenciados na Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989¹. A criança e o adolescente, que antes eram tratados como objetos passivos da intervenção da família, da sociedade e do Estado, passam a ser considerados sujeitos de direitos, e reconhecidos como pessoas em desenvolvimento, que necessitam de medidas que garantam seu desenvolvimento saudável, com base na lei. Dessa forma, a família, o Estado e a sociedade são corresponsáveis pela garantia desses direitos, bem como pela defesa de todas as formas de violência.

O reconhecimento das fortes pressões que o processo de exclusão socioeconômica gera sobre as famílias brasileiras determina que as ações sejam voltadas à proteção, prevenção de riscos e promoção do desenvolvimento integral, de forma articulada e intersetorial. Nesse sentido, compreender as vulnerabilidades que enfrentam crianças e adolescentes considerando as especificidades sociais, econômicas, culturais, de raça e gênero, é condição necessária para que possam ser criadas e implementadas políticas efetivas na melhoria de suas condições de vida.

Vale ressaltar que as metas do documento “Um mundo para as crianças” para este eixo foram criadas de maneira genérica, sem metas numéricas a serem alcançadas. Deste modo, optou-se por selecionar indicadores que possam, de algum modo, dimensionar a situação em que vivem milhares de crianças e adolescente no país.

¹ Em 2009, comemorou-se os 20 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança. Desde sua criação, a Convenção tornou-se o tratado de direitos humanos mais amplamente ratificado em toda a história – um testemunho do entendimento comum entre os países e as comunidades sobre os direitos da criança e do adolescente.



CONQUISTA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

- 1891 – Proibição do Trabalho Infantil no Brasil;
- 1923 – Criação do 1º Juizado de Menores, no Rio de Janeiro;
- 1924 – Declaração de Genebra, que defendia “a necessidade de proporcionar à criança uma proteção especial”;
- 1927 – Criação do Código de Menores, fundamentado na “doutrina do direito do menor”;
- 1942 – Criação do Serviço de Assistência ao Menor;
- 1964 – Criação da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (Funabem);
- 1979 – O Código de Menores passa a ser fundamentado na “Doutrina da Proteção Integral”;
- 1983 – Criação da Pastoral da Criança;
- 1985 – Surgimento do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua;
- 1990 – Criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, fundamentado na “Doutrina da Proteção Integral”;
- 1991 – Criação do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente;
- 1993 – Leis Orgânicas da Assistência Social (LOAS);
- 1995 – I Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- 2000 – Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes;
- 2003 – Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente;
- 2004 – Política Nacional da Assistência Social (PNAS);
- 2006 – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE);
- 2006 – Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária;
- 2009 – Lei de Adoção (Lei n.º 12.010).

Proteção das crianças e adolescentes contra maus-tratos e violência

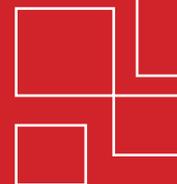
Maus-tratos e violência contra crianças e adolescentes ainda se constituem em graves problemas em nossa sociedade.

Segundo o Código Penal Brasileiro (Lei nº 2848/40, art. 136), maus-tratos é “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”.

Já a violência, segundo Minayo, pode ser definida pelo “uso de força com vistas à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro, seja este um indivíduo, um grupo, seguimento social ou país. A violência contra a criança e o adolescente constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capaz de causar dano físico, sexual e ou psicológico à vítima” (Minayo, 2002, p. 95). Nesse contexto, detalhamos aqui a violência doméstica, que é aquela exercida contra criança e adolescente na esfera privada, e que pode se apresentar da seguinte maneira:

Violência Física – Utilização da força física nas relações interpessoais, muitas vezes como meio de educação e correção de uma criança por parte de seus pais e/ou responsáveis.

Violência Sexual – Todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, entre um adulto ou mais com uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimulá-lo sexualmente ou obter estímulo para si, ou outrem.



Violência Psicológica – Ocorre quando adultos, de forma sistemática, depreciam ou bloqueiam os esforços de autoestima e realização das crianças ou adolescentes. Ou, ainda, quando há ameaça de abandono e crueldade.

Negligência – Omissão das necessidades básicas, físicas e/ou emocionais da criança e do adolescente. Pode se dar pela falta de alimentos, vestimentas adequadas, cuidados escolares e com a saúde. A falta de recursos financeiros para prover essas necessidades não deve ser considerada omissão.

Violência Fatal – Praticada em família contra os filhos, crianças e/ou adolescentes, tendo, como consequência, a morte.

Todo tipo de maus-tratos e de violência contra a criança e o adolescente, tem especificidades diferentes e que precisam ser investigadas. Vale ressaltar que, antes de qualquer ação, é necessário tomar providências para que a criança seja protegida e preservada.

Meta: proteger as crianças de todas as formas de maus-tratos e violência.

NÃO AOS CASTIGOS FÍSICOS E HUMILHANTES!

Em julho de 2010, o Presidente da República encaminhou ao Congresso Nacional um projeto de lei que coíbe a prática de castigos corporais, tratamento cruel ou degradante contra crianças e adolescentes. O projeto visa a alteração da lei nº 8.069, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no sentido de mudar a cultura dos castigos corporais sob a alegação de fins pedagógicos, bem como orientar e incentivar os pais a estabelecerem o diálogo como forma de educar.

Neste sentido, evidencia-se a importância desta proposta para o avanço dos direitos das crianças e adolescentes no país, por enfatizar a questão da violência doméstica e a violação dos direitos pelos próprios cuidadores. A proposta do projeto de lei foi entregue ao Presidente da República pela “Rede Não Bata, Eduque”, constituída por organizações de direitos da criança e do adolescente, a qual a Fundação Abrinq – Save the Children também faz parte. Mais informações no site www.naobataeduque.org.br

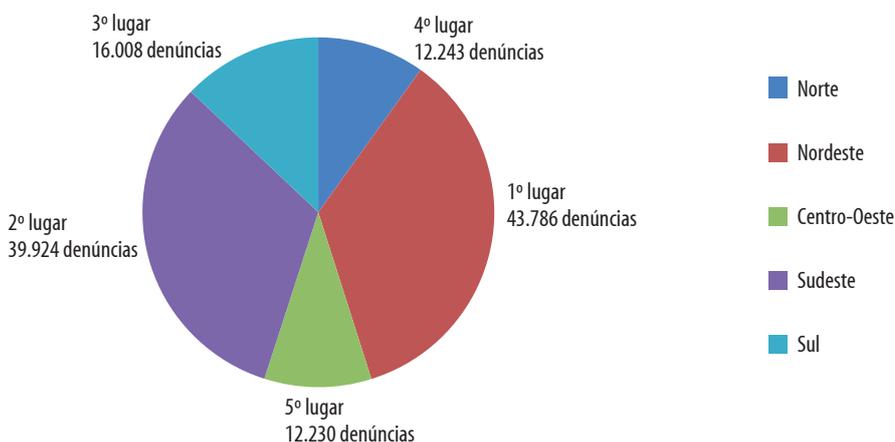
Indicadores da meta	2005	2008	Dado mais recente
Número de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos	-	-	-
Número de denúncias de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos	-	32.589	29.756 (2009)
Número de crianças e adolescentes atendidos por programas de atenção a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, abandono, exploração e violência	-	-	60.270 (2009)

Fonte: Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

Para o indicador relativo ao número de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, não se dispõe de informações sistematizadas e padronizadas em escala nacional que permita o real conhecimento do problema no país. Essa situação reflete a ausência de mecanismos efetivos de identificação, notificação e sistematização das informações obtidas.

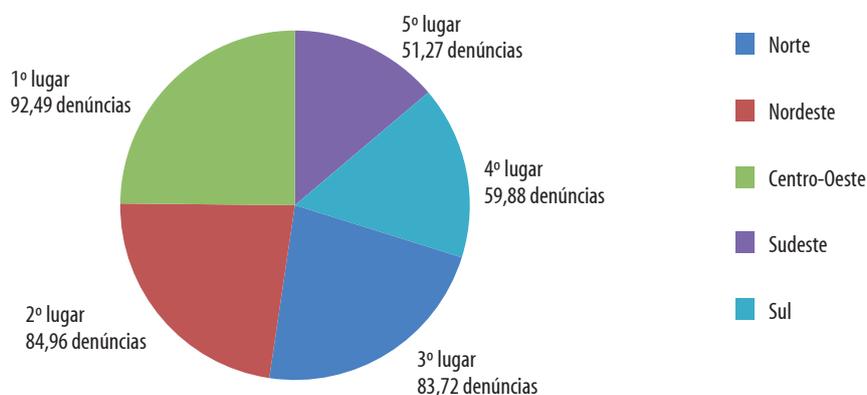
Ao se tratar das denúncias de maus-tratos contra crianças e adolescentes, em 2009, tivemos 29.756 casos registrados através do **Disque Denúncia Nacional**. Conhecido como Disque 100, o serviço vem contribuindo de forma efetiva para a melhoria dos registros sobre os casos de violência ocorridos contra crianças e adolescentes no Brasil. O Disque 100, além de receber denúncias de violações aos direitos, também realiza orientações sobre os serviços e redes de atendimento e proteção nos estados e municípios. Entre o período de maio de 2003 a maio de 2010, o Disque 100 realizou mais de dois milhões de atendimentos, tendo recebido e encaminhado mais de 125 mil denúncias de todo o país. Em 2009, a média das denúncias do Disque 100 foi de 82 por dia e, em 2010, no período de janeiro a maio, a média ficou em torno de 72 denúncias por dia. (IPEA, 2010)

Denúncias recebidas por região entre maio 2003 a maio 2010

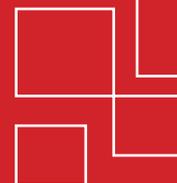


Fonte: Disque 100; Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) apud Relatório do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2010.

Denúncias recebidas por região, por grupo de 100 mil habitantes entre maio de 2003 a maio de 2010

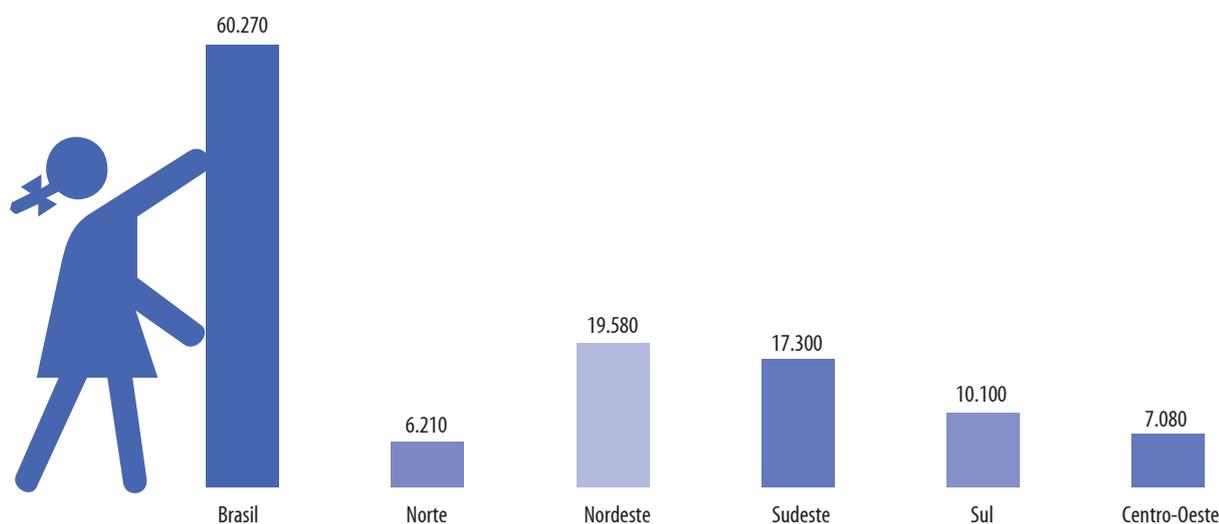


Fonte: Disque 100; Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) apud Relatório do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2010.



Os gráficos apresentam o valor absoluto das denúncias recebidas pelo Disque 100, relativas a 100 mil habitantes por região. Em números absolutos, o Nordeste é a região que mais apresentou denúncias. No entanto, ao se analisar o número de denúncias por habitante, o Centro-Oeste figura em primeiro lugar, com 92,5 denúncias por 100 mil habitantes, quase o dobro da região Sudeste, com 51,3. Porém, é importante observar que estes números refletem os casos de denúncias apresentadas ao Disque 100, e não representam, necessariamente, a realidade dos casos totais de violência ocorridos no país.

Número de atendidos por programas de atenção a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, abandono, exploração e violência – 2009



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

Em relação ao atendimento por programas de atenção à criança e ao adolescente vítimas de maus-tratos, abandono, exploração e violência, em 2009 houve 60.270 atendidos nestes programas, sendo o Nordeste a região que mais os desenvolve. No Plano Presidente Amigo da Criança de 2005, o governo federal já relacionava, entre as iniciativas que vinham sendo desenvolvidas para o atendimento destas crianças e adolescentes, o **Programa Sentinela**. Implementado em 2001, o Programa é realizado por meio de um conjunto de estratégias sociais dirigidas às crianças e aos adolescentes vítimas de abuso e violência sexual. Sua criação é resultado de um processo de negociação da sociedade civil com o Estado brasileiro.

“O Programa oferece atendimento social especializado às vítimas por meio da rede de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), e promove ações de fortalecimento dos conselhos tutelares, delegacias de proteção à infância e à juventude e defensorias públicas. Tendo em vista a reestruturação da Política de Assistência Social no Brasil, com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)², houve uma reformulação do Programa Sentinela, que alçou a condição de “serviço” ou “ação continuada”³ de proteção especial de média e alta complexidade, por determinação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), de 2005”.

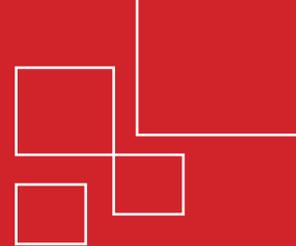
Porém, o Relatório de Avaliação de Políticas e Programas do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), realizado pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI (2007) aponta que o Programa Sentinela, em boa parte dos municípios, apresenta-se sem uma explicitação ou delimitação clara a respeito do seu funcionamento e dos critérios equitativos para a definição do tamanho e número das equipes de trabalho. Os locais de atendimento do Programa também possuem, muitas vezes, precárias condições de infraestrutura, e seus profissionais necessitam de uma melhor qualificação. O relatório expõe também sua preocupação em relação à rede de atendimento, que na maioria das vezes, age de forma fragmentada e não articulada.

Se tratando, especificamente, do enfrentamento à violência sexual no país, o governo federal criou em 2002 o **Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**, que segue as diretrizes do **Plano Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**⁴ para a promoção das ações que visam à proteção dos direitos humanos sexuais e reprodutivos e à criação de políticas públicas nas diversas esferas de governo. As ações do Programa são articuladas com gestores públicos e atores do Sistema de Proteção e Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes. Em 2007, para fortalecer as ações articuladas do Programa, foi criada a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual, composta por membros do governo, sociedade civil e organismos de cooperação internacional. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2010)

² Com a implementação do SUAS, houve a universalização dos direitos à Seguridade Social e da proteção social pública, com a composição da política pública de assistência social em nível nacional. Alterou-se, também, a forma de financiamento das ações e serviços, que passaram a ser classificados em duas categorias de atenção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de média e de alta complexidade.

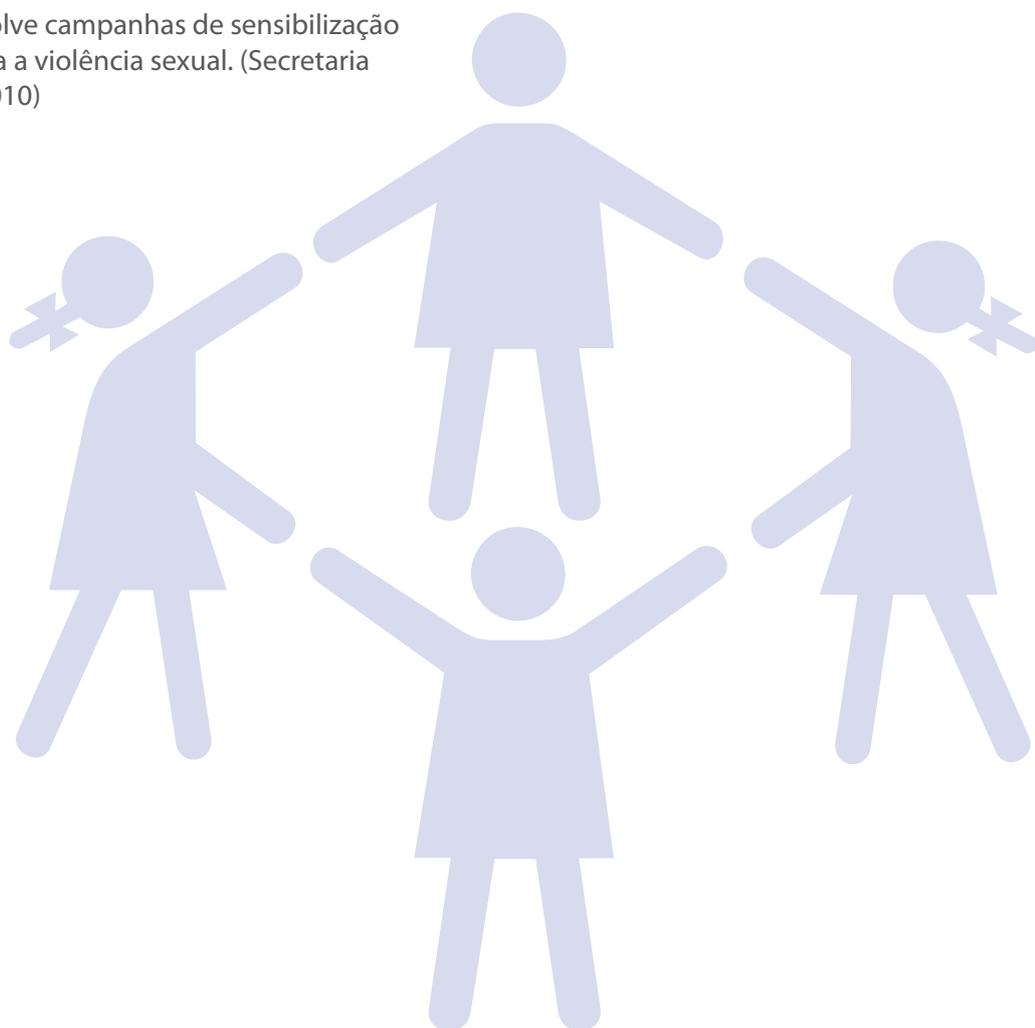
³ Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social, os serviços “são atividades continuadas, definidas no art. 23 da LOAS, que visam à melhoria da vida da população e cujas ações estejam voltadas para as necessidades básicas da população, observando os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nessa lei” (Ministério do Desenvolvimento Social, 2005, p. 22)

⁴ O Plano Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, aprovado em 2000, trouxe diretrizes metodológicas para o enfrentamento da violência sexual no Brasil.



Também em 2007, lançou-se a **Agenda Social Criança e Adolescente**, uma iniciativa que visa promover os direitos por meio da ação articulada entre vários ministérios. Com um orçamento de R\$ 2,9 bilhões (para o período de 2008 a 2011), a Agenda possui hoje 42 ações dentro de quatro grandes projetos, quais sejam: Projeto Bem-Me-Quer (ações de proteção e atendimento às vítimas de violência), Caminho para Casa (promoção do direito à convivência familiar e comunitária), Na Medida Certa (implementação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo) e Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (que reúne e acompanha informações e indicadores de políticas sociais).

Já o **Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto Juvenil (PAIR)**, que desenvolve estudos para análise da situação de violência sexual infanto-juvenil no país, entre outras ações, foi expandido para 249 municípios distribuídos em 22 estados do Brasil, em 2009. O PAIR, criado em 2002, também organiza o sistema de informações, viabiliza programas e ações dirigidas ao atendimento e defesa de direitos de crianças e adolescentes e desenvolve campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade contra a violência sexual. (Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2010)



Mortes por causas externas - homicídio

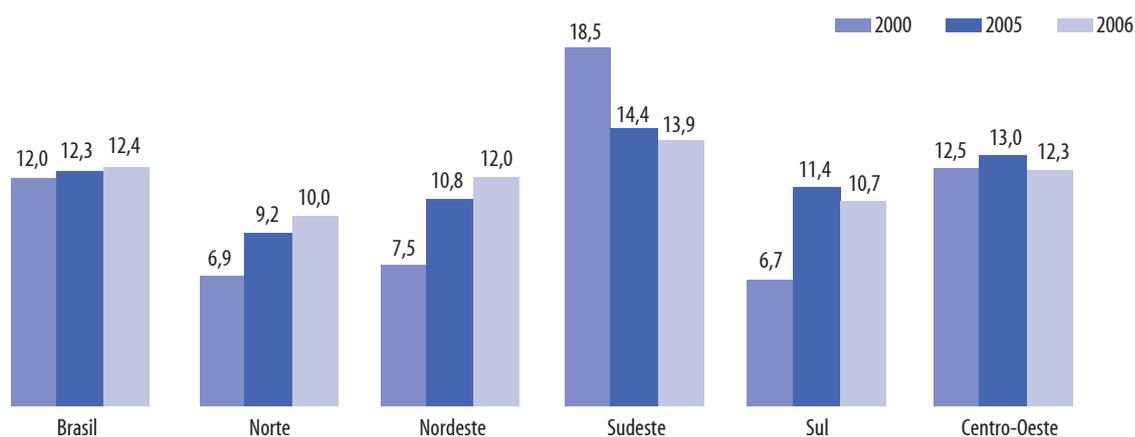
A morte de crianças e adolescentes por causas externas ultrapassa a preocupação da área da saúde à medida em que estas mortes estão também relacionadas às questões de violação dos direitos de crianças e adolescentes. É importante observar este indicador para melhor compreendermos a situação das crianças e adolescentes no universo da violência, grupo etário que hoje é extremamente vulnerável à letalidade por homicídios em todo o país.

Indicador correlato à meta	2005	Dado mais recente
Taxa de mortalidade por homicídio na faixa etária de 0 a 19 anos	12,3	12,4 (2006)

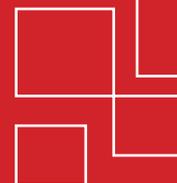
Fonte: Datasus

No Brasil, a taxa de mortalidade por homicídio na faixa etária de 0 a 19 anos manteve-se estável entre 2000 e 2006: 12% e 12,4%, respectivamente. Sob o aspecto geográfico, ocorreu uma redução na região Sudeste durante o mesmo período e o aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul.

Evolução da taxa de mortalidade por homicídio na faixa etária de 0 a 19 anos



Fonte: Datasus



Ainda que a maior parte das ocorrências de homicídios esteja na faixa etária entre 15 e 44 anos, a taxa de mortalidade por homicídios na faixa etária de 0 a 19 anos merece atenção. O Observatório de Favelas⁵ em parceria com a Unicef e o governo federal, através do **Programa de Redução da Violência Letal (PRVL)**, que visa a promoção de ações de sensibilização para que as mortes violentas de adolescentes sejam tratadas como prioridade pública, criou o **Índice de Homicídios na Adolescência (IHA)**, uma ferramenta que estima o risco da violência letal entre 12 e 18 anos. O IHA avalia alguns fatores que podem aumentar o risco de morte, de acordo com raça, gênero e idade desses adolescentes.

O valor médio do IHA, em 2006, para os 267 municípios estudados foi de 2,03 jovens mortos por homicídio antes de completar os 19 anos. Contudo, das cidades brasileiras com mais de 100 mil habitantes, Foz do Iguaçu (PR) lidera o ranking de homicídios com 9,7 mortes para cada grupo de 1.000 adolescentes entre 12 e 18 anos. Em seguida, estão os municípios de Governador Valadares (MG), com 8,5, e Cariacica (ES), com 7,3. (Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2010)

Hoje, os homicídios representam 45% das causas de morte dos cidadãos brasileiros na faixa etária de 12 a 18 anos. A maioria dos homicídios é cometida com armas de fogo. A probabilidade de ser assassinado é quase 12 vezes maior quando o adolescente é do sexo masculino. O risco também é quase três vezes maior para os negros em relação aos brancos.

Uma das estratégias do governo federal para o enfrentamento dos homicídios de crianças e adolescentes foi a criação, em 2003, do **Programa de Proteção de Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM)**, que hoje integra a Agenda Social Criança e Adolescente, no âmbito do Projeto Bem-me-quer. O Programa trabalha sob a ótica da prevenção, por meio de estudos, pesquisas e apoio a projetos que trabalham com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, e no atendimento direto aos ameaçados e suas famílias através dos serviços de proteção e acompanhamento das vítimas.

O PPCAAM já se encontra em execução em diferentes capitais brasileiras, dentre as quais São Paulo, Rio de Janeiro, Pará, Pernambuco e Alagoas. Considerando o período de 2003 a 2009, o programa realizou a proteção de aproximadamente 1900 crianças e adolescentes e 3100 familiares. Portanto, atingindo um total de quase 5000 pessoas atendidas.

Outra política implementada pelo governo federal foi o **Projovem**, que atende adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco social, com o objetivo de reintegrá-los no processo educacional e capacitá-los para o mercado de trabalho. A partir de 2007, ampliou-se a faixa etária atendida pelo programa, bem como a abrangência de municípios atendidos, elevando as vagas de 2006 a 2009 em quase 300% (aproximadamente 300 mil novas vagas), com um investimento de R\$ 5,4 bilhões.

O Projovem é dividido em categorias: Projovem Urbano (oferece educação básica e técnica, através de cursos, a jovens desempregados de 18 a 24 anos, nas capitais e regiões metropolitanas), Projovem Campo (oferece ensino fundamental e profissionalizante a jovens que trabalham em agricultura familiar), Projovem Adolescente e Projovem Trabalhador, voltados a jovens pobres entre 18 e 29 anos, com bolsa auxílio e carga horária unificada.

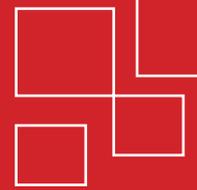
⁵ O Observatório de Favelas, criado em 2001, é uma organização social de pesquisa, consultoria e ação pública dedicada à produção do conhecimento e de proposições políticas sobre as favelas e fenômenos urbanos.

O ProJovem Trabalhador tem como principal objetivo oferecer educação profissionalizante para jovens, e é uma unificação dos programas Consórcio Social da Juventude, Juventude Cidadã e Escola de Fábrica, que desenvolvem atividades de formação profissional. A carga horária passou de 400 horas/aula para 600 e o total de vagas ampliou-se de 174 mil (2006) para um milhão em 2010.

Já o ProJovem Adolescente, direcionado a faixa etária de 15 a 17 anos é um desdobramento do Programa Agente Jovem, o qual oferece aulas e atividades sobre temas como meio ambiente, sexualidade, saúde e combate às drogas. Ao contrário do Programa Agente Jovem, o Projovem Adolescente, não mais ofereceu bolsa auxílio. O número de municípios atendidos em 2008 foi de 4.265. (PNUD, 2010)

O **Programa Mais Cultura**, também auxilia na educação dos jovens através da ampliação do acesso à cultura e aos meios de expressão simbólica. O Programa, realizado em parceria com os governos estaduais, em 2009, investiu na construção e ampliação de espaços de cultura e leitura, modernização de bibliotecas e na instalação de cinemas, TVs e rádios comunitárias, entre outros. Até o momento, o Mais Cultura contribuiu com a instituição de 2.517 equipamentos de cultura em todo o Brasil. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2010)





Combate ao trabalho infantil e proteção ao trabalho dos adolescentes

O trabalho infantil é toda forma de trabalho realizado por crianças e adolescentes, que estejam abaixo da idade mínima estabelecida por lei. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 determina a “proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos” (Lei 10097/2000). A lei também regulamenta o formato e obrigatoriedade do programa de aprendizagem para a formação técnico-profissional do aprendiz e estabelece uma remuneração mínima, além do registro em carteira de trabalho e alíquotas diferenciadas de recolhimento.

São várias as determinantes do ingresso precoce de crianças e adolescentes no mundo do trabalho. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), merecem destaque aquelas relacionadas à vulnerabilidade socioeconômica das famílias, que faz com que milhões de crianças trabalhem para ajudar na complementação da renda familiar, bem como aspectos culturais, que levam as famílias a pensarem que crianças devem assumir responsabilidades precocemente. Esse padrão pode ser facilmente observado em municípios do interior do país, especialmente para as meninas, de quem é esperado que cuidem dos irmãos e irmãs, bem como das tarefas domésticas.

Vários são os prejuízos do trabalho infantil, entre eles o abandono escolar e a privação do direito ao convívio familiar e ao lazer. Também há prejuízos físicos que decorrem de sua condição de indivíduos em formação e que podem ocasionar lesões e deformidades, além de retardarem o seu crescimento.

Meta: estabelecer medidas imediatas e efetivas para eliminar as formas de trabalho infantil, como definido na Convenção nº182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), e desenvolver e implementar estratégias para eliminar o trabalho infantil que seja contrário às normas internacionais aceitáveis.

PREJUÍZOS DO TRABALHO INFANTIL

Físico – pela exposição a riscos de lesões, deformidades físicas e doenças causadas por contato ou inalação de substâncias perigosas, muitas vezes superiores às possibilidades de defesa de seus corpos. Crianças também são mais propensas à desidratação.

Emocional – podem apresentar, ao longo de suas vidas, dificuldades para estabelecer vínculos afetivos.

Social – crianças inseridas no trabalho precoce realizam atividades que requerem a maturidade de um adulto, afastando-as, muitas vezes, do convívio social com pessoas de sua idade.

Educacional – entre as crianças que trabalham há uma maior tendência à repetência e ao abandono à escola. Crianças e adolescentes oriundas de famílias de baixa renda tendem a trabalhar mais e, conseqüentemente, a estudar menos, comprometendo os processos de socialização e profissionalização ofertados pelo sistema de ensino.

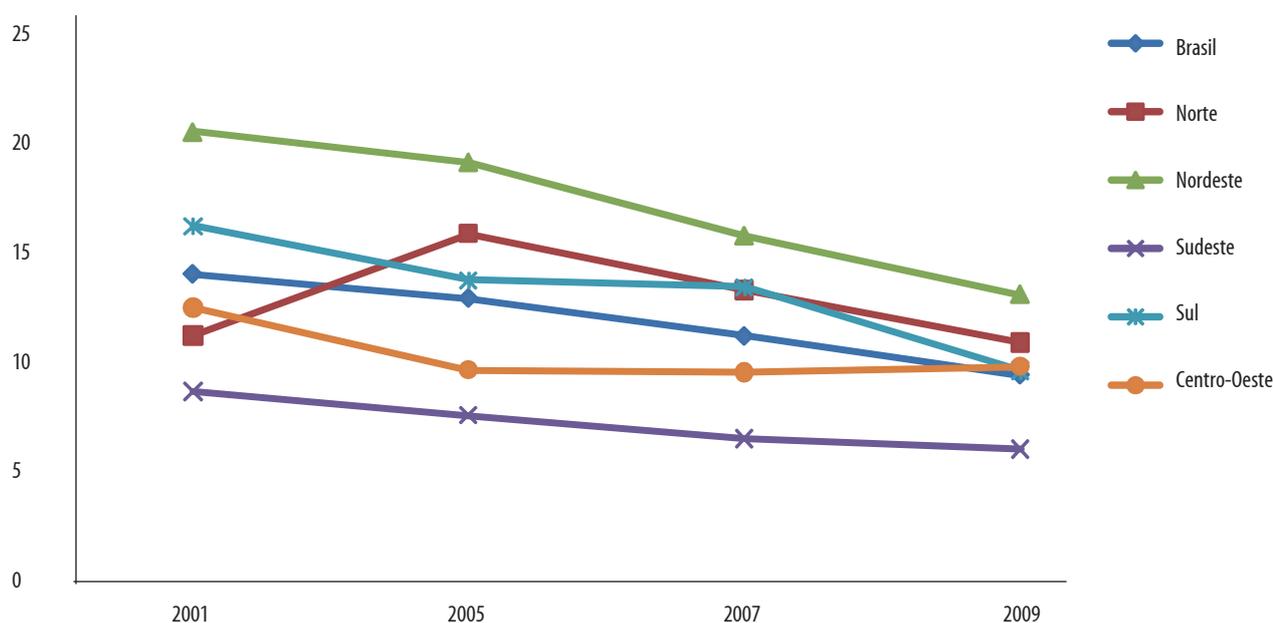
Em 2008, o governo federal regulamentou a Convenção nº 182 da Organização Internacional do Trabalho, que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e a ação imediata para sua eliminação. Compreendem-se as piores formas de trabalho infantil, a escravidão ou práticas análogas à escravidão; a utilização de criança para fins de exploração sexual comercial, a utilização de criança para atividades ilícitas, particularmente para o tráfico de drogas, e todo o trabalho que, por sua natureza ou pelas circunstâncias em que são executados, são susceptíveis de prejuízo a saúde, a segurança e a moral da criança.

Indicadores correlatos à meta	Ano-base 2001	2005	2007	Dado mais recente
Percentual de crianças e adolescentes de 10 a 15 anos ocupados	13,90	12,75	11,0	9,20 (2009)
Número de crianças e adolescentes de 10 a 15 anos ocupados	-	2.681.833	2.343.646	1.937.824 (2009)
Número de crianças e adolescentes atendidos pelo PETI	749.353	-	-	868.900 (2009)
Número de crianças e adolescentes envolvidos no narcoplantio, tráfico de drogas e armas	-	-	-	-

Fonte: PNAD, 2002, 2006, 2008 (dados organizados pelo IDB), 2010 – Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

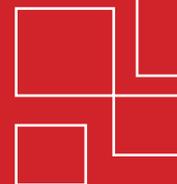
No Brasil, em 2009, 9,2% das crianças e adolescentes de 10 a 15 anos estavam ocupados. Apesar de uma significativa redução de 33,8% em relação a 2001, o número ainda é preocupante. A região que apresentou maior redução foi a Sul, com 41,2% e a menor foi o Norte, com 2,7%.

Percentual de crianças e adolescentes de 10 a 15 anos ocupados – por região



Fonte: PNAD, 2002, 2006, 2008 (dados organizados pelo IDB), 2010 – Síntese dos Indicadores Sociais; IBGE

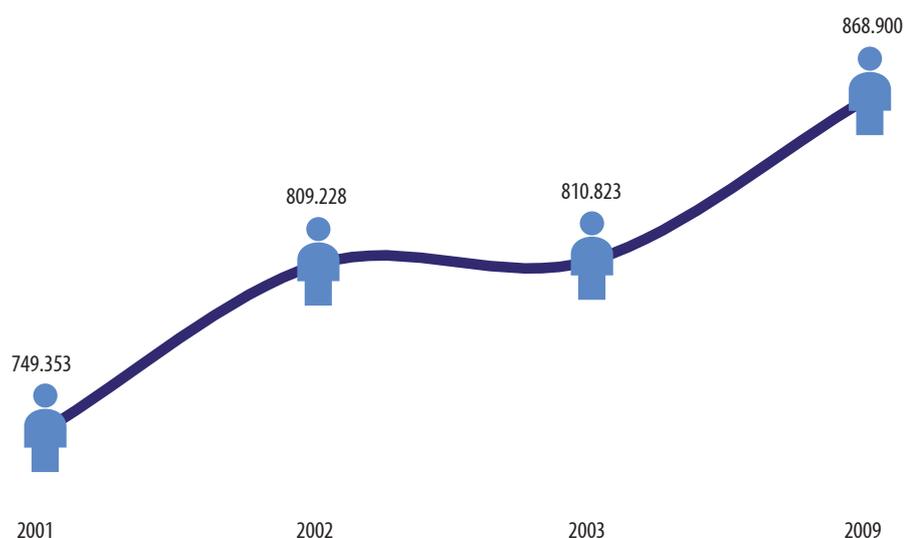
O **Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)** possui abrangência nacional e objetiva erradicar toda forma de trabalho de menores de 16 anos, exceto os que trabalham em consonância com a lei de aprendiz. O PETI atua através de 3 eixos de trabalho: transferência direta de renda a famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho, serviços de convivência e fortalecimento de vínculos familiares e acompanhamento familiar através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).



Visando uma melhor distribuição dos benefícios sociais, o governo integrou o PETI ao Programa Bolsa Família. Por meio desse reordenamento, o PETI ampliou sua cobertura de atendimento e buscou a universalização. Porém, segundo o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil - FNPETI a união do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil ao Programa Bolsa Família prejudicou o trabalho do PETI, ao adotar a renda como principal critério. Assim, houve a perda do foco no trabalho infantil, cujos fatores causais não se limitam apenas à baixa renda.

Em 2008, considerando as responsabilidades dos gestores municipais de controlar e acompanhar o Serviço Socioeducativo do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, constituiu-se o **SISPET**, um sistema de controle e acompanhamento das ações ofertadas pelo serviço socioeducativo do PETI e estabeleceu-se um prazo limite para que todos os municípios efetivassem a utilização deste sistema, alimentando-o de informações e mantendo os dados atualizados.

Número de Crianças e Adolescentes Atendidos pelo PETI no Brasil – 2001 a 2009



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

O número de crianças e adolescentes atendidos pelo PETI cresceu em 16% no período de 2001 a 2009. Em 2009 foram atendidas 868.900 crianças e adolescentes, em 3.503 municípios brasileiros. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2010)

O Brasil avançou consideravelmente na redução do trabalho infantil, sendo suas estratégias consideradas um modelo internacional a ser seguido, conforme registra a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Contudo, a realidade ainda revela números expressivos de crianças inseridas precocemente no mercado de trabalho, afirmando a necessidade de ampliar as ações e estratégias de intervenção para o combate ao trabalho infantil em todas as suas esferas.

Combate à exploração sexual para fins comerciais

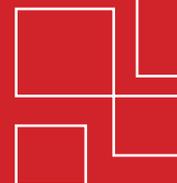
A exploração sexual se constitui como uma violação aos direitos humanos e está classificada entre uma das piores formas de trabalho infantil, assim devido à complexidade dos fatores envolvidos, vem desafiando os gestores públicos de todo o país. A exploração sexual comercial se caracteriza pelo estabelecimento de uma relação em que a criança torna-se um “produto” vendido pelas redes de comercialização do sexo, comandada por adultos.

O Brasil, ao firmar o MPC, se comprometeu a proteger as crianças de todas as formas de exploração sexual, estabelecendo metas e planos de ação para alcançar tal objetivo. Nos acordos da Rede de Monitoramento Amiga da Criança com o governo federal, estabeleceram-se três indicadores a serem acompanhados: número de casos de crianças vítimas de exploração sexual comercial, número de inquéritos policiais de casos de exploração sexual comercial e o número de condenações de casos de exploração sexual comercial. Porém, mais uma vez a dificuldade de se obter informações a respeito dos indicadores, comprometeu não só a construção da linha de base e a definição das metas a serem atingidas pelo país, como também uma análise mais profunda a respeito do problema.

Meta: proteger as crianças de todas as formas de exploração sexual, inclusive da pedofilia, do tráfico e do sequestro.

Indicadores correlatos à meta	2007	Dado mais recente
Número de casos de crianças vítimas de exploração sexual comercial	2.456	2.168 (2008)
Número de inquéritos policiais de casos de exploração sexual comercial	-	-
Número de condenações de casos de exploração sexual comercial	-	-

Fonte: Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH)



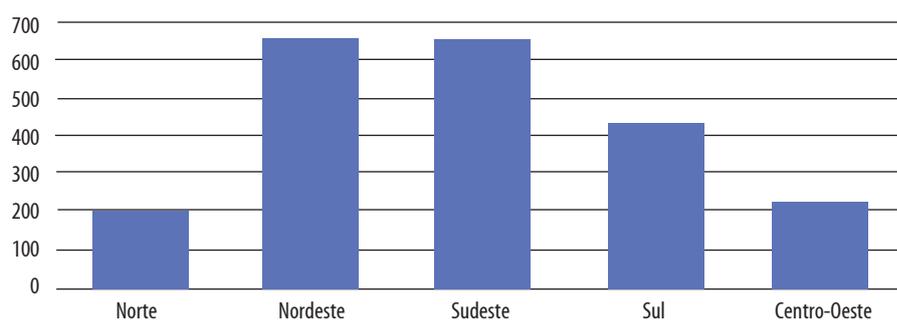
Entre os anos de 2007 e 2008 houve uma redução de 11,7% no número de casos de crianças vítimas de exploração sexual comercial. Foram registrados, em 2008, 2.168 casos, sendo as mulheres as maiores vítimas. As regiões Sudeste e Nordeste registraram o maior número de casos de exploração sexual comercial em 2008.

As ações de enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes são executadas nos **Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)**, responsáveis por oferecer apoio e orientações aos que tiveram seu direito violado. O CREAS se constitui como um pólo de referência de apoio especializado da Proteção Social Especial, considerado de média complexidade. “Em 2009, 62.270 crianças e adolescentes e suas famílias foram atendidas nos 1.014 CREAS em todo o país”. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2010, p. 37)

Uma das medidas adotadas para proteger as crianças de todas as formas de exploração sexual, foi a implementação de um **Sistema de Denúncias de Pornografia Infantil na Internet** através do site do Disque Denúncia Nacional, o Disque 100. O sistema é uma realização da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), em parceria com a Polícia Federal, Ministério Público, Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI), entre outros órgãos e empresas, com o objetivo de identificar práticas de crime e violação de direitos de crianças e adolescentes pela internet.

Foram realizadas também, no decorrer de 2009, pelo governo federal, **campanhas de combate à pedofilia na internet e campanhas contra a exploração sexual de crianças e adolescentes**, principalmente em épocas como o carnaval, onde o turismo sexual apresenta-se de maneira mais intensa no país.

Número de Casos de Crianças Vítimas de Exploração Sexual Comercial - 2008



Fonte: Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH)

Tratam-se de iniciativas importantes, porém ainda insuficientes. Faz-se necessário e urgente a ampliação e fortalecimento das redes de combate à exploração sexual comercial e das redes internacionais de combate ao tráfico de crianças para fins sexuais. É fundamental que os governos e a sociedade desenvolvam mecanismos de intervenção igualmente complexos ao tema. É necessário que tenhamos dados mais precisos para o acompanhamento da problemática e que sejamos capazes de prover soluções integradas e articuladas com os diversos setores, estados e municípios para o enfrentamento mais efetivo da questão.

RECOMENDAÇÕES

Investir na efetivação de programas para crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos;

Investir em um sistema de obtenção de dados que demonstre o número de crianças e adolescentes que estão em situação de vulnerabilidade e risco social, especialmente ao que se refere às formas de maus-tratos, abandono, exploração e violência e investir no trabalho com as famílias das crianças e adolescentes que se encontram nessa condição;

Ampliar a divulgação dos meios de denúncia à violência infantil, bem como levar ao conhecimento da sociedade a existência da rede de proteção às crianças e adolescentes sujeitos às diferentes formas de violência;

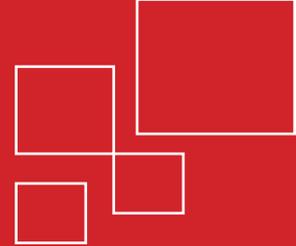
Efetivar a revisão e avaliação do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, expandir e consolidar suas ações;

Investir na capacitação de profissionais que atuam no atendimento às vítimas de violência, assegurando um atendimento mais humano e qualificado;

Promover ações visando o enfrentamento dos altos índices de homicídios cometidos com armas de fogo, que vitimam principalmente jovens do sexo masculino, negros e pardos, entre 12 e 18 anos de idade;

Intensificar o investimento em programas para a eliminação de todas as formas de trabalho infantil, sobretudo aquelas relacionadas às piores formas;

Investir em estratégias, junto aos estados e municípios que ainda possuem casos de exploração sexual, e dar atenção especial àqueles estados que sediarem a Copa 2014, onde a incidência de casos de exploração sexual tende a aumentar.



Proteção contra a violação dos direitos das crianças e dos adolescentes

Desde a promulgação do ECA, em 1990, o Brasil conquistou importantes avanços na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, mas os dados revelam que ainda há inúmeras violações, sobretudo em relação aos segmentos mais vulneráveis. A realidade da violação aos direitos atinge uma parcela significativa de crianças e adolescentes, que têm seu cotidiano permeado por variadas formas de violência, agravado pelas condições socioeconômicas, em que estão inseridas grande parte das famílias.

Meta: Melhorar a situação de milhões de crianças que vivem em condições especialmente difíceis.

Indicadores correlatos à meta	Ano-base	2005	2007	Dado mais recente
Percentual de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos que vivem em famílias com rendimento mensal familiar per capita de até meio salário mínimo	-	39,6	38,3	37,7 (2008)
Percentual de crianças de até 1 ano sem registro de nascimento	22,7 (2000)	12,9	12,2	8,9 (2008)
Número de crianças em abrigos	-	-	-	50.576 (2009)
Número de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas	10.366 (2002)	-	-	28.460 (2009)
Número de Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente	-	-	4.369	5.104 (2009)
Número de Conselhos Tutelares ativos	-	-	4.304	5.004 (2009)

Fonte: PNAD, 2001, 2003, 2006, 2008, 2009; IBGE e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH)

Em 2009, o índice de Gini⁶, que mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita, alcançou nas seis principais regiões metropolitanas do Brasil seu menor patamar (0,493), caindo 9,5% de 2002 a 2009, segundo análise do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Porém, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), referentes a 2008,

⁶ Os valores do índice GINI, variam de 0 (quando não há desigualdade) a 1 (quando a desigualdade é máxima). Assim, quanto mais próximo de 1, mais desigual é a sociedade.

mostram que da população de crianças e adolescentes, com idades entre 0 e 14 anos, 37,7% ainda vivem abaixo da linha da pobreza, cujo rendimento mensal familiar per capita é de até meio salário mínimo.

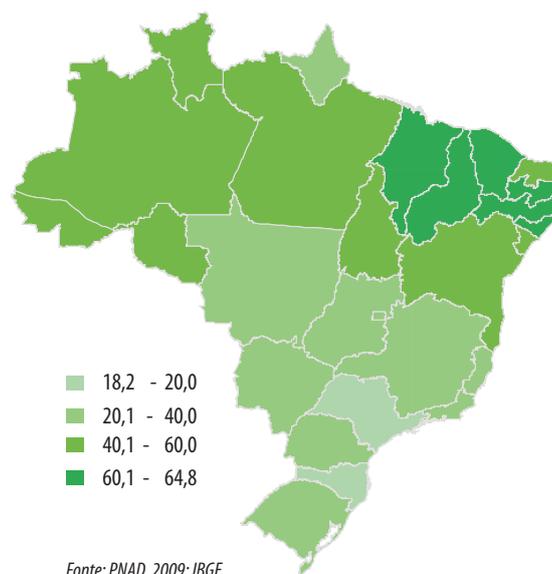
Embora o índice tenha apresentado uma redução de 5% nos últimos quatro anos, as diferenças regionais ainda são enormes. Em alguns dos estados da região Nordeste há entre 60,1% e 64,8% de crianças que nasceram em famílias com rendimento abaixo da linha da pobreza, enquanto que na região Sul e Sudeste do país, em estados como São Paulo e Santa Catarina, este percentual não ultrapassa 20%. (PNAD, 2009)

O desenvolvimento de programas de transferência de renda, como o **Programa Bolsa Família (PBF)**, tem sido a principal estratégia adotada pelo governo para a diminuição da pobreza. O PBF, que integra a estratégia Fome Zero, trabalha para a superação da fome de famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. Entre 2007 e 2010 o Programa passou de 11,0 milhões de famílias atendidas para 12,7 milhões. Mais de 25% das famílias beneficiárias do Bolsa Família, possuem crianças de 10 anos, e 50% delas, possuem crianças e adolescentes de até 17 anos.

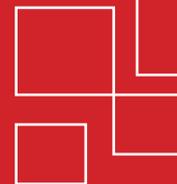
Entre os avanços do Programa nos últimos dois anos estão a ampliação do atendimento para os adolescentes de 16 e 17 anos, visando inibir a evasão escolar; o aumento do valor do benefício de 8% em 2008, para 10% em 2009, e a estabilidade no recebimento do benefício, em um período de 24 meses, dada a comprovação da instabilidade da renda. Hoje, 50% dos beneficiários do Bolsa Família estão na região Nordeste, e 25% deles na região Norte, regiões onde a pobreza é mais acentuada. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2010)

Além das iniciativas de transferência de renda, o governo tem investido também em iniciativas voltadas à atenção e fortalecimento das famílias, como no caso do **Programa de Atenção Integral à Família (PAIF)**. O programa faz parte do pilar "Proteção Social Básica" do governo federal e tem como objetivo contribuir para o processo de autonomia e emancipação social das famílias atendidas. Este atendimento é realizado por meio de atividades psicossociais e educativas nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS).

Percentual de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos que vivem em famílias com rendimento mensal familiar per capita de até meio salário mínimo - 2008



Fonte: PNAD, 2009; IBGE

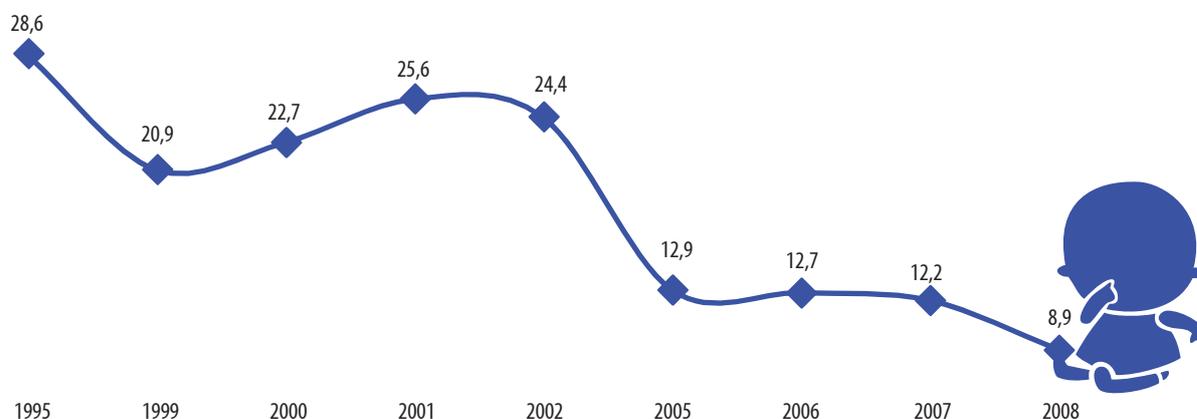


Registro civil de nascimento

O sub-registro de nascimento é definido pelo IBGE como “o conjunto de nascimentos não registrados no próprio ano de ocorrência ou até o final do primeiro trimestre do ano subsequente. A aplicação deste conceito se restringe à população nascida no ano para a qual se tem como parâmetros os nascimentos estimados por métodos demográficos.” (IBGE, 2010, s/p.)

O registro civil de nascimento é um direito de todo cidadão e sua emissão gratuita é garantida por lei. No entanto, a universalização deste direito ainda é um grande desafio para o Brasil, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 248 mil crianças, aproximadamente 9% dos recém-nascidos, completam o primeiro ano de vida sem serem registrados. O Registro de Nascimento é condição fundamental para que a criança possa ter acesso aos serviços de saúde, educação, à justiça e a todos os benefícios sociais. Sem ele, a criança não existe oficialmente, não podendo assim usufruir dos seus direitos.

Percentual de crianças de até 1 ano, sem registro de nascimento



Fonte: IBGE

Em 2000, o percentual de crianças de até 1 ano de idade sem registro civil de nascimento era de 22,7. De 2000 a 2008 houve uma redução de 61% do número de crianças sem registro. Entre 2007 e 2008, a redução foi de 27%, uma queda bastante considerável. Os registros de nascimentos aumentaram principalmente nos estados do Amapá (11,3%), Mato Grosso do Sul (9,5%) e Roraima (6,5%), segundo dados do IBGE. Os números demonstram que as ações do governo federal estão proporcionando avanços em relação a este tema.

O governo federal, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH, responsável pelo **Plano Social de Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica**, e pela **Campanha Nacional pela Certidão de Nascimento**, estabeleceu enquanto desafio reduzir a média nacional de crianças sem registro de 9% para 5% até o segundo semestre de 2010. Esta meta, de acordo com o padrão internacional, significa erradicar o sub-registro no Brasil. A ação visa atingir prioritariamente o Nordeste e a Amazônia Legal, onde os índices de sub-registro são bastante elevados, principalmente entre as populações quilombolas, ribeirinhas, indígenas e rurais.

O governo, também assinou em 2009 um decreto que padroniza as certidões de nascimento em todo o país, além de lançar a **Campanha “Certidão de nascimento um direito que dá direitos, um dever de todo o Brasil”**, com o objetivo de estimular as famílias a registrarem seus filhos antes da alta hospitalar da mãe.

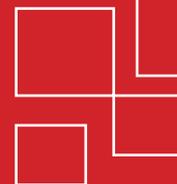
Embora o governo federal apresente ações com foco em dirimir as taxas de sub-registro, é importante salientar a dificuldade em se consolidar políticas públicas efetivas, em relação ao registro civil de nascimento, principalmente nas regiões onde o acesso é restrito, como no caso das populações ribeirinhas.

Crianças e adolescentes em acolhimento institucional/abrigo

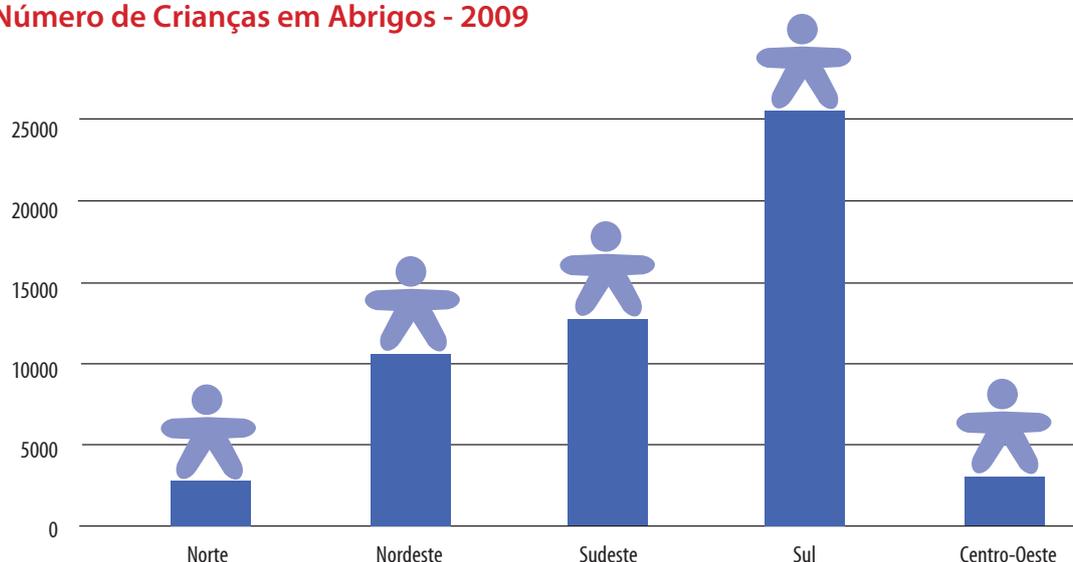
O acolhimento institucional, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é uma das medidas utilizadas para a proteção de crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçados ou violados, sendo assim considerados quando houver: falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado (artigo 98). Porém, o caráter provisório do acolhimento institucional, garantido pelo ECA, continua não sendo respeitado.

No Brasil, em 2009, havia 50.756 crianças e adolescentes em abrigos, um número alarmante de meninas e meninos privados do seu direito à convivência familiar e comunitária. Estudos também mostram que a permanência das crianças em abrigo, ultrapassa os 2 anos recomendados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, além de questões relacionadas à institucionalização, como por exemplo o abrigamento em função da baixa renda das famílias.

Nas regiões do Brasil, a região Sul é a que apresenta o maior número de registros de crianças e adolescentes em abrigo, seguido pela região Sudeste. A região Norte foi a que menos apresentou crianças em abrigo.



Número de Crianças em Abrigos - 2009



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária busca romper com a cultura da institucionalização, ressaltando a importância da preservação dos vínculos familiares e comunitários, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente. O Plano, aprovado em 2006 pelo CONANDA, prevê ações a serem desenvolvidas no período de 2007-2015 e representa um marco na defesa do direito à convivência familiar e comunitária, uma vez que consolida parâmetros para a reflexão e orientação de práticas de atendimento à família, à criança e ao adolescente.

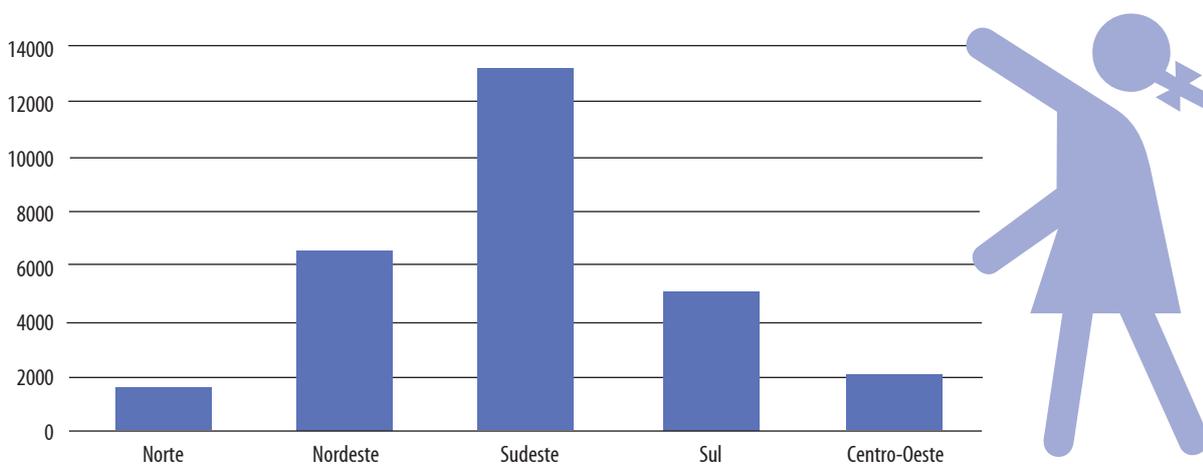
O Plano está em curso, sob responsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais, devendo se constituir em um instrumento que possibilite a avaliação das políticas, programas e projetos executados, apontando as necessidades e demandas existentes para a implantação de políticas públicas prioritárias de proteção integral a crianças e adolescentes. Sua implementação representa um importante avanço nas políticas públicas para a consolidação no país de uma rede de proteção e promoção social, bem como de uma cultura de valorização, respeito e manutenção dos vínculos familiares e comunitários, fundamentais para a estruturação das crianças e adolescentes como sujeitos e cidadãos.

Medidas Socioeducativas

As medidas socioeducativas são aquelas aplicadas pelo Estado ao adolescente, entre 12 a 18 anos, que cometeu ato infracional. As medidas possuem natureza jurídica sancionatória e sua finalidade, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é pedagógica e educativa. No ano de 2009, havia no Brasil 28.460 adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, sendo 88% deles do sexo masculino, e 84% na faixa etária entre 15 a 19 anos, somente 4,9% possui ensino médio, a maioria, 54%, possui apenas nível fundamental de ensino, e o roubo é o ato infracional mais cometido (roubo + furto: 55% do total). Segundo o Mapeamento Nacional de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, realizado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos e o Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD), a maioria dos adolescentes que cumpre medida é proveniente de famílias de baixa renda. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2010)

A região Sudeste, em relação às demais, apresenta o maior número de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, o que não necessariamente representa a existência de um maior número de adolescentes autores de ato infracional na região. O grande número de adolescentes cumprindo medida socioeducativa no Sudeste pode apenas demonstrar a capacidade e estruturação da região neste tipo de atendimento, ou até mesmo um melhor registro desta demanda. Infelizmente, o indicador, por si só, não é capaz de dizer o porquê das diferenças regionais. Neste sentido, é necessário o desenvolvimento de pesquisas que possam elucidar melhor a questão.

Número de Adolescentes Cumprindo Medidas Socioeducativas - 2008



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

O **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)**⁷ construído com a participação de diversos especialistas que atuam na área da defesa da infância e adolescência e dos direitos humanos é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa, tanto durante o processo de apuração e julgamento do ato infracional, quanto por ocasião da aplicação da medida socioeducativa. Também contribui com diretrizes claras para a execução das medidas por parte das instituições e profissionais que atuam nesta área.

O documento ainda está em tramitação na Câmara. Destaca-se um esforço tanto da sociedade civil quanto do governo para a implementação do SINASE, objetivando primordialmente o desenvolvimento de ações socioeducativas sustentadas nos princípios dos direitos humanos e com um alinhamento conceitual, estratégico e operacional dos atendimentos, em bases éticas e pedagógicas. Porém já se veem resultados, uma vez que desde a vigência do ECA, o número de internações vem diminuindo significativamente, dando espaço ao cumprimento da medida em meio aberto, ou seja, à prestação de serviço a comunidade e/ou à liberdade assistida.

Entretanto ainda é necessário a humanização nos atendimentos, assegurando condições dignas e rompendo o ciclo de violência estabelecido na vida destes adolescentes. É necessário também melhorias significativas no Sistema de Justiça juvenil, a fim de garantir que as decisões sejam rápidas e em consonância com o ECA e com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).

⁷ SINASE - projeto de Lei 1627/07 - traz uma proposta de integração e articulação das políticas públicas, numa ação interdisciplinar e intersetorial, respeitando a condição peculiar de desenvolvimento do adolescente em conflito com a lei.

MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

EM MEIO ABERTO

Advertência: Conversa, admoestação verbal aplicada pela autoridade judicial;

Obrigação de reparar o dano: Restituição do bem, ressarcimento ou compensação da vítima, pelo adolescente autor do ato infracional;

Prestação de serviço à comunidade: realização de tarefas gratuitas de interesses gerais da sociedade, em hospitais, escolas ou entidades assistenciais. O prazo para a prestação de serviço do adolescente à comunidade não pode ultrapassar 6 meses e 8 horas semanais;

Liberdade Assistida: acompanhamento da vida social do adolescente pelo técnico responsável. Acompanhamento da frequência escolar, inserção em programas de formação e mercado de trabalho.

EM MEIO FECHADO

Semiliberdade: privação parcial da liberdade do adolescente que praticou o ato infracional. Durante o dia, o adolescente realiza atividades externas rotineiras (escola/trabalho), e no período noturno, volta ao estabelecimento de internação, com o acompanhamento de orientador;

Internação: restrição ao direito de liberdade do adolescente, deve ser aplicada somente nos casos onde houve ato infracional mediante grave ameaça ou violência à pessoa; reiteração no cometimento de outras infrações graves; ou descumprimento reiterado e injustificável da medida anterior imposta; três anos deve ser o tempo máximo de internação e a liberdade é compulsória aos 21 anos. A medida socioeducativa de internação deve cumprir rigorosamente critérios como separação por idade, compleição física e gravidade da infração.

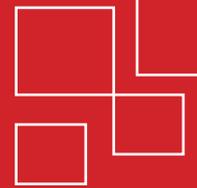
Conselhos de Direitos e Tutelar

Com o objetivo de garantir o cumprimento dos direitos preconizados no ECA, estabeleceu-se a criação dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente. Os Conselhos devem participar ativamente da construção de uma política de proteção integral (promoção e defesa de direitos) para crianças e adolescentes, com atenção prioritária para a criação e manutenção de um sistema de atendimento que articule e integre todos os recursos dos municípios e estados. Logo, implantar e fazer funcionar os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, é garantir o direito de participação dos cidadãos na definição das ações de atendimento às crianças e adolescentes, assim como construir novas relações entre governo e cidadãos, para a co-responsabilidade na construção de políticas públicas adequadas às reais necessidades de cada município e estado.

Os Conselhos Municipais de Direitos, órgãos paritários responsáveis pela deliberação de políticas públicas de prioridade à infância e à adolescência em nível municipal, estão presentes em todos os estados, mas não de forma completa. Dos 5.565 municípios existentes no Brasil, os Conselhos de Direito estão em 5.104 municípios, devendo ainda ser implementados 460 Conselhos (8,3%).

Já os Conselhos Tutelares, são órgãos colegiados, autônomos, não jurisdicionais, compostos de membros escolhidos pela sociedade para fiscalizar e zelar pelo cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes. Têm função privilegiada na assessoria aos Poderes Executivo e Legislativo na elaboração do orçamento para a formulação de políticas municipais de atendimento, e ações de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. Há atualmente no país 5.004 Conselhos Tutelares ativos, um aumento considerável de 2007 para cá, quando haviam 4.302 Conselhos.

Porém, muitos conselhos não possuem instalações mínimas adequadas para o seu funcionamento como aparelhos de telefone e fax, iluminação e ventilação adequadas, salas de atendimento que ofereçam a privacidade necessária aos atendimentos e condições de acesso aos portadores de deficiência. É necessário também que o local de instalação do conselho seja de fácil acesso à população, servido por meios de transporte e próximo a outros equipamentos sociais, o que geralmente não acontece.



Outra questão fundamental é a capacitação dos conselheiros, que devem trabalhar a partir de uma visão crítica acerca das reais condições do público atendido, sua família, escola e comunidade. Neste sentido, nos últimos três anos, o governo federal vem operacionalizando ações de implementação e fortalecimento dos Conselhos Tutelares, a exemplo da criação do Fórum Colegiado Nacional de Conselheiros Tutelares (FCNCT) e da Escola de Conselhos.

O **Fórum Colegiado Nacional de Conselheiros Tutelares (FCNCT)** é uma organização sem personalidade jurídica, com objetivo de promover articulações e discussões pertinentes para a efetiva garantia dos Direitos da Infância e Adolescência. Já a **Escola de Conselhos** é um núcleo de Formação Continuada de Conselheiros Tutelares e de Direitos, com o objetivo de fortalecer e aprimorar os processos de planejamento, elaboração, acompanhamento e controle das políticas públicas voltadas para a infância e adolescência, segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. A Escola de Conselhos implementada é uma parceria de diversas entidades e organismos que trabalham com a infância e adolescência. Atualmente, há 21 Escolas de Conselhos em funcionamento que desenvolvem cursos como o de Comunicação Estratégica para o Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, entre outros.

Outros conselhos, tais como conselhos setoriais e o Conselho Municipal da Assistência Social, também são potenciais parceiros que devem ser procurados e envolvidos na busca por soluções das questões relacionadas à infância e adolescência, pois só assim teremos a efetivação de políticas que garantam seus direitos.

RECOMENDAÇÕES

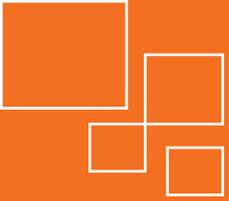
Investir em campanhas de promoção ao registro civil de nascimento, dando condições à população, principalmente às ribeirinhas, para a efetivação do registro;

Trabalhar estratégias para intensificação da implementação do SINASE e do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária;

Implementar novas políticas de proteção direcionadas às populações tradicionalmente excluídas, como os indígenas e quilombolas;

Incentivar a participação da sociedade nos espaços de discussão e deliberação das políticas;

Fortalecer os Conselhos (do Direito da Criança e do Adolescente, Tutelar, da Assistência Social, entre outros) por meio de formação contínua e permanente.



HIV/AIDS

IV - EIXO: COMBATENDO O HIV/AIDS





IV - Eixo

Combatendo o HIV/AIDS

Este eixo traz a preocupação com a evolução do HIV/AIDS¹, com seu efeito sobre as crianças e adolescentes, e com aqueles que oferecem a elas os seus cuidados. Os países signatários do “Um mundo para as crianças” (MPC) elegeram o enfrentamento da doença como algo a ser realizado de forma “urgente e agressiva”.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), há 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, e aproximadamente 630 mil pessoas no Brasil. No país, a doença que surgiu em 1980 passou por um processo de queda do contágio e de mudança de perfil dos infectados a partir de 1998. Os grupos antes considerados de maior risco como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis passam a ser compostos também por homens e mulheres heterossexuais, principalmente mulheres dos segmentos mais pauperizados.

O Brasil possui um dos programas de combate ao HIV/AIDS mais bem estruturados do mundo, indicando que estamos próximos de alcançar as metas propostas para este eixo. No entanto, ainda persistem grandes desafios para a consolidação de uma rede de serviços de atendimento mais ampla e que consiga atender de forma homogênea todas as regiões no país. Outra grande questão que nos desafia é a implementação de iniciativas voltadas à educação de crianças e adolescentes para a prevenção da doença, assim como maior apoio e atenção aos órfãos de famílias vitimadas pelo HIV.

Além das metas propostas para este eixo, o MPC compromete os países signatários a realizarem um esforço no sentido de combater o estigma e a discriminação associados às pessoas que vivem com HIV/AIDS, assim como promover a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens de todo o mundo. Assim, os governos devem possibilitar não só o acesso aos atendimentos de saúde, mas também o acesso de crianças, adolescentes e jovens às informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

¹ A AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla do inglês: Acquired Immune Deficiency Syndrome), se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV (sigla do inglês - Human Immunodeficiency Virus) Síndrome: Grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença. Imunodeficiência: Inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microorganismos invasores, tais como: vírus, bactérias, protozoários etc. Adquirida: Não é congênita, como no caso de outras imunodeficiências. A AIDS não é causada espontaneamente, mas por um fator externo (a infecção pelo HIV).

BREVE HISTÓRICO DE HIV/AIDS NO MUNDO

1977/78 - São descobertos os primeiros casos de AIDS nos EUA, Haiti e África Central;

1983 - Primeira notificação de caso de AIDS em criança;

1985 - Registra-se pela primeira vez um caso de transmissão vertical do HIV (de mãe grávida para o bebê);

1995 - Surgem medicamentos para o tratamento antirretroviral (AZT/DDI/ddC). Uma nova classe de drogas contra o HIV, os inibidores de protease, é aprovada nos EUA. Estudo demonstra que o tratamento precoce das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) faz com que o risco de transmissão do HIV diminua;

2000 - A ONU, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM), entre eles o Combate ao HIV/AIDS; Também ocorreu a 13ª Conferência Internacional sobre AIDS, em Durban, na África do Sul, que denunciou ao mundo a mortalidade na África. Das 17 milhões de pessoas mortas por conta da AIDS no continente, 3,7 milhões eram crianças;

2002 - Cria-se o Fundo Global para o Combate a AIDS e Tuberculose com o objetivo de captar e distribuir recursos para países em desenvolvimento para o controle das doenças infecciosas.

BREVE HISTÓRICO DE HIV/AIDS NO BRASIL

1980 - Primeiro caso de HIV notificado no Brasil;

1986 - Criação do Programa Nacional de DST e AIDS;

1988 - Começam a ser distribuídos os medicamentos para tratamento das infecções oportunistas pelo Ministério da Saúde;

1994 - Estudos mostram que o uso do AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho(a);

1996 - Lei fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da AIDS. Disponibilização do AZT venoso pela rede pública de saúde;

1999 - Aumenta para 15 o número de medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Queda de 50% na mortalidade dos pacientes de AIDS e melhoria da qualidade de vida dos contaminados pelo HIV;

2000 - Aumentam, no Brasil, os casos de HIV/AIDS em mulheres. A proporção nacional de casos de AIDS notificados já é de uma mulher para cada dois homens;

2003 - Como reconhecimento pelas ações de prevenção e assistência no país, o Programa Brasileiro de DST/AIDS recebe um prêmio de US\$ 1 milhão, da Fundação Bill & Melinda Gates;

2005 - Plano Nacional DST/AIDS é lançado;

2009 - Implementação dos testes rápidos para a detecção do HIV e da sífilis.



Prevenção da transmissão das DSTs/AIDS

A eficácia da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) requer, como estratégia de intervenção, conhecer os aspectos socioeconômicos e culturais dos indivíduos, levando em consideração a diversidade dos grupos a que eles pertencem. Para isso, são necessárias ações abrangentes e em várias dimensões, que vão da melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas sexualmente ativas, ao aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DSTs e da infecção pelo HIV. Há também a necessidade de se aumentar a cobertura das ações de prevenção às mulheres e às populações com maior vulnerabilidade.

Meta: estabelecer metas nacionais com um calendário preciso para alcançar o objetivo mundial de reduzir a prevalência do HIV entre homens e mulheres com idades entre 15 e 24 anos em 25%, até 2005 nos países mais afetados, e em 25%, até 2010 em todo o mundo. Além disso, redobrar os esforços para atingir essas metas e lutar contra os estereótipos de gênero e de atitudes, bem como as desigualdades de gênero em relação ao HIV/AIDS, encorajando o real envolvimento nesse esforço.

Indicadores correlatos à meta	Ano Base 2000	2005	Dado mais recente
Prevalência de HIV em jovens de 15 a 24 anos (por 100 mil habitantes)	-	9,10	8,67 (2008)
Número de novos casos de AIDS notificados em jovens de 15 a 24 anos	2.780	2.633	1.549 (2008)
Taxa de incidência de casos de AIDS notificados na faixa etária de 20 a 24 anos, no sexo masculino (por 100 mil habitantes)	16,4	13,6	8,6 (2008)
Taxa de incidência de casos de AIDS notificados na faixa etária de 20 a 24 anos, no sexo feminino (por 100 mil habitantes)	17,1	11,2	5,7 (2008)

Fonte: Boletim Epidemiológico AIDS-DST, 2008/2009; Datasus

A taxa de incidência de AIDS no Brasil está estabilizada, desde 2000, em um patamar de 18,2 por 100 mil habitantes. O número de casos de AIDS notificados no país, entre 2000 e 2008, manteve-se em torno de 30 mil pessoas por ano. (Ministério da Saúde, 2008-2009)

Conforme a tabela dos *Indicadores correlatos à meta*, entre os jovens de 15 a 24 anos, houve uma diminuição de 44% no número de novos casos notificados de AIDS entre 2000 e 2008. A taxa de incidência entre jovens do sexo masculino na faixa etária de 20 a 24 anos foi reduzida de 16,4, em 2000, para 8,6, em 2008; entre jovens do sexo feminino, essa taxa passou de 17,1, em 2000, para 5,7, em 2008. Já a taxa de prevalência de HIV entre jovens de 15 a 24 anos foi de 8,67.

O **Programa Nacional DST/AIDS**, iniciativa conjunta do poder público e de movimentos sociais, contribuiu significativamente para o combate à doença. Por meio do Programa são implementadas políticas públicas e ações para redução da contaminação pelo HIV/AIDS, assim como por outras doenças sexualmente transmissíveis. Em 2009, foram disponibilizados antirretrovirais para 197 mil pessoas com a doença, e distribuídos aproximadamente 468,11 milhões de preservativos femininos e masculinos. Houve também a implementação de testes rápidos para HIV e sífilis, alcançando inclusive 100% dos distritos indígenas.

O governo federal, também em 2009, implementou o **Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**, com ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Hoje, a iniciativa está presente em 489 municípios, e também pode ter contribuído positivamente com a diminuição de novos casos de AIDS. Houve também a criação e desenvolvimento do **Plano de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DSTs** com o apoio a 125 projetos de organizações não-governamentais para a prevenção ao HIV/AIDS entre as populações mais vulneráveis. (IPEA, 2010)

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a proporcionar acesso universal e gratuito para o tratamento de HIV/AIDS na rede de saúde pública. Mais de 180 mil pessoas já recebem tratamento com antirretrovirais financiados pelo governo. A sólida parceria com organizações da sociedade civil tem sido fundamental para a resposta à epidemia no país.

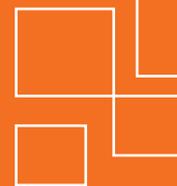
Porém, os dados ainda são preocupantes. De acordo com as informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, em 2008, foram registrados 34.480 novos casos de AIDS, colocando a taxa de incidência da doença no país no patamar de 18,2 para cada 100 mil habitantes. Houve também um aumento na proporção do número de casos de AIDS entre a faixa etária de 13 a 24 anos, passando de 35%, em 2000, para 42,7%, em 2008. (Ministério da Saúde, 2008-2009)

NÚMEROS SOBRE HIV/AIDS NO BRASIL

O número de casos acumulados de AIDS entre 1980 e 2009 foi de 544.846;

O número de óbitos por AIDS entre 1980 e 2008 foi de 217.091;

O coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100 mil habitantes) em 2008 foi de 6,1.



Redução da transmissão vertical do HIV

Denomina-se transmissão vertical do HIV a situação em que o bebê é infectado pelo vírus durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. No Brasil, entre 2000 e 2009, 47.705 casos de gestantes infectadas pelo HIV foram detectados. (Ministério da Saúde, 2008-2009)

No entanto, existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão, tais como: o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas antirretrovirais, o parto cesariano programado, a suspensão do aleitamento materno, substituindo-o por leite artificial (fórmula infantil) e outros alimentos, de acordo com a idade da criança. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão para o bebê.

O **Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs**, desenvolvido pelo governo federal, promove ações para o enfrentamento da AIDS e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres. Este plano quer garantir o cumprimento da meta de redução da taxa de transmissão vertical do HIV, de forma escalonada e regionalizada, até dezembro de 2011, conforme previsto no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis de 2007. (Ministério da Saúde, 2007a)

Já o **Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis** é um pacto entre o governo federal, estados e municípios que deverá reduzir as taxas de transmissão vertical (da mãe para o bebê) do vírus da AIDS, através das seguintes ações:

- a) uso de antirretrovirais, a partir da 14ª semana de gestação;
- b) utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto;
- c) realização de parto cesáreo, quando indicado; d) AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os 6 meses de idade. Em 2010, o Plano ampliará o número de testes anti-HIV, que passarão de 1,4 milhão para 2,3 milhões. Estão previstos ainda, mais R\$ 16 milhões para a aquisição de medicamentos antirretrovirais para gestantes e bebês HIV positivos, inibidores de lactação. (Ministério da Saúde, 2007b, p. 15-23)

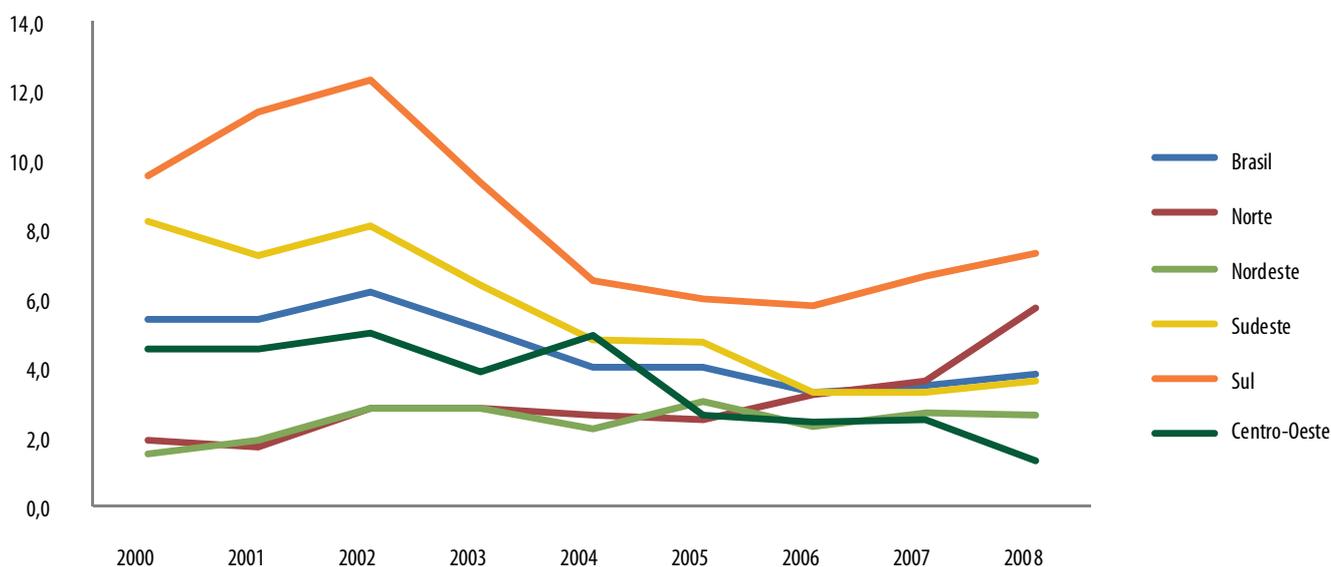
Meta: até 2005, reduzir a proporção de lactantes infectadas com o HIV em 20% e, até 2010, em 50%, assegurando que 80% das mulheres grávidas com acesso ao pré-natal recebam informação, orientação e outros serviços disponíveis para a prevenção do HIV, aumentando a disponibilidade, para as mulheres e os recém-nascidos infectados pelo HIV, de tratamentos eficazes para reduzir a transmissão do HIV de mãe para filho e o acesso a esses tratamentos. Prover, também, por meio de intervenções efetivas para reduzir a transmissão do HIV de mãe para filho, a orientação confidencial e os testes, o acesso ao tratamento, especialmente às terapias retrovirais e, quando apropriado, substitutos do leite materno, com a prestação de um cuidado contínuo.

Indicadores correlatos à meta	2000	2007	Dado mais recente
Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos (por 100 mil habitantes ²).	5,4	3,5	3,8 (2008)
Número de bebês e crianças (menores de 13 anos) infectados com HIV, por transmissão vertical (mãe para filho).	889	374	328 (2008)
Percentual de crianças menores de 2 anos, filhos de mães com HIV/AIDS, que receberam substitutos de aleitamento materno.	-	-	-
Percentual de adolescentes grávidas de 10 a 14 anos infectadas com HIV, por ano do parto.	0,3	0,3	0,6 (2008)

Fonte: Boletim Epidemiológico AIDS-DST, 2008/2009; DATASUS

O indicador da taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos mede o risco de ocorrência de casos novos confirmados de AIDS nesta população, segundo ano e local de residência. É utilizado como parâmetro da taxa de incidência de casos de AIDS por transmissão vertical. Esses dados são de suma importância, uma vez que a categoria de exposição transmissível vertical representa quase a totalidade de casos de AIDS entre menores de 5 anos.

Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 hab.) em menores de cinco anos de idade



Fonte: Boletim Epidemiológico AIDS-DST, 2010; Datasus

² Conforme o Datasus, a taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos é calculada dividindo-se o número de novos casos de AIDS pela população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.



A taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos, em 2000, foi de 5,4, passando para 3,8 em 2008, o que representa uma considerável diminuição deste problema (29,6%). Para que o índice continue a cair, é necessário que haja maior ordenação e integração das ações de DST/AIDS, principalmente no contexto das ações básicas de saúde. Mais do que nunca é necessário ampliar o acesso da população à informação, envolvendo a sociedade como um todo, por meio da mídia escrita e falada. Além disso, o trabalho de educação em saúde junto à população em geral e, sobretudo, junto aos grupos mais vulneráveis, incluindo a produção de novos materiais e a utilização de abordagens educativas, é fundamental.

Entre os anos de 2000 e 2008, houve também a redução de 889 para 328 no número de bebês e crianças menores de 13 anos infectados pelo HIV via transmissão vertical. Entre outros fatores, tal queda ocorreu devido à ampliação do acesso ao pré-natal e à aplicação do protocolo ACTG 076³, pactuadas entre a rede de serviços hospitalares. Porém, ainda é necessário que o governo federal direcione seus esforços para a prática diagnóstica, com a ampliação de rede laboratorial para detecção de infecções oportunistas.

É importante também que as mobilizações e articulações de organizações comprometidas com a luta contra o HIV/AIDS continuem, principalmente em espaços diferentes da sociedade civil e da área governamental, em especial com o compromisso de contemplar questões como a integralidade das ações e intersectorialidade das políticas públicas.

Já o percentual de adolescentes grávidas de 10 a 14 anos infectadas pelo HIV dobrou de 0,3 para 0,6 entre 2000 a 2008. As gestações em mulheres portadoras do HIV não são raras, apesar dos recursos de contracepção oferecidos. Assim, outras investigações são necessárias para identificar as dificuldades não abordadas durante a assistência médica de rotina. Desta forma, a preocupação com a transmissão vertical deve se tornar prioridade, pois a maioria dos casos de infecção pelo HIV em crianças ocorre por essa via.

RECOMENDAÇÕES

Aumentar o investimento em prevenção, diagnóstico e tratamento das populações, em particular daquelas tradicionalmente consideradas sob maior risco à infecção;

Intensificar as ações educativas em promoção da saúde preventiva nas escolas;

Ampliar o trabalho educativo e preventivo das DSTs nas escolas;

Expandir, para as diversas regiões do Brasil, ações de atenção à saúde dos adolescentes, incentivando-os a fazer suas próprias escolhas, mediante as informações e orientações recebidas, priorizando o respeito à sua saúde e bem-estar;

Intensificar a difusão de informações sobre a importância da realização do planejamento familiar e do pré-natal.

³ O protocolo ACTG 076 (CDC 1994) preconiza o início da profilaxia da transmissão vertical, pela administração de zidovudina à grávida, a partir da sua 14ª semana de gravidez.



V - Análise do Orçamento





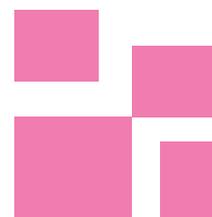
Análise do Orçamento

Neste capítulo, analisa-se de forma sintética a evolução dos gastos orçamentários federais destinados à implementação de políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes. Para tanto, apresenta-se uma breve contextualização da análise orçamentária das receitas e despesas do governo federal destinadas a este público.

Ao contrário dos relatórios de avaliação anteriores, neste documento não foram levantadas as ações orçamentárias correspondentes ao Plano Presidente Amigo da Criança¹, pois este não foi entregue pelo governo federal, conforme já explicitado anteriormente. Nesse relatório, as análises são realizadas a partir das despesas do Orçamento Geral da União (OGU), agregadas por funções e subfunções. Os dados utilizados foram obtidos, principalmente, por meio de levantamentos no **SIGA Brasil Especialista**, sistema de acompanhamento do orçamento federal disponibilizado pelo Senado Federal.

Embora este eixo suscite imediatamente a lembrança do **Orçamento Criança (OCA)**, por incluir gastos orçamentários, ele não guarda correlação estrita com essa metodologia. Ao contrário do OCA, este relatório não integra o pacto de realização de ações das áreas de **Urbanização, Habitação, Difusão Cultural, Desporto e Lazer** e das relativas a **Saneamento** (coleta de lixo). Em relação à natureza das despesas, o OCA computa gastos com pessoal (à exceção de inativos) e de natureza operacional (administrativos de diversas naturezas destinados à implementação das chamadas “ações-fim”), e este relatório não considera tais despesas, assim como os relatórios anteriores produzidos pela Rede de Monitoramento Amiga da Criança.

¹ O Plano Presidente Amigo da Criança constitui um pacto firmado em 2003, entre a Rede de Monitoramento Amiga da Criança e o governo federal, que seria responsável por encaminhar um plano de ação, incluindo gastos orçamentários que garantissem a melhoria significativa dos atuais índices referentes à situação da criança e do adolescente.



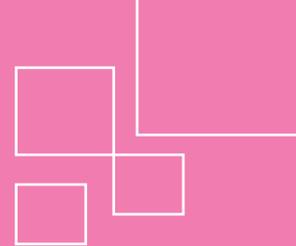
Nos relatórios anteriores, destacou-se a complexidade do levantamento e as limitações para se lograr análises correlacionando despesas governamentais e desempenho das metas sociais. Sobre o primeiro aspecto (“complexidade do levantamento”), indicou-se a necessidade de o governo federal disponibilizar uma solução para tal acompanhamento tempestivo, cumprindo o princípio da transparência e evitando que as entidades tenham de realizar levantamento próprio - o que, além de oneroso, desvia recursos da análise para a obtenção de dados.

Sobre o segundo aspecto (“limitações para lograr análises...”), os relatórios apontaram a inexistência de estudos sistemáticos sobre os impactos dos gastos públicos no alcance de metas sociais, bem como de qualquer análise qualitativa do governo sobre o andamento da gestão desses recursos e o cumprimento das metas.

De modo geral, não dispomos de convicções consensuadas sobre tais correlações. É necessário avançar no estabelecimento, por exemplo, de relações de causalidade entre os recursos alocados e a eliminação e/ou redução de diversas iniquidades, tais como crianças submetidas ao trabalho infantil ou mesmo à exploração sexual. O mesmo se aplica à redução da taxa de **Mortalidade Infantil, Escolarização no Ensino Fundamental, de Alfabetização de Adultos (15 anos ou mais), Mortalidade por Homicídio na Faixa Etária de 0 a 19 Anos** ou de **Prevalência de HIV em Jovens de 15 a 24 anos**, dentre outras envolvidas no Plano Presidente Amigo da Criança: quais ações orçamentárias estão correlacionadas e o quanto é necessário investir para se reduzir 1 ponto percentual nessas taxas?

A partir desses e outros indicadores, torna-se factível avaliar o nível de gastos praticado pelo governo federal e o tempo estimado para superação dos problemas, o que passa a conferir maior consistência ao *advocacy* em favor das políticas para a criança e o adolescente.

Além disso, as discussões em torno do impacto dos gastos públicos sobre as políticas para a criança e o adolescente apontaram para a necessidade de se considerar as competências legais dos entes federados (União, estados e municípios) e a correspondente disponibilização de recursos por cada esfera. Há atribuições que podem ser tratadas como exclusivas da União, tais como saneamento (esgoto sanitário), erradicação do trabalho infantil, combate à exploração sexual de crianças e adolescentes, combate à desnutrição/fome e controle do HIV/AIDS. Nesses casos, embora em alguma medida possa ser necessário levar em conta as contrapartidas dos demais entes, é possível avaliar o desempenho a partir da análise exclusiva dos gastos orçamentários federais. Em relação às demais despesas, é necessário a consideração de critérios de responsabilidade federativa (pacto federativo), tema que exige a análise da performance orçamentária de todas as esferas governamentais envolvidas.



Receitas

A evolução da receita mostra a capacidade do governo federal de cumprir os compromissos assumidos, especialmente para a promoção da inclusão social e redução das disparidades econômicas - e, por consequência, para a garantia de condições favoráveis à promoção e à proteção dos direitos da criança e do adolescente. Basicamente, ela depende dos níveis de atividade econômica. Nessa perspectiva, de modo geral, espera-se que o desempenho das despesas governamentais em benefício de crianças e adolescentes acompanhe o das receitas federais. Isto significa que ambas devem crescer, no mínimo, no mesmo ritmo - quando em momentos de crescimento econômico -, e em ritmo maior, sob um eventual cenário econômico negativo.

Em termos gerenciais, podemos classificar os recursos orçamentários federais em **Receitas Arrecadadas** e **Receitas Financeiras**. As Receitas Arrecadadas se distribuem entre Impostos, Contribuições, Receita Previdenciária e Outras Receitas que, somadas, constituem recursos administrados diretamente pela **Receita Federal do Brasil (RFB)**. Outros órgãos federais também geram parcela complementar de receita, classificada na Tabela 1 como "Demais Receitas".

As Receitas Financeiras são originárias, basicamente, da emissão de títulos da dívida pública e dos rendimentos de aplicações financeiras de receitas arrecadadas (Tabela 4). Gerencialmente, embora não haja impeditivo legal, elas não se destinam ao pagamento de despesas com o custeio e investimento em políticas públicas, estas tratadas contabilmente como **despesas primárias**. Isto porque, na apuração do **resultado primário** da gestão orçamentária que indica a capacidade de autofinanciamento da administração, tais receitas não são computadas, já que são **receitas nominais**, ou seja, não são fonte de financiamento continuado das atividades públicas, ao contrário das **receitas arrecadadas** (receita primária). Destinam-se, principalmente, ao refinanciamento da dívida pública, motivo pelo qual seu desempenho é relevante na medida em que aponta a influência do endividamento público sobre a gestão financeira. Atualmente, constituem mais da metade dos recursos federais (52,08%).

Nesse contexto, as políticas voltadas a crianças e adolescentes, assim como o conjunto de políticas públicas gerais e administrativas do governo federal, são financiadas, basicamente, pelas Receitas Arrecadadas e, particularmente, pelos recursos de **Impostos e Contribuições**, já que a **Receita Previdenciária** tem destinação própria.

As Receitas Arrecadadas do governo federal apresentaram excelente desempenho entre 2004 e 2008, uma vez que 2009 foi um ano afetado pelos efeitos da crise internacional. Em termos reais, descontada a inflação e considerando o ano de 2004 como base (=100), o crescimento global foi de 30,18% (Tabela 2), o que corresponde a um percentual anual médio de 5,42%. Destaca-se, no período, o incremento superior da receita previdenciária, que foi de 55,16% (9,18% ao ano, em média), em virtude do crescimento da formalização do mercado de trabalho e da elevação geral da massa salarial. Em 2009, o desempenho da arrecadação sofreu descontinuidade, registrando-se decréscimo de **Impostos** (-5,75%) e **Contribuições** (-3,92%) (Tabela 3), embora a receita previdenciária tenha mantido sua taxa média do período (9,51%).

A parcela das receitas arrecadadas que financiam as políticas voltadas às crianças e aos adolescentes, constituída por Impostos e Contribuições, tiveram desempenho acumulado, no período analisado, de 20,32%, percentual menor do que a média geral, que inclui Receita Previdenciária, equivalente ao crescimento anual médio de 3,94%. Esse desempenho, por sua vez, mostra-se mais vigoroso do que o do nível de atividade econômica no período. Entre 2004 e 2009 (Gráfico 1), o crescimento do PIB Per Capita foi de 12,93%, correspondendo a uma média anual de 2,46%. Isto significa que, no período, o governo federal gozou de condições bem mais favoráveis para a promoção de políticas públicas do que as registradas pelo crescimento econômico no país.

Em 2009, a crise atingiu gravemente o nível de atividade econômica e, conseqüentemente, a arrecadação federal. A arrecadação de Impostos e Contribuições caíram, respectivamente, 5,75% e 3,92% (Tabela 3). Esse cenário, obviamente, implica a redução das disponibilidades para a realização de políticas públicas, o que analisaremos na próxima seção. Já a Receita Financeira (Tabela 5) registrou um forte crescimento (55,88%), diante da política monetária implementada pelo governo federal para administrar a pressão cambial e a evasão de capital estrangeiro no período, contrariando a tendência de decréscimo que vinha se consolidando.

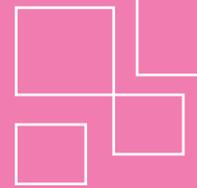


Tabela 1

Arrecadação de receitas federais em valores reais (*) Governo Federal - 2004-2009

Em R\$ 1.000.000,00

Discriminação	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Impostos	174.604	197.433	212.605	238.855	258.943	244.061
Contribuições (1)	198.087	212.586	222.770	241.626	212.061	203.751
Receita Previdenciária	132.475	143.597	161.917	177.790	187.697	205.542
Outros	15.183	12.956	14.839	18.779	28.924	34.261
Receita Administrada pela RFB	520.348	566.572	612.130	677.051	687.626	687.615
Demais Receitas	28.872	21.501	24.828	20.490	26.512	27.334
Total	549.220	588.073	636.958	697.541	714.138	714.949

FONTE: Receita Federal do Brasil (RFB)

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children

(1) CPMF, COFINS, PIS/PASEP, CSLL e CIDE-COMBUSTÍVEIS.

(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Tabela 2

Crescimento real da arrecadação de receitas federais (*) Governo Federal - 2004-2009

Base 100,00 = 2004

Discriminação	2005	2006	2007	2008	2009
Impostos	113,08	121,76	136,80	148,30	139,78
Contribuições (1)	107,32	112,46	121,98	107,05	102,86
Receita Previdenciária	108,40	122,22	134,21	141,69	155,16
Outros	85,33	97,74	123,69	190,51	225,66
Receita Administrada pela RFB	108,88	117,64	130,11	132,15	132,15
Demais Receitas	74,47	85,99	70,97	91,83	94,67
Total	107,07	115,97	127,01	130,03	130,18

FONTE: Receita Federal do Brasil - RFB

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children

(1) CPMF, COFINS, PIS/PASEP, CSLL e CIDE-COMBUSTÍVEIS.

(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Tabela 3

Taxa de crescimento anual real da arrecadação de receitas federais (*)

Governo Federal - 2004-2009

(%)

Discriminação	2005	2006	2007	2008	2009
Impostos	13,08	7,68	12,35	8,41	(5,75)
Contribuições (1)	7,32	4,79	8,46	-12,24	(3,92)
Receita Previdenciária	8,40	12,76	9,80	5,57	9,51
Outros	(14,67)	14,53	26,55	54,02	18,45
Receita Administrada pela RFB	8,88	8,04	10,61	1,56	(0,00)
Demais Receitas	(25,53)	15,47	(17,47)	29,39	3,10
Total	7,07	8,31	9,51	2,38	0,11

FONTES: Receita Federal do Brasil - RFB

Elaboração: Fundação Abrinq - Save the Children

(1) CPMF, COFINS, PIS/PASEP, CSLL e CIDE-COMBUSTÍVEIS.

(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Produto Interno Bruto per capita - Crescimento real - 2004-2009

■ Base 2004 ● Taxa Anual



FONTES: IBGE

Elaboração: Fundação Abrinq - Save the Children

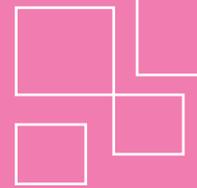


Tabela 4

Receita orçamentária líquida executada em valores reais (*)**Gov. Federal - 2007-2009**

Em R\$ 1,00

Discriminação	2007	2008	2009
1 - RECEITA ADMINISTRADA	427.077	477.122	462.816
1.01 - Imposto de Importação	12.515	17.589	16.346
1.02 - Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI	32.669	38.431	28.963
1.03 - Imposto de Renda - IR	151.584	184.778	184.195
1.04 - Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF	8.102	20.899	19.799
1.05 - COFINS	106.209	125.362	122.105
1.06 - PIS/PASEP	27.419	32.386	32.613
1.07 - CSLL	35.404	45.957	46.150
1.08 - CPMF	37.390	1.128	96
1.09 - Parcela de Preço Específica/CIDE Combustíveis	8.132	6.088	5.045
1.10 - Outras Administradas SRF	7.654	4.505	7.505
2 - ARRECAÇÃO LÍQUIDA INSS	143.531	164.715	184.186
2.01 - Arrecadação Líquida do INSS	143.531	164.715	184.186
3 - RECEITAS NÃO ADMINISTRADAS	63.733	88.927	98.551
3.01 - Concessões	2.103	6.222	3.166
3.02 - Dividendos	7.135	13.403	26.953
3.03 - Contribuição Plano de Seguridade do Servidor - CPSS	5.784	6.788	7.742
3.04 - Salário-Educação	7.257	8.980	9.810
3.05 - Cota-Parte de Compensações Financeiras	17.426	25.634	19.878
3.06 - Demais Receitas Não Administradas	12.911	15.089	16.462
3.07 - Receita Própria	9.067	10.930	11.981
3.08 - FGTS	2.050	1.881	2.560
9 - RECEITA FINANCEIRA	646.685	523.261	810.407
9.01 - Receita Financeira	646.685	523.261	810.407
RECEITA TOTAL	1.281.026	1.254.025	1.555.961

FONTE: SIGA BRASIL - Senado Federal

(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Elaboração: Fundação Abrinq - Save the Children

Tabela 5

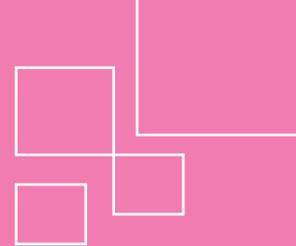
Crescimento real da receita orçamentária líquida executada (*)
Governo Federal - 2007-2009
 (%)

Discriminação	2008/2007	2009/2008
1 - RECEITA ADMINISTRADA	11,72	(3,00)
1.01 - Imposto de Importação	40,54	(7,06)
1.02 - Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI	17,64	(24,64)
1.03 - Imposto de Renda - IR	21,90	(0,32)
1.04 - Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF	157,96	(5,26)
1.05 - COFINS	18,03	(2,60)
1.06 - PIS/PASEP	18,11	0,70
1.07 - CSLL	29,81	0,42
1.08 - CPMF	(96,98)	(91,50)
1.09 - Parcela de Preço Específica/CIDE Combustíveis	(25,13)	(17,14)
1.10 - Outras Administradas SRF	(41,13)	66,58
2 - ARRECADAÇÃO LÍQUIDA INSS	14,76	11,82
2.01 - Arrecadação Líquida do INSS	14,76	11,82
3 - RECEITAS NÃO ADMINISTRADAS	39,53	10,82
3.01 - Concessões	195,88	(49,11)
3.02 - Dividendos	87,85	101,09
3.03 - Contribuição Plano de Seguridade do Servidor - CPSS	17,36	14,05
3.04 - Salário-Educação	23,75	9,24
3.05 - Cota-Parte de Compensações Financeiras	47,10	(22,45)
3.06 - Demais Receitas Não Administradas	16,87	9,10
3.07 - Receita Própria	20,54	9,61
3.08 - FGTS	(8,25)	36,09
9 - RECEITA FINANCEIRA	(19,09)	54,88
9.01 - Receita Financeira	(19,09)	54,88
RECEITA TOTAL	46,92	74,52

FONTE: SIGA BRASIL - Senado Federal

(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children



Despesas

Para a análise das despesas foi levantada, por meio do SIGA Brasil Especialista, a série histórica (2003-2009) a partir da **classificação da natureza de despesas** (Grupo de Natureza da Despesa – GND), que aponta a finalidade econômico-administrativa geral do gasto (1 - Pessoal e Encargos Sociais, 2 - Juros e Encargos da Dívida, 3 - Outras Despesas Correntes, 4 – Investimentos, 5 - Inversões Financeiras, 6 - Amortização da Dívida, 7 - Reserva do RPPS – Regime de Previdência Própria do Servidor, 9 - Reserva de Contingência) e da classificação funcional, que normatiza os orçamentos públicos brasileiros (10 - Saúde, 12- Educação, 08 -Assistência Social, 04 -Administração, 01 - Legislativa, 11 - Trabalho etc). Apesar da discricionariedade de que o gestor desfruta para enquadrar as despesas, a **classificação funcional** possibilita uma excelente aproximação da destinação finalística do gasto público e, por consequência, da natureza geral das políticas públicas implementadas.

Para compor as despesas analisadas neste relatório, as funções orçamentárias foram agregadas segundo os quatro eixos de compromisso. Ao final, restaram somente três grupos de análise referentes aos eixos: **Promovendo Vidas Saudáveis, Acesso à Educação de Qualidade e Proteção Contra os Maus-Tratos, a Exploração e a Violência** (Tabela 9). Para esta análise, o eixo HIV/AIDS foi agrupado ao eixo Promovendo Vidas Saudáveis.

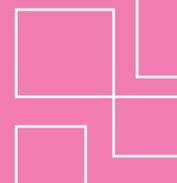
Embora se aproximem da realidade, há de se considerar que as funções descritas aqui não guardam perfeita correlação com as descritas nas análises orçamentárias realizadas pela Rede anteriormente, devendo os resultados apurados, portanto, serem interpretados como tendência de comportamento a ser confirmada por análises mais detalhadas. Vale ressaltar que, em relação aos estudos realizados pela Rede de Monitoramento Amiga da Criança, nos relatórios produzidos anteriormente, essa abordagem inclui despesas com pessoal, uma vez que a classificação funcional engloba todos os tipos de gastos com a finalidade identificada.

Para facilitar a interpretação e conferir maior precisão, todos os valores apresentados encontram-se corrigidos pelo IGP-DI/FGV (valores reais) a preços de março de 2010.

Despesas orçamentárias gerais

Em valores corrigidos pela inflação, as despesas orçamentárias federais, em 2009, foram de R\$ 1,452 trilhão (Tabela 6). Os gastos com amortização da dívida pública e juros e encargos da dívida totalizaram R\$ 657,51 bilhões, representando a principal parcela do orçamento (45,28%). Desde 2003, quando ela era equivalente a 60,30%, esta participação vem decaindo (Tabela 7). Apesar das despesas com juros terem se elevado ligeiramente em termos absolutos em 2009, devido à crise financeira internacional o peso relativo foi mantido e, portanto, há tendência ao declínio. Esta redução relativa de despesas financeiras envolve o comprometimento do superavit primário gerado com esses gastos, o que representa um inibidor de recursos adicionais para a gestão de políticas públicas. No entanto, no contexto de forte crescimento das receitas primárias (receitas arrecadadas) do período recente, ela se mostra como uma conduta positiva que contribui para a consolidação da estabilidade macroeconômica e, por consequência, para a estabilidade do financiamento das políticas públicas brasileiras no médio prazo - incluindo, aí, as ações em benefício de crianças e adolescentes relacionadas ao que deveria ser o Plano Presidente Amigo da Criança.

Como mostra a Tabela 9, entre 2004 e 2009, **Investimento** registrou o maior crescimento real acumulado dentre as despesas (242,91%) o que, de fato, representou a retomada das despesas de capital (principalmente obras e instalações) ainda em patamar reduzido (apenas 3,24% do total das despesas). Já **Outras Despesas Correntes** cresceu no período (49,67%). Esse desempenho foi bem superior à evolução de **Impostos e Contribuições** (Receitas Arrecadadas) analisados anteriormente (20,32%), os quais são a principal fonte de financiamento dessas ações. Certamente, este cenário é muito favorável para a implementação de metas. Entretanto, como este grupo de despesas envolve gastos de naturezas muito diversas (despesas administrativas, terceirização de serviços/mão-de-obra, material de consumo, serviços de informática e também com ações finalísticas das políticas), uma análise mais detalhada se faz necessária, para que se obtenha uma efetiva avaliação da repercussão de sua ampliação sobre as políticas públicas.



De acordo com a Lei Complementar nº 101/00, todos os gastos com pessoal, inclusive aqueles fruto de contratações, devem ser computados como despesa de pessoal a fim de se determinar a real dimensão contábil do total destinado pelo poder público a esse fim. Entretanto, via de regra, as administrações tergiversam, tratando tais contratos como prestação de serviços e não como gastos com pessoal. No governo federal, estimativas não oficiais dão conta de que cerca de 40% dos funcionários trabalhando na Esplanada são terceirizados.

As despesas com **Pessoal e Encargos Sociais** não compunha os gastos relacionados ao Plano Presidente Amigo da Criança, conforme a prestação de contas oficial de 2004 e as análises que a seguiram. Entretanto, no presente estudo, elas integram as despesas classificadas por função e subfunção. Para diversos analistas, seu desempenho é um indicador qualitativo da gestão de despesas da administração pública. Elas também tiveram forte crescimento (Tabela 9) no período (46,17%). Sob o conceito analisado, elas passaram a representar 11,78% do total das despesas totais em 2009, tendo, somente em 2005, atingido o patamar de 8,5%. Do mesmo modo, uma adequada interpretação do significado desse crescimento, que pode estar relacionado a aumentos reais de salário ou ampliação do contingente de servidores, por exemplo, requer um aprofundamento da análise não previsto no escopo desse estudo.

Tabela 6

Despesas liquidadas por grupo de natureza de despesa em valores reais (*) Governo Federal - 2003-2009

Em R\$ 1.000.000,00

GND	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	113.334	116.994	116.543	139.855	146.753	150.167	171.009
2 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	94.175	97.772	111.366	184.061	163.422	115.579	127.486
3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	342.731	360.443	414.509	452.997	484.167	495.995	539.465
4 - INVESTIMENTOS	9.100	13.734	21.450	23.454	37.844	36.718	47.097
5 - INVERSÕES FINANCEIRAS	33.277	27.978	27.020	33.013	35.420	42.986	35.011
6 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	664.389	572.383	680.363	606.733	548.461	468.751	530.026
TOTAL	1.257.006	1.189.305	1.371.251	1.440.112	1.416.067	1.310.196	1.452.103

FONTES: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
(*) IGP-DI: Base 100= Mar/10

Tabela 7

Crescimento real das despesas liquidadas por grupo de natureza de despesa Governo Federal - 2004-2009

Base 100,00 = 2004

GND	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	96,87	100,00	99,61	119,54	125,44	128,35	146,17
2 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	96,32	100,00	113,90	188,25	167,15	118,21	130,39
3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	95,09	100,00	115,00	125,68	134,33	137,61	149,67
4 - INVESTIMENTOS	66,26	100,00	156,18	170,77	275,54	267,35	342,91
5 - INVERSÕES FINANCEIRAS	118,94	100,00	96,57	117,99	126,60	153,64	125,14
6 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	116,07	100,00	118,86	106,00	95,82	81,89	92,60
TOTAL	105,69	100,00	115,30	121,09	119,07	110,16	122,10

FONTES: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
(* IGP-DI: Base 100= Mar/10)

Tabela 8

Composição das despesas liquidadas por grupo de natureza de despesa - GND Governo Federal - 2003-2009

(%)

GND	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	9,02	9,84	8,50	9,71	10,36	11,46	11,78
2 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	7,49	8,22	8,12	12,78	11,54	8,82	8,78
3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	27,27	30,31	30,23	31,46	34,19	37,86	37,15
4 - INVESTIMENTOS	0,72	1,15	1,56	1,63	2,67	2,80	3,24
5 - INVERSÕES FINANCEIRAS	2,65	2,35	1,97	2,29	2,50	3,28	2,41
6 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	52,85	48,13	49,62	42,13	38,73	35,78	36,50
TOTAL	100,00						

FONTES: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
(* IGP-DI: Base 100= Mar/10)

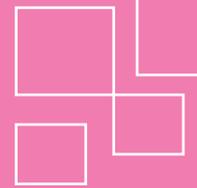


Tabela 9

Percentual de crescimento real (*) das despesas liquidadas por grupo de natureza de despesa Governo Federal - 2003-2009

(%)

GND	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	3,23	(0,39)	20,00	4,93	2,33	13,88
2 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	3,82	13,90	65,28	(11,21)	(29,28)	10,30
3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	5,17	15,00	9,29	6,88	2,44	8,76
4 - INVESTIMENTOS	50,92	56,18	9,34	61,35	(2,97)	28,27
5 - INVERSÕES FINANCEIRAS	(15,92)	(3,43)	22,18	7,29	21,36	(18,55)
6 - AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	(13,85)	18,86	(10,82)	(9,60)	(14,53)	13,07
TOTAL	(5,39)	15,30	5,02	(1,67)	(7,48)	10,83

FORNTE: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Despesas funcionais relacionadas a crianças e adolescentes

A fim de melhor contextualizar a análise dos gastos relacionados a crianças e adolescentes nesta gestão (2007-2010), algumas funções dentre as 28 existentes (Tabela 10) foram selecionadas e algumas outras foram agrupadas (Tabela 14), conforme descrito acima. A partir daí, foi constatado que em consonância com o perfil econômico dos gastos federais também já analisado, a principal despesa funcional é **Encargos Especiais** (2009 = 57,07%), como mostra a Tabela 12. Além das despesas com o **Serviço das Dívidas Interna e Externa**, estão incluídas as transferências a estados e municípios referentes aos respectivos **Fundos de Participação Constitucionais**. Esta despesa, entretanto, vem reduzindo sua participação ao longo do período analisado, tendo representado 70,08% em 2003. Em seguida, vem a despesa com a **Previdência Social**, respondendo por 20,55% do total. Seu crescimento, contudo, vem sendo contínuo durante o período analisado, tendo representado, em 2003, 16,59%.

Somando a participação dessas despesas e aquelas destinadas ao **Legislativo, Judiciário e Essenciais à Justiça** (2,16%), cerca de 80% dos gastos previstos no Orçamento Geral da União (OGU) não se encontram voltados para a implementação de políticas públicas. Porém, as despesas financeiras que apresentam tendência ao declínio e envolvem, principalmente, recursos financeiros, não são fonte principal de financiamento dos investimentos voltados a crianças e adolescentes. Já as despesas previdenciárias, apesar da evidente trajetória de crescimento, são financiadas em sua maior parte por recursos específicos, ainda que parte dos gastos referentes à criança seja definida constitucionalmente pela seguridade social e, em especial, pela **Saúde**. Entretanto, de acordo com estimativas oficiais, a pressão previdenciária tende a aumentar de modo expressivo em médio prazo, o que poderá comprometer eventuais tentativas de ampliação de despesas para a proteção social em geral.

Segundo o **Relatório de Avaliação da Execução Orçamentária** (2004-2005), realizado pela Rede de Monitoramento Amiga da Criança, desconsiderando as despesas com pessoal, os valores liquidados do Plano Presidente Amigo da Criança para 2004 e 2005 foram da ordem de R\$ 33,96 bilhões e R\$ 30,85 bilhões, respectivamente. Em relação ao total do Orçamento Geral da União (OGU), os valores representaram 2,80%, 3,74% e 2,79% do total dos recursos alocados, respectivamente em 2003, 2004 e 2005. Para uma análise cuidadosa com a base de dados utilizada, devemos sempre destacar o forte desempenho das despesas com pessoal no período. A despesa com os gastos referentes à criança e ao adolescente, estimadas a partir das funções selecionadas, totalizou, em 2009, R\$ 273,416 bilhões. Entretanto, este montante que representa 18,86% do total das despesas orçamentárias foi incrementado em 6,8% a partir de 2008 (17,66% do total) com o início das transferências referentes ao **Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais de Educação – Fundeb**, criado pela Emenda Constitucional nº 53/06 e regulamentado pela **Medida Provisória nº 339/06**, esta convertida, posteriormente, na **Lei n.º 11.494/07**. Enquanto os recursos do antecessor Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental (Fundef) destinavam-se apenas ao financiamento do ensino fundamental, os recursos do Fundeb visam à educação básica, o que inclui os ensinos infantil, fundamental e médio, além da educação de jovens e adultos. O fundo tem natureza contábil e foi implantado a partir de 1º de janeiro de 2007. Portanto, em 2004, 2005, 2006 e 2007, o peso relativo aos gastos destinados à criança e adolescente no Orçamento Geral da União (OGU) foi, respectivamente, de 7,24%, 6,38%, 7,26% e 8,26%.

Com esse incremento da **Educação**, a composição das rubricas consideradas alteraram-se (Tabela 16). Em 2004, as ações com **Saúde** respondiam por 49,97% das despesas voltadas às crianças e adolescentes, e **Educação** e **Proteção Social**, respectivamente, por 11,49% e 38,43%. Em 2009, **Educação** passou a representar 55,86%, enquanto **Saúde** reduziu-se para 22,39% e **Proteção Social** para 20,97%.

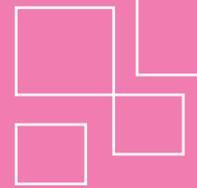


Tabela 10

Despesas liquidadas por funções e subfunções selecionadas em valores reais (*)
Governo Federal - 2003-2009

Em R\$ 1.000.000,00

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01 - Leg + 02 - Jud+ 03 - Ess Just	18.331	21.115	20.831	27.134	16.176	29.756	31.356
04 - Administração	10.527	11.564	11.251	13.423	30.195	15.273	17.499
05 - Def Nac + 06 - Seg Pub + 07 - Rel Ext	21.654	22.887	24.738	26.850	28.584	31.939	36.575
08 - Assist. Social	12.039	18.132	19.579	26.209	28.584	30.005	34.127
240 – Assistência ao Idoso	3.567	66	5.105	6.257	7.103	7.490	8.879
241 – Assistência ao Portador de Deficiência	5.934	131	6.653	7.816	8.499	8.798	10.273
242 – Assistência à Criança e ao Adolescente	1.152	737	1.144	462	493	500	633
243 – Assistência Comunitária	1.339	559	619	1.607	1.555	1.403	13.489
Demais	48	16.639	6.057	10.068	10.935	11.813	0
09 - Previdência Social	208.485	216.452	233.548	259.017	271.050	268.667	298.034
10 - Saúde	38.917	43.034	45.193	49.270	52.474	51.797	59.601
11 - Trabalho	13.629	13.976	15.764	20.117	22.810	23.475	30.036
12 - Educação	20.335	18.828	20.048	23.825	27.855	29.112	37.599
13 - Cultura	329	415	612	701	855	918	1.149
14 - Direitos da Cidadania	561	706	1.026	1.186	1.071	1.543	1.610
15 - Urbanismo	483	1.525	2.614	2.578	4.926	4.414	4.838
16 - Habitação	172	620	707	1.392	663	1.058	1.039
17 - Saneamento	83	96	109	67	1.719	1.807	3.101
27 - Desporto e Lazer	225	344	524	884	1.609	978	1.009
28 - Encargos Especiais	880.909	791.031	938.107	947.680	878.473	775.338	827.593
Demais Funções	30.327	28.581	36.601	39.779	49.021	44.115	64.929
TOTAL	1.257.006	1.189.305	1.371.251	1.440.112	1.416.067	1.310.196	1.450.094

FONTES: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
 Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
 (*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Tabela 11

Crescimento real (*) das despesas liquidadas por funções e subfunções selecionadas Governo Federal - 2003-2009

Base 100,00 = 2004

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01 - Leg + 02 - Jud+ 03 - Ess Just	86,81	100,00	98,65	128,50	76,61	140,92	148,50
04 - Administração	91,03	100,00	97,29	116,08	261,12	132,08	151,32
05 - Def Nac + 06 - Seg Pub + 07 - Rel Ext	94,61	100,00	108,09	117,32	124,89	139,55	159,80
08 - Assist. Social	66,40	100,00	107,98	144,55	157,65	165,48	188,22
09 - Previdência Social	96,32	100,00	107,90	119,67	125,22	124,12	137,69
10 - Saúde	90,43	100,00	105,02	114,49	121,94	120,36	138,50
11- Trabalho	97,52	100,00	112,80	143,94	163,21	167,97	214,92
12 - Educação	108,00	100,00	106,48	126,54	147,94	154,62	199,69
13 - Cultura	79,29	100,00	147,29	168,76	205,79	221,01	276,65
14 - Direitos da Cidadania	79,51	100,00	145,47	168,01	151,75	218,61	228,17
15 - Urbanismo	31,68	100,00	171,45	169,07	323,06	289,49	317,32
16 - Habitação	27,74	100,00	114,04	224,56	107,03	170,79	167,63
17 - Saneamento	85,90	100,00	113,74	69,94	1.789,11	1.881,04	3.227,64
27 - Desporto e Lazer	65,41	100,00	152,18	256,91	467,66	284,27	293,19
28 - Encargos Especiais	111,36	100,00	118,59	119,80	111,05	98,02	104,62
Demais Funções	106,11	100,00	128,06	139,18	171,52	154,35	227,17
TOTAL	105,69	100,00	115,30	121,09	119,07	110,16	121,93

FONTE: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children

(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

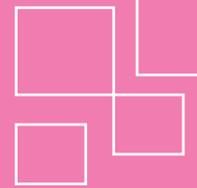


Tabela 12

**Composição das despesas liquidadas por funções e subfunções selecionadas em valores reais (*)
Governo Federal - 2003-2009**

Base 100,00 = 2004

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01 - Leg + 02 - Jud+ 03 - Ess Just	1,46	1,78	1,52	1,88	1,14	2,27	2,16
04 - Administração	0,84	0,97	0,82	0,93	2,13	1,17	1,21
05 - Def Nac + 06 - Seg Pub + 07 - Rel Ext	1,72	1,92	1,80	1,86	2,02	2,44	2,52
08 - Assist. Social	0,96	1,52	1,43	1,82	2,02	2,29	2,35
09 - Previdência Social	16,59	18,20	17,03	17,99	19,14	20,51	20,55
10 - Saúde	3,10	3,62	3,30	3,42	3,71	3,95	4,11
11- Trabalho	1,08	1,18	1,15	1,40	1,61	1,79	2,07
12 - Educação	1,62	1,58	1,46	1,65	1,97	2,22	2,59
Demais	0,29	0,59	0,32	0,49	0,54	0,91	0,00
13 - Cultura	0,03	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08
14 - Direitos da Cidadania	0,04	0,06	0,07	0,08	0,08	0,12	0,11
15 - Urbanismo	0,04	0,13	0,19	0,18	0,35	0,34	0,33
16 - Habitação	0,01	0,05	0,05	0,10	0,05	0,08	0,07
17 - Saneamento	0,01	0,01	0,01	0,00	0,12	0,14	0,21
27 - Desporto e Lazer	0,02	0,03	0,04	0,06	0,11	0,07	0,07
28 - Encargos Especiais	70,08	66,51	68,41	65,81	62,04	59,18	57,07
Demais Funções	2,41	2,40	2,67	2,76	3,46	3,37	4,48
TOTAL	100,00						

FONTE: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

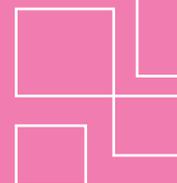
Tabela 13

Percentual de crescimento real (*) das despesas liquidadas por funções e subfunções selecionadas Governo Federal - 2003-2009

Em (%)

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01 - Leg + 02 - Jud+ 03 - Ess Just	15,19	(1,35)	30,26	(40,38)	83,95	5,37
04 - Administração	9,85	(2,71)	19,31	124,95	(49,42)	14,57
05 - Def Nac + 06 - Seg Pub + 07 - Rel Ext	5,69	8,09	8,54	6,46	11,74	14,51
08 - Assistência Social	50,61	7,98	33,87	9,06	4,97	13,74
09 - Previdência Social	3,82	7,90	10,91	4,65	(0,88)	10,93
10 - Saúde	10,58	5,02	9,02	6,50	(1,29)	15,07
11- Trabalho	2,54	12,80	27,61	13,39	2,91	27,95
12 - Educação	(7,41)	6,48	18,84	16,91	4,51	29,15
13 - Cultura	26,12	47,29	14,58	21,94	7,40	25,17
14 - Direitos da Cidadania	25,77	45,47	15,50	(9,68)	44,06	4,38
15 - Urbanismo	215,63	71,45	(1,39)	91,07	(10,39)	9,61
16 - Habitação	260,53	14,04	96,91	(52,34)	59,57	(1,85)
17 - Saneamento	16,42	13,74	(38,51)	2.458,22	5,14	71,59
27 - Desporto e Lazer	52,88	52,18	68,81	82,04	(39,21)	3,14
28 - Encargos Especiais	(10,20)	18,59	1,02	(7,30)	(11,74)	6,74
Demais Funções	(5,76)	28,06	8,68	23,23	(10,01)	47,18
TOTAL	(5,39)	15,30	5,02	(1,67)	(7,48)	10,68

FONTES: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10



Nesta perspectiva, as despesas relativas à melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes cresceram, em termos reais, expressivos 217,51% entre os anos de 2004 e 2009 (Tabela 15). Como mencionado, isso ocorreu, contudo, quando do início do Fundeb, fato que resultou em um crescimento de 97,72%, em 2008. Para não influenciar a interpretação dos dados com esse episódio localizado, é preciso analisar o desempenho agregado das funções. No caso de **Promovendo Vidas Saudáveis e Combatendo o HIV/AIDS**, vemos que o incremento no período foi de 38,7%. Apesar de se identificar claramente o sublançamento de gastos nas subfunções **300 – Atenção Básica e 301 – Atenção Ambulatorial e Hospitalar**, em 2004, e a subsequente reclassificação nos anos seguintes, distorcendo as informações das Tabelas 15 e 17, notamos que a evolução de todas as subfunções ocorreu em um ritmo equivalente no período. Destaca-se o desempenho das despesas com **Saneamento**, que cresceu vertiginosamente de R\$ 67 milhões, em 2006, para R\$ 1,719 bilhão, em 2007, e novamente para R\$ 3,801 bilhões, em 2009 (Tabela 14). A alocação desses recursos, por seu turno, merece análise mais aprofundada, visto que o governo federal tradicionalmente implementa sua política de saneamento por meio da Caixa Econômica Federal, órgão este que não transita pelo Orçamento Geral da União (OGU).

No eixo **Acesso à Educação de Qualidade**, a execução dos recursos do Fundeb promoveu uma descontinuidade no lançamento de despesas nas principais subfunções **361 - Ensino Fundamental, 362 - Ensino Médio e 365 - Ensino Infantil** (Tabela 15). Deste modo, embora o visível incremento dos recursos, ainda é preciso buscar, junto ao Ministério da Educação, esclarecimentos sobre o novo perfil alocativo. Isto porque, com o Fundeb, as ações orçamentárias foram remodeladas e optou-se por uma transferência orçamentária consolidada, o que impossibilita a correlação histórica das finalidades alocativas dos recursos. As despesas com cultura, por sua vez, apresentaram crescimento de 176% entre 2004 e 2009.

Os gastos com **Proteção Contra Maus-Tratos, Exploração e Violência** cresceram 74,98% no período analisado, de acordo com as informações da Tabela 15. A análise por subfunção indica que esse crescimento se deve à ampliação das despesas relativas à **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**, em especial com o **Benefício de Prestação Continuada (BPC)** para portadores de deficiência. Também as despesas com **243 - Assistência Comunitária** apresentaram forte incremento entre 2008 e 2009 (861,41%), devido, principalmente, à implantação dos **Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)**. As despesas com a subfunção **242 - Assistência à Criança e ao Adolescente** registraram decréscimo no período, atingindo, em 2009, 85% do alocado em 2004. Em virtude da implantação dos novos critérios de repasse a partir de 2005 (proteção básica e especial) e as consequentes redefinições orçamentárias, esse cenário deve ser objeto de aprofundamento.

Em termos globais, as informações obtidas indicam que o ritmo de gastos destinados à melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes foi superior ao crescimento de suas fontes primárias de financiamento. Além disso, pode-se dizer que, entre 2004 e 2005, a arrecadação tributária federal e a estabilidade fiscal gozaram de excelente desempenho, constituindo condições muito favoráveis para a forte expansão das políticas públicas. O aumento dos recursos alocados à criança, por sua vez, se processou, basicamente, por meio do crescimento das despesas de pessoal no período (computadas na presente análise), da introdução das transferências referentes ao Fundeb e do incremento das despesas relacionadas com a LOAS. É de se notar que esses gastos são de natureza legalmente obrigatória. Vale ressaltar ainda que alterações na classificação orçamentária em todos os eixos não possibilitaram confirmar comportamentos setoriais, sendo necessário o levantamento das ações correspondentes para interpretações mais acuradas, assim como consultas aos ministérios de tais áreas a fim de se obter esclarecimentos sobre os novos critérios de registro orçamentário adotados.

Tabela 14

Despesas liquidadas de funções e subfunções correlacionadas com o atendimento à criança e ao adolescente, em valores reais (*)
Governo Federal - 2003-2009

Em R\$ 1.000,000,00

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Promovendo vidas saudáveis	38.999	43.130	45.302	49.337	54.193	53.604	62.702
4. Combatendo HIV/AIDS							
10 - Saúde	38.917	43.034	45.193	49.270	52.474	51.797	59.601
300 – Atenção Básica	5.562	639	7.352	8.078	9.005	8.905	9.607
301 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	21.710	1.790	22.487	24.440	26.530	26.372	29.679
302 – Suporte Profilático e Terapêutico	3.537	3.099	3.680	4.588	4.933	4.892	6.212
303 – Vigilância Sanitária	237	138	230	311	283	282	299
304 – Vigilância Epidemiológica	1.397	1.287	2.294	2.681	2.360	2.279	3.483
305 – Alimentação e Nutrição	666	183	209	220	236	208	194
Demais	5.808	35.898	8.941	8.951	9.127	8.860	0
17 - Saneamento	83	96	109	67	1.719	1.807	3.101
2. Acesso à Educação de Qualidade	21.497	9.890	10.463	13.077	15.847	129.230	152.811
12 - Educação (1)	9.706	9.475	9.851	12.377	14.992	16.424	21.714
361 – Ensino Fundamental	2.742	843	1.434	2.751	3.767	1.380	743
362 – Ensino Médio	193	248	431	209	266	686	353
363 – Ensino Profissional	1.031	1.068	1.251	1.345	1.514	1.916	2.655
365 – Educação Infantil	1.397	183	1.434	209	1.514	21	47
366 – Educação de Jovens e Adultos	675	10	831	727	157	334	348
367 – Educação Especial	57	53	81	87	81	99	109
Demais	3.612	7.071	4.389	7.050	7.692	11.988	0
13 - Cultura	329	415	612	701	855	918	1.149
847 – Transferências para a Educação Básica	11.462	-	-	-	-	111.888	129.948
3. Proteção contra maus-tratos, abuso, exploração e violência	22.887	33.091	31.788	42.139	46.972	48.511	57.903
08 - Assistência Social (2)	8.472	18.066	14.474	19.952	21.482	22.515	25.248
241 – Assistência ao Portador de Deficiência	5.934	131	6.653	7.816	8.499	8.798	10.273
242 – Assistência à Criança e ao Adolescente	1.152	737	1.144	462	493	500	633
243 – Assistência Comunitária	1.339	559	619	1.607	1.555	1.403	13.489
Demais	48	16.639	6.057	10.068	10.935	11.813	0
11- Trabalho	13.629	13.976	15.764	20.117	22.810	23.475	30.036
14 - Direitos da Cidadania	561	706	1.026	1.186	1.071	1.543	1.610
27 - Desporto e Lazer	225	344	524	884	1.609	978	1.009
TOTAL	83.384	86.112	87.553	104.553	117.013	231.345	273.416

FONTE: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
 Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
 (*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

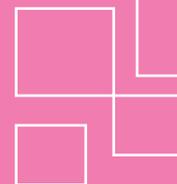


Tabela 15

Despesas liquidadas de funções e subfunções correlacionadas com o atendimento à criança e ao adolescente, em valores reais (*)
Governo Federal - 2003-2009

Base 100,00 = 2004

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Promovendo vidas saudáveis	90,42	100,00	105,04	114,39	125,65	124,28	145,38
4. Combatendo HIV/AIDS	-	-	-	-	-	-	-
10 - Saúde	90,43	100,00	105,02	114,49	121,94	120,36	138,50
300 – Atenção Básica	870,78	100,00	1.150,94	1.264,71	1.409,82	1.394,02	1.504,04
301 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.212,71	100,00	1.256,10	1.365,20	1.481,94	1.473,11	1.657,85
302 – Suporte Profilático e Terapêutico	114,13	100,00	118,73	148,04	159,16	157,85	200,45
303 – Vigilância Sanitária	171,82	100,00	166,89	225,72	205,47	204,22	216,82
304 – Vigilância Epidemiológica	108,49	100,00	178,19	208,23	183,30	177,06	270,53
305 – Alimentação e Nutrição	363,54	100,00	114,19	120,30	128,85	113,38	105,88
Demais	16,18	100,00	24,91	24,93	25,43	24,68	0,00
17 - Saneamento	85,90	100,00	113,74	69,94	1.789,11	1.881,04	3.227,64
2. Acesso à Educação de Qualidade	217,36	100,00	105,79	132,23	160,23	1.306,67	1.545,10
12 - Educação (1)	102,44	100,00	103,97	130,63	158,24	173,35	229,18
361 – Ensino Fundamental	325,31	100,00	170,14	326,40	446,94	163,73	88,15
362 – Ensino Médio	78,00	100,00	174,20	84,24	107,62	277,09	142,76
363 – Ensino Profissional	96,49	100,00	117,09	125,96	141,76	179,39	248,61
365 – Educação Infantil	762,32	100,00	782,73	113,83	826,51	11,65	25,58
366 – Educação de Jovens e Adultos	7.069,93	100,00	8.707,00	7.617,07	1.646,79	3.504,10	3.646,71
367 – Educação Especial	106,95	100,00	153,74	163,51	153,15	186,24	205,75
Demais	51,09	100,00	62,07	99,70	108,79	169,54	0,00
13 - Cultura	79,29	100,00	147,29	168,76	205,79	221,01	276,65
847 – Transferências para a Educação Básica	-	-	-	-	-	-	-
3. Proteção contra maus-tratos, abuso, exploração e violência	69,16	100,00	96,06	127,34	141,95	146,60	174,98
08 - Assistência Social (2)	46,89	100,00	80,12	110,44	118,91	124,63	139,76
241 – Assistência ao Portador de Deficiência	4.535,32	100,00	5.085,46	5.973,95	6.496,49	6.725,10	7.852,44
242 – Assistência à Criança e ao Adolescente	156,18	100,00	155,18	62,62	66,86	67,85	85,83
243 – Assistência Comunitária	239,64	100,00	110,83	287,58	278,32	251,16	2.414,67
Demais	0,29	100,00	36,40	60,51	65,72	71,00	0,00
11- Trabalho	97,52	100,00	112,80	143,94	163,21	167,97	214,92
14 - Direitos da Cidadania	79,51	100,00	145,47	168,01	151,75	218,61	228,17
27 - Desporto e Lazer	65,41	100,00	152,18	256,91	467,66	284,27	293,19
TOTAL	96,83	100,00	101,67	121,42	135,88	268,66	317,51

FONTES: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal

Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children

(*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

(1) Exclui 364 - Ensino Superior (2) Exclui 240 - Assistência ao Idoso

Tabela 16

Despesas liquidadas de funções e subfunções correlacionadas com o atendimento à criança e ao adolescente, em valores reais (*)
Governo Federal - 2003-2009

Em R\$ 1.000.000,00

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Promovendo vidas saudáveis	46,77	50,09	51,74	47,19	46,31	23,17	22,93
4. Combatendo HIV/AIDS	-	-	-	-	-	-	-
10 - Saúde	46,67	49,97	51,62	47,12	44,84	22,39	21,80
300 – Atenção Básica	6,67	0,74	8,40	7,73	7,70	3,85	3,51
301 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	26,04	2,08	25,68	23,38	22,67	11,40	10,85
302 – Suporte Profilático e Terapêutico	4,24	3,60	4,20	4,39	4,22	2,11	2,27
303 – Vigilância Sanitária	0,28	0,16	0,26	0,30	0,24	0,12	0,11
304 – Vigilância Epidemiológica	1,67	1,49	2,62	2,56	2,02	0,99	1,27
305 – Alimentação e Nutrição	0,80	0,21	0,24	0,21	0,20	0,09	0,07
Demais	6,97	41,69	10,21	8,56	7,80	3,83	0,00
17 - Saneamento	0,10	0,11	0,12	0,06	1,47	0,78	1,13
2. Acesso à Educação de Qualidade	25,78	11,49	11,95	12,51	13,54	55,86	55,89
12 - Educação (1)	11,64	11,00	11,25	11,84	12,81	7,10	7,94
361 – Ensino Fundamental	3,29	0,98	1,64	2,63	3,22	0,60	0,27
362 – Ensino Médio	0,23	0,29	0,49	0,20	0,23	0,30	0,13
363 – Ensino Profissional	1,24	1,24	1,43	1,29	1,29	0,83	0,97
365 – Educação Infantil	1,67	0,21	1,64	0,20	1,29	0,01	0,02
366 – Educação de Jovens e Adultos	0,81	0,01	0,95	0,70	0,13	0,14	0,13
367 – Educação Especial	0,07	0,06	0,09	0,08	0,07	0,04	0,04
Demais	4,33	8,21	5,01	6,74	6,57	5,18	0,00
13 - Cultura	0,39	0,48	0,70	0,67	0,73	0,40	0,42
847 – Transferências para a Educação Básica	13,75	-	-	-	-	48,36	47,53
3. Proteção contra maus-tratos, abuso, exploração e violência	27,45	38,43	36,31	40,30	40,14	20,97	21,18
08 - Assistência Social (2)	10,16	20,98	16,53	19,08	18,36	9,73	9,23
241 – Assistência ao Portador de Deficiência	7,12	0,15	7,60	7,48	7,26	3,80	3,76
242 – Assistência à Criança e ao Adolescente	1,38	0,86	1,31	0,44	0,42	0,22	0,23
243 – Assistência Comunitária	1,61	0,65	0,71	1,54	1,33	0,61	4,93
Demais	0,06	19,32	6,92	9,63	9,34	5,11	0,00
11- Trabalho	16,35	16,23	18,01	19,24	19,49	10,15	10,99
14 - Direitos da Cidadania	0,67	0,82	1,17	1,13	0,92	0,67	0,59
27 - Desporto e Lazer	0,27	0,40	0,60	0,85	1,38	0,42	0,37
TOTAL	100,00						

FONTE: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
 Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
 (*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

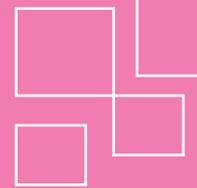


Tabela 17

Despesas liquidadas de funções e subfunções correlacionadas com o atendimento à criança e ao adolescente, em valores reais (*)
Governo Federal - 2004-2009

Em (%)

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Promovendo vidas saudáveis	10,59	5,04	8,91	9,84	(1,09)	16,97
4. Combatendo HIV/AIDS	-	-	-	-	-	-
10 - Saúde	10,58	5,02	9,02	6,50	(1,29)	15,07
300 – Atenção Básica	(88,52)	1.050,94	9,88	11,47	(1,12)	7,89
301 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	(91,75)	1.156,10	8,69	8,55	(0,60)	12,54
302 – Suporte Profilático e Terapêutico	(12,38)	18,73	24,69	7,51	(0,83)	26,99
303 – Vigilância Sanitária	(41,80)	66,89	35,25	(8,97)	(0,61)	6,17
304 – Vigilância Epidemiológica	(7,82)	78,19	16,86	(11,97)	(3,40)	52,79
305 – Alimentação e Nutrição	(72,49)	14,19	5,36	7,10	(12,01)	(6,61)
Demais	518,06	(75,09)	0,11	1,97	(2,93)	(100,00)
17 - Saneamento	16,42	13,74	(38,51)	2.458,22	5,14	71,59
2. Acesso à Educação de Qualidade	(53,99)	5,79	24,99	21,18	715,49	18,25
12 - Educação	(2,38)	3,97	25,64	21,13	9,55	32,21
361 – Ensino Fundamental	(69,26)	70,14	91,84	36,93	(63,37)	(46,16)
362 – Ensino Médio	28,20	74,20	(51,64)	27,76	157,46	(48,48)
363 – Ensino Profissional	3,64	17,09	7,57	12,54	26,54	38,59
365 – Educação Infantil	(86,88)	682,73	(85,46)	626,08	(98,59)	119,57
366 – Educação de Jovens e Adultos	(98,59)	8.607,00	(12,52)	(78,38)	112,78	4,07
367 – Educação Especial	(6,50)	53,74	6,36	(6,34)	21,61	10,48
Demais	95,74	(37,93)	60,64	9,12	55,84	(100,00)
13 - Cultura	26,12	47,29	14,58	21,94	7,40	25,17
847 – Transferências para a Educação Básica	(100,00)	-	-	-	-	16,14
3. Proteção contra maus-tratos, contra abuso, exploração e violência	44,58	(3,94)	32,56	11,47	3,27	19,36
08 - Assistência Social	113,25	(19,88)	37,85	7,67	4,81	12,14
241 – Assistência ao Portador de Deficiência	(97,80)	4.985,46	17,47	8,75	3,52	16,76
242 – Assistência à Criança e ao Adolescente	(35,97)	55,18	(59,65)	6,77	1,48	26,51
243 – Assistência Comunitária	(58,27)	10,83	159,47	(3,22)	(9,76)	861,41
Demais	34.728,89	(63,60)	66,23	8,61	8,03	(100,00)
11- Trabalho	2,54	12,80	27,61	13,39	2,91	27,95
14 - Direitos da Cidadania	25,77	45,47	15,50	(9,68)	44,06	4,38
27 - Desporto e Lazer	52,88	52,18	68,81	82,04	(39,21)	3,14
TOTAL	3,27	1,67	19,42	11,92	97,71	18,19

FONTE: SIGA Brasil Especialista/Senado Federal
 Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children
 (*) IGP-DI: Base 100 = Mar/10

Grau de execução orçamentária

O grau de execução orçamentária é o produto da comparação entre as despesas liquidadas e aquelas previstas. Sua finalidade é indicar a maior ou menor tendência de planejamento executivo dos programas e ações, considerando que, se o orçamento constitui um pacto de realizações, oscilações entre os valores inicial e final podem representar indícios de disputa alocativa, gestão não-planejada, ou ainda problemas na implantação ou implementação das ações. Como critério geral, são consideradas toleráveis variações de até 8,6%, o que corresponde ao gasto mensal, embora variações acima ou abaixo de 4% devam ser analisadas como um indício da existência de acontecimento político-gerencial relevante. Ações com execução acima de 100% refletem a realização de gastos não-planejados inicialmente, enquanto aquelas com grau de execução abaixo de 100% apontam para a não confirmação da autorização de gasto.

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 trabalho, os levantamentos e agregações foram feitos em torno de funções e subfunções, as quais 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, e não como um indicador de compromisso gerencial.

De modo geral, as funções **Assistência Social e Saúde** registraram grau e execução adequado (100%) entre 2007 e 2009, com comportamento tendendo, ligeiramente, à pressão alocativa (Tabela 18). **Educação**, por sua vez, apresentou tendência à **gestão de risco**. Na análise das subfunções, vemos, porém, comportamentos com maior variação. Em **Assistência Social, Assistência à Criança e ao Adolescente** oscilou seu planejamento alocativo, chegando, em 2008, à baixa execução (33,7%) em relação ao inicial, mas recuperando desempenho em 2009. Na Saúde, ocorreu uma grande variação em **Vigilância Epidemiológica**, em 2009, com forte desvio positivo dos gastos frente ao previsto inicialmente (44,61%). Já na **Educação**, os itens **Ensino Fundamental, Médio e Profissional** sofreram, também, em 2009, forte aumento dos recursos originalmente previstos (respectivamente, 7,7%, 22,9% e 18,7%), enquanto **Educação Infantil** acusou redução (-63,1%), certamente devido aos novos critérios alocativos relativos à implantação do Fundeb.

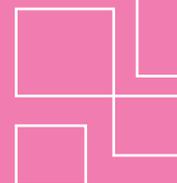


Tabela 18

Crescimento nominal das despesas liquidadas por funções e subfunções selecionadas Governo Federal - 2003-2009

Em (%)

FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01 - Leg + 02 - Jud+ 03 - Ess Just	26,59	3,83	32,99	10,67	15,87	6,80
04 - Administração	21,38	1,67	21,91	27,34	4,74	15,60
05 - Def Nac + 06 - Seg Pub + 07 - Rel Ext	16,60	13,12	10,96	18,87	17,61	15,21
08 - Assistência Social	133,00	(15,39)	40,42	13,23	16,52	13,90
241 – Assistência ao Portador de Deficiência	(97,55)	5.194,93	19,68	14,15	15,14	18,84
242 – Assistência à Criança e ao Adolescente	(29,40)	62,00	(59,02)	12,33	13,68	27,78
243 – Assistência Comunitária	(53,79)	13,90	166,08	2,15	0,18	868,50
Demais	37.683,04	(61,48)	69,14	14,33	20,07	(169,05)
09 - Previdência Social	13,77	13,89	12,98	10,05	10,33	12,57
10 - Saúde	21,35	10,65	11,22	12,66	9,68	15,98
300 – Atenção Básica	(87,21)	1.095,51	12,06	17,64	9,96	8,93
301 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	(90,94)	1.223,10	10,65	14,81	10,54	13,61
302 – Suporte Profilático e Terapêutico	(3,33)	23,97	27,52	13,60	10,41	27,50
303 – Vigilância Sanitária	(35,23)	73,20	38,79	(3,11)	9,05	6,93
304 – Vigilância Epidemiológica	1,20	87,44	19,79	(6,52)	7,01	52,95
305 – Alimentação e Nutrição	(69,97)	20,45	7,78	13,26	(2,45)	(5,38)
Demais	576,56	(73,73)	2,44	8,12	7,56	14,91
11 - Trabalho	12,76	18,77	30,17	19,32	14,90	29,11
12 - Educação	8,15	8,16	28,65	28,38	21,61	32,58
361 – Ensino Fundamental	(65,36)	72,74	97,85	46,84	(59,57)	(46,78)
362 – Ensino Médio	43,21	79,46	(50,28)	36,77	186,59	(49,20)
363 – Ensino Profissional	14,29	22,66	10,09	19,33	40,57	38,85
365 – Educação Infantil	(9,21)	39,47	20,01	70,81	(72,72)	121,60
366 – Educação de Jovens e Adultos	(98,43)	8.879,42	(10,24)	(76,62)	133,59	3,21
367 – Educação Especial	3,09	59,77	8,87	0,49	34,12	10,05
Demais	61,36	(16,55)	27,31	33,36	46,77	(86,80)
13 - Cultura	40,02	52,54	17,59	30,35	18,56	24,69
14 - Direitos da Cidadania	39,52	50,57	18,63	(3,71)	59,55	3,90
15 - Urbanismo	247,88	77,03	1,88	105,90	(1,98)	8,51
16 - Habitação	300,31	16,45	104,76	(48,57)	74,06	(3,24)
17 - Saneamento	30,45	15,30	(36,23)	2.663,09	14,56	69,45
27 - Desporto e Lazer	69,79	55,87	74,38	91,77	(31,87)	1,91
28 - Encargos Especiais	(1,80)	25,63	2,77	(2,78)	(1,89)	8,97
841 – Refinanciamento da Dívida Interna	(5,19)	39,65	(28,72)	3,28	(23,75)	(5,80)
842 – Refinanciamento da Dívida Externa	18,90	9,99	163,88	(35,85)	(77,84)	29,30
843 – Serviço da Dívida Interna	1,95	7,41	96,68	(25,26)	17,17	31,44
844 – Serviço da Dívida Externa	8,59	(29,95)	22,60	(43,22)	(19,55)	12,44
845 – Outras Transferências	10,58	30,57	6,03	13,31	2,09	(3,64)
846 – Outros Encargos Especiais	(100,00)	-	-	-	(68,04)	6,28
847 – Transferências para a Educação Básica	238,10	(12,61)	75,78	(100,00)	- (*)	16,89
Demais Funções	3,72	32,67	10,78	34,80	(2,94)	47,57
TOTAL	3,97	21,48	6,82	3,19	2,73	12,33

FONTE: SIGA Especialista/Senado Federal
Elaboração: Fundação Abrinq – Save the Children

* No ano de 2008, não houve registro de valor para esta subfunção

Conclusão



Conclusão

Este relatório foi produzido sob um contexto nacional importante: estamos há cinco anos do prazo previsto para o cumprimento final das metas consignadas no documento “Um mundo para as crianças” (MPC) da Organização das Nações Unidas (ONU). Ao longo desses 8 anos de MPC muitas foram as conquistas, porém muitos ainda são os desafios.

No que se refere ao período analisado neste relatório, gestão 2007-2010, não há dúvidas que houveram diversos avanços, registrados em cada tema apresentado. Os resultados globais demonstram que houve fortalecimento, implantação e estruturação das políticas públicas federais, dirimindo a execução de programas pontuais, muitas vezes pouco estruturados e com sobreposições de ações nas diversas áreas.

Na **saúde**, as melhorias são observadas pela expansão e pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que possibilitou a diminuição dos indicadores de mortalidade infantil, mortalidade na infância e mortalidade materna; na **educação**, pela universalização do acesso ao ensino fundamental, e recentemente, pela aprovação dos recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) para investimentos na educação infantil, na **proteção social**, pela implantação da Política de Assistência Social e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que permitiram maior articulação da rede socioassistencial, contribuindo para o fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes, sobretudo, nos grupos sociais menos favorecidos. É importante registrar ainda, a implementação do Programa de Transferência de Renda - o Bolsa Família - que permitiu uma interface com as políticas de saúde, educação e assistência social. Já em relação ao **HIV/AIDS** os avanços foram muitos, o Programa Brasileiro de DST/AIDS é reconhecido em todo o mundo por sua excelência.

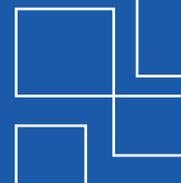


Fomos o primeiro país em desenvolvimento a proporcionar acesso universal e gratuito para o tratamento de HIV/AIDS na rede de saúde pública e mais de 180 mil pessoas já recebem tratamento com antiretrovirais financiados pelo governo.

Porém, apesar dos importantes avanços conquistados, ainda há muito a ser feito. Embora a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos apresente declínio no país, ela ainda é muito alta, principalmente no Nordeste. As taxas de morbidade e de mortalidade materna também estão elevadas. No Brasil morrem 52,8 mães por 100 mil crianças nascidas vivas (Datusus, 2008), mas acredita-se que este número seja ainda maior devido a subnotificação dos casos. Assim, se faz necessário uma maior integração das políticas de saúde para as crianças e adolescentes, além de maiores investimentos, na ampliação do acesso à rede de esgoto nas periferias urbanas. A desnutrição deve ser também o foco das políticas de saúde, já que mais da metade das mortes na infância poderiam ser evitadas se as crianças estivessem adequadamente nutridas. E para reduzir a mortalidade materna, é preciso diminuir ainda o número de cesarianas e a desigualdade no atendimento pré-natal, principalmente no caso de mães com pouca escolaridade.

Já na educação, eixo estratégico na redução da pobreza e na promoção do desenvolvimento do país, apesar da quase universalização do acesso ao ensino fundamental, ainda existem milhares de crianças fora das salas de aula. Além disso, das crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, 7,4% não sabem ler e nem escrever (IBGE, 2008). Na educação infantil a situação é ainda mais crítica: apenas 45,8% das crianças estão sendo atendidas (IBGE, 2008). É preciso ampliar os equipamentos de educação para as crianças de 0 a 6 anos, assim como assegurar a qualidade do ensino básico por meio de iniciativas como a capacitação de professores.

Em relação à proteção social, os problemas ainda são inúmeros, entre eles a falta de dados quantitativos, o que dificulta a identificação da dimensão de problemas como o trabalho infantil, o abuso sexual e as mortes por causas externas, que vitimizam mais crianças e adolescentes do que muitos países em guerra. Em 2006, as mortes por causas externas vitimaram 12,4 crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (Datusus, 2006). As políticas socioeducativas ainda estão deficitárias e o trabalho infantil ainda rouba a infância de milhões de crianças e adolescentes. É necessário que haja, neste eixo, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação para garantir um melhor registro qualificado dos dados. É necessário também o fortalecimento da atuação dos conselhos tutelares e de direitos, além da destinação de mais recursos financeiros para programas de erradicação e prevenção do trabalho infantil, combate à exploração sexual e tratamento especial ao tema da violência urbana que tem vitimado em grande parte os jovens.



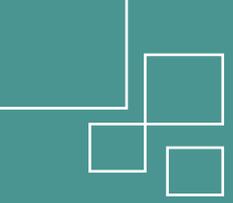
No eixo HIV/AIDS, o grande problema fica por conta da alta transmissão materno infantil, 328 casos registrados em 2008 (Datusus, 2008). Assim, o nosso desafio para combater à epidemia ainda é grande, tanto no que se refere à educação para a prevenção, tanto no que se refere à atenção aos jovens HIV positivos e no apoio aos órfãos de famílias vitimadas pela AIDS.

Para o cumprimento das metas de “Um mundo para as crianças” (MPC) é imprescindível que o governo federal articule suas ações com os governos estaduais e municipais e com a iniciativa privada, como forma de garantir a defesa e o exercício dos direitos da criança e do adolescente.

É necessário que se tenha diálogo com organizações que compõem o Sistema de Garantia de Direitos, sejam elas governamentais ou não governamentais, poder judiciário, conselhos, entre outros, respeitando os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente, que propõe em seu artigo 86, uma nova gestão dos direitos da criança e do adolescente a partir da explicitação deste Sistema. Para tanto, é fundamental qualificar os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos Tutelares e setoriais, especialmente os de assistência social, educação e saúde, para garantir o alinhamento de objetivos e ações que possibilitem o avanço das metas desejadas.

Para se cumprir as metas do MPC é necessário ainda que: se construa e/ou fortaleça uma gestão em que o processo de descentralização e participação da sociedade civil seja efetivo, de forma a favorecer o controle social; se defina e aplique recursos financeiros suficientes para solucionar os problemas da população infanto-juvenil; se fortaleça os sistemas de informações para o planejamento e o monitoramento das políticas; e que se estabeleça como prioridade a erradicação das profundas desigualdades de renda, gênero e raça que interferem diretamente nos indicadores sociais.

Sabemos que o Brasil é grande, não só em seus mais de 8 mil quilômetros de extensão, mas também no tamanho dos desafios a serem enfrentados. Compreender o Brasil como um país de grande dimensão, implica entender que qualquer um dos objetivos propostos em “Um mundo para as crianças” representa investimentos em uma gestão com maior participação social e transparência, tendo sempre como principal foco o fortalecimento das políticas e a garantia dos direitos dos cidadãos. Esperamos que a nova gestão federal se oriente por estratégias e recursos proporcionais ao tamanho dos desafios do país frente ao seu cenário atual, pois é dessa forma que se terá **um Brasil para as crianças e para os adolescentes.**



Referências Bibliográficas



Referências Bibliográficas

- BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. Código Penal. Decreto Lei nº 2.848, de 7 de setembro de 1940. Brasília, 1940.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento - Brasília, 2010.
- BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. Plano Nacional de Formação dos Professores da Educação Básica. Brasília, s/ data.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Referencial curricular nacional para a educação infantil. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental, MEC/SEF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. Plano Nacional de Educação. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação. Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE). Prova Brasil - ensino fundamental: matrizes de referência, tópicos e descritores. Brasília: MEC/SEB/Inep, 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Básica. Indicadores da Qualidade na Educação Infantil. Brasília: MEC/SEB, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Brasília: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Direito à educação: subsídios para a gestão dos sistemas educacionais, orientações gerais e marcos legais. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comentários sobre os indicadores de morbidade e fatores de risco até 2006. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS. Ano I, nº 1. Brasília, 2006c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. Brasília, 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Operacional – Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília, 2007b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos do direito à saúde no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST, Ano VI, nº 01. Brasília, 2008/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados: Bolsa Família e Assistência Social. Brasília: MDS/SAGI, 2007.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Principais iniciativas do Governo Federal – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Manual da Aprendizagem – o que é preciso saber para contratar o aprendiz. 4ª ed. Brasília, 2009
- BRASIL. Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação. Decreto Lei nº 6.094, de 24 de abril de 2007. Brasília, 2007.
- BRASIL. Presidência da República. Presidente Amigo da Criança e do Adolescente: plano de ação 2004/2007. Brasília, 2003.
- BRASIL. Presidência da República. Relatório de Acompanhamento do Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente 2004/2005. Brasília, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. Relatório de Acompanhamento do Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente 2006. Brasília, 2006.
- BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, 2008.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília: CONANDA, 2006.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2008.

BRASIL. SUAS Plano 10 – Estratégias e Metas para Implementação da Política de Assistência Social no Brasil, Fotografia da Assistência Social no Brasil na perspectiva do SUAS, V Conferência Nacional de Assistência Social, Brasília, 2005.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da. Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht, 1996.

MELLO, Anna Christina Cardoso de. Kit respeitar: enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. São Paulo: Fundação Orsa/SEADS, 2008.

MESQUITA, F. e BASTOS, F. I. (org.). Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal Marcia Faria (org). Violência e criança. São Paulo: Edusp, 2002.

REDE DE MONITORAMENTO AMIGA DA CRIANÇA. Um Brasil para as Crianças - Relatório de Monitoramento Amiga da Criança. São Paulo, 2004.

REDE DE MONITORAMENTO AMIGA DA CRIANÇA. De Olho no Orçamento Criança: atuando para priorizar a criança e o adolescente no orçamento público. São Paulo: Unicef/Fundação Abrinq/Inesc, 2005.

REDE DE MONITORAMENTO AMIGA DA CRIANÇA. Um Brasil para as Crianças - Relatório de Monitoramento Amiga da Criança. São Paulo, 2007.

Sites e páginas da internet consultados:

BRASIL. IBGE. Aumenta número de registros de nascimentos no Norte e Nordeste. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1278&id_pagina=1. Acesso em 8 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Plano de Ações Articuladas. Disponível em: <http://simec.mec.gov.br/cte/relatoriopublico/principal.php>. Acesso em 02 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa Brasil Alfabetizado. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12280&option=com_content&view=article Acesso em 23 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de demografia e saúde – PNDS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/>. Acesso em 02 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. PROESF: expansão e consolidação – saúde da família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/proesf/proesf2.php> Acesso em 20 nov. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer – G.16. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivrolDB/2edrev/g16.pdf>. Acesso em 27 out. 2010b.

BRASIL. Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Indicador inédito avalia risco de morte para adolescentes em 267 cidades do País. Disponível em: <http://www.obscriancaeadolescente.gov.br/?id=nws&cod=45>. Acesso em 9 nov. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo – SINASE. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/spdca/sinase/ Acesso em 23 nov. 2010.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Projeto para jovem pobre deve quadruplicar. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/educacao/reportagens/index.php?id01=2766&lay=eu> Acesso em 09 nov. 2010.

CAMPANHA NACIONAL PELO DIREITO À EDUCAÇÃO. Marque 1 gol pela educação. Disponível em: http://www.marque1gol.org.br/que_e.php. Acesso em 02 dez. 2010.

CONFERÊNCIA MUNDIAL E EDUCAÇÃO ESPECIAL. Declaração de Salamanca (1994). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em 02 dez. 2010.

OBSERVATÓRIO DE FAVELAS. Programa de Redução da Violência Letal Contra Adolescentes e Jovens (PRVL). Disponível em: <http://prvl.org.br/> Acesso em 23 nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em 02 dez. 2010.

REDE NÃO BATA, EDUQUE. Campanha Nacional Não Bata, Eduque. Disponível em: <http://www.naobataeduque.org.br/site/campanha/index.php> Acesso em 23 nov. 2010.

Principais Bancos de Dados Consultados

Censo Demográfico (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Censo Escolar (Ministério da Educação/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP). Disponível em: <http://www.educasensomec.inep.gov.br>

DATASUS - Departamento de Informática do SUS (Ministério da Saúde). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/>

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>

Prova Brasil (Ministério da Educação/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP). Disponível em: <http://provabrazil.inep.gov.br/>

SAEB - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Ministério da Educação/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP). <http://www.inep.gov.br>

SIPIA - Sistema de Informação para Infância e Adolescência (Presidência da República/ Secretaria de Direitos Humanos). Disponível em: <http://www.direitoshumanos.gov.br/spdca/sipia>



Save the Children

Av Santo Amaro, 1386
Vila Nova Conceição
04506-001 - São Paulo/SP

www.fundabrinq.org.br
55 11 3848-8799

ISBN: 978-85-88060-38-8