

UM BRASIL PARA AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES

VI RELATÓRIO



AVALIAÇÃO DA GESTÃO 2015-2018





UM BRASIL PARA AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES

VI RELATÓRIO



AVALIAÇÃO DA GESTÃO 2015-2018

1ª Edição

São Paulo

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

Agosto/2018





CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente

Carlos Antonio Tilkian

Vice-Presidente

Synésio Batista da Costa

CONSELHEIROS

Antonio Carlos Malheiros, Carlos Antonio Tilkian, David Baruch Diesendruck, Eduardo José Bernini, Fernando Vieira de Melo, Hector Nuñez, Humberto Barbatto, José Eduardo Planas Pañella, Luiz Fernando Brino Guerra, Morvan Figueiredo de Paula e Silva, Otávio Lage de Siqueira Filho, Rubens Naves, Synésio Batista da Costa e Vitor Gonçalo Seravalli

CONSELHO FISCAL

Bento José Gonçalves Alcoforado, Mauro Antonio Ré e Sérgio Hamilton Angelucci

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

Programa Presidente Amigo da Criança

Jeniffer Caroline Luiz, Augusto Fernandes Guimarães e Dayane Santos Silva

FICHA TÉCNICA

Texto

Carlos de Medeiros Delcidio (Investimento), Jeniffer Caroline Luiz (Considerações Iniciais, Educação e Proteção), Julianne Nestlehner Pinto Paiva (Proteção), Priscila Alves Scharth Gomes (Proteção) e Rafael Favaretto Krettelys (Educação)

Texto do Anexo (Guia de Programas do Governo Federal)

Augusto Fernandes Guimarães e Luane Natalle

Colaboração ao Texto (Rede de Monitoramento Amiga da Criança)

Adolfo Mendonça e Maria Paula de Albuquerque – Centro de Recuperação e Educação em Nutrição; Dalka Chaves de Almeida Ferrari – Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV) do Instituto Sedes Sapientiae; Isa Maria de Oliveira – Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil; Marcia Oliveira – Rede Não Bata, Eduque; Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, Mayumi Wakimoto, Silvana Granado Nogueira da Gama e Sônia Bittencourt – Fundação Oswaldo Cruz e Pricilla Kesley Honorato – Todos pela Educação

Edição

Jeniffer Caroline Luiz

Leitura Crítica

Denise Maria Cesario

Revisão de Texto e Copy Desk

Eros Camel | © Camel Press

Projeto Gráfico

Priscila Hlodan

Diagramação e Arte

Daniela Jardim & Rene Bueno

Colaboração

Juliana Mamona, Maria Lucilene de Almeida Santos e Victor Alcântara da Graça

Impressão

Nywgraf Editora Gráfica Ltda

Tiragem

150 exemplares

ISBN

978-85-45541-03-5



Sumário


Saúde
24

Educação
70

Proteção
100

Orçamento
131

6	Carta do Presidente
7	O Programa Presidente Amigo da Criança
7	A Rede de Monitoramento Amiga da Criança
9	Os compromissos assumidos pela presidente Dilma Rousseff
10	Considerações iniciais
21	Avaliação da Gestão 2015-2018
24	I) Direito à Saúde: Eixo Promovendo Vidas Saudáveis
70	II) Direito à Educação: Eixo Acesso à Educação de Qualidade
100	III) Direito à Proteção: Eixo Proteção Contra Maus-Tratos, Exploração e Violência
131	IV) Orçamento: Eixo Investimento Público
153	Bibliografia
160	Anexo 1 – Termo de Compromisso
Contracapa	Anexo 2 – Guia dos Programas do Governo Federal



Carta do Presidente

A Fundação Abrinq implantou o Programa Presidente Amigo da Criança (PAC) na campanha presidencial de 2002 com o objetivo de estabelecer um compromisso entre o governo federal e a sociedade civil, para o alcance de metas e objetivos que promovam o respeito e a consolidação dos direitos das crianças e dos adolescentes, colocando-os como prioridade absoluta na elaboração das políticas públicas nacionais em resposta aos compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro.

O presente relatório pretende avaliar a tendência da Gestão 2015-2018, quarta edição do Programa, constituindo um esforço de indicar a evolução dos indicadores sociais que medem a qualidade de vida de crianças e adolescentes nas áreas de educação, saúde e proteção. Também será analisado o padrão de investimento público sinalizando a respeito do cumprimento ou não dos compromissos assumidos pela presidente Dilma Rousseff e, em razão de seu *impeachment*, as ações, programas e investimentos mantidos ou descontinuados pelo presidente Michel Temer.

Nosso objetivo é oferecer um documento que contribua para a ampliação do debate relacionado à infância e à adolescência no país, nesse momento pré-eleitoral, no intuito de facilitar o diálogo com os candidatos ao cargo de presidente da República, posto que traremos os desafios para os próximos quatro anos, para que as crianças brasileiras tenham seus direitos garantidos.

Pretende-se apresentar o atual cenário da infância e adolescência no Brasil, analisando comparativamente os avanços e retrocessos registrados, que devem ser pauta estratégica do programa de governo do próximo presidente que, adicionalmente, terá a responsabilidade de implementar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Muitas crianças ainda morrem de causas evitáveis em nosso país, o acesso à creche é privilégio de poucos, muitas das nossas crianças e dos nossos adolescentes são submetidos ao trabalho precoce e distintas formas de violência afetam suas vidas.

Esperamos que este relatório seja um norteador para as ações do próximo gestor federal, fortaleça o controle social e contribua para que o país avance nesse aspecto.



Carlos Antonio Tilkian
Presidente



■ O Programa Presidente Amigo da Criança (PAC)

A Fundação Abrinq implantou o Programa Presidente Amigo da Criança (PAC) em 2002, com o objetivo de estabelecer um compromisso entre o governo federal e a sociedade civil que contribuísse para o alcance de metas e objetivos de promoção dos direitos das crianças e dos adolescentes. Desde então, o *Termo de Compromisso do Programa Presidente Amigo da Criança* é assinado pelos candidatos à presidência durante o período eleitoral e compromete o governante eleito a dialogar e oferecer insumos para a realização do controle social sobre as suas ações.

Acreditando no potencial do Programa, a Fundação parte do pressuposto que a integração, a intersectorialidade, a transparência, a colaboração entre a União, os Estados e os municípios, e o fortalecimento do diálogo entre a sociedade civil e o poder público são indispensáveis para a concretização dos direitos das crianças e dos adolescentes. E, a partir desse olhar, utilizou como documento norteador a publicação *Um Mundo para as Crianças*, elaborado em sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, no ano de 2002, decorrente das discussões dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), vigentes até 2015, continuados na agenda internacional pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a serem alcançados até 2030.

Além dos Tratados e Convenções Internacionais, são analisados os Planos Nacionais vigentes, os programas, ações e investimentos realizados pelo governo federal a fim de apresentar o cenário brasileiro da infância e adolescência.

■ A Rede de Monitoramento Amiga da Criança



A Rede de Monitoramento Amiga da Criança foi concebida no ano de 2003 com a finalidade de acompanhar a implementação dos compromissos pactuados no *Termo de Compromisso Presidente Amigo da Criança* e analisar os avanços das metas nas áreas de educação, saúde e proteção, e investimentos realizados.

Criada com o papel de monitorar e avaliar as políticas públicas do governo federal, bem como para definir e realizar ações de incidência política, na quarta edição do Programa Presidente Amigo da Criança (PAC) – período 2015 a 2018, a Rede de Monitoramento Amiga da Criança conta com a participação de 22 organizações e movimentos sociais, sendo:

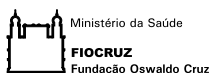
Coordenação:



Membros da Rede:



Apoio:



“O Cren, desde o início de sua história, tem como missão o combate à má nutrição infantil, à pobreza e à desigualdade social. A possibilidade de participar de uma rede que conta com iniciativas da academia e da sociedade civil organizada, e que promove o diálogo com os gestores públicos no sentido de reconhecer, incentivar e cobrar políticas de proteção à criança e a garantia de seus direitos, vai ao encontro da nossa missão, oportuniza soma de saberes e fortalece nossa própria rede. A segurança alimentar é de fundamental importância na garantia de direitos e deve ser abordada sempre que se fala de rede de proteção. Cabe lembrar que esta próxima geração viverá menos que seus pais e morrerá por doenças causadas pela má nutrição.”

Maria Paula de Albuquerque, Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren)

“Um documento como este traz... dimensiona os desafios que a gente tem em relação à saúde da criança. Boa parte deles [desafios] a gente conhece por experiências ou relatos, mas a análise cuidadosa de dados, a série histórica onde a gente observa as alterações... é fundamental para a tomada de decisão para melhoria das condições de vida da criança brasileira.”

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

“Diante do novo ciclo democrático que se abre, 2019 é uma grande oportunidade para emplacarmos mudanças estruturantes no país para nossas crianças e nossos adolescentes. Nesse sentido, o VI Relatório Presidente Amigo da Criança é um instrumento fundamental para apoiar os futuros gestores nessa transformação que não pode e não deve passar ao largo das salas de aula. Embora a educação não seja capaz de resolver todos nossos problemas do Brasil, se não a priorizarmos, continuaremos nos afastando do ideal de nação que protege, valoriza e dá suporte aos sonhos das crianças. O novo presidente de nosso país precisa enfrentar a crise de aprendizagem em que vivemos, pois ela perpetua as nossas desigualdades ao enfraquecer o potencial da infância e da juventude.”

Priscila Cruz, Todos Pela Educação

Os compromissos assumidos pela presidente Dilma Rousseff¹

1. COMPROMISSOS DE GESTÃO:

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

2. COMPROMISSOS PROGRAMÁTICOS:

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

- Promover a proteção das crianças contra todas as formas de maus-tratos, exploração e violência, defendendo seus direitos básicos;
- Prever e não contingenciar recursos orçamentários para a implementação de políticas públicas em benefício de crianças e adolescentes.

A Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, por meio do Programa Presidente Amigo da Criança (PAC), se propõe a monitorar as políticas públicas do governo federal em prol da melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes no país, a partir do acompanhamento das metas e dos objetivos que integram os seguintes eixos temáticos:

Figura 1.



1. Termo de Compromisso assinado em 12 de outubro de 2014.



■ Considerações iniciais

Jeniffer Caroline Luiz, Fundação Abrinq

Este relatório foi estruturado a partir dos eixos centrais relacionados ao Programa Presidente Amigo da Criança (PAC) buscando explicitar algumas questões-chave para o Brasil no âmbito das políticas públicas para crianças e adolescentes.

Cabe ressaltar, porém, que os compromissos foram assumidos pela então presidente Dilma Rousseff, que teve seu mandato interrompido por um processo de *impeachment* e, portanto, sucedida pelo seu vice-presidente Michel Temer.

Assim, analisou-se o comportamento dos indicadores sociais e as políticas implementadas durante os anos de 2015 a 2018, registrando os avanços conquistados e os desafios da quinta edição do Programa.

Vale observar que muitos indicadores sociais só estão disponíveis para os anos de 2015 e 2016, outros já possuem dados de 2017, entretanto, a partir do desempenho dos programas e a contribuição dos Ministérios no envio de informações para o presente estudo, é possível traçar as tendências de comportamento da Gestão Dilma-Temer.

Enquanto relatório técnico, é importante explicitar a dificuldade de se realizar uma avaliação das políticas nacionais implementadas, de um lado porque boa parte das diretrizes de governo que serão expostas a seguir envolvem medidas e impactos de médio e longo prazos, de outro, pela grande defasagem de apuração temporal das bases oficiais.

A realização deste relatório se deu por meio dos dados e informações disponibilizados em fontes públicas, provenientes do Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social; Ministério da Educação; Ministério da Integração Nacional; Ministério da Justiça; Ministério do Trabalho; Casa Civil da Presidência da República; Ministério dos Direitos Humanos; Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; Ministério das Cidades; Ministério da Defesa; Ministério da Cultura; Ministério do Meio Ambiente; Ministério de Minas e Energia; Ministério do Turismo; Ministério do Esporte e Senado Federal, além das Fundações e Institutos vinculados ao governo federal. Outras fontes secundárias também foram utilizadas e contribuíram com a produção do documento: o Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren), o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Movimento Todos pela Educação – *Observatório do Plano Nacional de Educação* (OPNE).

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

O PDDHCA é um plano de diretrizes aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) no dia 19 de abril de 2011. O documento contém cinco Eixos², 12 Diretrizes e 55 Objetivos Estratégicos. Trata-se do principal desdobramento da 8ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e prevê as diretrizes da Política Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente para os próximos dez anos. Sua principal finalidade é orientar a atuação do poder público na esfera federal para a implementação de políticas que operacionalizem os direitos da criança e do adolescente. Já se encontra com sete anos de vigência, entretanto, por falta de instrumentos de monitoramento e avaliação, pouco se sabe sobre a observância dos Ministérios e Secretarias Nacionais de seus direcionamentos para a construção das políticas para a infância e adolescência no âmbito federal.

Alguns Ministérios³ cooperaram apresentando respostas aos questionamentos realizados pela Fundação Abrinq, por meio do envio de informações sobre a implantação de programas e projetos, investimentos e beneficiários.

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

Os compromissos:

- Definição de um interlocutor do governo (foi designado o então ministro de Direitos Humanos, Gilberto José Spier Vargas, Pepe Vargas), sendo que após sua saída, em 29 de setembro de 2015, não fora designado outro interlocutor;
- Proposta de enfrentamento nos eixos onde não há metas definidas (não cumprido);
- Disponibilização de dados e informações necessários ao monitoramento dos indicadores (cumprido parcialmente: 16 de 22 Ministérios responderam aos questionamentos);
- Não contingenciamento dos recursos orçamentários consignados em programas, projetos e ações (não cumprido).

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

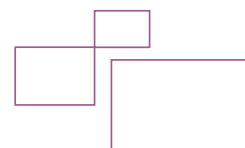
3. Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social; Ministério da Educação; Ministério da Integração Nacional; Ministério do Trabalho; Casa Civil da Presidência da República; Ministério dos Direitos Humanos; Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; Ministério das Cidades; Ministério da Defesa; Ministério da Cultura; Ministério do Meio Ambiente; Ministério de Minas e Energia; Ministério do Turismo; Ministério do Esporte e Ministério da Justiça.

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

- **Promovendo Vidas Saudáveis:** que corresponde aos programas voltados à sobrevivência e saúde de crianças, adolescentes e suas mães; aos programas voltados ao acesso e qualidade do esgotamento sanitário e programas de acesso à habitação, totalizando 26 programas;
- **Acesso à Educação de Qualidade:** programas educacionais, de cultura, esporte e lazer, totalizando 31 programas;
- **Proteção Contra Maus-Tratos, Exploração e Violência:** estão compreendidos todos os programas de proteção social e ao exercício de direitos de cidadania, totalizando 18 programas.

I. PROMOVENDO VIDAS SAUDÁVEIS

1. Programa Água para Todos – Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Água (Ministério da Integração Nacional).
2. Programa Banco de Alimentos (Ministério do Desenvolvimento Social).
3. Programa Cidades Digitais (Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações).
4. Programa Cidades Sustentáveis (Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações).
5. Programa Crack, É Possível Vencer (Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social, da Educação e dos Direitos Humanos).
6. Programa Criança Feliz (Ministério do Desenvolvimento Social).
7. Programa de Aquisição de Alimentos (Ministério do Desenvolvimento Social).
8. Programa de Atenção Integral a Família (Paif) (Ministério do Desenvolvimento Social).
9. Programa de Atendimento Habitacional através do Poder Público – Pró-Moradia (Ministério das Cidades).
10. Programa Farmácia Popular do Brasil (Ministério da Saúde).
11. Programa Governo Eletrônico (Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações).
12. Programa Luz para Todos (Ministério de Minas e Energia).
13. Programa Mais Médicos (Ministérios da Saúde e da Educação).
14. Programa Minha Casa, Minha Vida (Ministérios das Cidades, da Fazenda, e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão).



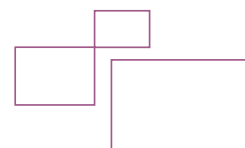


15. Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais – Programa Cisternas (Ministério do Desenvolvimento Social).
16. Programa Nacional de Apoio à Inclusão Digital nas Comunidades – Telecentros (Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações).
17. Programa Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural na Agricultura Familiar e na Reforma Agrária (Ministério do Desenvolvimento Social).
18. Programa Nacional de Imunização (PNI) (Ministério da Saúde).
19. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Ministério da Saúde).
20. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Ministério da Saúde).
21. Programa Nacional de Suplementação do Ferro (Ministério da Saúde).
22. Programa Nacional de Triagem Neonatal (Ministério da Saúde).
23. Programa Rede Cegonha (Ministério da Saúde).
24. Programa Saneamento para Todos (Ministério das Cidades).
25. Programa Saúde na Escola (Ministérios da Saúde e da Educação).
26. Programa Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários (Ministério das Cidades).

II. ACESSO À EDUCAÇÃO DE QUALIDADE


1. Programa Atleta na Escola – Programa de Formação Esportiva Escolar (Ministérios da Educação e do Esporte).
2. Programa Banda Larga nas Escolas (Ministério da Educação).
3. Programa Brasil Alfabetizado (Ministério da Educação).
4. Programa Brasil Carinhoso (Ministério do Desenvolvimento Social).
5. Programa Brasil Profissionalizado (Ministério da Educação).
6. Programa Caminho da Escola (Ministério da Educação).
7. Programa de Acolhimento, Permanência e Êxito (Pape) – De Volta a Escola (Ministério da Educação).
8. Programa de Apoio a Novos Estabelecimentos de Educação Infantil (Ministério da Educação).

9. Programa de Apoio às Licenciaturas Interculturais Indígenas (Prolind) (Ministério da Educação).
10. Programa de Benefício de Prestação Continuada na Escola (Ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social, da Saúde e dos Direitos Humanos).
11. Programa de Implantação de Salas de Recurso Multifuncionais (Ministério da Educação).
12. Programa de Iniciação à Docência (Pibid) (Ministério da Educação).
13. Programa Dinheiro Direto na Escola (Ministério da Educação).
14. Programa Ensino Médio Inovador (Ministério da Educação).
15. Programa Escola Aberta (Ministério da Educação).
16. Programa Mais Cultura nas Escolas (Ministérios da Educação e da Cultura).
17. Programa Mais Educação (Ministérios da Educação, do Esporte, do Desenvolvimento Social e da Cultura).
18. Programa Nacional Biblioteca da Escola (Ministério da Educação).
19. Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Ministério da Educação).
20. Programa Nacional de Alimentação Escolar (Ministério da Educação).
21. Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar (Ministério da Educação).
22. Programa Nacional de Educação do Campo (Pronacampo) (Ministério da Educação).
23. Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Programa ProJovem Trabalhador – Juventude Cidadão Trabalho (Ministério do Trabalho).
24. Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância) (Ministério da Educação).
25. Programa Nacional de Tecnologia Educacional (Ministério da Educação).
26. Programa Nacional do Livro Didático (Ministério da Educação).
27. Programa Nacional do Livro Didático para a Educação de Jovens e Adultos (Ministério da Educação).
28. Programa Nacional dos Territórios Etnoeducacionais (Ministério da Educação).
29. Programa Nacional Mulheres Mil (Ministério da Educação).
30. Programa Segundo Tempo (Ministérios do Esporte e da Educação).
31. Programa Usinas Culturais (Ministério da Cultura).



III. PROTEÇÃO CONTRA MAUS-TRATOS, EXPLORAÇÃO E VIOLÊNCIA

1. Programa Bolsa Família (Ministério do Desenvolvimento Social).
2. Programa BPC Trabalho (Ministério do Desenvolvimento Social).
3. Programa de Apoio à Conservação Ambiental – Programa Bolsa Verde (Ministério do Meio Ambiente; Casa Civil da Presidência da República; Ministério do Desenvolvimento Social; Ministério da Fazenda; e Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão).
4. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Ministério do Desenvolvimento Social).
5. Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais (Ministério do Desenvolvimento Social).
6. Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente Ameaçados de Morte (Ministério dos Direitos Humanos).
7. Programa Escola que Protege (Ministérios da Educação e do Esporte).
8. Programa Esporte e Lazer da Cidade e Vida Saudável (Ministério do Esporte).
9. Programa Forças no Esporte (Ministérios da Defesa e do Esporte).
10. Programa Jovem Aprendiz (Ministério do Trabalho).
11. Programa Luta pela Cidadania (Ministério do Esporte).
12. Programa Nacional de Direitos Humanos (Ministérios dos Direitos Humanos e da Justiça).
13. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes (Ministério dos Direitos Humanos).
14. Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Ministério do Desenvolvimento Social).
15. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci) (Ministério da Justiça) – descontinuado.
16. Programa Progredir (Ministério do Desenvolvimento Social).
17. Programa Territórios da Cidadania (Casa Civil da Presidência da República).
18. Programa Turismo Sustentável e Infância (Ministério do Turismo) – descontinuado.



Cada programa deveria possuir unidade orçamentária própria, definida com base no planejamento dos recursos alocados, entretanto, não são todos os programas federais que aparecem nos instrumentos legais orçamentários, dificultando uma melhor análise, bem como um efetivo controle dos gastos públicos voltados para a infância e a adolescência. Esse descompasso dos programas políticos para os programas orçamentários por vezes dificulta e impede a gestão estratégica das ações.

Durante os mandatos da presidente Dilma Rousseff e, posteriormente ao *impeachment*, do presidente Michel Temer, foram executados 75⁴ programas que tinham como beneficiários diretos ou indiretos crianças e adolescentes, entretanto, aparecem apenas 15 desses programas no Orçamento Público Federal nos anos de 2015 e 2016.

O descompasso encontrado entre os programas e as peças orçamentárias pode ser explicado como uma estratégia de flexibilizar os remanejamentos e não ficar dependente das aprovações e negociações com o Congresso Nacional, entretanto, inviabiliza um efetivo controle social porque diminui a transparência dos gastos públicos federais. Em 2011, eram 33 programas orçamentários direcionados direta ou indiretamente à criança e ao adolescente. Em 2012, o número foi ampliado para 49, mas depois sofreu duas reduções, com 17 programas em 2013 e 2014 e 15 nos anos de 2015 e 2016. Enquanto a experiência da Fundação Abrinq junto aos municípios do Programa Prefeito Amigo da Criança (PPAC) demonstra a melhoria da eficiência e eficácia dos investimentos públicos, conforme a programação orçamentária corresponde identicamente entre programas de políticas públicas e programas contábeis, o orçamento federal está na contramão disso. Os gastos estão cada vez mais agregados.

Como será observado a seguir, alguns documentos internacionais recepcionados pelo Estado Brasileiro serão norteadores do relatório, *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM)⁵ e *Um Mundo para as Crianças*⁶, os principais para a análise do ano de 2015, e *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS), a partir de 2016.

4. Dois programas foram descontinuados: Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), e Turismo Sustentável e Infância.

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

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



Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são fruto do acordo entre os 193 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) durante a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, Rio +20. Essa agenda global, envolvendo 17 objetivos (quadro 1, a seguir) e 169 metas, foi concebida como continuidade aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que entre 2000 e 2015 cumpriu importante papel no combate à pobreza e promoção do desenvolvimento.

Prevendo ações orientadas para a erradicação da pobreza, a proteção social e ambiental, a igualdade de gênero, a redução das desigualdades, a energia, água e saneamento, a padrões sustentáveis de produção e consumo, o crescimento econômico inclusivo, a infraestrutura e industrialização, dentre outras iniciativas, esse documento considera quatro dimensões em sua organização:

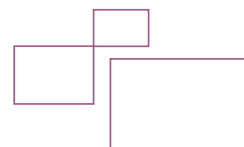
- 1) Social – necessidades humanas e justiça;
- 2) Ambiental – preservação e conservação do meio ambiente e medidas contra mudanças climáticas;
- 3) Econômica – uso e esgotamento dos recursos naturais, geração de resíduos e consumo de energia;
- 4) Institucional – capacidade de implementar os ODS.

A implementação dos ODS apresenta como novidade o monitoramento de metas e ações por indicadores desagregados e detalhados em grupos de população e condição de vulnerabilidade (idade, renda, gênero, raça/cor), elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a fim de melhor acompanhar os resultados. Além disso, a iniciativa passa a reconhecer a importância de se fomentar políticas públicas mais compreensivas, assim como o fomento das instâncias de participação e controle (Conselhos, Poder Legislativo, Ministério Público etc.).

Quadro 1 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

 <p>1 Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares</p>	 <p>10 Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles</p>
 <p>2 Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição, e promover a agricultura sustentável</p>	 <p>11 Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis</p>
 <p>3 Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades</p>	 <p>12 Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis</p>
 <p>4 Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos</p>	 <p>13 Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos</p>
 <p>5 Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas</p>	 <p>14 Conservar e usar sustentavelmente os oceanos, os mares e os recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável</p>
 <p>6 Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos</p>	 <p>15 Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra, e deter a perda de biodiversidade</p>
 <p>7 Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia, para todos</p>	 <p>16 Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à Justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis</p>
 <p>8 Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos</p>	 <p>17 Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável</p>
 <p>9 Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação</p>	 <p>OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 17 OBJETIVOS PARA TRANSFORMAR NOSSO MUNDO</p>

Apesar de vigentes desde 2016, os ODS não estavam disponíveis quando da elaboração dos compromissos da Gestão 2015-2018 (assinados pelos candidatos à Presidência no ano de 2014), por essa razão, não são todos os eixos e temas do Programa Presidente Amigo da Criança (PAC) que foram diretamente relacionados à Agenda 2030.





Realiza-se também o monitoramento de outros Tratados e Acordos Internacionais que possam impactar a vida das crianças e dos adolescentes brasileiros, como o compromisso assumido, em 2006, com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) para a erradicação do trabalho infantil.

Vale observar que para as análises gerais do presente estudo, bem como para os cálculos orçamentários, foi considerada a população brasileira estimada em 2015 e 2016, calculada pela Fundação Abrinq, conforme as tabelas 1, 2, 3 e 4, a seguir apresentadas, sendo 31% da população composta por crianças e adolescentes:

Tabela 1. **População residente no Brasil, por região – 2015**

Região	População residente	População de zero a 18 anos de idade
Norte	17.472.636	6.914.172
Nordeste	56.560.081	19.415.768
Sudeste	85.745.520	24.228.959
Sul	29.230.180	8.393.005
Centro-Oeste	15.442.232	4.890.744
Total	204.450.649	63.822.731

Fonte: 2011-2012: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasis).
Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 2. **População de zero a 18 anos de idade, por faixa etária, no Brasil – 2015**

Faixa etária	População residente
0 a 3 anos	11.841.394
4 e 5 anos	5.984.963
6 a 18 anos	45.996.373
Total	63.822.731

Fonte: 2011-2012: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasis).
Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 3. **População residente no Brasil, por região – 2016 (31,21%)**

Região	População residente	População de zero a 18 anos de idade
Norte	17.707.783	7.007.223
Nordeste	56.915.936	19.537.925
Sudeste	86.356.952	23.047.955
Sul	29.439.773	7.962.723
Centro-Oeste	15.660.988	4.568.242
Total	206.081.432	64.331.807

Fonte: 2011-2012: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus).
Elaboração: Fundação Abrinq.

Tabela 4. **População de zero a 18 anos de idade, por faixa etária, no Brasil – 2016**

Faixa etária	População residente
0 a 3 anos	11.935.646
4 e 5 anos	6.032.701
6 a 18 anos	46.363.260
Total	64.331.807

Fonte: 2011-2012: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus).
Elaboração: Fundação Abrinq.

Avaliação da Gestão 2015-2018

Apesar da primeira gestão presidencial de Dilma Rousseff (2011-2014) ter 13 diretrizes⁷ claras quanto à formulação e implementação das políticas públicas, em seu segundo mandato, a ser concluído pelo presidente Michel Temer, não foram definidas as diretrizes de gestão.

As diretrizes eram importantes sinalizações para uma continuidade de pauta prioritária para as questões de desenvolvimento social que estiveram presentes nos dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e no primeiro mandato da presidente Dilma, entretanto, em razão da crise política e econômica vivenciada a partir de 2015, a prioridade do governo federal passou a ser o saneamento das contas públicas, com cortes consideráveis em saúde e educação, por exemplo. A subfunção “Educação Infantil” sofreu cortes progressivamente, saindo de R\$ 4,5 bilhões, previstos em 2015, para R\$ 267 milhões, em 2018, investimento que representa nem 6% do valor previsto em 2015, mostrando a tendência do governo federal em não priorização dessa política.

Tabela 5. **Gastos com a subfunção Educação Infantil**

Subfunção	Título da subfunção	LOA* – 2015	LOA* – 2016	LOA* – 2017	LOA* – 2018
365	Educação Infantil	R\$ 4.545.302.960,00	R\$ 876.367.920,00	R\$ 945.809.834,00	R\$ 267.073.660,00

(*) Lei Orçamentária Anual.
Fonte: Siga Brasil Especialista, Senado Federal.
Elaboração: Fundação Abrinq.

O Plano Brasil Sem Miséria, lançado em junho de 2011, tornou-se o maior conjunto de ações do governo federal para o desenvolvimento social e a inclusão produtiva, entretanto, após o início da gestão do presidente Temer, vários programas que constituem o Brasil Sem Miséria passaram a sofrer cortes orçamentários, como, por exemplo, o Programa Brasil Carinhoso, que em 2015 tinha orçamento próximo de R\$ 642 milhões e em 2016 passou para R\$ 344 milhões, representando uma redução de 54% da destinação orçamentária. Em 2017, houve novo corte no Programa, passando para R\$ 137 milhões, chegando em 2018 com orçamento de R\$ 6,5 milhões, 1% do que foi previsto para 2015 (dados do Ministério do Planejamento).

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

O Plano Brasil Sem Miséria tem como vertentes a ampliação e o aperfeiçoamento de programas já existentes e o acesso a serviços públicos. Sob essa perspectiva, a ampliação da oferta de serviços nas áreas de assistência social, saúde, educação, segurança alimentar e infraestrutura básica foi o enfoque do Plano na primeira gestão da presidente Dilma que obteve bons avanços, entretanto, em razão das crises financeira e política instaladas desde 2014, vários desafios superados voltaram a existir e alguns se agravaram.

Quadro 2 – Dados comparativos entre a Gestão 2011-2014 e a Gestão 2015-2018

Gestão 2011-2014	Gestão 2015-2018
<p>Morriam 54 gestantes a cada 100 mil nascimentos <i>Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) 2012</i></p>	<p>Morrem 58 gestantes a cada 100 mil nascimentos <i>Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) 2016</i></p>
<p>106 crianças morriam por dia <i>Fonte: Observatório da Fundação Abrinq 2014</i></p>	<p>116 crianças morrem por dia <i>Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) 2017</i></p>
<p>8 milhões de crianças de zero a três anos de idade estavam fora das creches <i>Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Censo Escolar e Observatório da Fundação Abrinq 2014</i></p>	<p>9 milhões de crianças de zero a três anos de idade estão fora das creches <i>Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Censo Escolar e Observatório da Fundação Abrinq 2017</i></p>
<p>Mais de 21 milhões de domicílios não tinham acesso à rede de esgoto <i>Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2011</i></p>	<p>Mais de 22 milhões de domicílios não têm acesso à rede de esgoto <i>Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2015</i></p>

Diferente do verificado nas gestões 2003-2006, 2007-2010 (gestões do presidente Luís Inácio Lula da Silva) e 2011-2014 (primeira gestão da presidente Dilma Rousseff), onde se consolidou a tendência de ampliação dos gastos públicos federais com desenvolvimento social, especialmente nas políticas voltadas a crianças e adolescentes, a gestão 2015-2018, em geral, manteve o mesmo patamar de investimento, sem a reposição das perdas relativas à inflação do período, o que importou em menos recursos para as áreas, sendo que no Orçamento Criança e Adolescente (OCA), por exemplo, de 2014 para 2016 houve redução de quase um terço dos investimentos federais para as políticas sociais infanto-adolescentes.

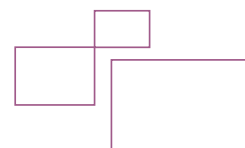
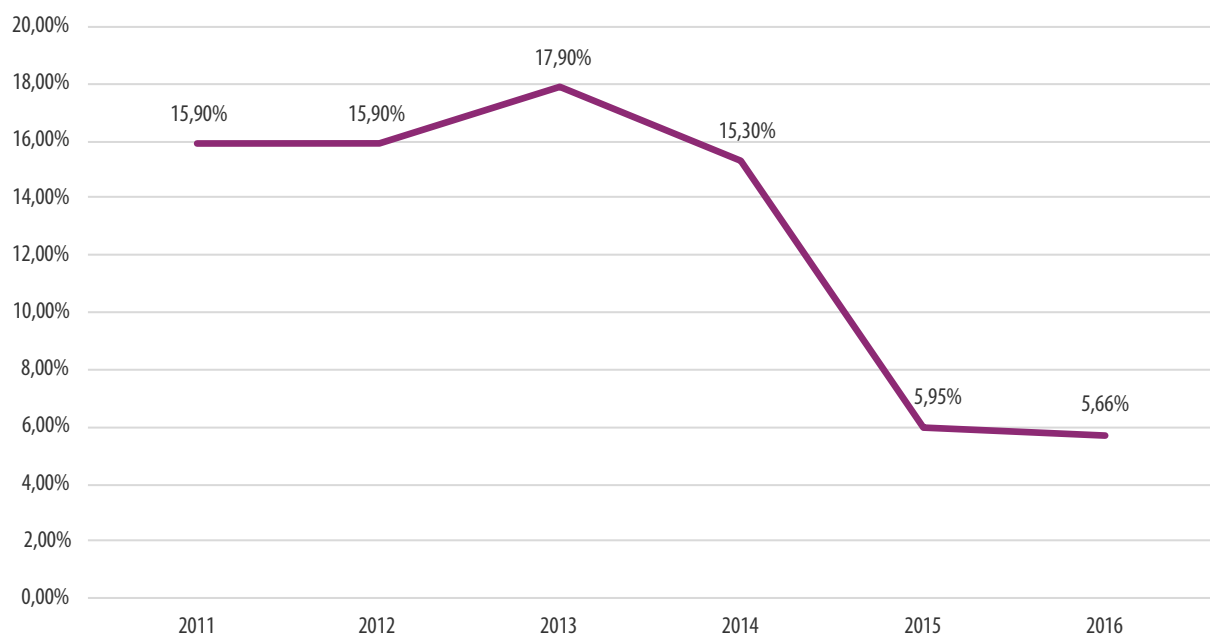


Gráfico 1. Participação do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Fundação Abrinq no Orçamento Total da União



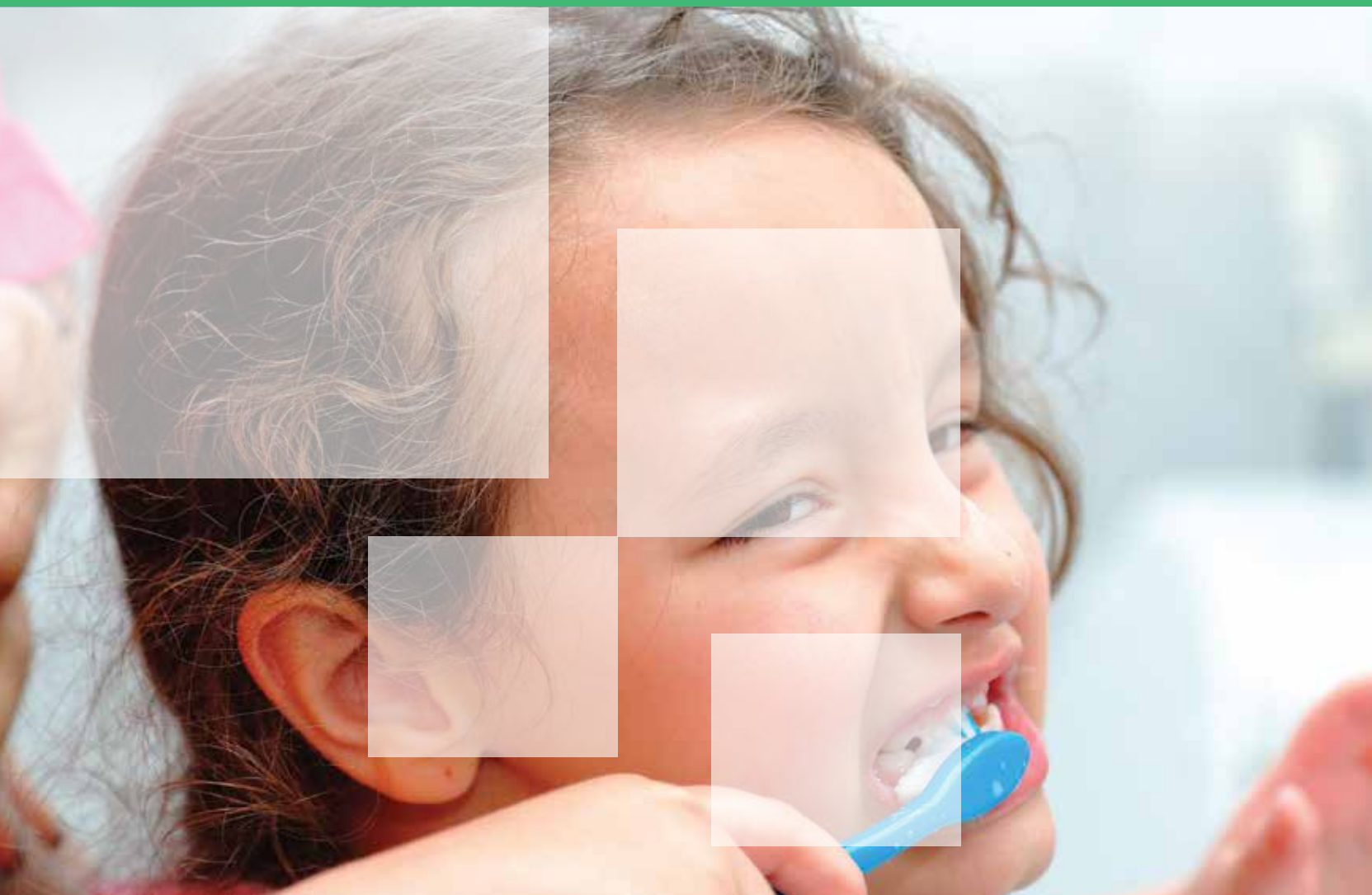
Fonte: Siga Brasil Especialista, Senado Federal.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Por fim, vale observar que no Plano Plurianual (2012-2015), elaborado e aprovado no início da gestão da presidente Dilma Rousseff, a estratégia governamental organizou-se a partir de Programas Temáticos, que se encontram desdobrados em Objetivos, detalhados, por seu turno, em Metas e Iniciativas. No caso específico de “criança e adolescente”, que não possui um só tema, a questão foi tratada como uma “agenda transversal” dentro do orçamento.



Direito à Saúde

I - EIXO PROMOVENDO VIDAS SAUDÁVEIS





I - Eixo

Promovendo Vidas Saudáveis

O direito à saúde no Brasil é garantido constitucionalmente por meio dos arts. 196 e 197:

- Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A universalização da saúde para a população brasileira ocorre por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e principalmente pela qualidade da Atenção Básica em Saúde oferecida. Entretanto, o panorama da saúde, na prática, não é dos melhores no Brasil e a área enfrenta severas dificuldades, estando longe do que podemos considerar como uma saúde universal, gratuita e de qualidade. Esse quadro se agrava com a recente crise econômica e a paralisia político-institucional vivida pelo país.

A evidência de que a saúde é uma das questões prioritárias do cidadão brasileiro é que a temática sempre é pautada nas eleições, seja no âmbito federal seja no âmbito local, de forma crítica e urgente. A percepção da população e o senso comum remetem à não priorização e ao descaso com as políticas de saúde, pela maior parte dos governantes, constatadas por obras paradas, filas intermináveis e dificuldade de acesso a tratamentos e medicamentos.

Ao analisar os indicadores sociais, o cenário corresponde ao desinvestimento, a mortalidade infantil já aumentou na maior parte das cidades brasileiras, a mortalidade materna também seguiu a mesma tendência, saiu de 54 mortes em cada 100 mil nascimentos, em 2012, para 58 mortes, em 2016.

Esse cenário piora quando se fala das políticas públicas da saúde voltadas direta ou indiretamente para crianças e adolescentes. A falta de investimento e os indicadores sociais são preocupantes, como se verá ao longo deste relatório. Um dado que ilustra esse grave quadro é o desinvestimento de 22%, de 2014 para 2018, na Atenção Básica.

Segurança alimentar e nutricional na infância

Adolfo Mendonça e Maria Paula de Albuquerque, Centro de Recuperação e Educação em Nutrição

A importância da alimentação e nutrição e suas repercussões na morbimortalidade infantil são amplamente reconhecidas. Há um consenso sobre a necessidade de políticas de promoção da alimentação saudável para lactentes e crianças na Primeira Infância, baseadas principalmente na proteção e no apoio à amamentação exclusiva e à alimentação complementar adequada e oportuna. No Brasil, nas últimas décadas, iniciativas como a Rede Amamenta Brasil, a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil emergiram como políticas nacionais de alimentação infantil. Contudo, a implantação de estratégias que objetivam a promoção da alimentação saudável na Primeira Infância apresenta desafios, muitas vezes com programas marcados pela descontinuidade e subnotificação e limitação de dados em sistemas de informação oficiais⁸.

Aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida

O aleitamento materno (AM) tem vantagens inquestionáveis para a criança e para a mãe. É uma estratégia importante para a promoção do vínculo mãe e filho. É uma intervenção sensível, de baixo custo, sustentável e eficaz na redução da morbidade e mortalidade infantil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de idade, e após esse período, as crianças devem receber alimentos complementares, além do leite materno até a idade de dois anos ou mais⁹. O papel protetor da amamentação contra mortes de crianças menores de cinco anos de idade já está bem documentado, tanto para países de média e baixa rendas como para os de alta renda. Estimativas recentes sugerem que um AM ótimo poderia prevenir cerca de 12% das mortes de crianças menores de cinco anos a cada ano, ou cerca de 820 mil mortes em países de média e baixa rendas¹⁰.

O percentual de crianças residentes de zero a seis meses de idade que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno, em determinado espaço geográfico, no ano, é considerado pela OMS como indicador de prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) e apresenta os seguintes níveis: muito bom, entre 90% e 100%; bom, entre 50% e 89%; razoável entre 12% e 49%; e ruim, de 0% a 11%.

8. *Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica*, 2018.

9. World Health Organization. *Infant and young child feeding*, 2009.

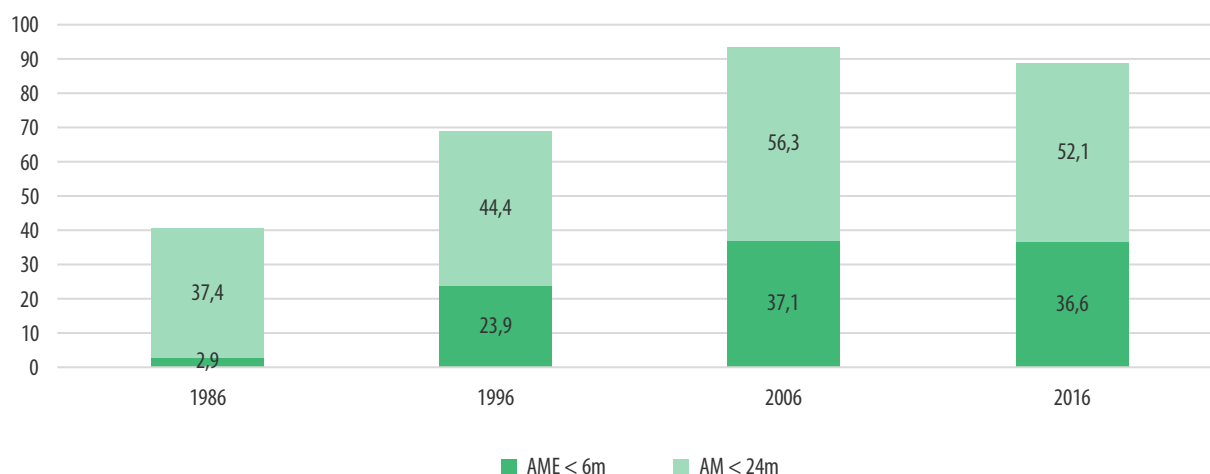
10. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016.



No entanto, dados de qualidade sobre a prevalência de AM em tempo real não existem, pois não há um sistema de informação contínua, de âmbito nacional. Esta informação de qualidade depende da realização de estudos amostrais, que podem ter custo elevado e apresentar dificuldades de operacionalização. As Pesquisas Nacionais de Prevalência de Aleitamento Materno ocorreram em 1999 e 2008, e foram realizadas nas capitais e Distrito Federal, durante campanhas de vacinação, assumindo que a cobertura dessas campanhas seja de 100%, o que pode não ser válido para todas as áreas e ao longo do tempo.

Em análise dos dados secundários¹¹ dos inquéritos nacionais *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar*, *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* e *Pesquisa Nacional de Saúde*, realizados respectivamente em 1986, 1996, 2006 e 2013, apresentou-se a tendência da prática da amamentação no Brasil nas últimas três décadas. A despeito de inquéritos com objetivos e metodologias diferentes, é possível observar que as prevalências dos indicadores de AM e AME no Brasil apresentaram tendência ascendente, cujos principais ganhos foram observados entre 1986 e 2006, seguidas de relativa estabilização em 2013, sem ganhos expressivos. A amamentação até o segundo ano manteve-se estável (gráfico 2, a seguir). A despeito de grande investimento financeiro e mobilização social para a promoção do AM, a prevalência de AME apresenta certa estagnação na última década no Brasil e classifica-se como razoável.

Gráfico 2. Prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de idade (AME < 6m) e aleitamento materno até os 24 meses (AM < 24m) no Brasil, por inquérito nacional, entre 1986 e 2013



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) – Consumo alimentar: aleitamento materno.
Elaboração: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren).

11. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas, 2017.



Monitorização do crescimento e desenvolvimento em menores de cinco anos de idade

Com relação aos índices oriundos de avaliações antropométricas, eles fornecem indicadores diretos do estado nutricional, apresentam a vantagem de serem não invasivos, de baixo custo e fácil reprodução, mas devem contar com rigor técnico e serem coletados de forma sistemática e longitudinal, levando-se, obrigatoriamente, em consideração o peso e a estatura da criança.

Subnutrição em menores de cinco anos de idade – baixa estatura de causa nutricional

A baixa estatura de causa nutricional é a forma mais prevalente de subnutrição no Brasil e no mundo, e resulta de uma complexa interação de fatores familiares, ambientais, socioeconômicos e culturais. A prevalência da baixa estatura na Primeira Infância é utilizada como marcador de pobreza e iniquidade social, e a sua presença aumenta significativamente o risco da ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na vida adulta¹².

A despeito de um consenso mundial de como mensurar e diagnosticar a baixa estatura, tal condição clínica muitas vezes é subnotificada em comunidades onde a baixa estatura é um achado clínico frequente e o monitoramento do crescimento linear não é sistematicamente realizado pelos serviços básicos de saúde. É necessária a qualificação do acompanhamento do crescimento na Primeira Infância pela Atenção Básica à Saúde, principalmente em populações mais vulneráveis. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a baixa estatura pode ser classificada como leve quando o índice de estatura para idade (E/I) encontra-se entre -1,0 e -2,0 escores Z, moderada entre -2,01 e -3,0 escores Z e grave quando menor de -3,01 escores Z¹³.

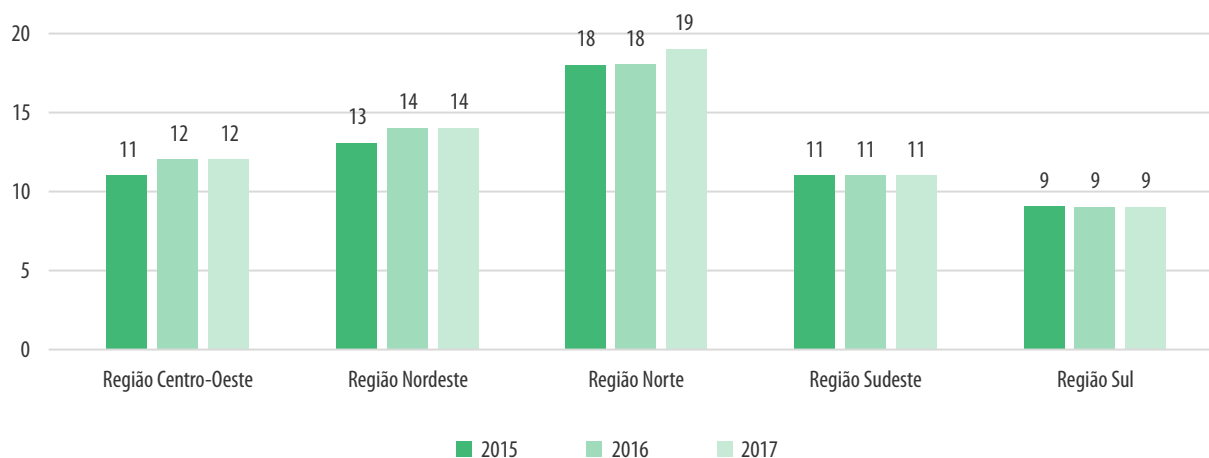
Nas cinco regiões do país não houve tendência de queda na prevalência da baixa estatura na Primeira Infância nas formas moderadas e graves nos últimos três anos (gráfico 3, a seguir), com maior prevalência no norte e nordeste.

12. Maternal & Child Nutrition, 2016.

13. Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programme, 1983.



Gráfico 3. Prevalência de subnutrição (baixa estatura) em crianças menores de cinco anos de idade, por região (%)



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Supervisão de Assistência Social (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) (dabsistemas.saude.gov.br – acesso em maio/2018).
Elaboração: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren).

No entanto, é importante ressaltar que as formas leves da doença em populações vulneráveis já apresentam repercussões metabólicas decorrentes da má nutrição¹⁴. Em censos antropométricos realizados em aglomerados subnormais e em populações de alta vulnerabilidade social, por meio do método da busca ativa, 42,8% das crianças menores de cinco anos de idade apresentavam algum grau de baixa estatura¹⁵.

Importante aspecto para se destacar é o desafio ao acesso e obtenção de dados, principalmente das populações carentes, que são as mais suscetíveis à doença, pois, de forma semelhante ao que acontece com os dados de aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno (AM), os inquéritos nacionais Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), com a finalidade de monitorar o estado nutricional das crianças e dos adolescentes, muitas vezes não ocorrem com a regularidade necessária.

O Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan) é responsável pela cobertura da avaliação do estado nutricional da população usuária de serviços públicos de saúde em âmbito nacional e os dados são compartilhados com a emissão de relatórios em tempo real.

14. Long-Lasting Effects of Undernutrition. Int. J. Environ, 2011.

15. Desnutrição, pobreza e sofrimento psíquico, 2011.

Em análise dos dados¹⁶ entre 2008 e 2012, observou-se cobertura que variou de 9,78% a 14,92% no território nacional, com tendência estatisticamente significativa de aumento. O maior volume de informações advém de crianças e adolescentes. A participação do Programa Bolsa Família no Sisvan passou de 57,17% para 85,78% dos dados. Observou-se uma menor cobertura dos dados dos adolescentes quando comparados aos da Primeira Infância (tabela 6, a seguir) e, de forma geral, uma cobertura ainda baixa para um sistema que se pretende universal. No Estado de São Paulo, sobre os dados da população usuária do SUS em 2010, verificou-se cobertura menor do que 10% na maioria das regiões administrativas do Estado¹⁷.

Tabela 6. Variação temporal da cobertura do acompanhamento do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan) Web, segundo as fases do curso da vida, Brasil, 2008 a 2012

Faixa etária	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	Variação anual média (%)	CI (95%)
< 5 anos	17,69	20,29	29,08	27,95	27,89	2,81	1,74;3,87
5 a 10 anos	20,19	14,45	17,83	17,88	19,37	0,18	0,60;0,96
10 a 19 anos	11,33	8,27	8,27	8,56	11,51	0,06	0,46;0,59

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Supervisão de Assistência Social (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan), 2008 a 2012.

Elaboração: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren).

Excesso de peso em menores de cinco anos de idade

A obesidade é uma doença crônica, complexa, de etiologia multifatorial e o seu desenvolvimento ocorre frequentemente pela associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. O excesso de gordura corporal se comporta como fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer de forma muito precoce, já na Primeira Infância¹⁸.

No Brasil, um terço das crianças abaixo de cinco anos de idade apresenta algum grau de excesso de peso (gráfico 4, a seguir).

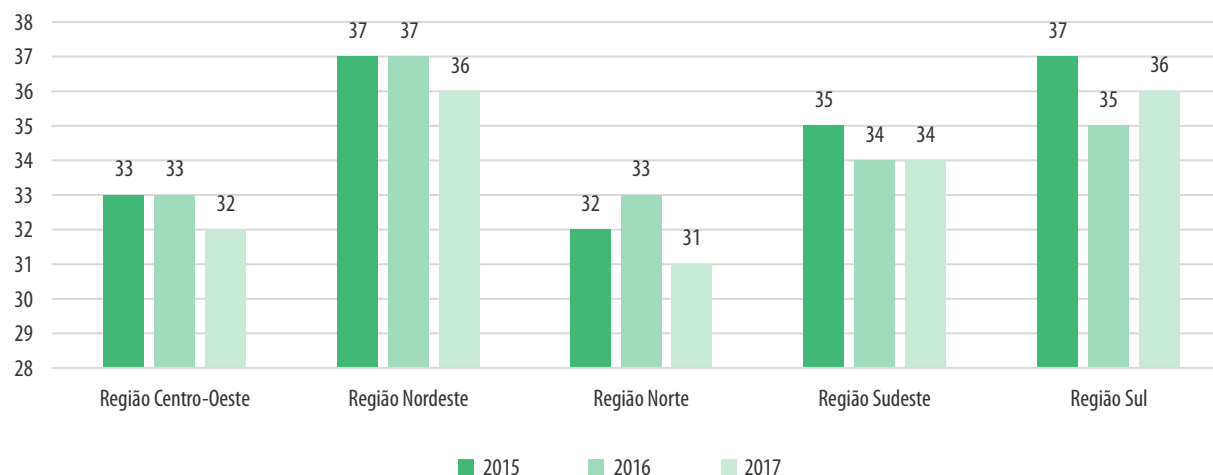
16. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) brasileiro, 2008 a 2013.

17. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no Estado de São Paulo, 2014.

18. Long-Term Health Impact of Early Nutrition: The Power of Programming, 2017.



Gráfico 4. Excesso de peso (risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade) em crianças menores de cinco anos de idade

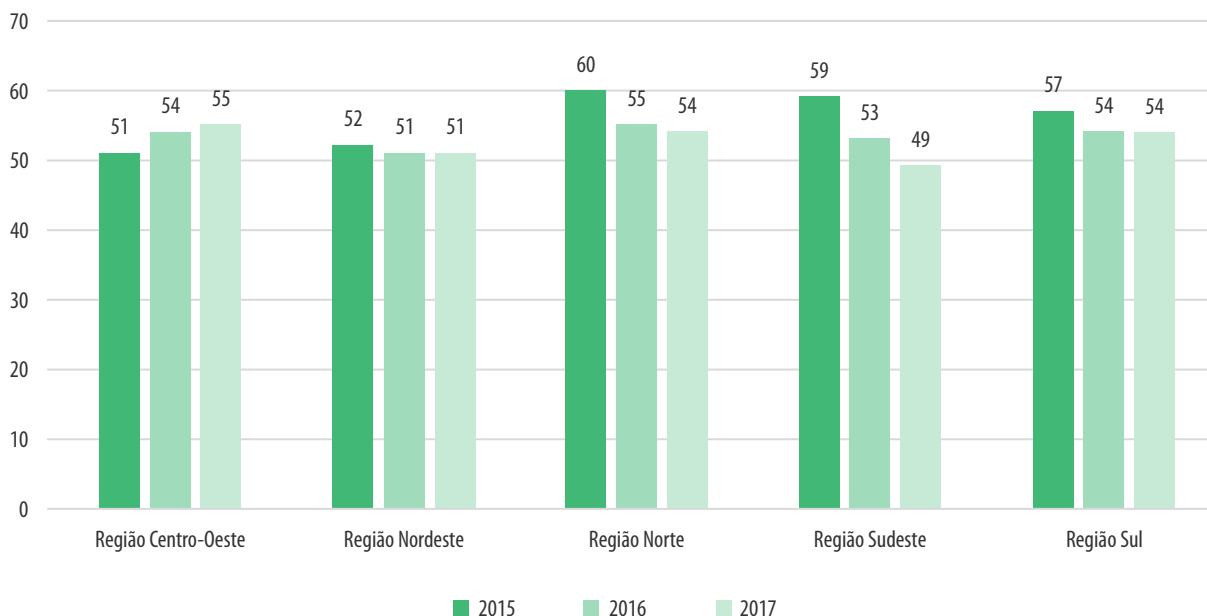


Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Supervisão de Assistência Social (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) (dabsistemas.saude.gov.br – acesso em maio/2018).
Elaboração: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren).

A forma mais efetiva de combater a obesidade infantil é a prevenção. Hoje se reconhece o consumo dos alimentos ultraprocessados (AUP) como importante fator de risco na etiologia da obesidade. Estes produtos alimentícios apresentam elevada densidade energética, altos teores de açúcares simples, gorduras saturadas e trans, sódio, e baixa oferta de vitaminas e minerais, contribuindo, assim, para o incremento do excesso de peso e suas comorbidades (associação de duas ou mais doenças). Em populações de maior risco socioeconômico a mediana de idade para a introdução dos AUP foi de seis meses¹⁹ e o consumo deste tipo de alimentos em crianças entre seis e 23 meses de vida, nos últimos três anos, foi superior a 50% em todas as regiões (gráfico 5, a seguir). É alarmante encontrar percentuais tão elevados nessa faixa etária. Tal consumo configura-se importante desafio para o enfrentamento à obesidade infantil, devendo ser fortemente considerado nas políticas que objetivam o combate à má nutrição infantil.

19. Age at introduction of ultra-processed food among preschool children attending day-care centers, 2017.

Gráfico 5. Consumo de ultraprocessados em crianças de seis a 23 meses de vida, por região



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Supervisão de Assistência Social (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) (dabsistemas.saude.gov.br – acesso em maio/2018).
Elaboração: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren).

Sobrevivência da criança no Brasil: desafios e perspectivas

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, Mayumi Wakimoto, Silvana Granado Nogueira da Gama e Sônia Bittencourt, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

A análise das condições de saúde das crianças brasileiras tem apontado para um cenário de redução da mortalidade infantil, das doenças infecciosas imunopreveníveis e da desnutrição proteico-calórica. As mudanças nesses indicadores de saúde da população infantil estão inseridas num período de significativas mudanças sociais e demográficas que culminaram no padrão de elevada urbanização e de expressiva redução nas taxas de natalidade observado em nosso país²⁰. Entretanto, mesmo com

20. Maternal and Child Health in Brazil: progress and challenges.



avanços nestes indicadores, persistem desafios importantes no que se refere a taxas ainda elevadas de mortalidade nos primeiros anos de vida, com particular preocupação com a mortalidade neonatal (primeiros 28 dias de vida), que não pode ser desvinculada de um modelo de atenção perinatal que ainda requer ajustes, principalmente na garantia de boas práticas que minimizem intervenções desnecessárias e valorizem os cuidados responsáveis pela obtenção de melhores desfechos maternos e neonatais^{21 e 22}. Da mesma forma, a persistência e emergência de doenças infecciosas com impacto muito negativo na saúde infantil – sífilis, dengue e zika como exemplos contundentes, o impacto da violência sobre a morbimortalidade infantil e o aumento do sobrepeso infantil são características indiscutíveis do cenário atual.

Compondo esse contexto, embora ainda não com visibilidade, temos as condições crônicas e complexas na infância, nas quais se incluem problemas que demandam tratamento contínuo, de longa duração, exigindo cuidados permanentes. A insuficiência e/ou ausência de dados populacionais sobre esse grupo são apenas uma das muitas faces do enorme desafio de garantir atenção integral e o pleno crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

O enfrentamento desses desafios na perspectiva do compromisso com a promoção do desenvolvimento pleno e saudável das crianças brasileiras tem hoje, como elementos norteadores, os Eixos que integram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) (Portaria MS/GM 1.130, 2015), que têm por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à Primeira Infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A Pnaisc, constituída por sete eixos estratégicos, foi elaborada com amplo processo de debate nacional e se baseou no cenário epidemiológico dos indicadores de morbidade e mortalidade das crianças brasileiras. Nesse sentido, reconhece e valoriza os determinantes sociais e sua influência no direito à vida e à saúde. Seus eixos definem medidas para o cuidado ao nascimento, pleno desenvolvimento na infância, prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças. O foco na redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos é associado ao reconhecimento de que as condições de saúde da criança brasileira se apresentam de forma bastante diferenciada dependendo dos fatores socioeconômicos, raciais e geográficos, e considera o desafio e o compromisso de garantir acesso às ações e serviços de saúde às crianças de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, tais como as crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, residentes nas águas e nas florestas, e crianças em situação de rua e de violência.

Este capítulo apresenta a análise da situação das gestações e nascimentos no Brasil, assim como da mortalidade em menores de cinco anos de idade. São análises que traduzem mudanças

21. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual, 2014.*

22. *Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil, 2014.*

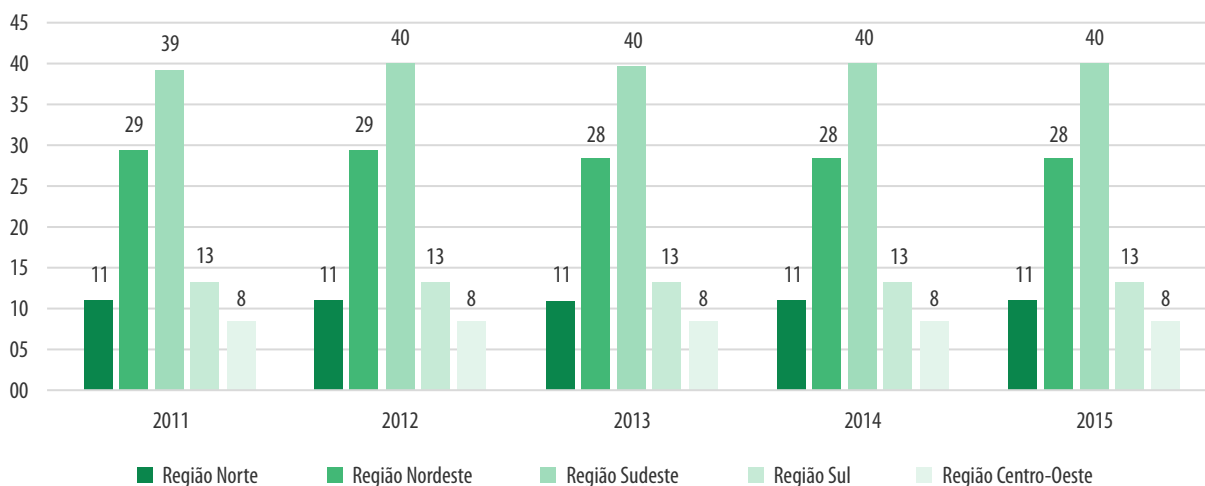
epidemiológicas e no acesso aos serviços de saúde, mas que ainda apontam para cenários a serem superados no que se refere a riscos e complicações maternas, neonatais e infantis responsáveis por óbitos evitáveis. Traz também uma análise das infecções congênitas com maior impacto sobre a saúde infantil e introduz o tema das condições crônicas na infância como uma dimensão que não pode e não deve mais estar fora de qualquer análise atual sobre a saúde da criança em nosso país.

Como nascem as crianças brasileiras

Com base no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (Datasus, 2011-2015), em 2015 nasceram vivos no Brasil 3.017.551 crianças, um crescimento de 3,5% em relação a 2011. No gráfico 6, a seguir, observa-se que a maior proporção de nascimentos ocorreu na região Sudeste, que representa quase 40% dos nascimentos do país, enquanto a região Centro-Oeste deteve o menor percentual, 10,6%. Por outro lado, no Centro-Oeste ocorreu o maior crescimento, 8,5%, entre 2011 e 2015.

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida²³.

Gráfico 6. Proporção de nascimentos vivos no Brasil, segundo região, 2011 a 2015 (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017b.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

23. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Definições. CID-10. Acesso em 7 de novembro de 2017.



Quanto à distribuição etária, identifica-se um ligeiro decréscimo na proporção de nascimentos vivos de mães adolescentes (-2,4%) e crescimento substancial na faixa etária ≥ 35 anos, 18,2% no período estudado (tabela 7, a seguir).

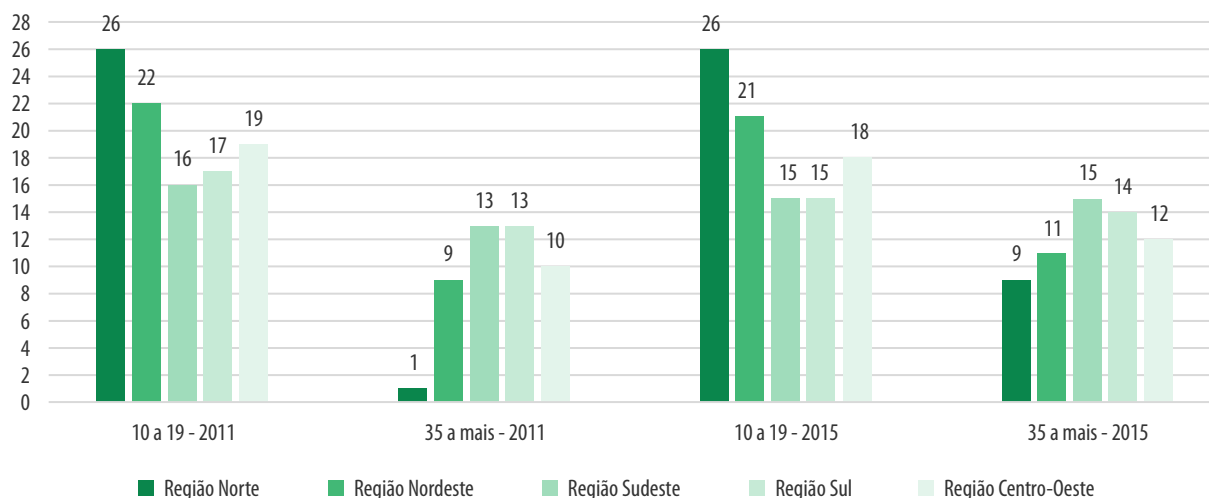
Em 2015, a maior concentração de partos em adolescentes ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, com 25,6% e 21,3% dos partos respectivamente e, em oposição, a maior concentração de mães com 35 anos de idade ou mais se deu no Sudeste, 15%, e Sul, 15,4% (gráfico 7, a seguir).

Tabela 7. Taxa de crescimento (%) de nascidos vivos, Brasil e regiões, 2011 a 2015

Região	< 20 anos de idade	≥ 35 anos de idade
Brasil	-2,4	18,2
Norte	-1,2	18,2
Nordeste	-4,6	14,9
Sudeste	-1,3	18,8
Sul	-3,2	17,9
Centro-Oeste	0,7	25,6

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017b.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Gráfico 7. Proporção (%) de nascimentos vivos no Brasil, segundo região e faixa etária materna, 2011 e 2015



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017b.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

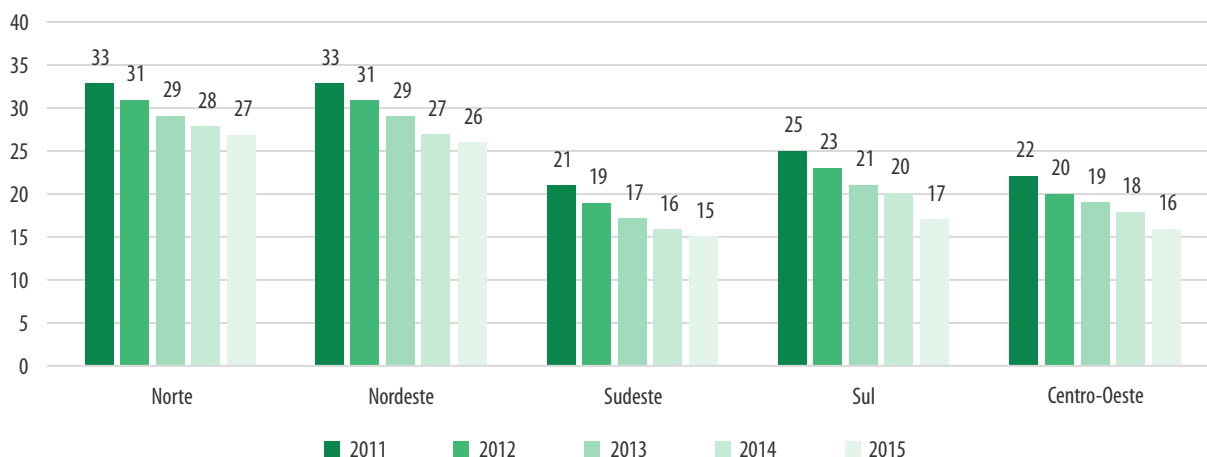
Sobre o nível de escolaridade materno, observa-se que vem se reduzindo a proporção de mães com menos de oito anos de estudo, equivalente ao Ensino Fundamental. No entanto, é clara a maior concentração de mulheres menos escolarizadas nas regiões mais carentes do Brasil, Norte e Nordeste, onde mais de um quarto das mães não haviam completado o nível fundamental em 2015, apontando necessidade de maiores investimentos em educação nessas regiões (gráfico 8, a seguir).

Se por um lado a melhoria do nível de escolaridade das mulheres, em anos mais recentes, tem influenciado na redução da gravidez na adolescência, por outro, tem deslocado a paridade para idades mais avançadas (≥ 35 anos).

Para reduzir a gravidez indesejada na adolescência, o Ministério da Saúde vem investindo em políticas de educação em saúde e em ações para o planejamento reprodutivo, como a distribuição da pílula combinada, anticoncepção de emergência, minipílula, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, e diafragma, assim como preservativos feminino e masculino. Mais recentemente, visando uma gestação subsequente não planejada, foi incluída a oferta de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, método de longa duração, nas maternidades²⁴.

Embora o parto em idade materna avançada seja o padrão dos países desenvolvidos, é necessário considerar que, no Brasil, esta mudança vem ocorrendo de forma acelerada, refletindo diretamente na assistência ao pré-natal, parto e nascimento, uma vez que este grupo etário apresenta mais riscos gestacionais. Ou seja, mulheres com 35 anos de idade ou mais têm maior chance de desenvolver doenças na gestação, como hipertensão, diabetes e descolamento da placenta. Assim como são mais frequentes as complicações perinatais, como a prematuridade e a malformação congênita²⁵.

Gráfico 8. Proporção (%) de nascimentos de mães com menos de oito anos de estudos, regiões, Brasil, 2011 a 2015



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), 2017b.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

24. Ministério da Saúde (MS). Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil – acesso em 23 de novembro de 2017.

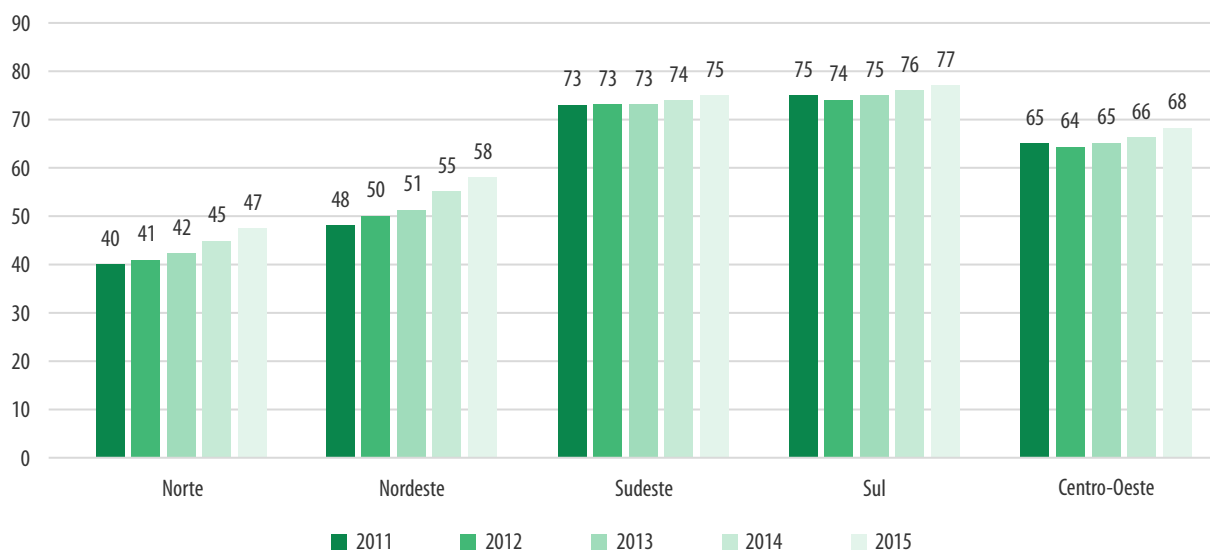
25. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome: Obstet Gynecol, 2005.



O pré-natal é o acompanhamento da gestante e do feto por profissional de saúde habilitado, como médico obstetra, enfermeira obstetra e obstetriz. Esta assistência visa a prevenção de agravos à saúde, o diagnóstico e tratamento precoce de problemas de saúde maternos e fetais, além de informações necessárias para o bom desfecho do parto e nascimento, como a vinculação para a maternidade de referência.

Como exposto no gráfico 9, a seguir, vem crescendo em todo o país a proporção de mulheres que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo MS. Apesar dessa melhoria, identifica-se uma enorme desigualdade regional em relação à realização do pré-natal no Brasil, chegando, em 2015, a diferenciais como 47% na região Norte e 77,1% na Sul. O efeito destas diferenças está exposto no gráfico 9, com maiores taxas de mortalidade na infância nas regiões Nordeste e Norte.

Gráfico 9. Proporção (%) de nascidos vivos com pelo menos sete consultas pré-natal, regiões, Brasil, 2011 a 2015

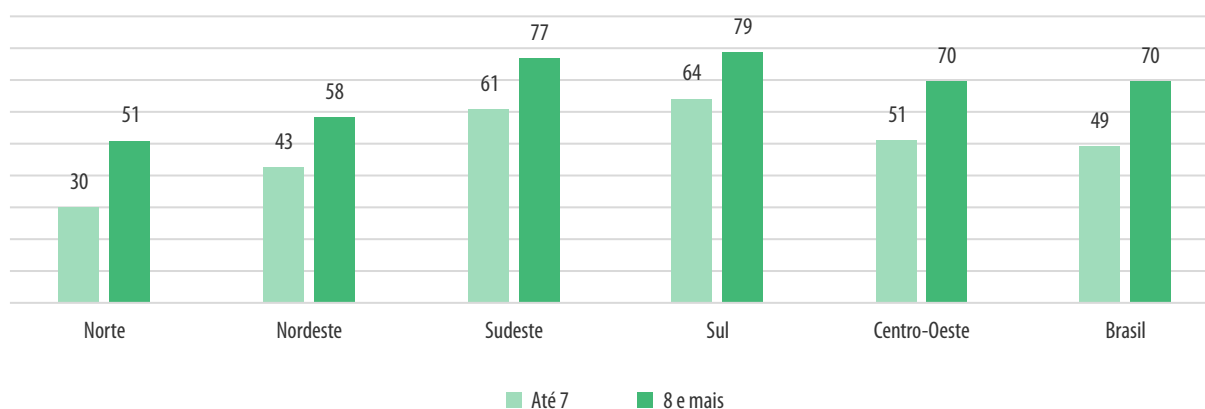


Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017b.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A desigualdade regional fica mais evidente quando o número de consultas é categorizado por faixa de anos de estudo (gráfico 10, a seguir), mostrando que em todas as regiões as mulheres com melhor nível de escolaridade apresentam maior frequência, de sete ou mais consultas no pré-natal. Na região Norte, por exemplo, apenas 29,8% das mulheres com menos de oito anos de estudo fizeram sete ou

mais consultas de pré-natal no período, valor que aumenta para 51,3% quando elas têm oito anos ou mais de estudo, ou seja, um incremento de 70%. O mesmo se observa nas demais regiões com diferenças menores entre os grupos de escolaridade. Destaca-se ainda que mesmo as mulheres com maior escolaridade das regiões Norte e Nordeste frequentam menos o pré-natal do que as menos escolarizadas do Sul e Sudeste.

Gráfico 10. Proporção de nascimentos vivos no Brasil, segundo região e anos de estudo, 2015 (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017b.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Outra forma de evidenciar a desigualdade no pré-natal é analisá-lo segundo a cor da pele da mãe. É nítido o gradiente de desvantagens, sendo menor a cobertura de sete ou mais consultas nas mulheres indígenas, seguidas das pretas e pardas, ficando brancas e amarelas em melhor situação, conforme apresentado no gráfico 11.

As disparidades raciais têm sido relatadas em diversas pesquisas, incluindo as que abordam a utilização e o acesso aos serviços de saúde, apontando que indígenas, pretos e pardos adoecem e morrem mais, além de ser menor o acesso a consultas e exames^{26, 27 e 28}.

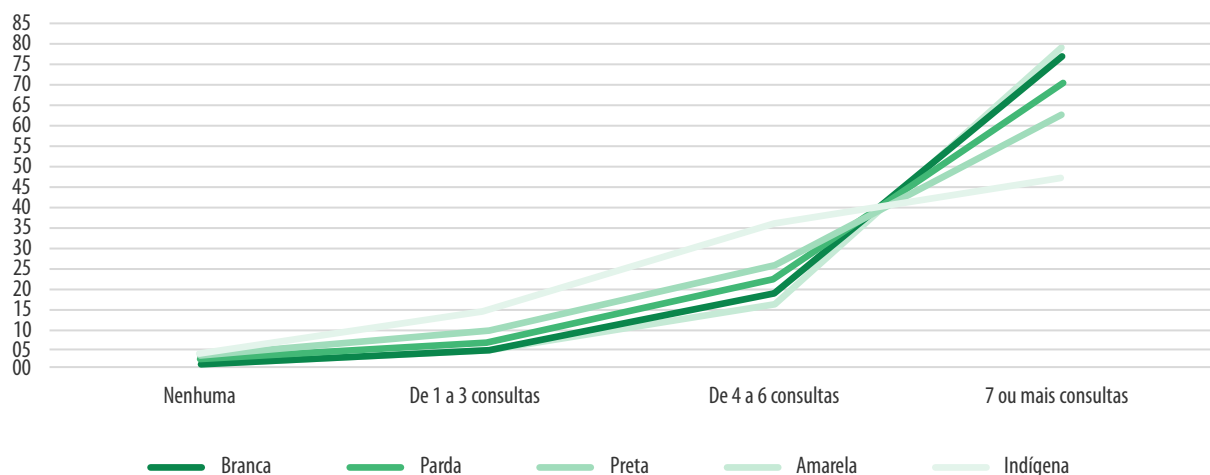
26. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil, 2017.*

27. *Prenatal care in Brazil, 2014.*

28. *Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS, 2006.*



Gráfico 11. Proporção de nascimentos vivos no Brasil, segundo consultas de pré-natal e cor da pele da mãe, 2015 (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2015.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Há alguns anos o Brasil vivencia uma epidemia de cesariana, uma cirurgia segura e efetiva para reduzir mortes maternas e fetais. No entanto, sua realização deve se restringir aos casos com indicação clínica, visando maior segurança da mulher e do bebê. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas de cesariana superiores a 10% e 15% não contribuem para a redução da mortalidade materna, fetal ou neonatal²⁹. Por outro lado, o excesso de cesarianas aumenta o risco de complicações maternas e fetais³⁰.

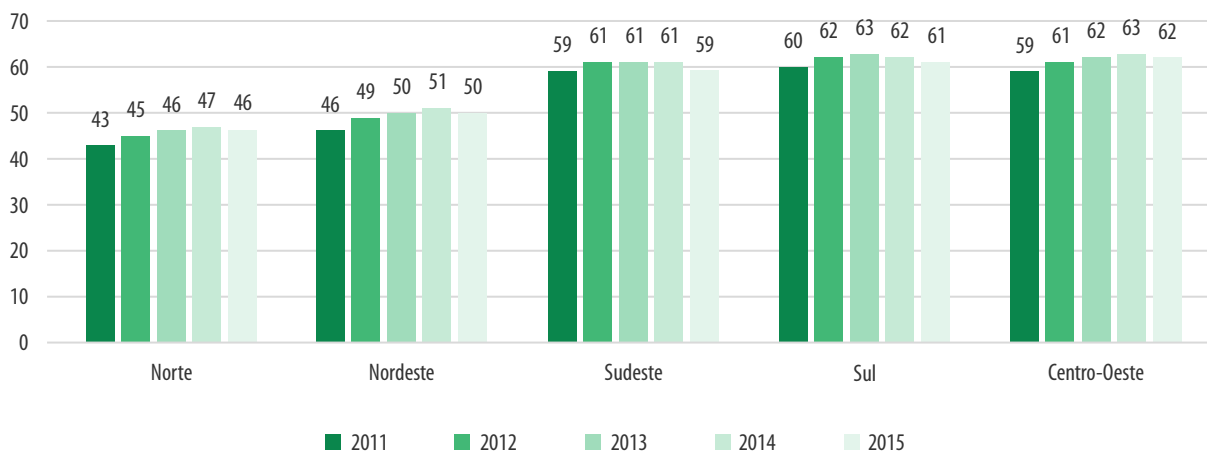
No Brasil, a proporção de cesariana superou a de partos normais desde 2010, mantendo crescimento contínuo até 2014, quando o nascimento por cesarianas atingiu 57,1%. Em 2015, pela primeira vez, ocorreu uma discreta redução, para 55,5%³¹.

Os dados expostos no gráfico 12, a seguir, mostram que essa distribuição se dá de forma heterogênea entre as regiões do país, sendo menor a frequência do parto cirúrgico no Norte e Nordeste, regiões com menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), onde também se concentram as mulheres com mais baixo nível de escolaridade. Esses resultados expõem a estreita relação da cesariana com a melhor condição social da mulher, e não necessariamente por indicação clínica.

Sobre esta questão, o MS tem investido fortemente em ações para incentivar o parto normal, reduzir intervenções durante o trabalho de parto, diminuindo, assim, o número de cesarianas desnecessárias

no Brasil²⁹. Na pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em todo o território nacional, entre 2011 e 2012, foi exposto que dentre as mulheres que realizaram cesariana (56% da amostra de 23.894 partos), 82,3% ocorreram antes de a mulher entrar em trabalho de parto³², aumentando a chance de partos imaturos, entre 37 e 38 semanas gestacionais, com mais riscos para o bebê³³.

Gráfico 12. Proporção de nascidos vivos e realização de cesariana, regiões, Brasil, 2011 a 2015 (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2011 a 2015. Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

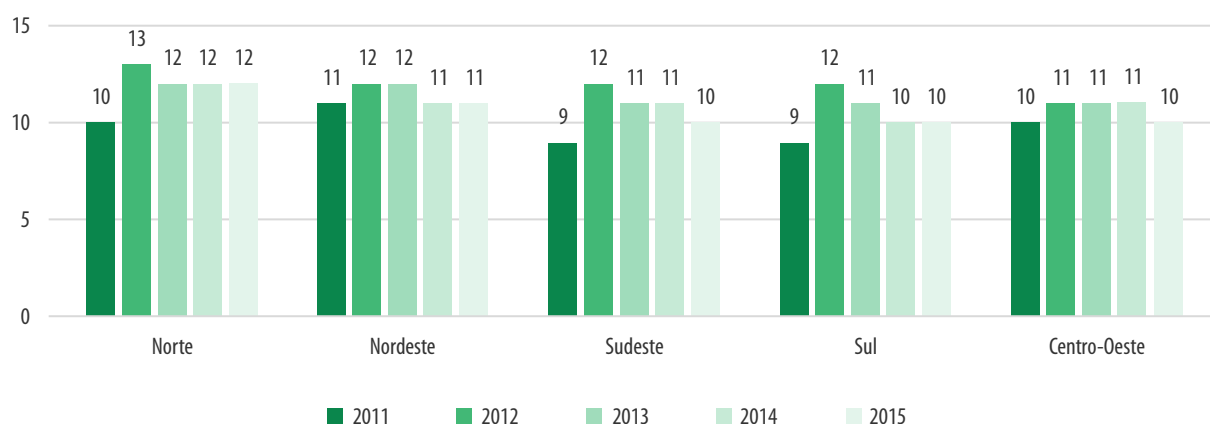
A prematuridade é o nascimento que ocorre antes de serem completadas 37 semanas gestacionais. Estima-se que ocorram 15 milhões de nascimentos prematuros no mundo a cada ano, levando a 1 milhão de mortes em menores de cinco anos de idade devido às suas complicações. No Brasil, a proporção de nascimentos prematuros é elevada comparada a de outros países³⁴, o que é preocupante considerando que esta é a principal causa de mortalidade perinatal em países em desenvolvimento³⁵.

29. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana, acesso em 20 de novembro de 2017.
 30. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil, 2016.
 31. Agência Brasil. 2016. Governo quer reduzir cesarianas desnecessárias, acesso em 21 de novembro de 2017.
 32. *Nascer no Brasil*, 2014.
 33. Provider-Initiated Late Preterm Births in Brazil: Differences between Public and Private Health Services.
 34. *Prematuridade e suas possíveis causas*, 2013.
 35. *Epidemiology and causes of preterm birth*, 2008.



No período estudado, se observou tendência à estabilidade dos casos de prematuridade, mantendo-se em torno de 11% dos nascimentos vivos. Esse dado aponta falhas tanto no processo de assistência ao pré-natal - no controle de infecções e de outros riscos na gravidez - como na prevenção da prematuridade relacionada à interrupção indevida da gravidez, como as cesarianas sem indicação pré-agendadas, demonstrando que este é um dos grandes desafios para a saúde perinatal brasileira.

Gráfico 13. Proporção de nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas, regiões, Brasil, 2011 a 2015 (%)

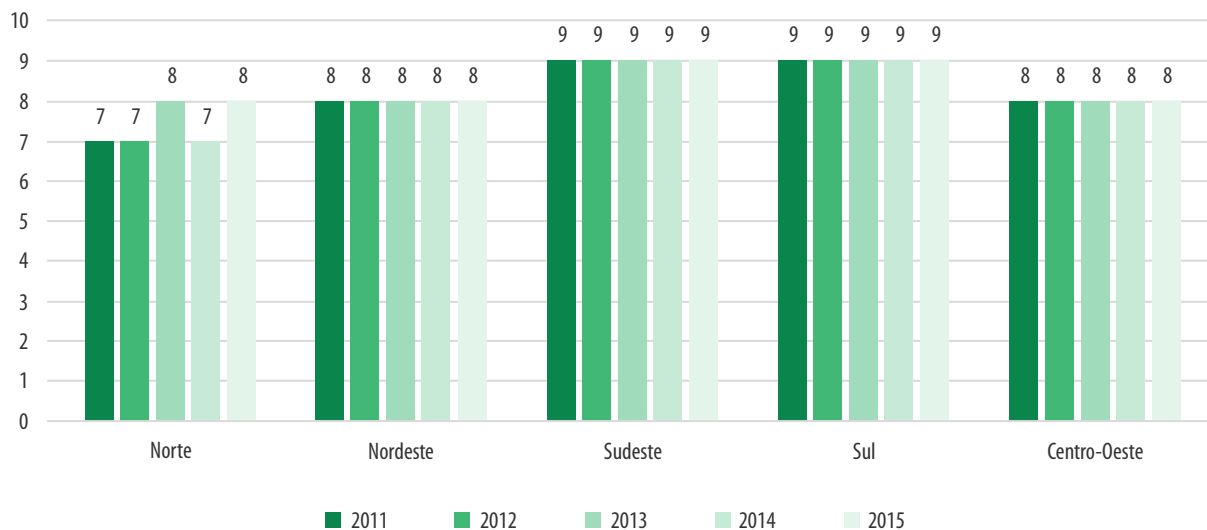


Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2011 a 2015. Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Do mesmo modo, a percentagem de recém-nascidos com peso abaixo de 2.500g não aponta melhoria deste indicador nos cinco anos analisados. Chama a atenção a maior frequência de baixo peso ao nascer ocorrer nas regiões Sudeste e Sul. Acredita-se que esse achado se deva, principalmente, à melhor qualidade do dado nas regiões mais desenvolvidas³⁶. No entanto, merece investigação mais aprofundada.

36. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde (MS), 2005.

Gráfico 14. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, regiões, Brasil, 2011 a 2015 (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2011 a 2015. Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Para 2016, como noticiado na grande imprensa, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima queda em torno de 5% nos nascimentos registrados em cartório em relação a 2015, provável consequência da situação financeira no país, além de epidemias de Zika vírus e seus efeitos adversos, como a microcefalia³⁷.

Mortalidade na infância

A taxa de mortalidade na infância (morte de crianças menores de cinco anos de idade por mil nascidos vivos) é um dos indicadores mais usados para medir o nível de desenvolvimento social e da garantia dos direitos humanos.

37. Registro civil: em 2016, registros de nascimentos têm queda (-5,1%) em relação a 2015. Acesso em 15 de novembro de 2017.



Altas taxas de mortalidade na infância refletem, em geral, deficiência de acesso e na qualidade de serviços de saúde, a ausência de saneamento básico, a insegurança alimentar e nutricional, e no baixo grau de escolaridade materno. Analisar a trajetória da taxa de mortalidade na infância permite identificar necessidades de saúde, assim como subsidiar a formulação de políticas de intervenções destinadas à prevenção de novos óbitos. A inclusão da taxa de mortalidade na infância entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de 1990 a 2015, e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o período até 2030, enfatizam a sua importância.

O Brasil foi um dos países que alcançou uma queda de mais de dois terços (66%) na taxa de mortalidade na infância – a quarta meta do ODM. A velocidade de redução observada de 67,7% (de 52,5 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 17 por mil nascidos vivos em 2015), embora tenha sido uma das maiores registradas no mundo, ainda aponta obstáculos a superar, entre eles:

✓ **A taxa de mortalidade na infância do Brasil ainda é alta em comparações internacionais**

A tabela 8, a seguir, mostra que, em 2015, a taxa brasileira era oito vezes maior do que a menor taxa no *ranking* mundial (dois por mil nascidos vivos na Islândia) e ainda superava as taxas de alguns países da América Latina, com renda *per capita* mais baixa e menor nível econômico. Embora em declínio, a taxa está aquém do potencial do país, refletindo condições desfavoráveis de vida e da atenção à saúde.

Tabela 8. **Taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos) em países selecionados, 2015**

Países	Taxa
Islândia	2,0
Japão	2,7
Suécia	3,0
Itália	3,4
Portugal	3,6
Estados Unidos	6,5
Chile	8,1
Uruguai	10,1
Argentina	12,5
Brasil	17,0

Fonte: <http://www.gapminder.org/data/>, acesso em 26 de outubro de 2017.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

✓ As desigualdades regionais da taxa de mortalidade na infância foram reduzidas, mas não o suficiente

Como podemos observar na tabela 9, a seguir, a velocidade de queda das taxas de mortalidade na infância variou bastante entre as regiões brasileiras entre 1990 e 2015. A maior queda foi observada na região Nordeste, com redução de 74,2%, seguida pelas regiões Norte, com 67,9%, e Sudeste, com 60,7% e, por último, as regiões Centro-Oeste (55,9%) e Sul (53%). Houve uma expressiva diminuição da desigualdade entre as grandes regiões. Em 1990, a taxa do Nordeste era quase três vezes maior do que a do Sul, em 2015, com a diferença passando para 1,6. Ou seja, em 2015, para cada criança com menos de cinco anos de idade que morreu na região Sul, em torno de duas morreram no Nordeste.

Tabela 9. Taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos) e percentual de redução, Brasil e regiões, 1990 e 2015

Região	Ano		Percentual de redução
	1990	2015	
Norte	58,7	18,8	67,9
Nordeste	82,9	21,4	74,2
Sudeste	36,4	14,3	60,7
Sul	29,0	13,6	53,0
Centro-oeste	34,5	15,2	55,9
Brasil	52,7	17,0	67,7

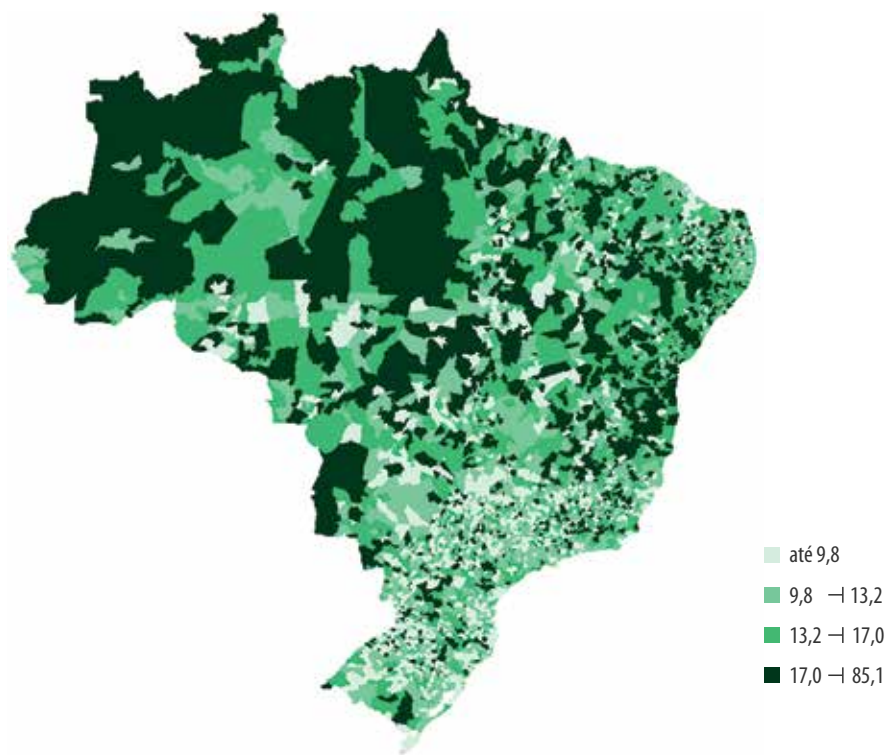
Fonte: França EB, Lansky S e cols, 2017.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

No Brasil, as mortes de crianças com menos de cinco anos de idade se concentram no primeiro ano de vida, representando mais de 85% das mortes ocorridas neste grupo etário entre 2011 e 2015. Neste período, por volta de 30% dos municípios apresentaram taxas de mortalidade infantil superiores a alcançada no Brasil como um todo. A figura 2, a seguir, aponta a existência de diferentes padrões de mortalidade infantil dentro dos Estados com as taxas de mortalidade crescendo à medida em que se afastava do Sul para o Norte/Nordeste, da capital para a região metropolitana e interior de Estados brasileiros. Ainda que não seja possível visualizar no mapa, diferenças acentuadas nas taxas são também observadas em áreas urbanas, com taxas bem mais elevadas nas favelas do que nas áreas de maior poder aquisitivo.



A magnitude dessas desigualdades evidencia o alcance limitado das políticas e intervenções focadas na melhoria da saúde da criança, particularmente nas localidades mais pobres do país. Constatase, assim, que os serviços, entre eles o de saúde, que atendem a essas localidades são geralmente de pior qualidade, menos organizados e com profissionais de saúde pouco sensíveis às suas necessidades, o que, sem dúvida, são condições que favorecem a maior gravidade e frequência de agravos de saúde. A prevenção da ocorrência de óbito infantil demanda a superação do diferencial no cuidado de saúde que existe no país.

Figura 2. Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) por municípios brasileiros, 2011 a 2015



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) 2017a; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017b.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

✓ Os progressos alcançados pelo grupo de recém-nascidos foram menos importantes

Ao longo do primeiro ano de vida, a taxa de mortalidade infantil é subdividida em três grupos de idade: a) mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos entre o nascimento e o sexto dia de vida); b) mortalidade neonatal tardia (óbitos ocorridos entre o sexto e o 27º dia de vida), mortes relacionadas à qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento; e c) mortalidade pós neonatal (óbitos entre o 28º dia de vida até o 364º), quando predominam as mortes associadas ao desenvolvimento socioeconômico e ambiental.

A tabela 10, a seguir, mostra que a mortalidade proporcional por grupo de idade variou entre 1990 e 2015. Em 1990, mais da metade dos óbitos ocorria no período pós-neonatal, representando 51,1% dos óbitos dos menores de um ano. Em 2015, o período neonatal passa a ser o principal componente, correspondendo a 62,3%, com a maior parte das mortes ocorrendo nos primeiros seis dias de vida. Esta informação destaca a importância da assistência à gravidez, ao parto e ao nascimento para a redução da mortalidade infantil a patamares compatíveis com o desenvolvimento econômico do país. Embora tenha sido observada modificação no cenário dos óbitos infantis, o predomínio das causas evitáveis, entre 2011 e 2015, reforça a persistência de mais um desafio, o de prestar assistência de qualidade ao binômio mãe-filho.

Tabela 10. **Mortalidade infantil proporcional por grupo de idade, Brasil, 1990 e 2005**

Grupo de idade (dias)	1990		2015	
	Número de óbitos	Percentual	Número de óbitos	Percentual
Neonatal precoce (0 a 6)	59.198	35,5	21.001	46,2
Neonatal tardio (7 a 27)	22.362	13,4	7.279	16,0
Neonatal (0 a 27)	81.560	48,9	28.280	62,3
Pós-neonatal (28 a 364)	85.131	51,1	17.145	37,7

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017a.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

✓ O predomínio de óbitos por causas evitáveis na infância

São consideradas causas evitáveis aquelas em que o conhecimento e a tecnologia existentes permitem intervenções eficazes, de modo que tais causas jamais ou raramente evoluam a óbito. Como a possibilidade de controle sobre a ocorrência de tais óbitos concentra-se na capacidade de atuação dos serviços de saúde, estes são definidos como eventos-sentinelas da qualidade da atenção médica e do sistema de saúde.



A partir deste conceito, especialistas de diferentes áreas desenvolveram a *Lista Brasileira de Causas de Morte Evitáveis* para menores de cinco anos de idade por intervenções no SUS³⁸. A lista é dividida em três grupos (evitáveis, não claramente evitáveis e mal definidas) e em subgrupos segundo o tipo de intervenção:

- 1.1. Reduzíveis por ações de imunoprevenção;
- 1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto, e ao recém-nascido;
 - 1.2.1. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação;
 - 1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto;
 - 1.2.3. Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido;
- 1.3. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento;
- 1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.

Entre os menores de um ano de idade

Embora com variações, entre as regiões brasileiras as proporções de óbitos infantis por causas evitáveis^{39 e 40} ainda estavam excessivamente altas entre 2011 e 2015 (DATASUS, 2017a) (tabela 11, a seguir).

Em relação às mortes neonatais, dois subgrupos se destacaram: “reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação” e “reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido”, correspondendo a mais da metade dos óbitos em todas as regiões.


No primeiro subgrupo, o protagonismo da prematuridade é preocupante, como já referido no gráfico 13.

Neste subgrupo se destaca também a asfixia/hipóxia, causa estritamente relacionada à má assistência hospitalar ao parto e nascimento. Embora quase a totalidade dos partos seja realizada em hospitais e por profissionais habilitados, a ocorrência deste tipo de óbito indica monitoramento inadequado

38. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, 2010.

39. Secular trends in infant mortality by age-group and avoidable components in the State of São Paulo, 1996-2012.

40. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011.



do trabalho de parto e/ou atraso na assistência à gestante, além de deficiências na reanimação e assistência ao neonato.

Entre os óbitos “reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido” destacaram-se os transtornos respiratórios específicos do período perinatal e as infecções do período perinatal, causas que refletem a ausência de acesso ou deficiência no cuidado intensivo neonatal após o parto.

No período pós-neonatal, embora se observe uma redução no percentual de contribuição das causas evitáveis no conjunto de óbitos, estas continuam expressivas. Em torno da metade dos óbitos poderia não ter ocorrido. Um conjunto de ações contribuiu na redução da participação do óbito pós-neonatal na mortalidade infantil, entre elas: o aumento da cobertura de saneamento e dos serviços de saúde, além das ações específicas como a utilização da terapia de reidratação oral, o aumento da cobertura vacinal e o incentivo ao aleitamento materno.

Entretanto, a persistência da importância da pneumonia e doenças bacterianas “reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento”, das doenças infecciosas intestinais, seguida pelas deficiências nutricionais “reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde”, entre as causas evitáveis do período pós-neonatal é inquietante, pois representam um sinal de alerta em relação a prováveis problemas no acesso oportuno a serviços qualificados de saúde.

De um a quatro anos de idade

Como pode ser observado na tabela 12 (página 50), no grupo de um a quatro anos de idade⁴¹ somam-se às causas evitáveis⁴¹ destacadas no período pós-neonatal, uma expressiva participação das causas externas entre as “reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde”, especialmente às relacionadas aos acidentes de transporte e afogamento.

O controle da violência no trânsito, representada pela morte por acidentes de transporte, exige ações para o controle e punição do excesso de velocidade dos automóveis, de motoristas alcoolizados, má conservação das estradas e das ruas, além de orientação e educação para o trânsito.

41. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015; 2017.



Tabela 11. Número de óbitos e mortalidade infantil proporcional segundo causas e grupo de idade (em dias), por regiões, Brasil, 2010 a 2015

Causas de morte	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste		
	0 a 6	7 a 27	28 a 364	0 a 6	7 a 27	28 a 364	0 a 6	7 a 27	28 a 364	0 a 6	7 a 27	28 a 364	0 a 6	7 a 27	28 a 364
1. Causas evitáveis	81,0	74,2	59,8	80,4	77,3	57,5	76,4	75,0	56,2	73,8	71,6	53,5	77,4	72,2	50,9
1.1. Ações de imunoprevenção	0,2	0,1	0,2	0,02	0,05	0,17	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,3
1.2. Atenção à mulher na gestação e parto, e ao recém-nascido	78,8	68,8	10,8	79,8	72,8	14,4	75,8	69,9	17,8	72,9	67,4	18,1	76,7	67,8	10,8
1.2.1 Atenção à mulher na gestação	35,9	18,8	3,4	38,1	23,9	5,2	42,4	29,2	7,1	45,0	33,0	8,4	42,5	27,3	4,3
1.2.2 Atenção à mulher no parto	18,0	8,5	1,2	18,9	8,5	2,1	13,9	7,3	2,2	13,0	7,3	2,3	14,8	6,8	1,5
1.2.3 Atenção ao recém-nascido	24,9	41,6	6,2	22,8	40,3	7,2	19,5	33,5	8,4	14,9	27,1	7,4	19,5	33,7	5,0
1.3. Ações adequadas de diagnóstico e tratamento	0,2	2,9	30,5	0,16	1,75	25,01	0,1	2,6	23,0	0,2	1,3	18,1	0,1	1,9	21,8
1.4. Ações adequadas de promoção à saúde	2,4	2,9	25,7	0,61	3,39	27,29	0,7	3,1	23,0	0,8	3,6	27,8	0,7	3,0	30,9
2. Causas mal definidas	2,9	3,8	9,1	2,7	2,2	6,1	2,2	2,1	6,4	1,3	2,1	6,0	1,6	2,4	4,7
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	19,0	25,8	40,2	19,6	22,7	42,5	23,6	25,0	43,8	26,2	28,4	46,5	22,6	27,8	49,1
Total	12.983	3.775	8.539	35.039	9.288	17.856	35.160	12.659	21.571	10.894	3.943	6.422	8.159	2.723	4.717

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017a.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Tabela 12. Número de óbitos e mortalidade proporcional nas crianças de um a quatro anos de idade segundo causas, por regiões, Brasil, 2010 a 2015

Causas de morte	Região				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1. Causas evitáveis	70,3	58,3	53,9	53,6	60,8
1.1. Ações de imunoprevenção	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1
1.2. Atenção à mulher na gestação e parto, e ao recém-nascido	0,9	0,9	1,2	1,8	0,5
1.2.1 Atenção à mulher na gestação	0,6	0,4	0,4	0,9	0,3
1.2.2 Atenção à mulher no parto	0,1	0,2	0,3	0,6	0,0
1.2.3 Atenção ao recém-nascido	0,1	0,2	0,5	0,0	0,1
1.3. Ações adequadas de diagnóstico e tratamento adequado	26,6	23,5	26,0	20,6	22,0
1.4. Ações adequadas de promoção à saúde	42,6	33,8	26,4	31,2	38,2
2. Causas mal definidas	10,1	7,2	6,1	5,2	4,6
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	26,7	38,7	43,3	44,1	37,4
Total	4.620	8.777	9.654	2.992	2.474

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), 2017a.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Situação das infecções congênicas com maior impacto na saúde infantil no Brasil

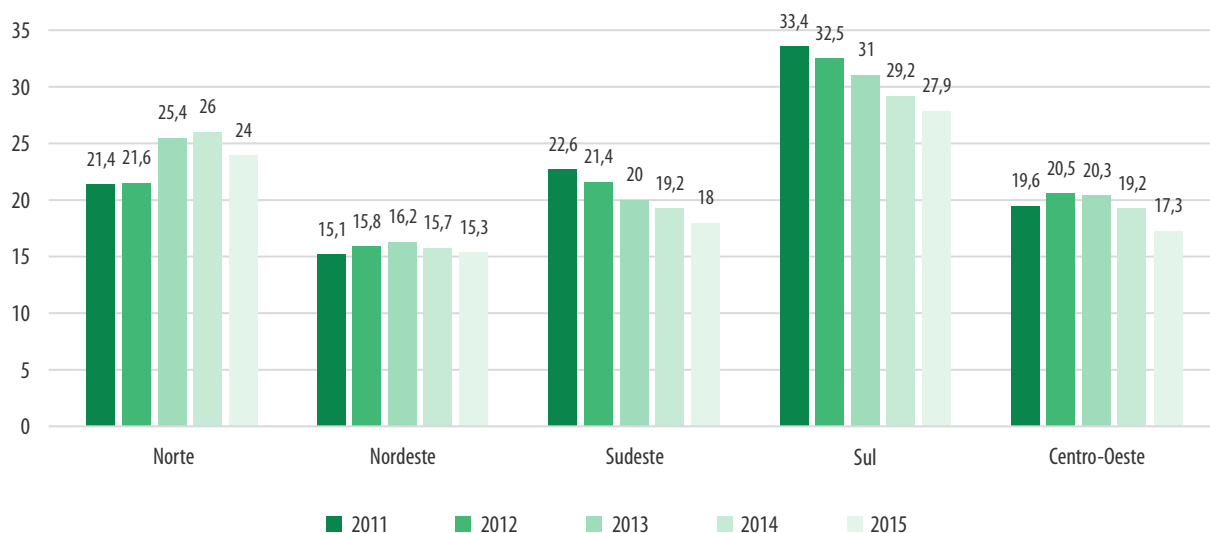
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)/Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

No Brasil foram notificados 205.660 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids, sigla em inglês) no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), entre 2011 e 2015, com razão de sexo de 19 homens para dez mulheres. Neste período, observou-se que a região Sudeste



notificou o maior número de casos (41%), e em seguida as regiões Sul (21,3%) e Nordeste (20%). A taxa de detecção de casos vem se mantendo estável no país com média de 20,7 casos por 100 mil habitantes. Neste período, a região Norte apresentou tendência de aumento na taxa de detecção de 11%, enquanto a região Sudeste apresentou queda de 25,6%. A região Sul apresentou as maiores taxas de detecção, com média de 32% e discreta tendência de queda (gráfico 15). No período foram registrados 61.661 óbitos, com taxa de mortalidade de 6,2 casos por 100 mil habitantes.

Gráfico 15. Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico e regiões do Brasil



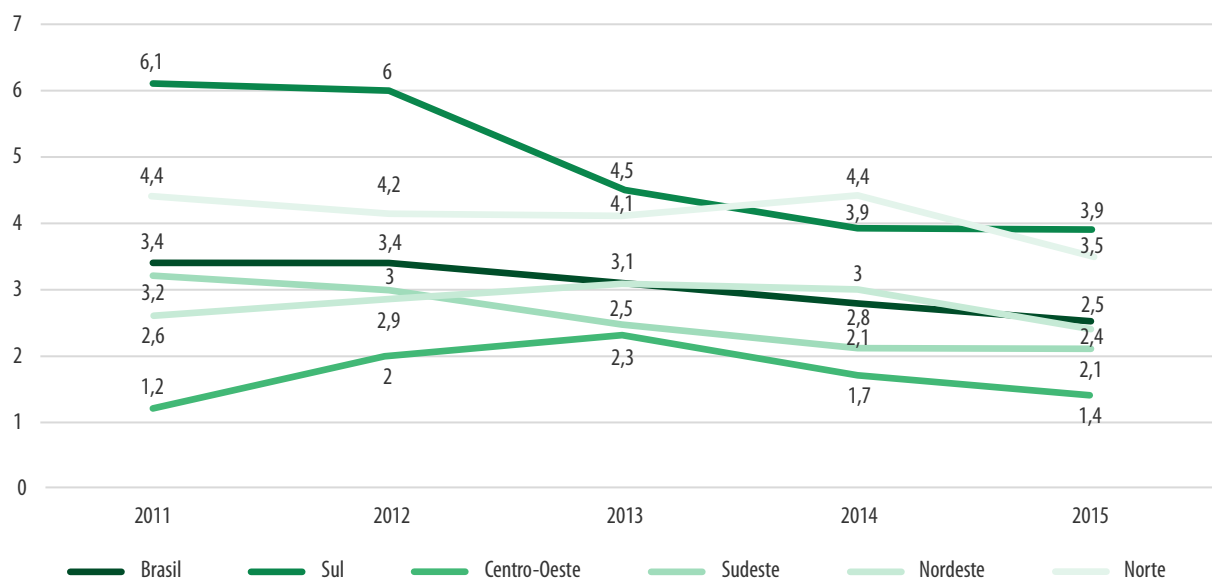
Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos de idade apresenta tendência de queda no período, variando de 3,4 casos, em 2011, a 2,5, em 2015, tendência que vem sendo igualmente observada nos últimos dez anos, com queda de 42,7% no país. A análise por regiões demonstra que Sul e Norte mantêm taxas superiores às do país, porém com tendência de queda, principalmente na região Sul. Tendência também observada na região Sudeste, que variou de 3,2 a 2,1 casos por 100 mil habitantes (gráfico 16, a seguir). As regiões Nordeste e Centro-Oeste mantiveram estáveis as taxas no período. A taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos tem sido usada como medida indireta da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A análise por Estados

demonstra que Roraima e Rio Grande do Sul apresentaram as taxas de detecção mais elevadas em menores de cinco anos no ano de 2015 (8,1 e 5,4 casos por 100 mil habitantes, respectivamente)⁴².

A realização do pré-natal qualificado, possibilitando a detecção da infecção por HIV nas gestantes, é essencial para que medidas possam ser tomadas no sentido de diminuir o risco de transmissão vertical para o bebê. As mulheres diagnosticadas na gestação devem iniciar de imediato o tratamento com antirretrovirais, considerando a possibilidade de iniciar após a 12ª semana de gestação. Deve ser garantido o acesso ao adequado tratamento, incluindo o uso de medicamentos no parto e para a prevenção da infecção na criança. O aleitamento materno não está indicado pela possibilidade de transmissão à criança, portanto, deve ser garantido o acesso a um substitutivo seguro, aceitável e sustentável.

Gráfico 16. Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, por ano de diagnóstico em menores de 5 anos, por regiões, 2011 a 2015



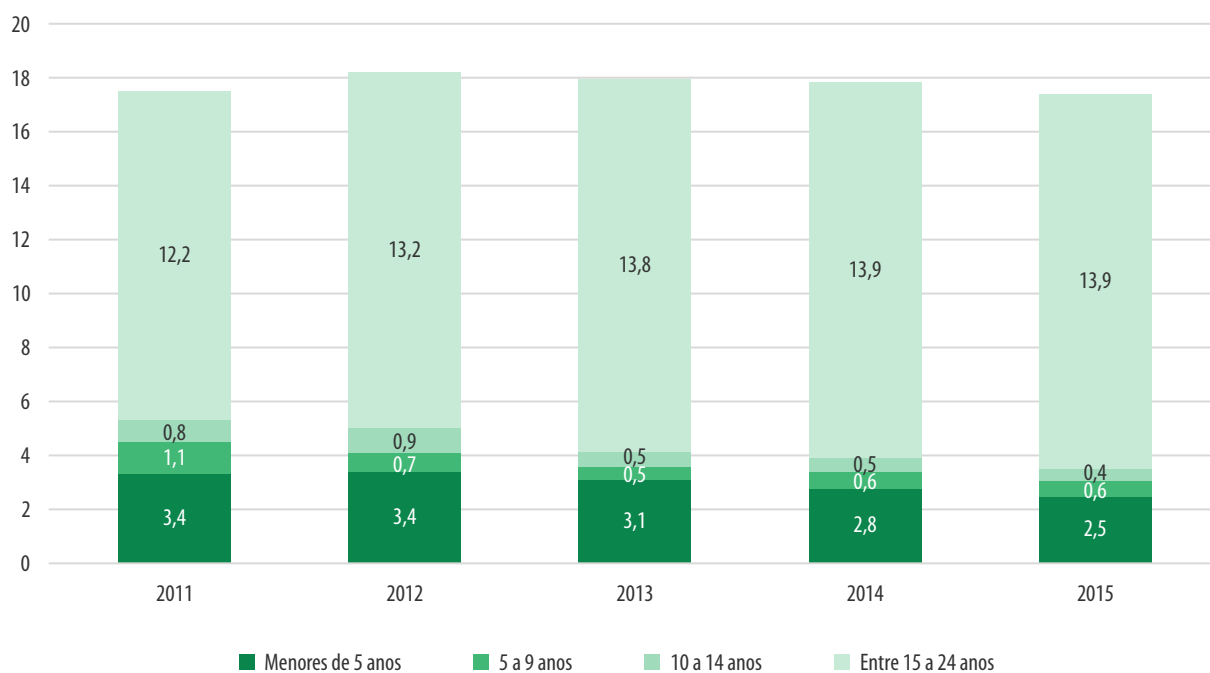
Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

42. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.



Dentre a população de até 14 anos de idade observa-se que os menores de cinco anos contribuem com a maior taxa de detecção de casos de Aids, o que aponta para a importância da transmissão vertical (gráfico 17). Estes dados são confirmados pela análise da categoria de exposição nos menores de 15 anos, na qual se observa que a transmissão vertical é a categoria responsável pela infecção em 95% dos casos entre 2011 a 2015.

Gráfico 17. Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico e faixa etária até 24 anos

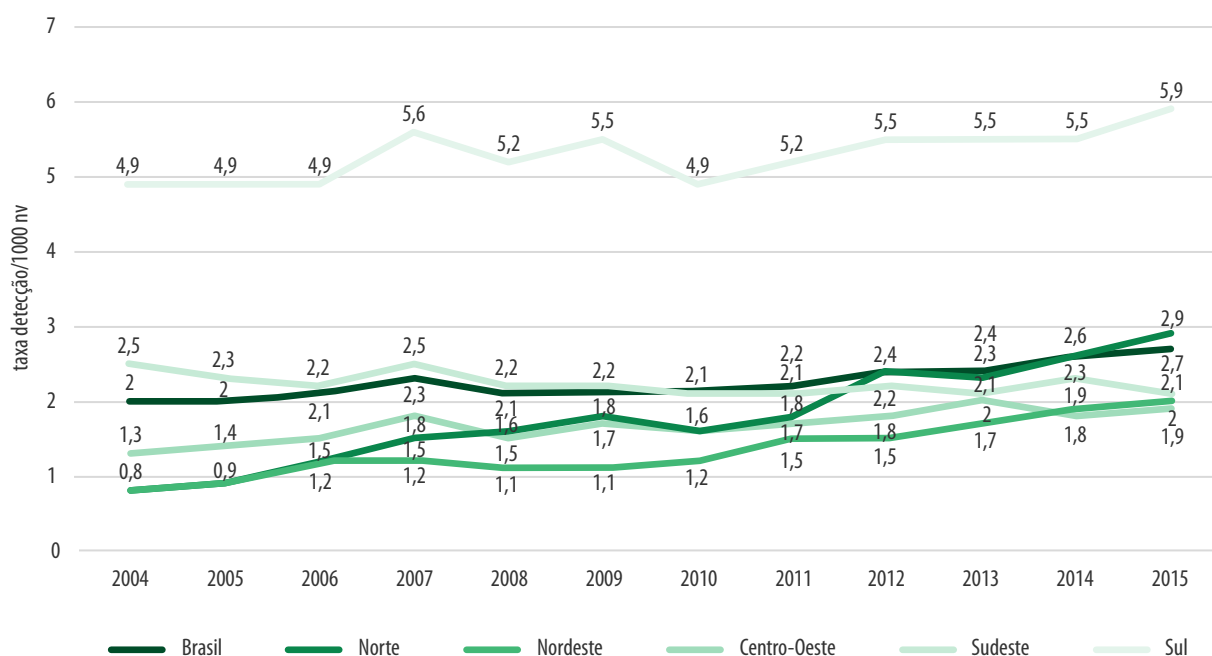


Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

No Brasil, no período de 2011 a 2015, foram notificadas 12.543 gestantes infectadas por HIV. Em uma série histórica de 2006 a 2015, observamos que a taxa de detecção de gestantes com HIV apresenta tendência de aumento no país, variando de 2,1 a 2,7 casos por mil nascidos vivos. Dentre as regiões também se observa a tendência de aumento, à exceção da região Sudeste. As regiões Norte e Nordeste apresentaram maior aumento nas taxas variando de 1,2 para 2,9 e 1,2 para dois casos por

mil nascidos vivos, respectivamente. A região Sul se destaca por apresentar taxas mais elevadas em relação às demais regiões, chegando a mais que o dobro da taxa do país, com tendência de aumento de detecção (4,9 casos em 2006; 5,9 em 2015) (gráfico 18). Quanto às características das gestantes infectadas por HIV observa-se que há maior concentração de casos na faixa etária de 20 a 24 anos (28,6%), escolaridade no segmento da quinta a oitava série incompleta (30,1%, em 2015) e raça/cor parda (45,9%, em 2015)⁴³.

Gráfico 18. Taxa de detecção de gestantes com HIV (1000 NV) por ano do parto no Brasil e regiões notificadas no SINAN, declaradas no SIM e registradas no SISCEL/SICLON



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

43. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, ano V, nº 1. Brasília, 2016.



O enfrentamento da epidemia de Aids figura dentre os objetivos da agenda 2030, conforme descrito no Objetivo 3: “Até 2030, acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis”. Trata-se de um problema de saúde pública de grande impacto, que afeta mais de 2,5 milhões de crianças em todo o mundo e que envolve questões fundamentais como o acesso universal aos serviços de saúde, tanto das mulheres em relação à saúde sexual e reprodutiva como das crianças para a garantia do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em prol de uma vida saudável⁴⁴. No Brasil, a maioria das intervenções recomendadas tem sido aplicada, incluindo a identificação da infecção por HIV em grávidas por meio de triagem durante o cuidado pré-natal; acompanhamento de mulheres infectadas por HIV; recomendação e oferecimento da terapêutica antirretroviral de combinação; triagem e tratamento de outras doenças sexualmente transmissíveis em mulheres em risco; e oferecimento de profilaxia pós-exposição para crianças de mães infectadas por HIV⁴⁵. Permanece ainda o desafio de enfrentamento de situações como o diagnóstico oportuno e a adesão das gestantes infectadas ao tratamento, no sentido de impactar a transmissão materno-fetal, na perspectiva de proteção das crianças e de toda uma geração do HIV.

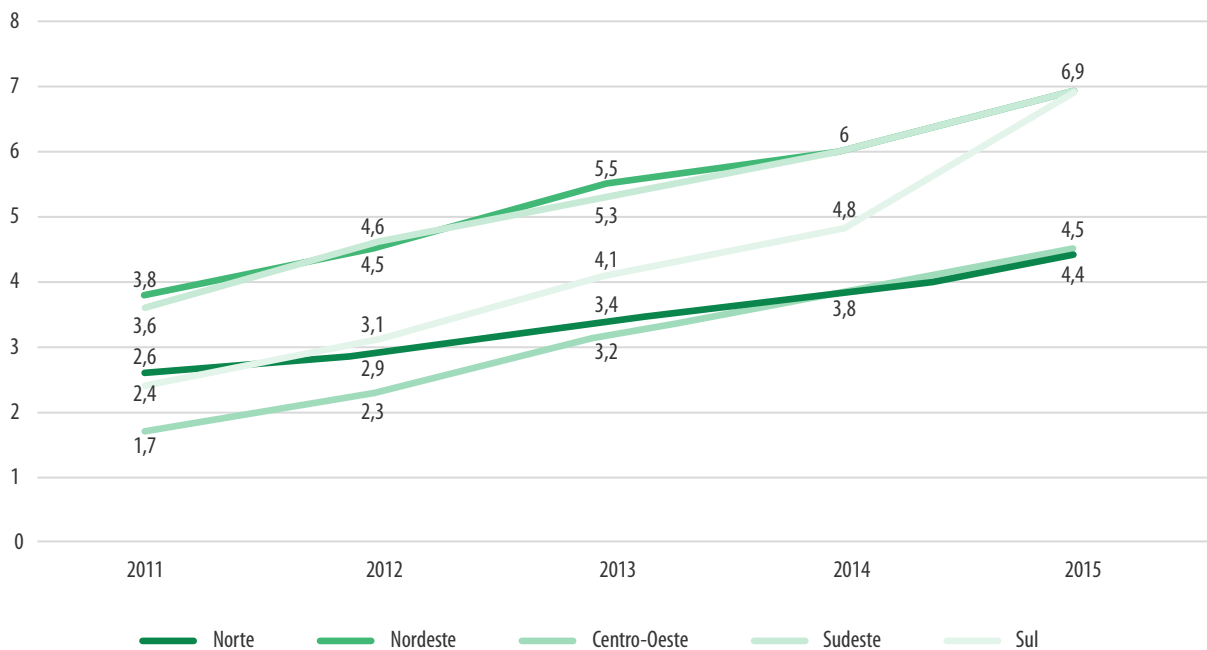
Sífilis congênita

Em um período de dez anos houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, variando de dois casos por mil nascidos vivos, em 2006, a 6,5 casos por mil nascidos vivos, em 2015. Entre 2011 e 2015, a taxa de detecção de sífilis congênita apresentou tendência crescente em todas as regiões, com destaque para a região Sul (gráfico 19).

44. *Infecções perinatais transmitidas de mãe para filho, 2010.*

45. *The road to eliminate mother-to-child HIV transmission, 2015.*

Gráfico 19. Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de um ano de idade por regiões, Brasil, 2011 a 2015

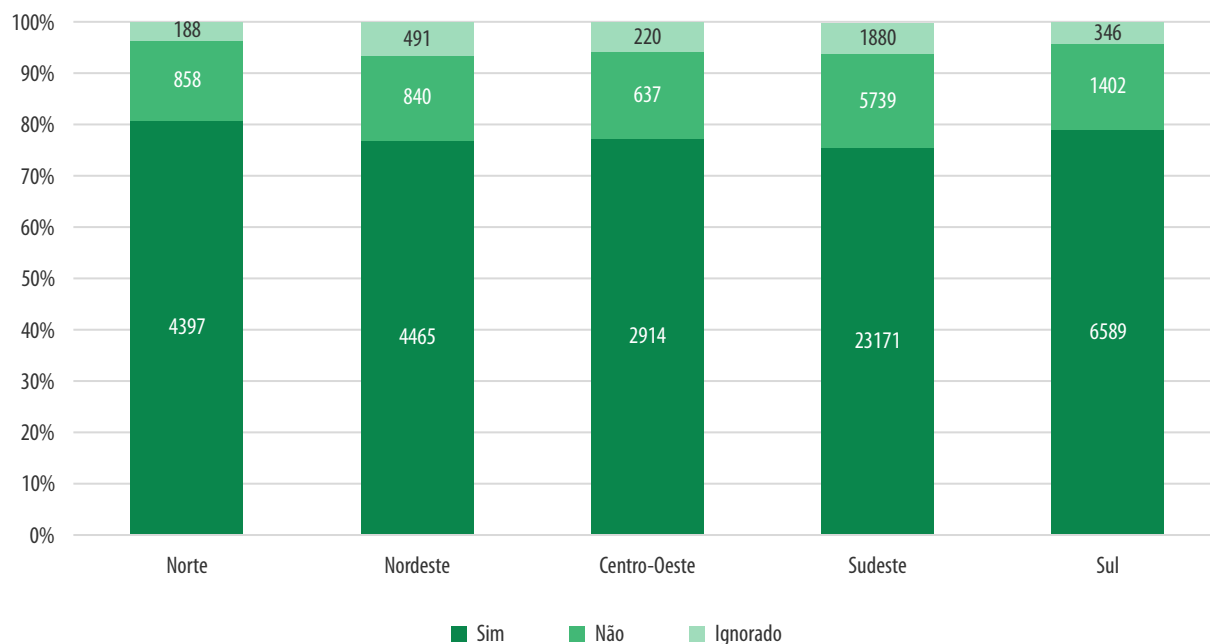


Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A realização do pré-natal pela mãe, nos casos de sífilis congênita, variou de 80,8%, na região Norte, a 75,3%, na região Sudeste. A região Nordeste apresentou o maior percentual de informação ignorada (gráfico 20). No ano de 2015, 78,4% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto 15% não fizeram. daquelas que fizeram o pré-natal, 51,4% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 34,6% no momento do parto/curetagem, 8,3% após o parto e 0,6% não tiveram diagnóstico, além de 5,1% constarem como ignorados. Com relação ao esquema de tratamento da gestante, 56,5% receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam tratamento e apenas 4,1% receberam tratamento adequado.



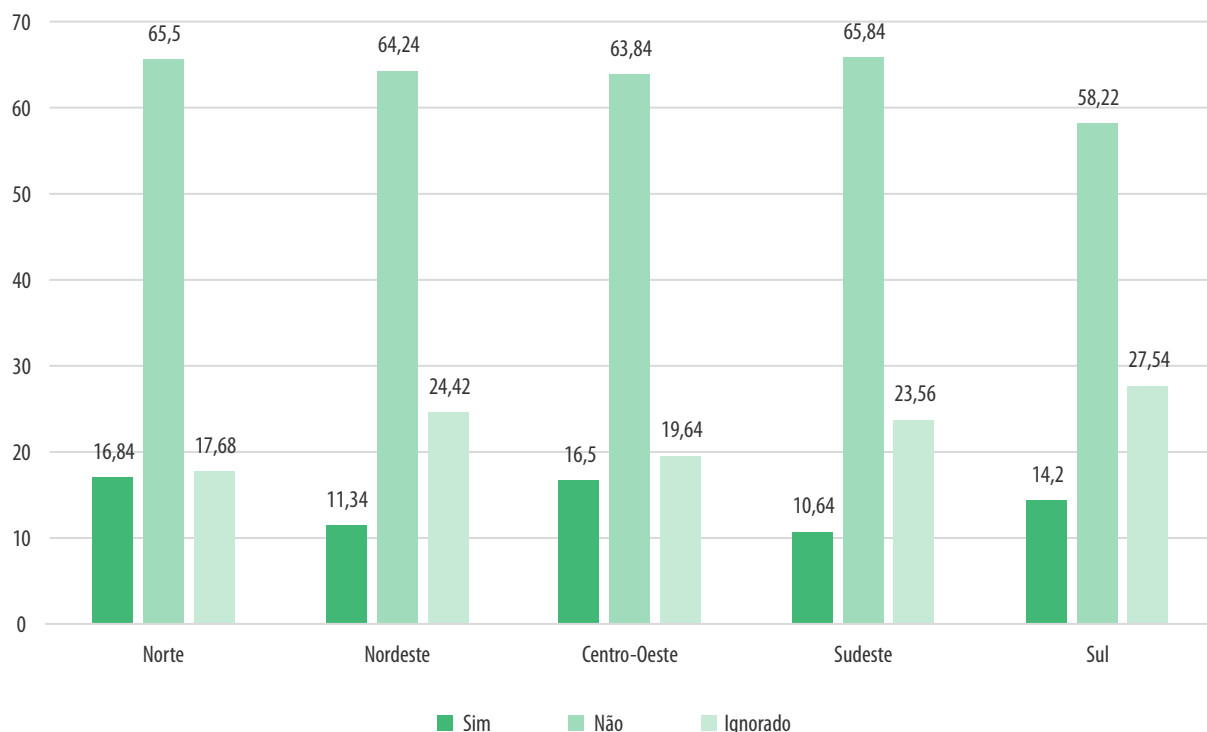
Gráfico 20. Casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal da mãe, por regiões, Brasil, 2011 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Nos casos em que foi possível resgatar a informação sobre tratamento do parceiro da mãe, observa-se que há relevante percentual de parceiros não tratados, variando de 58,2%, na região Sul, a 65,8%, na região Sudeste. Chama a atenção que o percentual de informação ignorada supera o de tratamento realizado em todas as regiões. O menor percentual de tratamento dos parceiros foi registrado na região Sudeste (gráfico 21). No ano de 2015, 62,3% dos parceiros não foram tratados entre as gestantes que realizaram pré-natal.

Gráfico 21. Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe, por regiões, Brasil, 2011 a 2015

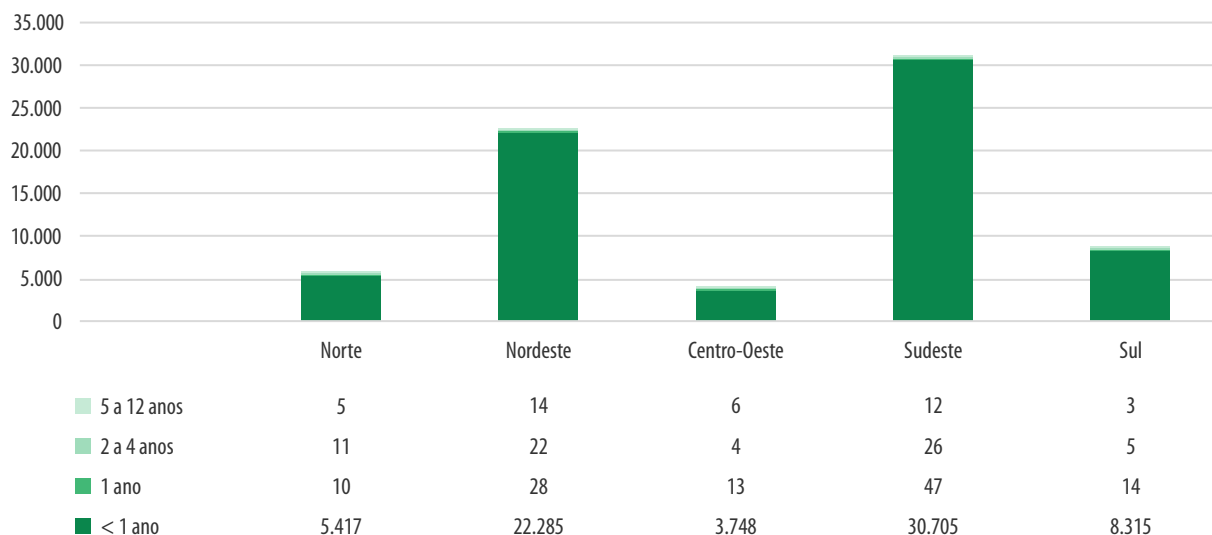


Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A distribuição de casos de sífilis congênita por faixa etária de realização do diagnóstico evidencia que a maior parte destes ocorre nos menores de um ano, porém há registro de diagnóstico realizado nas demais faixas etárias. A região que concentrou o maior número de casos no período de 2011 a 2015 foi a Sudeste, com um total de 30.790 casos, seguida da região Nordeste, com 22.349 casos (gráfico 22).



Gráfico 22. Casos de sífilis congênita segundo idade da criança no diagnóstico por regiões, Brasil, 2011 a 2015



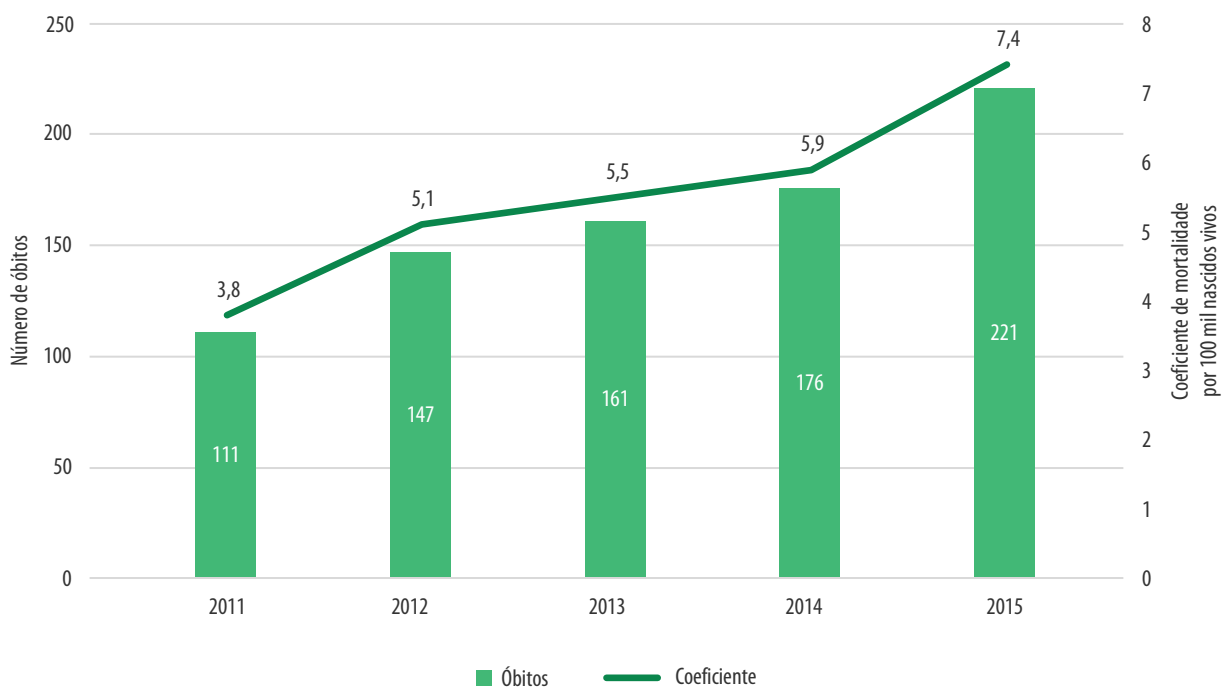
Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Entre 2005 e 2015, a taxa de mortalidade infantil por sífilis no Brasil passou de 2,4 casos por 100 mil nascidos vivos para 7,4 casos por 100 mil nascidos vivos (gráfico 23). Neste período, se observa tendência de aumento da taxa variando de 3,8 a 7,4 casos por 100 mil nascidos vivos.

A análise por regiões demonstra que todas tiveram tendência ascendente, com destaque para as regiões Norte (3,8 a 9,3 casos por 100 mil nascidos vivos) e Sudeste (3,9 a 8,6 casos por 100 mil nascidos vivos)⁴⁶.

46. Boletim Epidemiológico, v 47, nº 35. Brasília, 2016.

Gráfico 23. Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano e coeficiente bruto de mortalidade (por 100 mil nascidos vivos) segundo ano do óbito, Brasil, 2011 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

De modo geral se pode observar um quadro de aumento de casos de sífilis congênita, assim como de óbitos em todas as regiões do país. No entanto, deve ser considerado o contexto de ampliação do acesso ao diagnóstico com a implantação da Rede Cegonha em 2011, e o aumento expressivo da distribuição de testes rápidos para sífilis, com impacto também na melhoria da notificação.

Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis⁴⁷.

47. Ministério da Saúde (MS). Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB).



A qualificação das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis tem sido buscada no âmbito da educação continuada e da gestão como divulgação de informações sobre boas práticas, protocolos clínicos e elaboração de agenda estratégica, entre outras ações. O investimento no acesso e qualidade da atenção pré-natal envolve ações como o acesso ao diagnóstico oportuno da sífilis em gestantes, tratamento imediato da gestante, diagnóstico da sífilis no parceiro e tratamento imediato. Além disso, deve-se garantir o acesso ao tratamento à criança infectada, bem como o seguimento das crianças expostas.

Destaca-se ainda a importância dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal na discussão de casos de transmissão vertical, permitindo a avaliação crítica dos óbitos evitáveis e a elaboração de recomendações para a garantia da qualidade do cuidado às crianças.


Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, e propor intervenções para redução da mortalidade⁴⁸.

Síndrome da Zika Congênita (Zika)

A doença causada pelo vírus Zika (ZIKV), a Síndrome da Zika Congênita, é uma arbovirose, doença transmitida por insetos, neste caso principalmente pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. O vírus foi isolado pela primeira vez a partir de macacos Rhesus na Floresta Zika, em Uganda, na África Oriental, em 1947. As primeiras infecções humanas foram relatadas em 1950. Até a essa altura os casos permaneceram esporádicos. Em 2007, um surto foi relatado nas ilhas Yap da Micronésia, ao norte da Oceania, no Oceano Pacífico, seguido por um surto na Polinésia Francesa, ao leste da mesma região. A transmissão fora da África indicou um potencial de propagação da doença. Em 2015, ocorreu um surto da doença no Brasil, que atingiu 1,5 milhão de casos até o final do ano, tendo as primeiras confirmações no mês de abril.

Os sintomas mais comuns são erupção cutânea, febre baixa, artrite ou artralgia e conjuntivite. A maior parte dos casos tem evolução benigna, com desaparecimento dos sintomas em três a sete dias, e muitos podem cursar de forma assintomática. Um aumento atípico no número de casos de microcefalia – malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve adequadamente para a idade e sexo – em recém-nascidos foi observado no país durante o segundo semestre de 2015.

48. Saúde da Criança e Aleitamento Materno, 2009.



A possível ligação entre ZIKV e esses casos foi levantada pelas autoridades de saúde e especialistas, em novembro de 2015, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a emergência de saúde pública nas Américas devido à possibilidade de a infecção com ZIKV na gravidez estar associada a anomalias congênitas, especialmente a microcefalia. A associação entre infecções por ZIKV e anomalias congênitas aumentou a preocupação global sobre a doença, o que representa uma nova e desafiadora ameaça epidemiológica para as populações em países com arboviroses endêmicas, bem como para os viajantes que vivem em áreas que até agora permaneceram inalteradas.

A doença foi acrescentada à lista de doenças de notificação compulsória em fevereiro de 2016. Naquele ano foram registrados 216.207 casos prováveis de Zika no país. Em 2017, até a Semana Epidemiológica 35^{49 (1)}, foram registrados 15.586 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no Brasil, dos quais 43% foram confirmados, com taxa de incidência de 7,6 casos por 100 mil habitantes. Foram confirmados laboratorialmente oito óbitos por vírus Zika no país: Rio de Janeiro (4), Espírito Santo (2), Maranhão (1) e Paraíba (1). Em 2017, as regiões que apresentaram as maiores taxas de incidência foram Centro-Oeste (35,9 casos por 100 mil habitantes) e Norte (13,9 por 100 mil habitantes). Nesse ano foram registrados 2.105 casos prováveis em gestantes e 728 casos confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial⁵⁰.

A recomendação às gestantes, desde o início da suspeita de associação do ZIKV a malformações congênitas, foi, de modo geral, que evitassem contato com pessoas com febre, exantemas (irritação generalizada da pele pelo corpo) ou infecções; adoção de medidas para redução da presença de mosquitos e eliminação de criadouros; proteção contra mosquitos por meio de telas, uso de calças compridas e camisas de manga longa, além do uso de repelentes. Posteriormente, quando foi estabelecida a possibilidade de transmissão sexual, foram adicionadas recomendações quanto ao uso de preservativos.

No período acumulado entre novembro de 2015 (Semana 45) até julho de 2017 (Semana 28)⁴⁹⁽²⁾, foram notificados 14.258 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento potencialmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras doenças infecciosas, 20% confirmados. Dentre os confirmados, 61,6% estavam recebendo cuidados na puericultura e 39,1% estavam em estimulação precoce no serviço de atenção especializada.

No ano de 2015, foram notificados 2.975 casos suspeitos de microcefalia em 658 municípios. As notificações se concentraram na região Nordeste (87%), principalmente no Estado de Pernambuco, com 39% dos casos notificados na região. Em 2016, a taxa de incidência de casos notificados de Zika

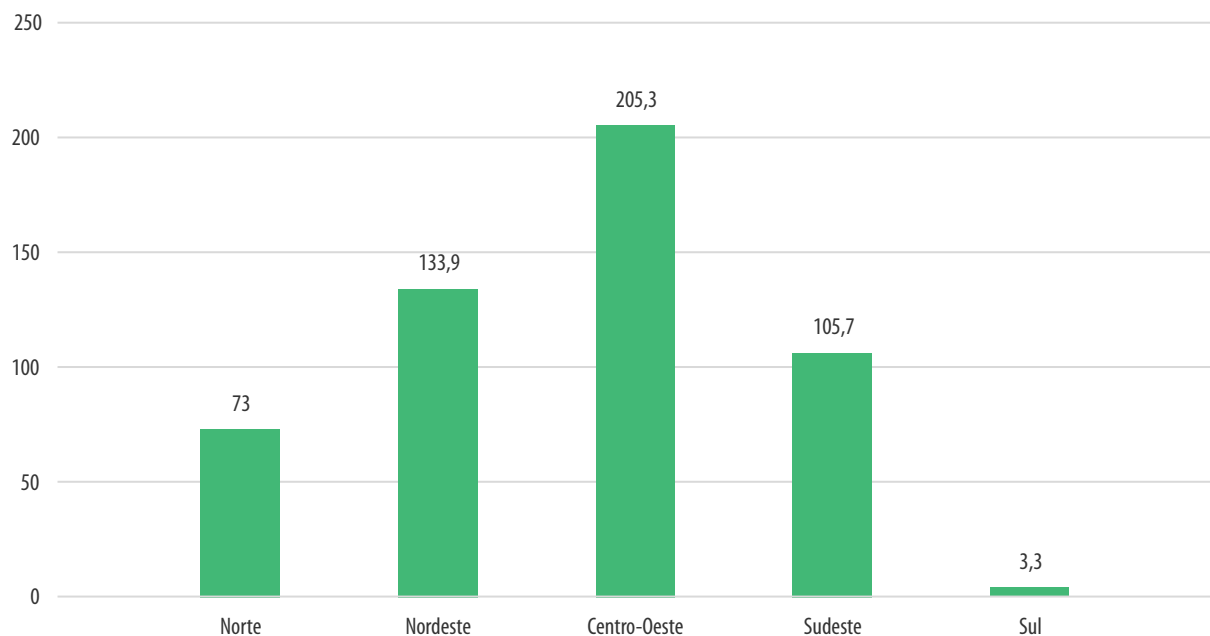
49. Foi utilizado o conceito de “semana epidemiológica” na apresentação da distribuição temporal dos casos por se tratar de padronização internacional, que permite a comparabilidade dos dados. As semanas epidemiológicas iniciam-se no domingo e terminam no sábado. A primeira semana epidemiológica de cada ano é aquela que contém o maior número de dias do novo ano. Por isto, elas não coincidem, necessariamente, com o calendário.

50. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 35, 2017. Boletim Epidemiológico, v 48, nº 29. Brasília, 2017.



por região demonstra a maior concentração e casos na região Centro-Oeste onde houve circulação posterior do vírus (gráfico 24)⁵¹.

Gráfico 24. Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de casos de Zika notificados ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), em 2016, por regiões do Brasil



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) NET, 2016.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

No ano de 2017, foram notificados 4.302 recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento, possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika no país, quase a metade na região Nordeste. Até a Semana 28 de 2017, pouco menos de 10% dos suspeitos foram confirmados (tabela 13). Em relação aos fetos com alterações no sistema nervoso central, abortos espontâneos e natimortos, possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika, foram notificados 433 suspeitos no país, sendo confirmados 10,4%. A região Sudeste apresentou maior número de suspeitos, mas baixo percentual de confirmados (tabela 14)⁵².

51. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016. Boletim Epidemiológico, v 48, nº 3. Brasília, 2017.

52. Monitoramento Integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas. Boletim Epidemiológico, v 48, nº 24. Brasília, 2017.

Tabela 13. Distribuição das notificações de recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento, possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, até a Semana Epidemiológica 28 de 2017, por região, Brasil, 2017

Região	Casos suspeitos		Casos confirmados	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Centro-Oeste	327	7,6	66	20,2
Nordeste	2.009	46,7	159	7,9
Norte	380	8,8	56	14,7
Sudeste	1.481	34,4	121	8,2
Sul	105	2,4	10	9,5
Brasil	4.302	100	412	9,6

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2017.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Tabela 14. Distribuição das notificações de fetos com alterações no sistema nervoso central, abortos espontâneos e natimortos possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, até a Semana Epidemiológica 28 de 2017, por região, Brasil, 2017

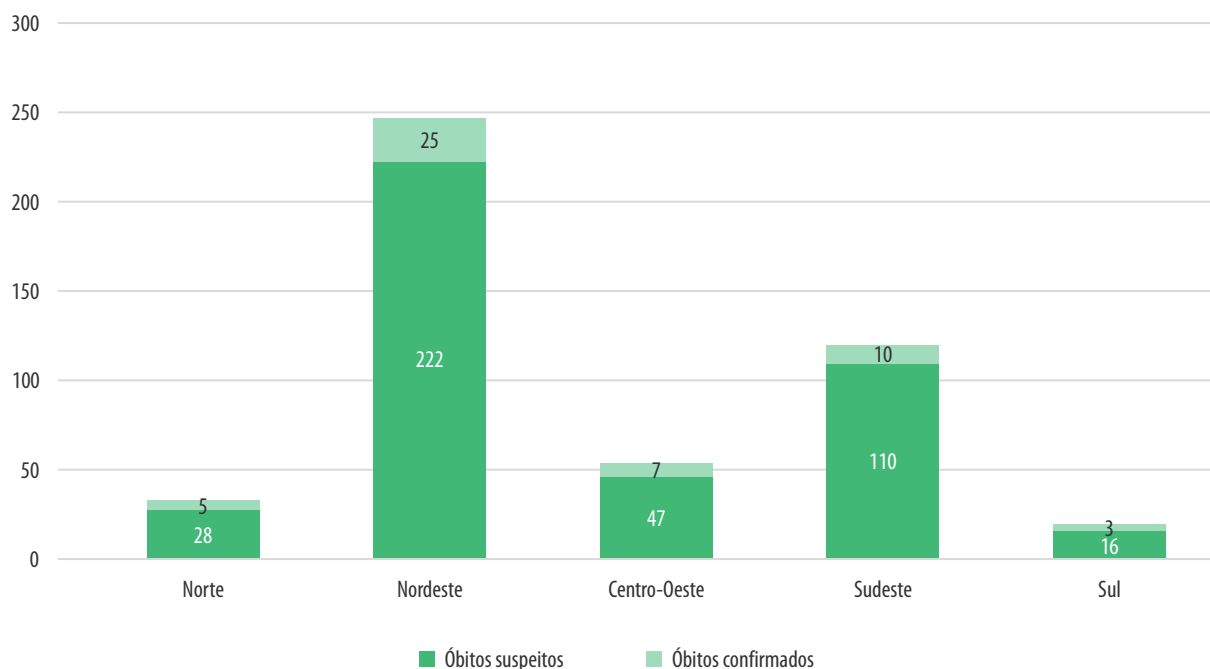
Região	Casos suspeitos		Casos confirmados	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Centro-Oeste	76	17,6	4	5,3
Nordeste	130	30	11	8,5
Norte	20	4,6	2	10,0
Sudeste	182	42	25	13,7
Sul	25	5,8	3	12,0
Brasil	433	100	45	10,4

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2017.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).



A distribuição dos óbitos possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika por regiões em 2017 (gráfico 25) demonstra a concentração de óbitos suspeitos e confirmados na região Nordeste, seguida da região Sudeste.

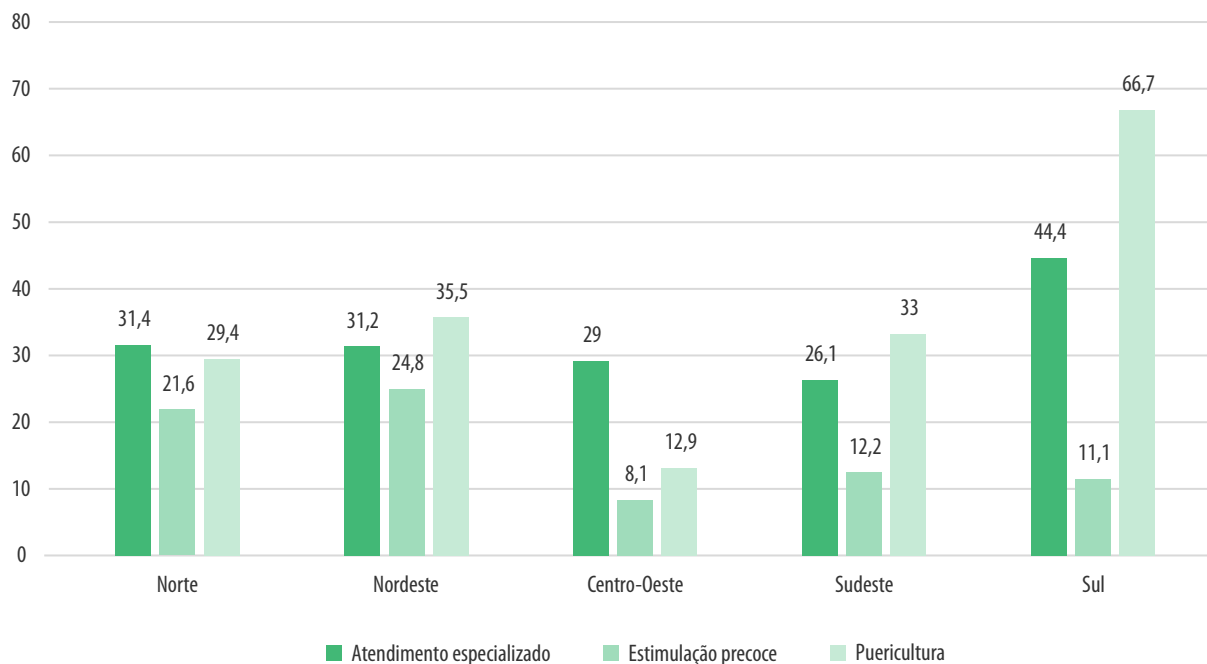
Gráfico 25. Distribuição dos óbitos fetais, neonatais e infantis possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, até a Semana Epidemiológica 28 de 2017, por região, Brasil



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2017.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Atendimentos em estimulação precoce foram realizados em 66 dos 378 casos confirmados, enquanto os atendimentos em atenção especializada ocorreram em 112 dos 378 casos confirmados no país em 2017, totalizando 38,6% dos casos confirmados, em que foi reportado algum tipo de cuidado (gráfico 26).

Gráfico 26. Distribuição dos casos confirmados de recém-nascidos vivos por crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento, possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo atendimento em puericultura, estimulação precoce e atendimento especializado, até a Semana Epidemiológica 28 de 2017, por região, Brasil, 2017



Fonte: Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas – Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2017.
Elaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A epidemia de Zika, até então uma doença pouco conhecida, impôs ao país inúmeros desafios diante das evidências de associação a malformações congênitas. Dados de uma coorte⁵³ de gestantes infectadas no Rio de Janeiro (RJ) demonstraram que 46% tiveram desfechos adversos na gestação incluindo aborto, óbito fetal e alterações nos bebês ao exame clínico e de imagem.

53. Estudo de Coorte são estudos observacionais onde os indivíduos são classificados (ou selecionados) segundo o status de exposição, sendo seguidos para avaliar a incidência de doença. Significa, portanto, o mesmo grupo de pessoas acompanhadas em estudo longitudinal.



Foram observados quatro casos de microcefalia⁵⁴. O surgimento de uma coorte de crianças no país com alterações no crescimento e desenvolvimento, possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika, colocou aos serviços de saúde a necessidade de reorganização da rede que permitisse o acompanhamento especializado, monitoramento de alterações no crescimento e desenvolvimento e a implementação da estimulação precoce quando indicada, no sentido de garantir o adequado cuidado a estas crianças nos primeiros anos de vida.

Condições crônicas complexas de saúde na infância

As mudanças observadas no perfil de adoecimento e na demanda por cuidados continuados, multidisciplinares e de maior complexidade só recentemente passaram a receber atenção nos espaços acadêmicos e de gestão das políticas voltadas para crianças em nosso país. Goldani & Moreira, já em 2010, apontavam os desafios para o cuidado à criança⁵⁵. Na Pnaisc, mencionada no início deste capítulo, encontramos, pela primeira vez, em termos de políticas públicas, a inclusão do compromisso com a atenção integral a crianças com doenças crônicas, apontando para a necessidade de estratégias e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível.

É importante registrar que as políticas públicas, a experiência acumulada entre profissionais da área assim como as pesquisas sobre saúde da criança estiveram, até bem pouco tempo, focadas no objetivo de alterar um quadro sanitário marcado por elevados índices de desnutrição e morbimortalidade por causas infecciosas agudas, em geral imunopreveníveis. Esse objetivo moldou a formação dos quadros para a saúde, o perfil das equipes técnicas nas diferentes instâncias de gestão do nosso sistema de saúde e a produção de conhecimento para esses grupos etários.


O aumento na sobrevivência de crianças com diferentes problemas crônicos – malformações congênitas, agravos genéticos e consequentes aos agravos perinatais ou doenças de diferentes etiologias, dentre outros, panorama bem reconhecido em outros países, também passou a ser verificado no Brasil no qual se observa aumento ou estabilização da mortalidade por doenças crônicas degenerativas entre crianças. Esse fenômeno tem sido encontrado nas diferentes regiões brasileiras e não apenas naquelas que superaram mais precocemente os agravos infecciosos e nutricionais como causas de morbimortalidade⁵⁶.

Estudos sobre internações pediátricas têm registrado a significativa redução das internações por moléstias infecciosas de pacientes na faixa etária de zero a 14 anos, associado a um aumento relativo

54. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro, 2016.

55. *A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança*, 2010.

56. *Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais*, 2008.



de doenças crônicas, em especial neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, alcançando uma proporção acima de 50% dos motivos de internação em leitos de enfermarias pediátricas. Composto esse cenário, o aumento no contingente de pacientes pediátricos com dependência crônica de ventilação mecânica, internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), é um marcador dos desafios no campo da saúde da criança em nosso país⁵⁷.

Moreira e Goldani, em recente publicação sobre esse tema⁵⁸, utilizam a definição de condição crônica complexa de saúde (CCC) para identificar crianças e adolescentes que ocupam leitos pediátricos em hospitais brasileiros e vivem a Primeira Infância nestes hospitais, demandando cuidados complexos, realizados por equipes multidisciplinares, acionando o trabalho em rede, tanto no âmbito hospitalar como no domicílio.

Nos processos envolvidos na elaboração do estudo citado, os autores chamam atenção para o que vem sendo denominado de “nova pediatria”, considerando que sob essa nomenclatura encontramos um padrão de novas demandas por cuidado.

Chamam, ainda, atenção para o fato de que crianças e adolescentes hospitalizados com CCC podem vir a permanecer dependentes de tecnologia, se tornar criticamente crônicos, e suas famílias são confrontadas com inúmeros desafios e obstáculos em busca de cuidado especializado e continuado.

Estão inseridos nesse grupo crianças com as mais variadas condições causais, desde aquelas ligadas ao período perinatal (prematuridade e infecções congênitas como sífilis, HIV e, mais recentemente, a Zika, por exemplo) até agravos genéticos ou decorrentes do impacto da violência.

Reiteramos a necessidade de rompermos com a invisibilidade dessas crianças em termos das políticas públicas, desde aquelas voltadas para as redes de urgência e emergência, até aquelas voltadas para as condições crônicas de saúde que ainda se restringem aos grupos etários mais avançados. A inclusão desse tema em documentos analíticos sobre a saúde da criança no Brasil é um primeiro passo.

Considerações

As análises incluídas neste relatório reafirmam a importância do conjunto de prioridades elencadas na Pnaisc. Algumas temáticas, como por exemplo, o impacto da violência e de outras causas externas sobre a morbimortalidade infantil, embora não incluídas no presente relatório, adicionadas às taxas de sobrepeso e obesidade, permanecem como antigos e novos desafios e as ações direcionadas para seu enfrentamento integram esta Política.

57. *Recomendações para uma linha de cuidado para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde*, 2017.

58. *Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?, 2012.*



Considerando os desafios evidenciados pelos indicadores aqui apresentados em relação à gestação, parto e nascimento e infecções congênitas em crianças brasileiras, o Eixo I da Pnaisc está direcionado para o estabelecimento de atenção humanizada e qualificada ao pré-natal, parto e ao recém-nascido, incluindo a estruturação de rede de saúde materna, infantil e neonatal, com acesso oportuno ao cuidado intensivo e/ou especializado após a alta da maternidade quando necessário. Integrando as ações desse mesmo eixo, encontramos a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis, com atribuições e responsabilidades tanto na atenção básica como na rede hospitalar.

Da mesma forma, o Eixo Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas apresenta, de forma pioneira em documentos do MS, a abordagem das Condições Crônicas e Complexas na Infância. Esse eixo define a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado e o fomento da internação domiciliar como ações estratégicas para o cuidado a esse grupo. Mais uma vez, reiteramos que o adoecimento crônico na infância tem sua causalidade em diferentes eventos iniciais. Situações de risco ou dano evitáveis no período da gestação e nascimento, induzidas pelo sobrepeso/obesidade, ocasionadas pela violência ou consequentes ao não controle de vetores, como no caso da Zika Congênita, podem, potencialmente, convergir para quadros crônicos e para o estabelecimento de deficiências no desenvolvimento infantil.

As considerações aqui apresentadas em relação aos indicadores epidemiológicos e sua interface com os Eixos da Pnaisc em nosso país reforçam a necessidade de fortalecimento do SUS e de seu compromisso com a garantia do direito à saúde. As crianças brasileiras não merecem menos do que uma vida saudável, segura e protegida.

Direito à Educação

II - EIXO: ACESSO À EDUCAÇÃO DE QUALIDADE



■ ■ II - Eixo

Acesso à Educação de Qualidade

Jeniffer Luiz e Rafael Krettelys - Fundação Abrinq,
Pricilla Kesley Honorato - Todos pela Educação


O Brasil tem vivenciado, nos últimos anos, uma grave crise política e econômica que afetou os recursos para a continuidade e a concretização de políticas sociais, especialmente em áreas fundamentais como a Saúde e a Educação. Se por um lado os cortes em período de restrições orçamentárias parecem inevitáveis, por outro, a Educação precisa ser, mais do que nunca, protegida nesse cenário. Isso porque deveríamos encará-la não como gasto, mas sim como investimento – investimento este que é primordial para o desenvolvimento do país.

Nesse contexto, é imprescindível que o Plano Nacional de Educação (PNE), como política de Estado, seja a bússola de navegação em um tempo de incertezas políticas e econômicas. Aprovado e sancionado há mais de três anos, é por meio de suas 20 Metas e 254 Estratégias que a sociedade deve acompanhar os avanços rumo a uma Educação de qualidade para todos. Além disso, o plano deve ser o instrumento norteador para que o Brasil enfrente as suas grandes desigualdades educacionais. Todos os temas que estiveram em pauta na Educação Brasileira entre 2015 e 2016 estão conectados ao PNE. É o caso, por exemplo, da chamada Reforma do Ensino Médio e da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), entre outras pautas imprescindíveis.

Alinhado com o conteúdo das Metas para o Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o PNE nasceu após quase quatro anos de debates intensos, que mobilizaram 3 milhões de pessoas por meio de fóruns dos quais participaram professores, universidades, movimentos populares de todos os segmentos, institutos e fundações empresariais, sindicatos e partidos políticos. Foi fruto de um processo transparente, firmando-se como um exemplo democrático de participação civil. Seu valor, portanto, também está na forma como foi construído, em si, um legado para as gerações futuras.

No entanto, diversos prazos definidos para o cumprimento de metas e estratégias no PNE já estão atrasados. Para 2015, por exemplo, a definição de mecanismos de consulta pública da procura das famílias por creches e o levantamento da demanda manifesta por Educação Infantil, Estratégias 1.4 e 1.16 do plano vencidas em junho daquele ano, ainda não foram cumpridas. Esses são dispositivos fundamentais para que o país avance no atendimento





das crianças mais vulneráveis e, portanto, que mais necessitam do ambiente escolar para o pleno desenvolvimento.

O movimento Todos Pela Educação levantou, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2015, algumas informações sobre a demanda das famílias brasileiras, mostrando que chega a 62% o percentual de crianças de zero a três anos de idade fora da escola cujos pais têm interesse em matriculá-las. Não obstante esse ser um primeiro passo rumo ao cumprimento das estratégias, ainda não é o suficiente, conforme pontuou Cisele Ortiz, coordenadora adjunta do Instituto Avisa Lá, no balanço de três anos do PNE, realizado pelo *Observatório do PNE*⁵⁹:

“[...] uma consulta pública da demanda não significa ter apenas um sistema na internet para cadastro e acompanhamento da fila. É fundamental criar mecanismos diversificados que possam aferir o interesse principalmente das famílias com maior vulnerabilidade, ou seja, aquelas que têm dificuldade em acessar o serviço público, que não se consideram beneficiárias ou que já desistiram da sua vaga diante do longo tempo de espera.”

Embora o país tenha avançado na expansão do atendimento da Educação Básica, a etapa primária (Ensino Fundamental) ainda não está universalizada, conforme propunha uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cujo prazo de cumprimento terminou em 2015⁶⁰. Até o final de 2015, cerca de 430 mil crianças e adolescentes entre seis e 14 anos de idade estavam fora da escola.

Ademais, a garantia de qualidade do ensino, outro aspecto tratado pelo documento da ONU, também não tem ocorrido na velocidade adequada. Os resultados da Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA) 2016 revelaram que menos da metade (45,3%) dos alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental tinham nível suficiente em leitura. Em escrita, esse índice foi de 66,2% e em matemática a taxa foi de somente 45,5%.

Na análise de Priscila Cruz, presidente-executiva do Todos Pela Educação, os resultados indicam uma situação alarmante, em que os direitos de aprendizagem dos alunos têm sido negados. “Com uma alfabetização insuficiente, as crianças estão condenadas a ter uma trajetória escolar cheia de desvantagens. E mais: no ritmo em que estamos, o Brasil levará 76 anos para que todas as crianças tenham proficiência em leitura.”

Há dois anos, entraram no vermelho outros prazos do PNE importantes para a consolidação dos direitos das crianças e dos adolescentes, como o da universalização do Ensino Médio para os adolescentes de 15 a 17 anos de idade. As dificuldades dos entes federados para avançar no cumprimento das metas são nítidas e uma das causas está relacionada à falta de planejamento estratégico para o cumprimento do Plano, de modo a estabelecer quais ações são prioritárias.

59. Trecho extraído do documento 3 Anos de Plano Nacional da Educação, junho de 2017, Observatório do PNE, página 31.

60. Para mais informações, consultar o documento Um Mundo para as Crianças – As Metas das Nações Unidas para o Milênio, Nações Unidas, 2002, páginas 73 a 75.



Por outro lado, mesmo com atrasos, alguns prazos do PNE têm progredido. Entre os anos de 2016 e 2017, por exemplo, a BNCC da Educação Infantil e do Ensino Fundamental, que garantirá as aprendizagens fundamentais que todo aluno deve desenvolver ao longo dessas etapas, foi debatida e publicada pelo Ministério da Educação (MEC). O processo contou com a colaboração de especialistas, educadores e contribuições da sociedade civil, de organizações e entidades científicas via internet (12 milhões de contribuições), e seminários regionais⁶¹. A implementação da BNCC nos próximos anos depende, no entanto, de fatores como a preparação dos gestores das redes de ensino, a conformidade dos materiais didáticos com os novos conteúdos e o aprimoramento da formação inicial e continuada dos professores.

É importante ressaltar ainda que mudanças na formação docente estão diretamente vinculadas ao Sistema Nacional de Educação (SNE), estabelecido pelo art. 13º da Lei do PNE (nº 13.005/2014) e na Estratégia 20.6 do Plano. Desde 2014, tramita na Câmara dos Deputados uma proposta de constituição do SNE, que tem sido objeto de audiências e debates públicos. Em linhas gerais, o SNE é um instrumento de articulação relevante não apenas para assegurar a melhoria e a atualização da formação docente, mas também para aprimorar a colaboração entre União, Estados, municípios e Distrito Federal que, de acordo com a Constituição Federal, gozam de autonomia em suas redes de ensino.

A não concretização desse mecanismo tem graves consequências para a Educação no país, como aponta Binho Marques, ex-secretário de Articulação com os Sistemas de Ensino do Ministério da Educação (Sase-MEC), no Anuário Brasileiro da Educação Básica de 2016:


“Sem referenciais nacionais de qualidade capazes de orientar a ação supletiva para a busca da equidade, dificilmente se poderá superar a descontinuidade de ações e a fragmentação das políticas, o que não contribui para a superação das históricas desigualdades econômicas e sociais do país. Assim, é indispensável avançarmos na agenda instituinte do SNE” (página 12).

Outra conquista do PNE que o país pode celebrar nestes últimos anos é a elaboração dos planos municipais e estaduais de Educação em consonância com o texto nacional, avanço concretizado em 5.566 municípios (restam apenas quatro municípios) e 24 Estados – Minas Gerais já enviou o projeto ao legislativo e o Rio de Janeiro apenas elaborou o documento-base⁶². O debate sobre a necessidade de um plano mobilizou milhares de pessoas e dezenas de entidades em torno de temas centrais da Educação, chamando a atenção para a urgência do combate à desigualdade de oportunidades educacionais e para a necessidade de planejamento e continuidade das políticas públicas.

Ainda que não tenham sido atingidas, é inegável que as metas e estratégias estabelecidas pelo PNE criaram pontos de referência para que os imensos esforços necessários para aprimorar a educação

61. Para mais informações, acessar <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/>.

62. Informações disponíveis em <http://pne.mec.gov.br/planos-de-educacao/situacao-dos-planos-de-educacao>.



brasileira possam ser concentrados em pontos estratégicos – todos dispostos no Plano. Todos os progressos nos indicadores do PNE devem ser comemorados como uma conquista da nossa sociedade, ainda que não se deva aceitá-las como suficientes, uma vez que estamos dando passos na direção de uma Educação Infantil, Fundamental e Média de qualidade. Na sequência, temos um breve diagnóstico das etapas da Educação Básica no período 2015-2017, com dados que revelam os passos dados e os desafios reais que o Brasil percorreu e ainda precisa enfrentar.

1. Educação Infantil

1.1 Creche

Uma creche com infraestrutura adequada, educadores bem formados e atividades pedagógicas focadas no desenvolvimento infantil é o instrumento fundamental para garantir a todas as crianças, principalmente às que vivem em situação de maior vulnerabilidade, condições ideais para que as oportunidades de aprendizagem sejam equânimes ao longo da vida escolar.

Nesse sentido, embora não seja uma etapa de matrícula obrigatória, a Meta 1 do PNE estabelece que a expansão do atendimento em creche seja orientada pela demanda manifesta das famílias – uma conquista para os pais que veem nesse equipamento o espaço ideal para o desenvolvimento de seus filhos e que aguardam em longas filas de espera por vagas em creches públicas. A legislação brasileira está alinhada às metas de *Um Mundo para as Crianças*, das Nações Unidas, que propõem a adoção de estratégias para facilitar o acesso à escolarização e a eliminação da desigualdade educacional para as crianças e os jovens entre zero e 17 anos de idade.

Para que seja possível acompanhar o cumprimento dessas metas, no entanto, é necessário que o MEC, em regime de colaboração com redes de ensino estaduais e municipais, coordene estudos e análises capazes de gerar as diretrizes metodológicas gerais para a realização de consultas públicas de demanda das famílias por creche. Como já citado, essa é uma iniciativa já prevista na Estratégia 1.4 do PNE⁶³. Não houve, porém, nenhum projeto neste sentido até o final de 2016⁶⁴.

Apesar desses desafios, o indicador calculado pelo Todos Pela Educação para o *Observatório do PNE*, com base nos dados da Pnad, mostra que o país vem avançando na expansão das matrículas em

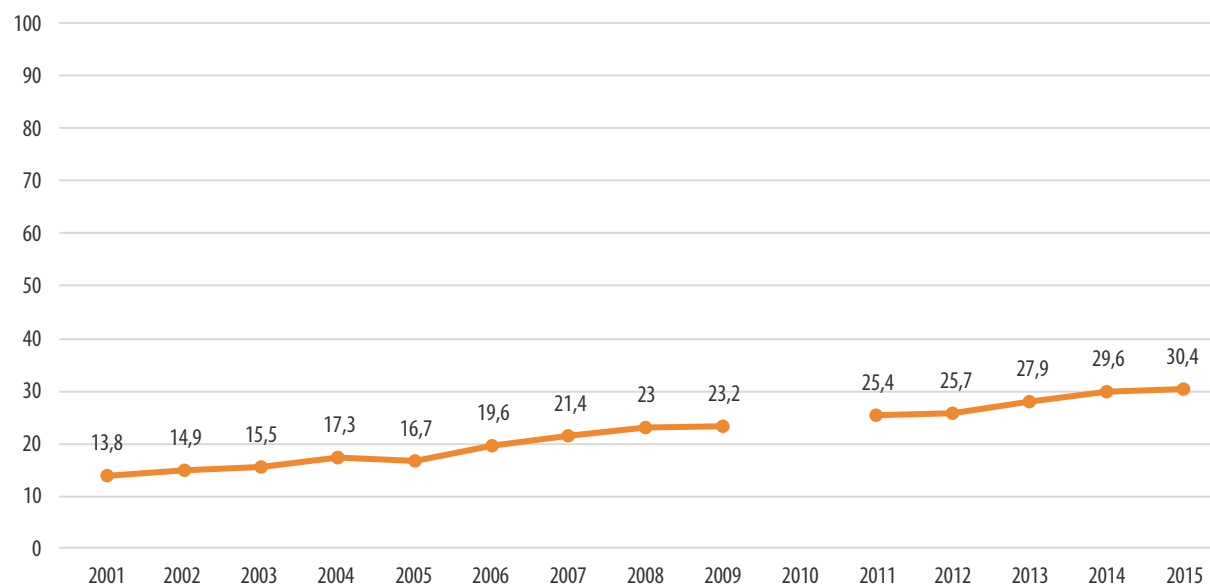
63. Para mais informações, acessar <https://www.todospelaeducacao.org.br/reportagens-tpe/38617/pne-embora-com-atraso-maioria-das-metas-e-estrategias-estao-em-andamento/>.

64. Conforme o documento 3 Anos de Plano Nacional da Educação, disponível no Observatório do PNE.



creche, como se vê no gráfico 27. Desde 2005, há um crescimento constante na porcentagem das crianças de zero a três anos de idade na Educação Infantil, atingindo a marca de 30,4% em 2015. Por outro lado, permanece muito distante a meta de atender metade dessa população até 2024⁶⁵.

Gráfico 27. Crianças de zero a três anos de idade em creche (%), Brasil, 2001 a 2015



Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

Mantida a atual taxa de crescimento, o atendimento estabelecido na meta do PNE só se dará em 25 anos, o que significa um atraso de 18 anos. Neste ínterim, milhares de crianças terão perdido a oportunidade de ter o apoio pedagógico da escola para se desenvolver física, psicológica, intelectual e socialmente, conforme prevê a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996.

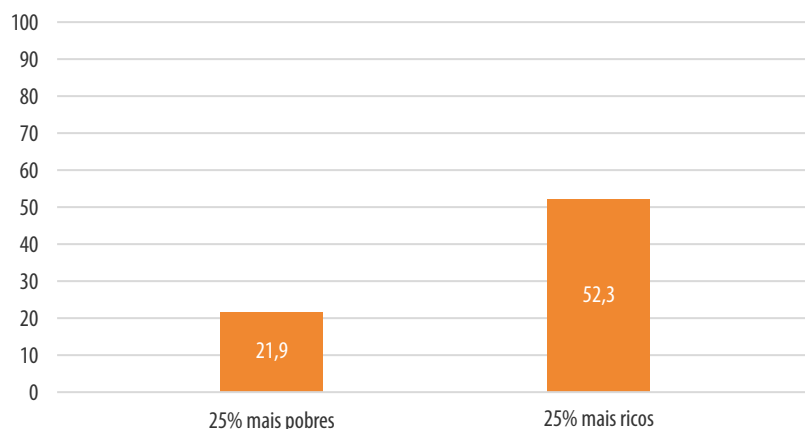
Além da evolução lenta da taxa, a má distribuição desse atendimento, que vem sendo insuficiente para reparar as desigualdades históricas da sociedade brasileira, é outra questão urgente. A disparidade na oferta de vagas para a parcela da população mais pobre ou residente nas zonas rurais aponta para o descumprimento das Estratégias 1.2 e 1.10 do PNE, que estabelecem, respectivamente,

65. Para mais informações, consultar <http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/1-educacao-infantil/indicadores>.

o combate à desigualdade no atendimento entre as populações mais pobre e mais rica e a expansão do atendimento educacional de comunidades indígenas, populações quilombola e do campo.

Quando considerado o atendimento por renda, o cenário é desafiador. Entre os 25% mais ricos da população, a meta do PNE para as creches já foi superada: 52,3% estão na escola. No lado oposto, entre os 25% mais pobres, justamente os que precisam de mais suporte social, o indicador está muito aquém: 21,9%⁶⁶ ou cerca de 4,5 milhões de crianças pertencentes a essas famílias que não frequentavam a escola em 2015, como se vê no gráfico 28. Os dados revelam ainda que a diferença entre os dois grupos não está diminuindo.

Gráfico 28. Crianças de zero a três anos de idade em creche (%), Brasil, 2015 – por renda



Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.
Elaboração: Todos pela Educação.

Assim como no nível socioeconômico, encontramos disparidades no acesso por regiões e Estados brasileiros. No Amazonas, por exemplo, apenas 9,7% da população de zero a três anos de idade têm acesso a creches, enquanto o índice de atendimento da população paulista é de 43,5% – uma distância de 33,8 pontos percentuais.

66. Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017, *Todos Pela Educação*.



Tabela 15. Crianças de zero a três anos de idade em creche (%), Brasil, 2001 a 2015 – por Estado

Unidades da Federação	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015
BRASIL	13,8	14,9	15,5	17,3	16,7	19,6	21,4	23,0	23,2	25,4	25,7	27,9	29,6	30,4
Região Norte	10,4	10,8	11,3	8,6	8,5	11,3	10,9	13,0	12,4	12,1	11,3	12,7	13,3	13,8
Rondônia	6,8	7,2	6,4	6,1	6,9	10,2	8,3	9,2	10,6	9,2	11,0	11,6	19,9	20,4
Acre	5,1	5,6	6,0	5,4	5,3	7,0	8,0	10,9	8,6	11,6	8,9	10,4	8,2	13,9
Amazonas	7,8	9,7	7,8	5,6	7,0	9,4	9,1	10,4	10,9	8,2	8,1	8,3	9,1	9,7
Roraima	17,9	17,5	15,7	18,6	13,7	14,5	15,1	15,7	17,6	12,6	14,6	13,3	17,7	17,6
Pará	12,8	13,9	14,2	10,5	9,5	12,8	11,6	14,8	12,8	14,2	12,5	15,4	14,6	13,7
Amapá	17,9	7,3	13,2	5,9	7,2	10,7	12,5	12,1	7,1	9,7	6,9	11,1	9,8	8,7
Tocantins	6,1	5,8	11,2	7,5	8,6	10,5	14,3	14,4	18,9	16,1	17,6	14,8	15,8	21,7
Região Nordeste	14,5	14,7	15,7	17	16,6	18,6	19,6	20,7	21,5	22,9	23,7	25	26,3	25,4
Maranhão	11,5	11,2	13,1	12,4	12,6	15,1	19	17	18,3	22,3	23,1	21,4	26	23,2
Piauí	15,3	13,2	16,1	15,4	15,7	13,6	19,2	20,5	24,9	24,4	23,9	23,3	27,3	21,4
Ceará	21,3	20	21	20,2	22,4	24,5	23	27,9	26,5	29,4	30,1	29,1	33,5	33,4
Rio Grande do Norte	19,5	20,2	23,8	26,5	22	24,4	25,5	25,9	28,8	26,6	30,6	33,1	27,7	32,6
Paraíba	13,8	14,3	15,4	17,4	18,3	20	19,7	21,4	18,6	25,6	26,2	23,1	27,4	28,5
Pernambuco	14,6	15,8	15,2	18,2	17,5	19,9	20,8	21,2	21,4	20,4	21,7	25,8	25,2	24,1
Alagoas	11,2	10,7	10,6	11,6	11,3	14,5	14,4	14,8	18	17,3	18,3	24,1	23,2	21,7
Sergipe	17,3	14,9	18,4	20,5	18,4	21,7	19,5	20,7	20,4	22,7	19	27,9	23,7	25,9
Bahia	11,2	13	13,5	15,9	14,7	16,5	17	18,6	19,9	20,5	21,2	23,2	23,3	21,8
Região Sudeste	15	16,5	16,7	20,2	19,5	23,6	26,7	27,5	27,7	30,8	29,8	33,1	35,8	37,9
Minas Gerais	11,7	11,9	12,2	15,9	14,7	17,4	19,8	21,2	21,1	23,3	22,8	26,3	30,8	31,3
Espírito Santo	15,8	17,2	19,2	21,3	23,2	20,2	28,3	31,8	26,5	31	36,6	30,4	34,5	31
Rio de Janeiro	16,2	20,6	18,5	22,5	20,6	26	27,4	26,5	26,8	30,9	29,2	33	30,4	33,2
São Paulo	16,2	17,4	18,2	21,4	21,2	26,3	29,8	30,6	31,3	34,5	32,7	36,6	40,2	43,5
Região Sul	13,5	15,5	16,8	20,2	18,2	20,6	24,1	27,2	27,2	30,6	33	35,2	36,4	37
Paraná	12,7	15,1	15,4	20,3	19,2	20,8	23,7	27	24,8	28,2	29,7	33,8	35,2	36,3
Santa Catarina	18	21,6	24,3	27,7	23,4	25,4	31,2	34,7	38,3	37,3	38,1	41,8	44,6	41,5
Rio Grande do Sul	12	12,5	14,3	15,9	13,9	17,5	20,4	22,6	23,2	29	33,4	32,7	32,8	35,2
Região Centro-Oeste	8,5	10,7	10,1	11,6	12,4	14,5	15,9	18,8	18,2	18,8	22,6	21,6	22,7	23,5
Mato Grosso do Sul	8,9	13,1	12,2	14,1	16,7	20	22,5	23,4	25,3	24,3	29,5	25,4	31,2	31,1
Mato Grosso	7,9	8,4	9,7	10,2	12,1	12,8	14	17,7	19,8	20,2	21	20	21,2	22,2
Goiás	5,7	8,3	7,9	8,9	8,3	10,2	11,8	16,7	12,6	13,9	19,2	17,3	17,6	19,7
Distrito Federal	14,7	16,4	13,9	17,2	17,8	21,1	22	20,1	21,8	22,7	25,5	29,8	28,7	26,5

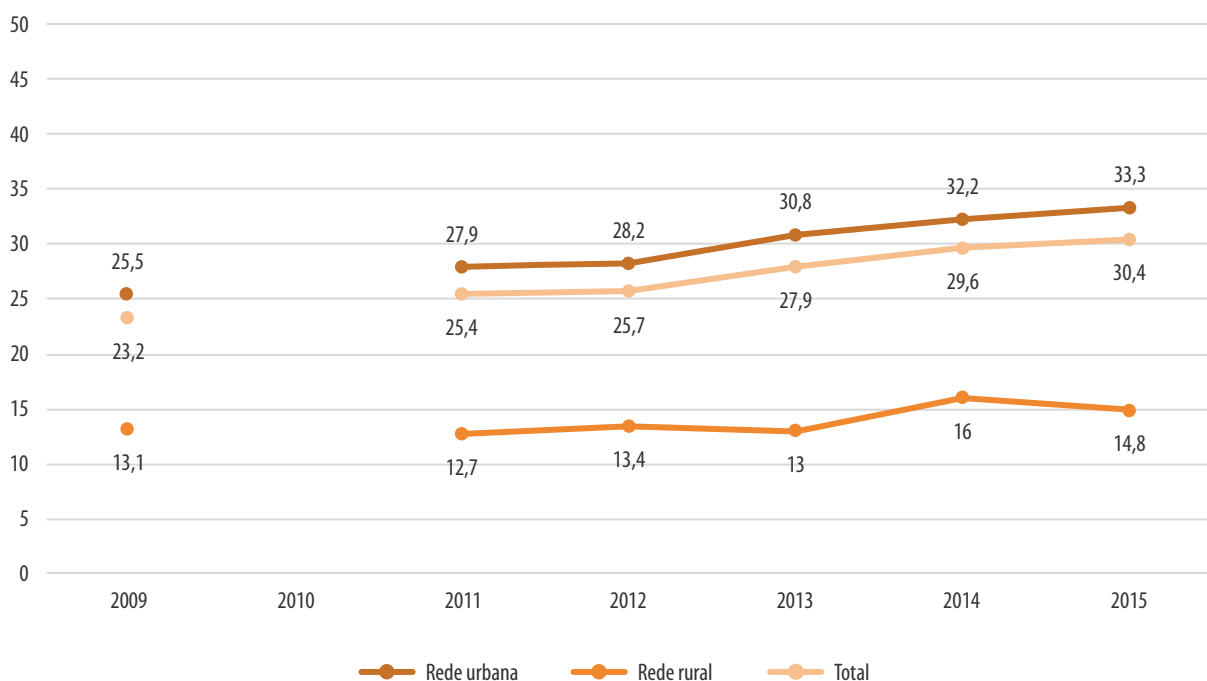
Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017, pág. 22.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

A diferença no acesso entre as crianças das áreas urbana e rural também aponta para desigualdades nos perfis das crianças atendidas. Como se vê no gráfico 29, os dados revelam que, entre os anos de 2009 e 2015, a taxa de atendimento da população urbana cresceu 7,8 pontos percentuais, atingindo 33,3%. Na localidade rural, por outro lado, o ritmo foi mais lento, subindo de 13,1%, em 2009, para 14,8%, em 2015.

Gráfico 29. Crianças de zero a três anos em creche (%), Brasil, 2009 a 2015 – por rede urbana, rural e total



Fonte: Observatório do PNE.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.



Tabela 16. Crianças de zero a três anos em creche (%), Brasil, 2001 a 2015 – por rede urbana, rural e total

	Rede Urbana	Rede Rural	Total
2001	15,5	6,3	13,8
2002	16,8	6,4	14,9
2003	17,4	6,9	15,5
2004	19,9	7,3	17,3
2005	19,2	7,2	16,7
2006	22,2	9,2	19,6
2007	24,2	10,2	21,4
2008	25,8	11,4	23
2009	25,5	13,1	23,2
2011	27,9	12,7	25,4
2012	28,2	13,4	25,7
2013	30,8	13	27,9
2014	32,2	16	29,6
2015	33,3	14,8	30,4

Fonte: Observatório do PNE.

Elaboração: Todos pela Educação.


Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

Os indicadores revelam a urgência de investimentos focados nos diferentes grupos populacionais, a fim de alcançar as famílias que mais precisam de atendimento em creche. Isso passa, sem sombra de dúvida, pela valorização definitiva dessa etapa como fundamental para a trajetória escolar e, consequentemente, o desenvolvimento da criança.

Quanto à inauguração de novas unidades de Educação Infantil, segundo o *11º Balanço do Programa de Aceleração do Crescimento 2 (PAC2)*, de 2014, das 5.572 creches previstas, apenas 782 foram entregues; 477 estavam licitadas; 1.125 estavam em fase preparatória; e 3.344 estavam em fase de obras. Esses dados podem ser encontrados também no *V Relatório Um Brasil para as Crianças e os Adolescentes*.

Já segundo o *5º Balanço do Programa de Aceleração do Crescimento (2015–2018)*⁶⁷, a quantidade de creches previstas é de 5.906 (creches novas ou que passaram por reforma ou ampliação). Desse total,

67. Disponível em <http://www.pac.gov.br/sobre-o-pac/divulgacao-do-balanco>.



687 foram construídas a partir de janeiro de 2015 e 1.565 concluídas, com investimento de R\$ 1,8 bilhão pelo governo federal. A partir de novembro de 2016, foram construídas somente 72 creches, com investimento de R\$ 98,9 milhões.

Ainda no documento do 5º *Balanço*, é apresentado que durante toda a vigência do PAC 3.518 creches foram concluídas de 8.375 contratadas no período (considerados recursos direcionados pelo governo federal, ou seja, creches custeadas e não custeadas pelo PAC).

Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância) – Em ofício de resposta enviado pelo MEC para a Fundação Abrinq, em maio de 2016, lê-se que: “Para aquisição de mobiliários e equipamentos necessários ao funcionamento das unidades de Educação Infantil construídas no âmbito do ProInfância, que estão concluídas ou em andamento, foram investidos, em 2015, cerca de R\$ 20,6 milhões, beneficiando 232 creches em 113 municípios e no Distrito Federal. Em relação a 2016, houve apenas a previsão da continuidade de execução de obras em andamento, sem novos investimentos.

A execução do ProInfância nos municípios – Em visita técnica do Programa Prefeito Amigo da Criança (PPAC), técnicos da Fundação Abrinq puderam ouvir a declaração da ex-prefeita de Abaetetuba (PA), Francinete Carvalho, sobre a rigidez do projeto arquitetônico das unidades escolares no modelo ProInfância. Segundo a ex-prefeita, o município estava recebendo, desde o ano de 2015, recursos para construção de creche em uma de suas ilhas e, dessa forma, alunos que frequentariam aquela unidade chegariam apenas de barco. Foi pensando nisso que o município optou por não construir o estacionamento de veículos, que é parte do projeto original do modelo ProInfância. Em seu lugar foi construído um atracadouro de barcos para auxiliar o desembarque dos estudantes. Para a surpresa da ex-prefeita, o governo federal bloqueou o envio de repasse para o término da obra, ao constatar que a mesma não atendia aos padrões arquitetônicos dos modelos ProInfância, mesmo após diversas alegações do município justificando a mudança no projeto em decorrência da localidade onde estava sendo construída a unidade.

Em razão disso, para não desamparar a população que necessitava daquele atendimento, o município optou por terminar a construção da creche com recursos próprios, uma vez que não faria sentido construir um estacionamento, com a única finalidade de reaver os repasses federais.

Tal relato demonstra a necessidade de que os programas federais sejam implementados respeitando as especificidades locais e regionais do Brasil.

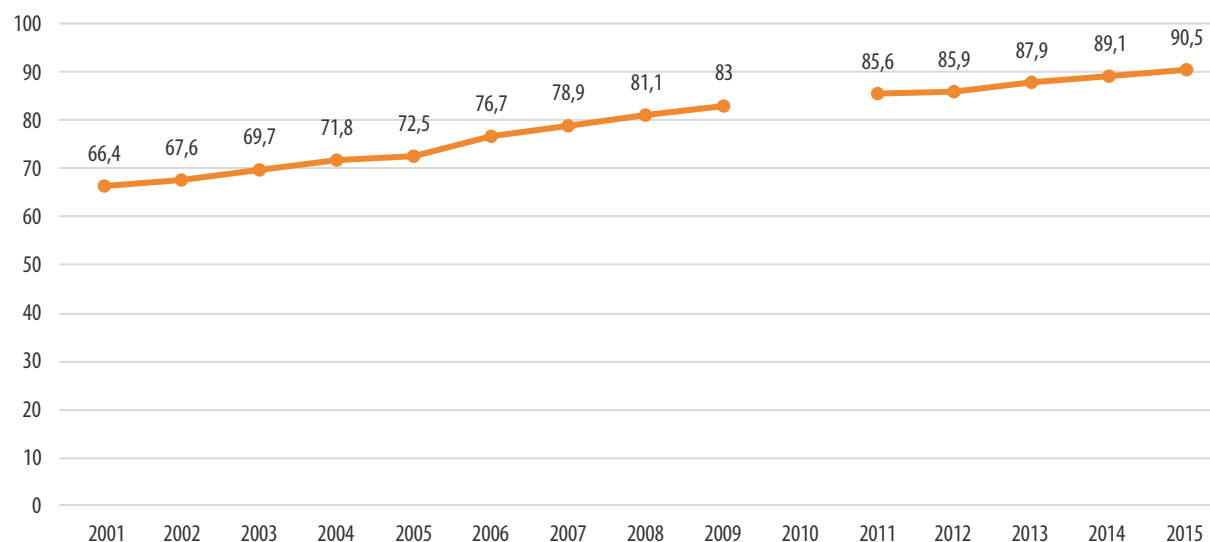
1.2 Pré-Escola

Desde 2001, observa-se um crescimento constante na porcentagem das crianças entre quatro e cinco anos de idade na Educação Infantil, tendo atingido a marca de 90,5% em 2015, segundo dados da Pnad. Isso significa que aproximadamente 4,9 milhões das crianças brasileiras dessa faixa



etária estavam na Pré-Escola naquele ano. Esse avanço tem sido reforçado pela obrigatoriedade da universalização da etapa, que deveria ter sido assegurada até 2016, como estabelecido pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009, e reforçada pela Meta 1 do PNE.

Gráfico 30. Crianças de quatro e cinco anos de idade em Pré-Escola (%), Brasil, 2001 a 2015



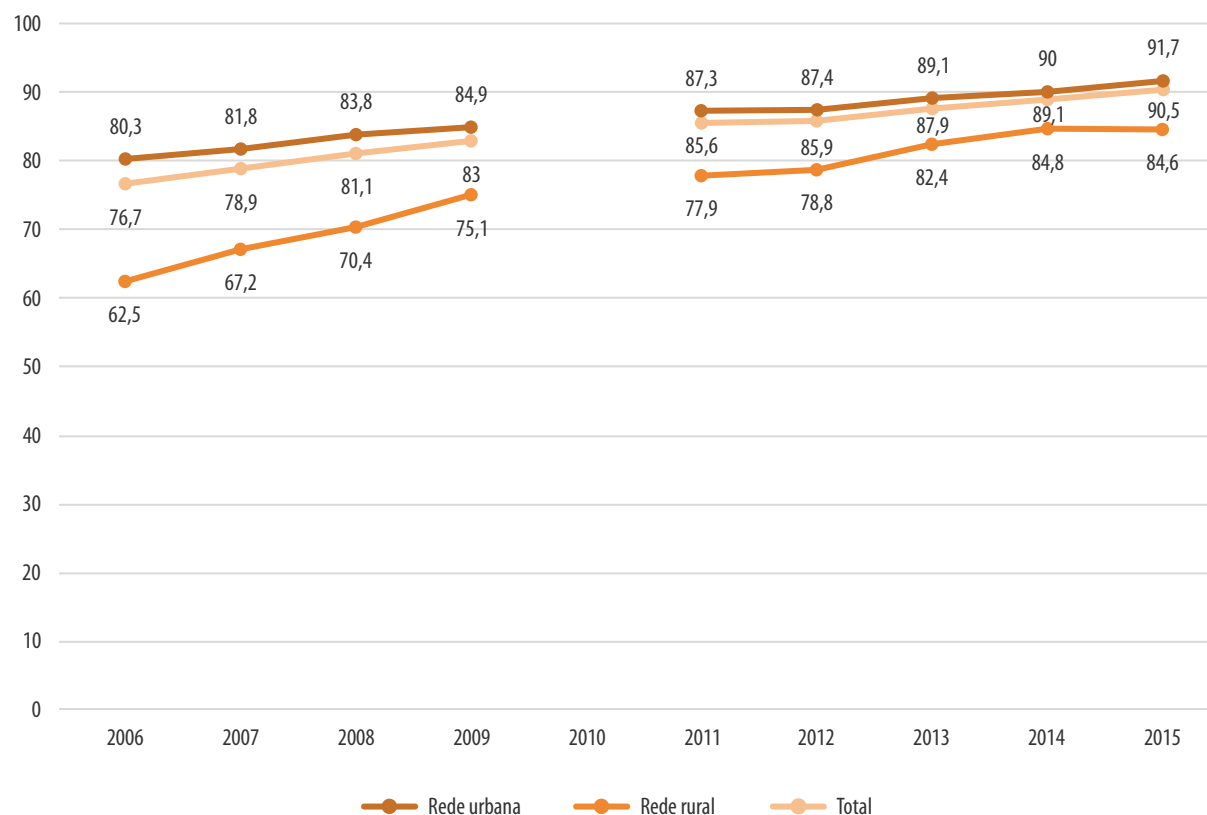
Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

Diferentemente da creche, que não é uma etapa escolar obrigatória por lei, os dados da comparação por localidade urbana e rural da Pré-Escola revelam que houve um alto crescimento das matrículas da população rural nos últimos dez anos, subindo 22,1 pontos percentuais entre 2006 e 2015, como pode ser visto no gráfico 31. A taxa de matrículas da população urbana também apresentou um crescimento constante, mesmo que inferior ao da localidade rural, de 11,4 pontos percentuais no mesmo período.

Gráfico 31. Crianças de quatro e cinco anos de idade em Pré-Escola (%), Brasil, 2006 a 2015 – por rede urbana, rural e total



Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

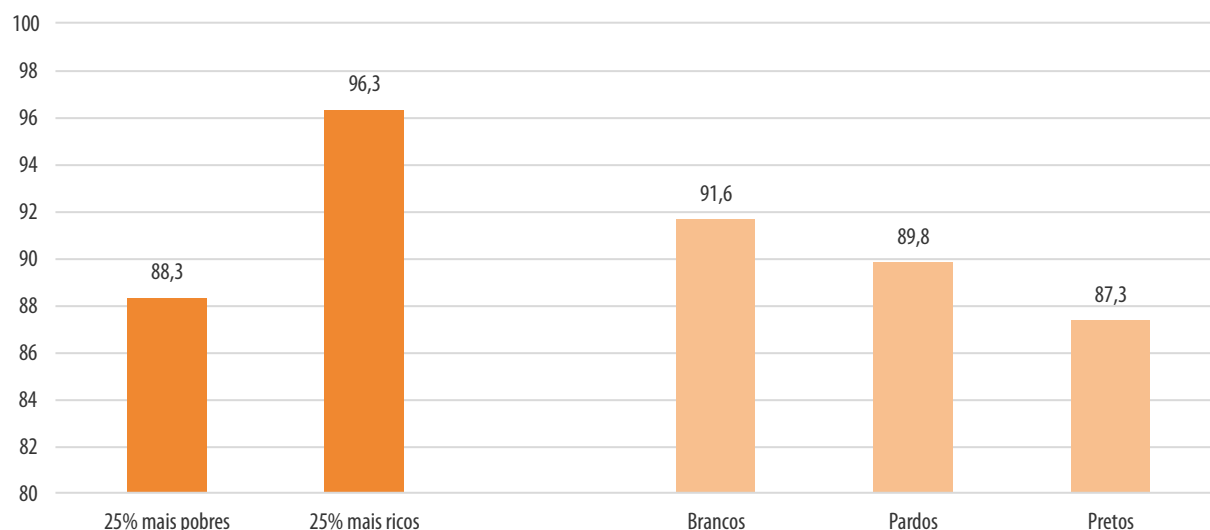
Elaboração: Todos Pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

Apesar desse cenário positivo, ainda existem dificuldades a serem vencidas. Enquanto o atendimento na Pré-Escola é praticamente universalizado para os 25% mais ricos da população (96,3%); para os 25% mais pobres a taxa ainda é de 88,3%. Há disparidades também no que tange ao recorte por cor/raça: 91,6% das crianças brancas estão na escola; no entanto, para a população de pardos, a taxa é de 89,8% e, para negros, 87,3%. Há uma diferença de 1,8 ponto percentual entre crianças brancas e pardas; e de 4,3 pontos percentuais entre brancas e pretas na Pré-Escola. O gráfico 32 traz mais dados.



Gráfico 32. Crianças de quatro e cinco anos de idade matriculadas na Pré-Escola (%), Brasil, 2015 – por quartil de renda e cor da pele



Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.
Elaboração: Todos pela Educação.

1.3 Qualidade na Educação Infantil

É importante reconhecer o esforço dos municípios em ampliar a capacidade de atendimento em busca da universalização da Educação. Porém, muitas vezes tal esforço passa por estratégias que não priorizam a qualidade do atendimento. É preciso assegurar vagas sem prescindir da qualidade da Educação ofertada e isso só será possível mediante a formação de professores e a infraestrutura específica capaz de atender aos objetivos pedagógicos dessa etapa.

Grande parte das escolas da rede pública de Educação Infantil não tem infraestrutura adequada para garantir as condições mínimas para receber e educar as crianças: 66,9% delas, por exemplo, não têm esgoto sanitário público e 9,5% não têm água tratada⁶⁸, de acordo com levantamento feito pelo Todos Pela Educação com base no Censo Escolar 2016. Além disso, 83% das escolas dessa etapa não têm quadras esportivas.

Quanto à jornada escolar, 70% do atendimento na Educação Infantil ocorre, no Brasil, em turnos de menos de sete horas⁶⁹, o que em geral afeta mais as famílias dos grandes centros urbanos e as de

68. O Todos Pela Educação considera como tratada a água filtrada e com abastecimento realizado via rede pública.
69. <http://www.observatoriodopne.org.br/uploads/reference/file/673/documento-referencia.pdf>.

menor renda, uma vez que acaba não atendendo às necessidades das mães que trabalham o dia inteiro. Além disso, como o projeto pedagógico precisa ser adequado ao tempo disponível, o acesso ao conhecimento e o desenvolvimento dos alunos ficam restritos, principalmente para as crianças pertencentes às famílias de menor nível socioeconômico, nas quais normalmente os responsáveis não completaram a Educação Básica.

1.4 Inclusão na Educação Infantil

No contexto intrinsecamente desigual da Educação brasileira, a Educação Especial/Inclusiva é um exemplo de como a continuidade das políticas públicas pode ter um impacto positivo. Embora ainda faltem estatísticas globais mais completas para dimensionar o universo a ser atendido, é positivo notar que, entre 2007 e 2016, o número de alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação matriculados em classes comuns da Educação Infantil mais que dobrou, passando de 24.632 para 58.772, de acordo com dados do Censo Escolar 2016.

Tabela 17. Educação Infantil – número de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação em classes comuns, Brasil, 2007 a 2016

Ano	Valor absoluto	%
2007	306.136	46,8
2008	375.775	54
2009	387.031	60,5
2010	484.332	68,9
2011	558.423	74,2
2012	620.777	75,7
2013	648.921	76,9
2014	698.769	78,8
2015	750.983	80,7
2016	796.486	82,6

Fonte: Observatório do PNE.
Elaboração: Todos pela Educação.



Esses dados evidenciam uma mudança histórica, defendida por diversos tratados internacionais firmados ao longo das últimas décadas, dos quais o Brasil é signatário, como, por exemplo, Convenção da ONU Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; Carta para o Terceiro Milênio; Declaração de Salamanca; Convenção da Guatemala; Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes e Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão.

Tais mudanças também são fruto, em grande parte, dos esforços de inclusão que se aceleraram a partir de 2008, com o início da implementação da Política Nacional de Educação Especial. A tarefa de colocar em prática essa nova política, no entanto, ainda segue em curso, e suas principais diretrizes estão refletidas na quarta meta do PNE, que trata do tema e propõe estratégias para alcançá-la.

Ou seja, os avanços não significam que os desafios foram vencidos. A universalização desejada envolve desafios importantes, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo. Começam pela própria concepção de Educação Inclusiva e passam necessariamente pela continuidade de investimentos na formação de educadores, no aprimoramento das práticas pedagógicas, na acessibilidade arquitetônica e tecnológica e na criação de mais salas de recursos multifuncionais, bem como na intersectorialidade do atendimento pelos serviços públicos.

Outro problema enfrentado por essa população é a impossibilidade de diagnosticar a situação de quem está ou não fora da escola. Isso acontece porque não há dados adequados para o monitoramento da inclusão de crianças com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. As pesquisas do Censo Escolar e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ainda não levantam informações completas que permitam tal diagnóstico.

Atualmente, os dados para o acompanhamento da inclusão correspondem a um indicador auxiliar que foi elaborado a partir dos microdados do Censo Escolar, divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), do MEC. Houve um aumento de 56,6 pontos percentuais na taxa de matrículas de crianças entre zero e cinco anos de idade desde 2007, chegando a 84,2% das matrículas em 2016, enquanto a matrícula em escolas exclusivas caiu 49,8 pontos percentuais⁷⁰.

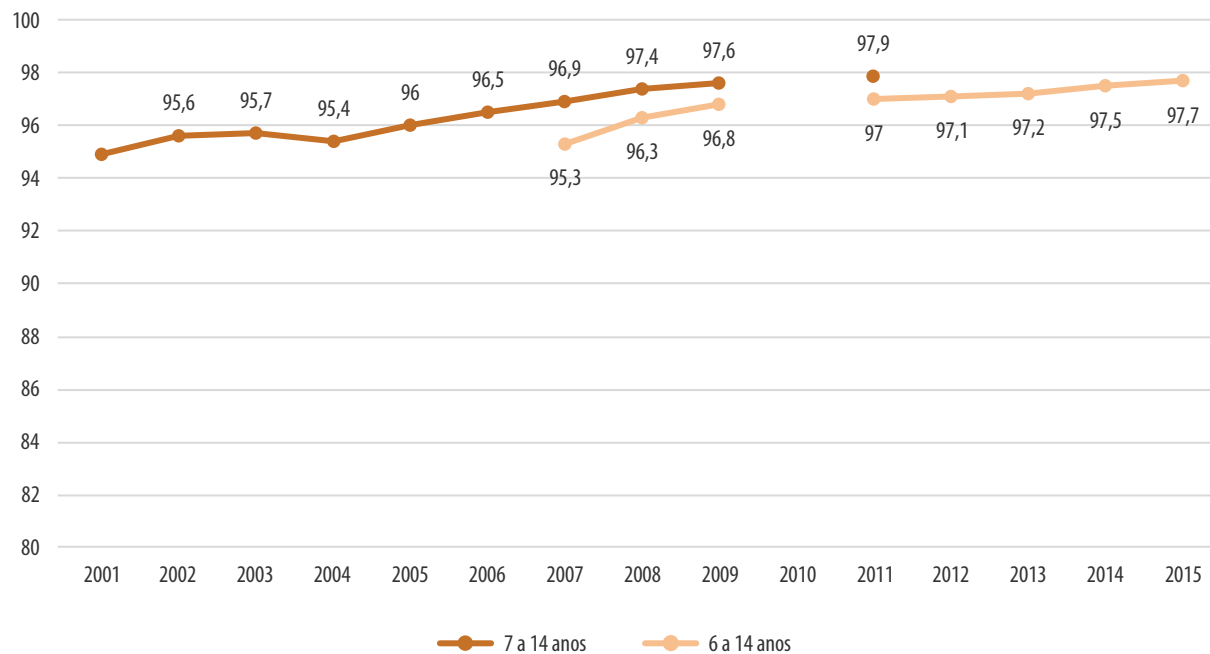
2. Ensino Fundamental: qualidade e permanência

O Brasil se aproximou, mas nunca conseguiu efetivamente assegurar a universalização do Ensino Fundamental conforme prevê a Meta 2 do PNE. Situação que vai de encontro à legislação nacional: o ECA estabelece o ensino gratuito como um direito intrínseco da criança e do adolescente brasileiro e a LDB determina a matrícula como obrigação dos pais e do Estado.

70. Para mais informações, consultar <http://www.observatoriodopne.org.br/metaspne/4-educacao-especial-inclusiva/indicadores>.

Em números absolutos, em 2016, segundo as *Sinopses Estatísticas da Educação Básica*, do Inep, 27,6 milhões de crianças estavam matriculadas no Ensino Fundamental. No ano anterior, eram 27,9 milhões e cerca de 429 mil não frequentavam a escola⁷¹.

Gráfico 33. Taxa líquida de matrícula no Ensino Fundamental (%), Brasil, 2001 a 2015



Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.

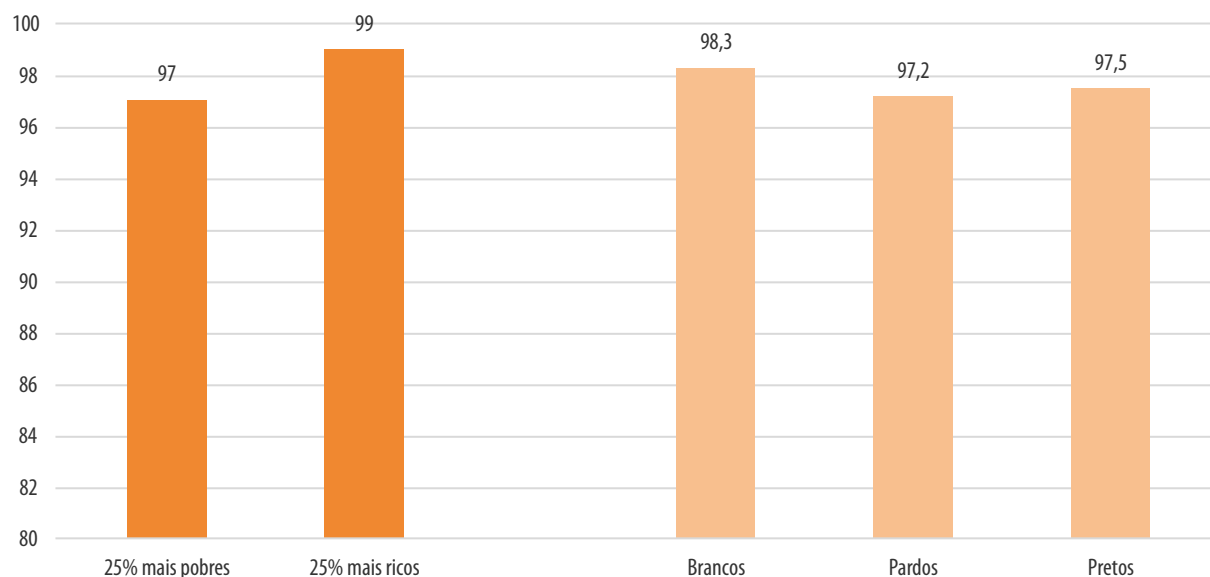
Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

A análise dos dados de atendimento por renda familiar *per capita* mostra a existência de uma diferença entre os níveis econômicos, apontando para um melhor desempenho das rendas familiares mais elevadas. Enquanto as crianças e os adolescentes pertencentes ao grupo dos 25% mais pobres da população tinham acesso à escola em 97%, aquelas pertencentes aos 25% mais ricos obtiveram uma taxa mais elevada, com 99% das matrículas e, portanto, os mais próximos de atingir a Meta do PNE em 2024. O gráfico 34 mostra, ainda, informações por cor da pele/raça.

71. Segundo dados disponíveis no Observatório do PNE.



Gráfico 34. Crianças e adolescentes de seis a 14 anos de idade matriculados no Ensino Fundamental (%), Brasil, 2015 – por quartil de renda e cor da pele



Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.
Elaboração: Todos pela Educação.

Vencer o desafio do acesso ao Ensino Fundamental, assim como acontece nas demais etapas educacionais, passa por políticas de combate à desigualdade, uma vez que é a falta de atendimento específico a parcelas excluídas da população que impede a universalização. E não é apenas no atendimento que a etapa enfrenta desafios.

Os anos iniciais do Ensino Fundamental têm apresentado os melhores avanços nos indicadores educacionais, quando comparados às demais etapas da Educação Básica. Os anos finais, no entanto, ainda apresentam dados preocupantes. Dois exemplos são a taxa de distorção de idade-série (27,3%) e o índice de conclusão de adolescentes com 16 anos de idade (76%). Este último, apesar de uma evolução constante desde 2011, ainda está longe da meta de 95% definida pelo PNE. Parte expressiva das crianças e dos adolescentes atualmente fora da escola já passaram pelo sistema escolar, mas acabaram expulsos por problemas como a repetência e a baixa atratividade da escola.

Assegurar a conclusão na idade recomendada significa melhorar o fluxo, diminuindo a repetência, a evasão e o abandono – e isso só se faz com o aprimoramento da qualidade de ensino. Os dados sobre a conclusão do Ensino Fundamental revelam diferentes “Brasis”. Enquanto apenas 65,9% dos

adolescentes de 16 anos de idade concluíram o Ensino Fundamental na região Nordeste, esse índice é de 83,5% na região Sudeste, como se vê na tabela 18.

Tabela 18. Adolescentes de 16 anos de idade que concluíram o Ensino Fundamental (%), Brasil e regiões, 2001 a 2015

Região	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	49,1	52,1	56,6	58	58,9	60,8	62,9	64,8	66,3	67,5	69,5	71,7	73,7	76
Norte	35	41,8	45,7	40,2	41,2	46,7	50,5	52,7	52	53,8	55,3	57,6	59,9	66,7
Nordeste	28,2	30,5	33,9	36,8	39,3	44,1	44,8	48,2	51,7	56,7	59,1	60,5	62,6	65,9
Sudeste	62,9	66,4	72,6	73,8	74,1	73,7	76,2	77,3	76,3	76,6	78,7	81,2	83,5	83,5
Sul	64,5	67,8	67,6	74,2	69,9	70	72,2	72,6	74,6	72,2	75,3	78,5	79,7	82,3
Centro-Oeste	48,6	51	55,6	58,9	62,4	62,7	67,8	66,2	75	77,6	72,9	75	76,3	81,4

Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

Os dados da tabela 19, a seguir, mostram a taxa de crianças e adolescentes entre dez e 14 anos de idade que ainda não completaram o Ensino Fundamental, divididos em grupos daqueles que apenas estudam, trabalham e estudam, só trabalham ou nem trabalham nem estudam. No entanto, vale ressaltar que até os 14 anos o adolescente deve, por lei, apenas estudar. Qualquer atividade laboral realizada em idade inferior a 16 anos é considerada trabalho infantil, sendo os responsáveis passíveis de ação judicial⁷².

Atualmente, 41.974 crianças e adolescentes entre dez e 14 anos de idade trabalham e estão fora das salas de aula – número que representa 0,3% da fatia populacional nessa faixa etária. Também estão fora da escola, porém sem trabalhar, 288.462 crianças de dez a 14 anos (1,8%), que deveriam estar no Ensino Fundamental. Os números são menores que nos anos anteriores, mas é indispensável combater o trabalho infantil e garantir que todas as crianças frequentem a escola⁷³.

72. A Lei de Aprendizagem (Lei nº 10.097/2000) permite que adolescentes e jovens de 14 a 24 anos de idade incompletos ingressem no mercado de trabalho de forma segura e com condições especiais. Além disso, exige frequência de curso de formação técnico-profissional e, caso o aprendiz não tenha concluído o Ensino Fundamental, matrícula e frequência à escola.

73. Para mais informações, consultar o documento De Olho nas Metas 2015-2016, disponível no portal do movimento Todos Pela Educação.



Tabela 19. Situação de crianças e adolescentes de dez a 14 anos de idade, Brasil, 2005, 2014 e 2015

	2005		2014		2015	
	%	Número absoluto de crianças	%	Número absoluto de crianças	%	Número absoluto de crianças
Só estudam	85,1	14.533.815	91,9	14.974.855	93,7	15.138.677
Trabalham e estudam	11,3	1.926.501	6	972.666	4,2	680.186
Só trabalham	1,1	193.717	0,4	65.784	0,3	41.974
Não trabalham nem estudam	2,5	427.566	1,7	280.872	1,8	288.462

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), 2005, 2014 e 2015.
Elaboração: Todos pela Educação.

Outro importante fator para que as oportunidades educacionais sejam não só equalizadas, como também contribuam para que as crianças permaneçam na escola, é a infraestrutura adequada. Hoje, conforme é possível ver na tabela 20, menos da metade das escolas de Ensino Fundamental da rede pública possuem biblioteca ou sala de leitura e nem 10% das instituições têm laboratório de ciências. Esses são equipamentos imprescindíveis para o fortalecimento do hábito da leitura e para o incentivo do pensamento científico desde a infância, dois campos em que o Brasil ainda patina. De acordo com a pesquisa *Retratos da Leitura no Brasil* (2016), do Instituto Pró-Livro, apenas 56% dos brasileiros leram um livro inteiro ou em partes nos últimos três meses do estudo. Já no campo das ciências, segundo o Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (Pisa, sigla em inglês) 2015, o país estava na 63ª posição no ranking de aprendizagem em ciência – a nota nessa disciplina caiu de 405 pontos, da edição de 2012, para 401⁷⁴.

74. Para mais informações, consultar o documento *O Brasil no PISA 2015: Análises e reflexões sobre o desempenho dos estudantes brasileiros*, disponível no portal do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).

Tabela 20. Estabelecimentos da rede pública segundo os recursos disponíveis na escola, Brasil, 2016

Recursos disponíveis	%
Biblioteca e/ou sala de leitura	
Só biblioteca	27
Só sala de leitura	13,1
Sala de leitura e biblioteca	6,3
Acesso à internet	55,8
Laboratório de informática	51,2
Dependências e vias adequadas a alunos com deficiência ou mobilidade reduzida	24
Quadra de esportes	35,2
Laboratório de ciências	8,6
Água filtrada	82,4
Banheiro dentro do prédio	83,8
Abastecimento de água	
Rede pública	57,4
Poço artesiano	18,2
Cacimba/cisterna/poço	13,9
Outros	8,1
Inexistente	6,9
Esgoto sanitário	
Rede pública	31,2
Fossa	62
Inexistente	8,1
Acesso à energia elétrica	94,5

Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: O mesmo estabelecimento pode possuir mais de um tipo de abastecimento de água ou esgoto sanitário.



2.1 Aprendizagem na idade adequada

Alfabetizar-se na idade adequada é fundamental para uma aprendizagem de qualidade ao longo da vida escolar, além de essencial para o exercício pleno da cidadania. Nessa perspectiva, o relatório *Um Mundo para as Crianças*, das Nações Unidas, também destaca essa necessidade e prevê que os países signatários garantam que as crianças e os adolescentes adquiram conhecimentos mensuráveis e comprováveis, especialmente no aprendizado da matemática, da leitura e da escrita.

O Brasil vem, desde 2011, criando ferramentas para impulsionar e acompanhar a alfabetização das crianças nos anos iniciais do Ensino Fundamental. O primeiro deles foi o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (Pnaic), criado em 2012, que estabeleceu como limite o terceiro ano do Ensino Fundamental para a alfabetização. Um ano antes, a Avaliação Brasileira do Final do Ciclo de Alfabetização (Prova ABC), exame amostral realizado pelo Todos Pela Educação, Fundação Cesgranrio, Instituto Paulo Montenegro/Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) e Inep, foi o primeiro instrumento criado para mensurar o aprendizado dos alunos concluintes do terceiro ano em escrita, leitura e matemática.

Como parte fundamental do Pnaic, o MEC criou e aplicou a primeira edição da Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA). Inspirada na Prova ABC, a ANA também analisa a proficiência dos alunos nas mesmas áreas da alfabetização. As três áreas avaliadas pela ANA são divididas em níveis de proficiência, do mesmo modo que na Avaliação Nacional do Rendimento Escolar (Prova Brasil) e no Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb). Em leitura e matemática, são quatro níveis, sendo o nível 1 o mais baixo e o nível 4 o mais alto. Em escrita, são cinco níveis de desempenho.

A primeira edição da prova foi realizada em 2013, mas seus resultados não foram divulgados integralmente – foram publicadas somente as médias de leitura e matemática por nível. O MEC afirma que essa primeira aplicação serviu de “teste do instrumento”. Em 2014, uma nova edição foi realizada e seus resultados foram, enfim, publicados. Os dados são apresentados e analisados a seguir. Vale destacar que a prova de 2015, por sua vez, foi cancelada, e os dados mais recentes são da edição de 2016, que teve a escala de proficiência em escrita alterada.

Os dados da última edição do exame revelam que o avanço na alfabetização de nossas crianças ainda é lento, uma vez que os resultados dos dois últimos exames permaneceram praticamente estagnados, como é possível observar na análise de dados a seguir. Diante disso, é urgente que haja centralidade política para a Educação nos próximos anos, como política de Estado e não de governo. Do contrário, mantendo o ritmo atual, nossas crianças levarão 76 anos para terem nível suficiente em leitura ao final do terceiro ano da etapa Fundamental.

Esse caráter de urgência fica ainda mais evidente quando são analisados os dados por níveis socioeconômicos: entre as escolas de nível socioeconômico muito alto, 83,5% dos alunos têm nível suficiente em leitura; nas de nível socioeconômico muito baixo, por outro lado, esse índice é de 45,3%. Ou seja, a Educação, que deveria equalizar as desigualdades sociais, tem sido reprodutora dessas

assimetrias, perpetuando as diferenças de oportunidades para os brasileiros e comprometendo o desenvolvimento do país. Ainda segundo um levantamento do Todos Pela Educação, 20% das escolas brasileiras não conseguem alfabetizar nem um quarto de seus estudantes de terceiro ano.

A alfabetização é conhecimento fundamental para que o avanço na trajetória escolar se dê sem grandes percalços. Porém, diante do cenário atual, o Brasil vive uma crise de aprendizagem em que as crianças estão na escola, mas não aprendem.

2.1.1 Leitura

A edição 2016 da ANA mostra que mais da metade (54,7%) dos alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental não são proficientes em leitura, como apresentado na tabela 21. Percebe-se, ainda, que apenas 13% dos estudantes estão no nível 4.

Tabela 21. Taxa de alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental da rede pública (%), Brasil, 2014 e 2016 – por nível de proficiência em leitura

2016					
Brasil	Elementar	Básico	Adequado	Desejável	Nível Suficiente (adequado + desejável)
	21,74	32,99	32,98	12,99	45,27
2014					
Brasil	Elementar	Básico	Adequado	Desejável	Nível Suficiente (adequado + desejável)
	22,21	33,96	32,63	11,2	43,83

Fonte: Ministério da Educação (MEC)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Diretoria de Avaliação da Educação Básica (Daeb)/Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA).
Elaboração: Todos Pela Educação.

2.1.2 Escrita

Diferentemente de leitura e matemática, em escrita o MEC adota cinco níveis de proficiência, sendo o 1, 2 e 3 elementar, o 4 adequado e o 5 desejável. Outra mudança relevante entre a ANA 2014 e a 2016 é que, devido à mudança metodológica, não é possível comparar os resultados de escrita, portanto, a tabela 22 considera apenas os resultados do último exame.



Observando o desempenho dos alunos em escrita, 34% das crianças apresentam proficiência em escrita insuficiente. Apenas 8,2% delas estão no quinto patamar, o mais alto da escala, enquanto a maioria (57,8%) está concentrada no nível 4.

Tabela 22. Taxa de alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental da rede pública (%), Brasil, 2016 – por nível de proficiência em escrita

2016						
Brasil	Elementar 1	Elementar 2	Elementar 3	Adequado	Desejável	Nível Suficiente (adequado + desejável)
	14,46	17,16	2,23	57,87	8,28	66,15

Fonte: Ministério da Educação (MEC)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Diretoria de Avaliação da Educação Básica (Daeb)/Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA).
Elaboração: Todos pela Educação.

2.1.3 Matemática

Por fim, os dados referentes à proficiência em matemática mostram que menos da metade (45,5%) dos alunos do terceiro ano tinham nível considerado suficiente em 2016. Como pode ser notado na tabela 23, o MEC considera os níveis 3 e 4 como suficientes na escala de matemática.

Tabela 23. Taxa de alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental da rede pública (%), Brasil, 2014 e 2016 – por nível de proficiência em matemática

2016					
Brasil	Elementar 1	Elementar 2	Adequado	Desejável	Nível Suficiente (adequado + desejável)
	22,98	31,48	18,42	27,11	45,53
2014					
Brasil	Elementar 1	Elementar 2	Adequado	Desejável	Nível Suficiente (adequado + desejável)
	24,29	32,78	17,78	25,15	42,93

Fonte: Ministério da Educação (MEC)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Diretoria de Avaliação da Educação Básica (Daeb)/Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA).
Elaboração: Todos pela Educação.

2.1.4 Avaliação por níveis socioeconômicos

Também é relevante observar os dados da ANA 2016 segundo os níveis socioeconômicos (NSE), recorte em que, como foi observado, fica clara a desigualdade às quais as crianças brasileiras estão submetidas. As crianças de escolas com níveis socioeconômicos mais altos têm taxas de aprendizagem em leitura duas vezes maior que as de escolas mais pobres. A situação se repete nos índices de aprendizagem suficiente em matemática.

Embora o contexto socioeconômico das escolas ainda apresente uma grande relação com os resultados educacionais do Brasil, ele não é justificativa para os indicadores não avançarem. É importante ressaltar que existem escolas em situação de vulnerabilidade social e econômica no país que apresentam resultados satisfatórios. Tais indicadores devem servir de mapa aos gestores educacionais para identificar onde é preciso redobrar os esforços, a fim de garantir que todas as crianças tenham o direito de aprender.

Tabela 24. Alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental com nível suficiente de alfabetização em leitura (%), Brasil, 2014 e 2016 – por nível socioeconômico

	Todos os NSE	NSE muito baixo	NSE baixo	NSE médio-baixo	NSE médio	NSE médio-alto	NSE alto	NSE muito alto
2014	43,8	13,2	21,6	27,5	38,5	53,2	68,6	85,2
2016	45,3	14,1	24,5	30,3	40,4	53,4	68	83,5

Fonte: Ministério da Educação (MEC)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Diretoria de Avaliação da Educação Básica (Daeb)/Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA).
Elaboração: Todos Pela Educação.

Tabela 25. Alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental com nível suficiente de alfabetização em escrita (%), Brasil, 2016 – por nível socioeconômico

	Todos os NSE	NSE muito baixo	NSE baixo	NSE médio-baixo	NSE médio	NSE médio-alto	NSE alto	NSE muito alto
2016	66,1	27,6	41,2	48,6	62	76,6	86,1	93,1

Fonte: Ministério da Educação (MEC)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Diretoria de Avaliação da Educação Básica (Daeb)/Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA).
Elaboração: Todos Pela Educação.



Tabela 26. Alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental com nível suficiente de alfabetização em matemática (%), Brasil, 2014 e 2016 – por nível socioeconômico

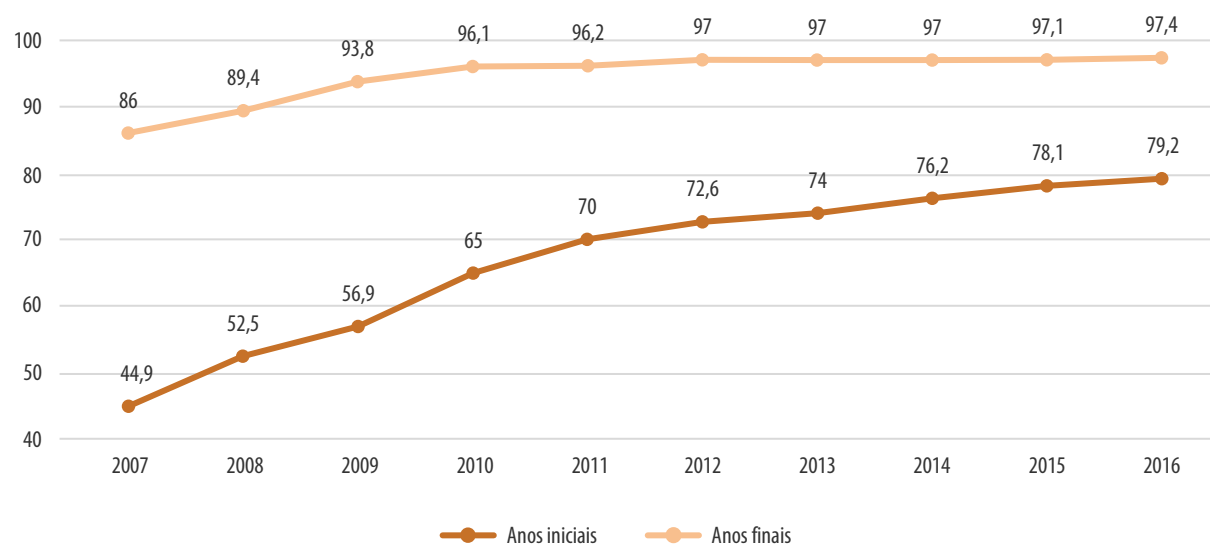
	Todos os NSE	NSE muito baixo	NSE baixo	NSE médio-baixo	NSE médio	NSE médio-alto	NSE alto	NSE muito alto
2014	42,9	14,3	21,5	26,1	36,6	52,6	68,4	85,9
2016	45,5	17,1	25,7	30,3	40,2	53,9	68,3	85,5

Fonte: Ministério da Educação (MEC)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/Diretoria de Avaliação da Educação Básica (Daeb)/Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA).
Elaboração: Todos Pela Educação.

2.2 Inclusão no Ensino Fundamental

A inclusão no Ensino Fundamental também tem apresentado índices positivos e se aproximado do que está previsto na Meta 4 do PNE, que versa sobre a universalização do atendimento, de preferência em classes comuns, dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. Segundo os microdados do Censo Escolar 2016, naquele ano a taxa de matrícula de pessoas com deficiência em classes comuns dos anos iniciais foi de 79,2%, uma diferença de 34,3 pontos percentuais em relação ao ano de 2007. Nos anos finais, o índice chegou a 97,4%, um aumento de 11,4 pontos percentuais.

Gráfico 35. Matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação em classes comuns (%), Brasil, 2007 a 2016 – anos iniciais e finais do Ensino Fundamental



Fonte: Observatório do PNE.
Elaboração: Todos pela Educação.

Embora essas taxas apontem uma perspectiva de avanço, é importante ressaltar que, em números absolutos, o número de estudantes com deficiência matriculados diminui conforme a trajetória escolar progride, o que revela dificuldades de permanência escolar desse alunado. Nos anos iniciais, em 2016 havia um total de 365.488 alunos com deficiência matriculados em classes comuns. Já nos anos finais, a quantidade era de 241.744.

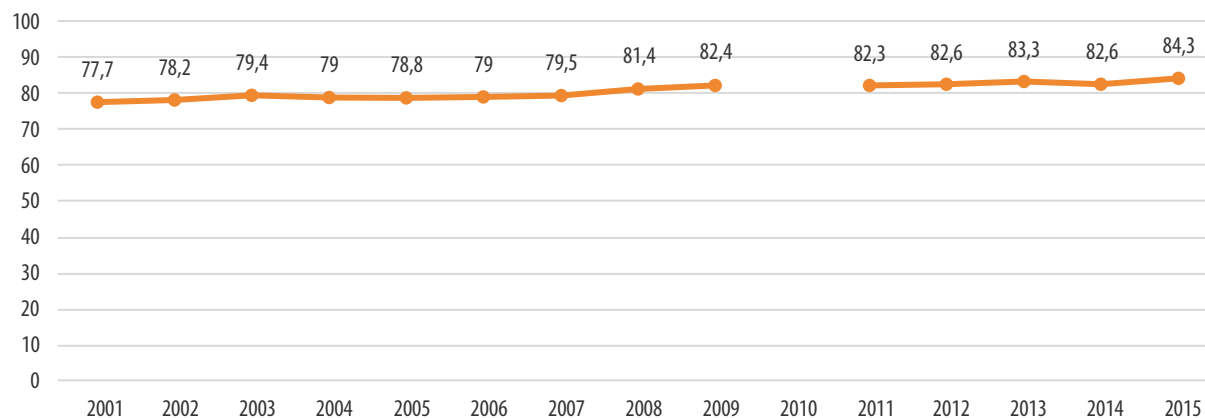
Há dificuldade em analisar esses dados, uma vez que não existem informações sobre quantas crianças e quantos adolescentes com deficiência existem no Brasil – ou seja, não sabemos exatamente quantos estão fora da escola. Apesar disso, a queda progressiva na quantidade de pessoas incluídas no sistema escolar conforme a etapa, fenômeno que se repete também no Ensino Médio, como veremos a seguir, indica que as crianças e os adolescentes com deficiência encontram mais obstáculos ao avançarem nas etapas educacionais, quadro que requer políticas públicas de acompanhamento e apoio que assegurem a matrícula e o direito à educação desses estudantes na escola.

3. Ensino Médio

Embora os dados do Ensino Médio brasileiro venham melhorando, com queda de distorção de fluxo – adolescentes/jovens matriculados nas séries correspondentes à sua idade – e aumento na taxa de conclusão da etapa até os 19 anos de idade, a velocidade dessas mudanças, contudo, tem sido demasiadamente lenta. Nesse processo, muitos adolescentes têm ficado para trás: em 2015, 1,5 milhão dos que tinham entre 15 e 17 anos não estavam matriculados no Ensino Médio. A taxa líquida de matrícula registrada é pouco superior à metade: 62,7%. Se isso representa um salto de mais de 20 pontos percentuais nos últimos 15 anos, ao mesmo tempo reforça a necessidade de se aprimorar a etapa, debate iniciado há anos na Educação brasileira.

Os gráficos e as tabelas subsequentes trazem mais dados sobre a etapa.

Gráfico 36. Taxa de atendimento de adolescentes de 15 a 17 anos de idade no Ensino Médio (%), Brasil, 2001 a 2015



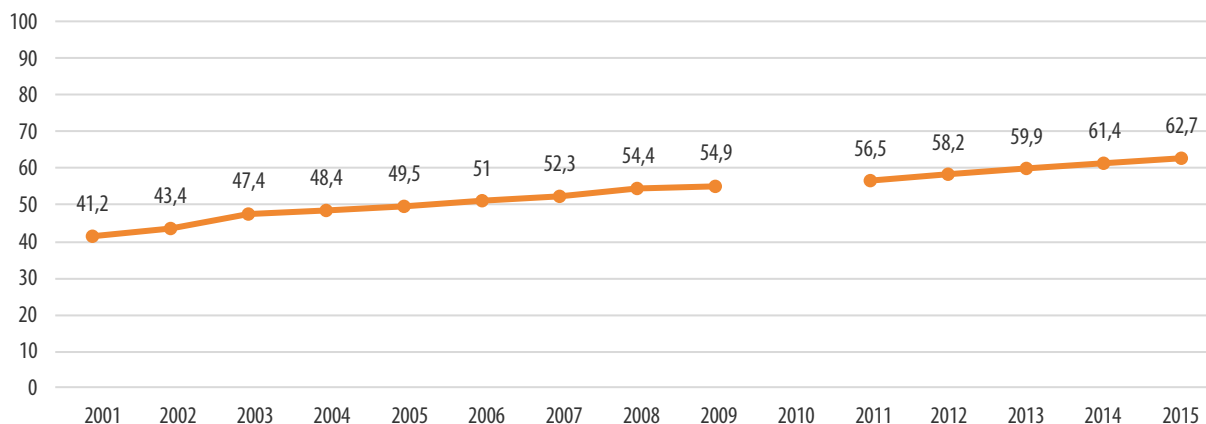
Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.



Gráfico 37. Taxa líquida de matrículas no Ensino Médio (%), Brasil, 2001 a 2015



Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.

Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

Tabela 27. Jovens de 19 anos de idade que concluíram o Ensino Médio (%), Brasil, 2001 a 2015

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	33,3	35,9	38,1	39,9	41,4	44,8	46,6	48,5	51,6	53,4	53	54,3	56,7	58,5

Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.


Nota: Em razão da aplicação do Censo Demográfico, não houve Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) em 2010.

Tabela 28. Adolescentes de 15 a 17 anos de idade por etapa de ensino em que estão matriculados ou que estão fora da escola, Brasil, 2015

	População	%
Ensino Fundamental	1.895.317	18
Ensino Médio	5.951.525	56,4
Alfabetização de Jovens e Adultos	5.832	0,1
Educação de Jovens e Adultos – Fundamental	118.267	1,1
Educação de Jovens e Adultos – Médio	37.130	0,4
Ensino Superior	281.527	2,7
Pré-Vestibular	15.492	0,1
Não estudam e não concluíram o Ensino Médio	1.543.713	14,6
Não estudam, mas concluíram o Ensino Médio	699.734	6,6
Total	10.548.537	100

Fonte: Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017.

Elaboração: Todos pela Educação.



Não por acaso, o Ensino Médio tem sido considerado a mais desafiadora etapa da Educação Básica: é tema da Meta 3 do PNE, que prevê a criação de programas de correção de fluxo (Estratégia 3.5) e uma renovação da etapa (Estratégia 3.1) – quanto à segunda, os últimos anos serão lembrados por uma tentativa de reformulação.

Cercada de polêmica, a começar pelo envio ao Congresso Nacional na forma de medida provisória, a Lei da Reforma do Ensino Médio (2016) aliada à elaboração da BNCC do Ensino Médio (2017-2018) objetiva conferir maior flexibilidade à etapa ao instituir a possibilidade de diferentes itinerários formativos, diminuindo o número excessivo de disciplinas obrigatórias. Apesar de apontar na direção correta, ainda restam incertezas em relação à implementação dessas mudanças, uma vez que, para a etapa mudar verdadeiramente, é preciso as políticas públicas levarem em consideração as especificidades das redes locais e garantirem a participação dos profissionais mais importantes de qualquer transformação da Educação brasileira: os professores.

Além disso, outro ponto fundamental para garantir uma guinada nos pífios indicadores do Ensino Médio é o diálogo com os estudantes. É preciso dar força ao protagonismo juvenil na escola e nas políticas públicas educacionais, de modo a construir pontes entre o conteúdo curricular e os projetos de vida dos adolescentes e jovens. De acordo com a *Pesquisa Repensar o Ensino Médio* (2017), realizada pelo Todos Pela Educação, para a maioria dos adolescentes e jovens entrevistados matriculados no Ensino Médio (71,4%) a principal motivação para cursar a etapa era a preparação para o vestibular. Portanto, a etapa está mais atrelada à passagem para a Educação Superior do que à formação para a vida (10,2%) ou ao preparo básico para o mundo do trabalho (16,6%).

Esse quadro pode ter consequências negativas quando, apesar da intenção, muitos não conseguem seguir o caminho desejado, pois 86% alegaram ter alguma dificuldade para continuar estudando, sendo que 42% afirmaram ter obstáculos financeiros e 19% problemas em conciliar trabalho e estudos.

Em consonância com a proposta do MEC de mudança na etapa, os adolescentes e jovens participantes da pesquisa também se mostraram interessados em certo grau de flexibilização no currículo: 76,5% dos estudantes aprovariam a substituição de um terço das matérias do Ensino Médio por disciplinas técnicas à escolha do estudante, caso a carga horária diária da etapa fosse de cinco horas.

3.1 Equalizando as oportunidades

Em qualquer direção que se pretenda avançar no Ensino Médio, é preciso levar em conta as diversidades e as profundas desigualdades que permeiam as juventudes brasileiras e, conseqüentemente, as escolas – disparidades estas que começam no acesso à creche, como vimos no início deste capítulo. Os modelos da etapa vêm sendo criticados desde a primeira metade do século passado por reforçar desigualdades históricas, preparando as camadas ricas para a universidade, enquanto um ensino técnico deficiente fica reservado aos filhos da população pobre.

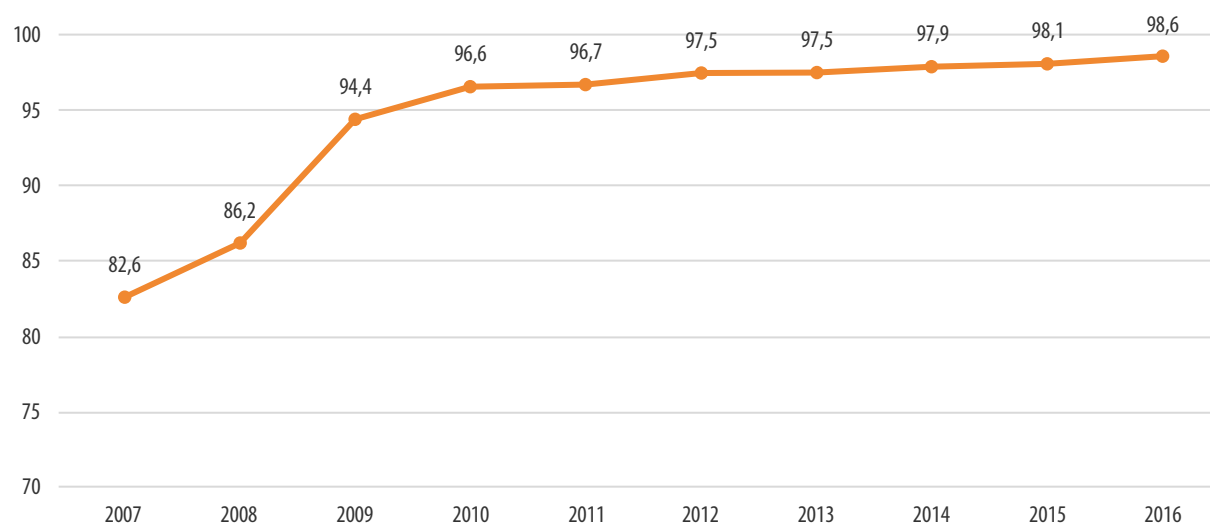


Quando considerada a cor da pele, a disparidade no atendimento de adolescentes de 15 a 17 anos de idade no Ensino Médio é de 14 pontos percentuais entre brancos, que possuem a maior taxa de cobertura, e pretos e pardos. Há também uma diferença de 34,1 pontos percentuais quando esse indicador é aplicado aos quartis de renda superior (os 25% mais ricos) e inferior (os 25% mais pobres), sendo os primeiros os que possuem maior taxa.

Conforme apresentado no artigo *Muito Além das Cotas*, de José Vicente, tais disparidades refletem nos índices de acesso à Educação Superior, onde negros com idade de 18 a 24 anos são apenas 47% das pessoas nessa etapa – apesar de representarem 57% da população jovem –, contra 71% de brancos.

Ao analisar o público com deficiência, apesar da taxa de matrícula desses alunos em classes comuns no Ensino Médio ter atingido 98,6%, em 2016 – algo a se comemorar em termos de inclusão, o número absoluto ainda é pequeno quando comparado à quantidade de estudantes nos anos iniciais do Ensino Fundamental – 74.007 e 365.488, respectivamente.

Gráfico 38. Matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação em classes comuns no Ensino Médio (%), Brasil, 2007 a 2016



Fonte: Observatório do PNE.
Elaboração: Todos pela Educação.



Direito à Proteção

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



III - Eixo

Proteção Contra Maus-Tratos, Exploração e Violência

Jeniffer Caroline Luiz, Julianne Nestlehner Pinto e Priscila Alves Scharth Gomes,
Fundação Abrinq


O Programa Presidente Amigo da Criança (PAC) acompanha o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à proteção de crianças e adolescentes no país, que incluem ações de prevenção a ocorrência de maus-tratos, exploração e violência.

No Brasil, a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforçam a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em oferecer proteção integral aos direitos da infância e da adolescência, com absoluta prioridade.

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão." (Constituição Federal, art. 227, 1988).

Para isso, a política de atendimento deve ser operacionalizada por meio de um conjunto articulado de ações promovidas por entes governamentais e não governamentais, da União, dos Estados e dos municípios, por meio de um Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA). Esse sistema também inclui os esforços de controle e participação social promovidos pelos conselhos municipais, estaduais e nacional e as ações dos órgãos do Executivo e Judiciário.

Assim, o SGDCA constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, em todos os níveis federativos (Resolução nº 113, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2006). Marcado pela necessária articulação em rede e por uma estruturação por eixos que visa integrar todos os responsáveis pela defesa de direitos de forma intersetorial, o SGDCA deve garantir a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, de acordo com o conteúdo preconizado nos documentos legais.



São três os Eixos que compõem o SGDCA, previstos na Resolução nº 113 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda): Defesa, Promoção e Controle. No Eixo de Defesa, incluem-se os órgãos públicos judiciais, o Ministério Público (MP), as Defensorias Públicas, as Procuradorias Gerais de Justiça, a Advocacia Geral da União (AGU), as polícias, os Conselhos Tutelares, as ouvidorias e as entidades de defesa de direitos humanos que prestam proteção jurídico-social. Este eixo deve garantir o acesso à Justiça e os órgãos envolvidos devem exigir o efetivo cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes.

No Eixo de Promoção, enquadra-se a operacionalização da política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes, por meio de três tipos de programas:

- 1) serviços e programas das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, afetos aos fins da política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes;
- 2) serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos;
- 3) serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e semelhantes.

Por fim, no Eixo de Controle, enquadram-se as instâncias públicas colegiadas próprias, tais como Conselhos dos Direitos de Crianças e Adolescentes; conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas; órgãos e poderes de controle interno e externo definidos na Constituição Federal; e a sociedade civil, por meio de suas organizações e articulações representativas.

Ressaltamos a importância dos conselhos pela elaboração das diretrizes das políticas públicas nessa área, e dos Conselhos Tutelares, que devem realizar a constante fiscalização dos serviços, garantindo a aplicação de medidas protetivas nos casos pertinentes. O desenvolvimento da capacidade operativa desses órgãos é condição essencial para o avanço na garantia de direitos de crianças e adolescentes no país.

Percebe-se que a diversidade e o alto número de instituições e atores envolvidos no SGDCA tornam a sua operacionalização um desafio constante. A necessidade de definição de diretrizes claras e de diálogo é cada vez mais recorrente, tendo em vista a complexidade dos problemas vivenciados por nossas crianças e nossos adolescentes e por suas famílias. Por isso, a análise de nossos avanços e desafios é importante para que atuemos de forma estratégica, e a articulação e a coordenação tornam-se essenciais para garantir a proteção integral a esse público.



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

Faz-se necessário reconhecer que o Brasil tem promovido importantes avanços no que diz respeito à proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes no país. Os marcos legais de 1988 e 1990 (Constituição Federal e ECA) reforçam a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado no desenvolvimento saudável e protegido de meninos e meninas. No entanto, sabemos que isso não tem sido suficiente para garantir a efetivação de todos esses direitos.

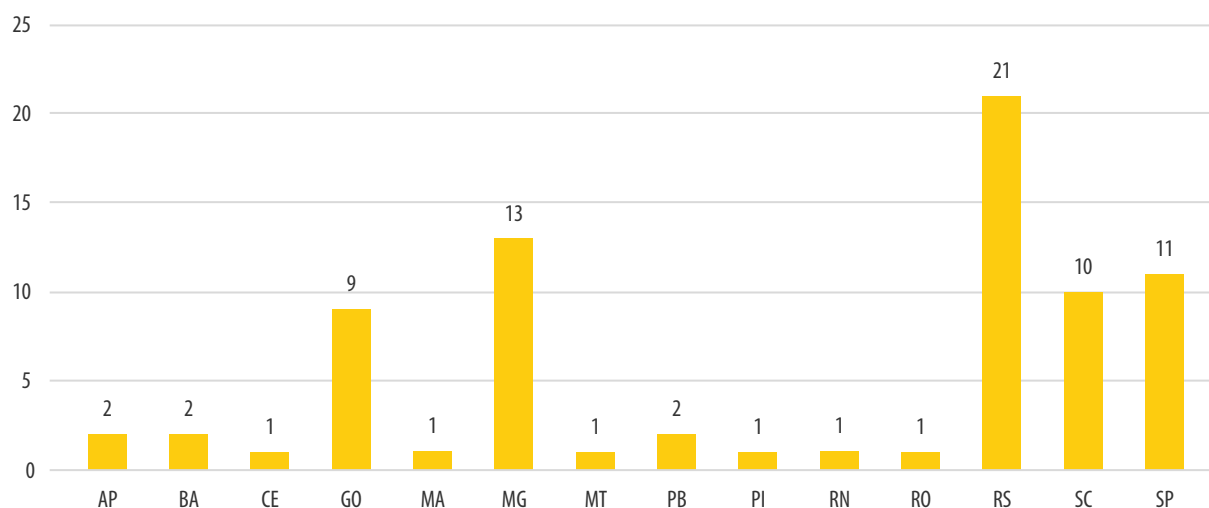
Todos os dias, milhares de crianças e adolescentes são vítimas de diversos tipos de violência. Tão preocupante quanto o número de casos, é o local em que eles ocorrem: denúncias de violência física e psicológica dentro de escolas têm se multiplicado e ganhado visibilidade. Outras vezes, os abusos são praticados dentro da casa da criança ou em sua comunidade, por familiares ou parentes próximos. Independente do caso, as sequelas físicas e principalmente emocionais impactam fortemente o desenvolvimento das vítimas, que nem sempre recebem o atendimento adequado para se desvencilharem das situações de violência e se reestabelecerem.

A complexidade da dinâmica social, a estrutura descentralizada do Estado brasileiro e a forma de operacionalização das políticas públicas são aspectos decisivos nesse cenário. É importante conhecermos o atual contexto institucional que deve garantir a proteção social às crianças e aos adolescentes, buscando lacunas, problemas e potenciais soluções. Para isso, partimos da leitura da atual Rede de Proteção Social existente no país, composta pelos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e pelos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (Creas).

Os Cras são unidades públicas estatais descentralizadas, responsáveis pelo atendimento local no nível de proteção social básica, tendo por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios atendidos.

De acordo com os dados do Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), o número de Cras instalados passou de 7.883, em 2013 (distribuídos por 5.136 municípios do país), para 8.240, em 2016 (presentes em 5.494 cidades). Considerando os 5.570 municípios brasileiros, concluímos que 76 municípios não possuíam um Cras instalado até 2016, conforme o gráfico 39.

Gráfico 39. Distribuição de municípios sem Centro de Referência de Assistência Social (Cras) por Estado, 2016

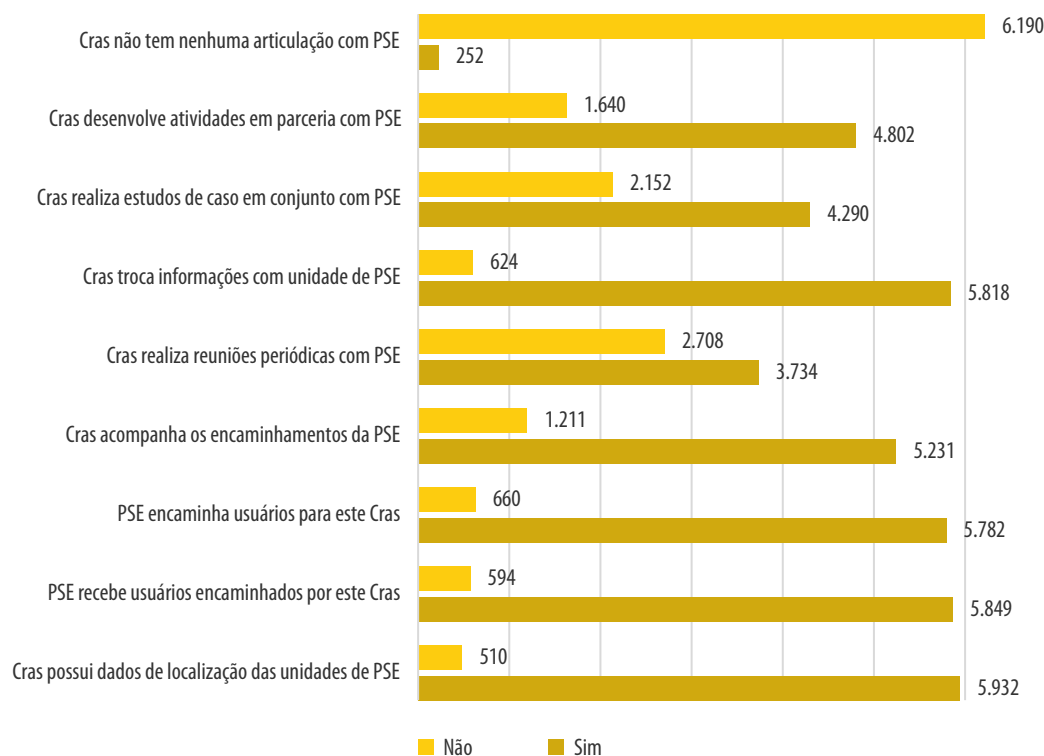


Fonte: Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) – Questionário do Centro de Referência de Assistência Social (Cras), 2016.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Para além do número de equipamentos distribuídos pelo território nacional, é essencial analisarmos a operação destes órgãos, visando a compreensão de aspectos e desafios relacionados à articulação entre eles. O Censo Suas nos oferece importantes esclarecimentos nesse sentido. No questionário relativo à articulação dos Cras com outros órgãos da Rede de Proteção Social Especial (PSE), temos os seguintes resultados:



Gráfico 40. Articulação do Centro de Referência da Assistência Social (Cras) com as unidades da Rede de Proteção Social Especial (PSE) do município, 2016



Fonte: Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) – Questionário do Centro de Referência da Assistência Social (Cras). 2016.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Nota: Existe uma inconsistência nos dados declarados no Censo Suas, pois o Manual de Preenchimento dos Dados do Cras do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) de 2017 traz uma condicionalidade em que a questão é múltipla, exceto se o Cras declarar que não tem nenhuma articulação. Entretanto, o sistema não possui a restrição de preenchimento e foi possível ao município declarar não possuir qualquer articulação e depois selecionar algumas articulações possíveis.

Dentre os 8.240 Cras que responderam ao Censo Suas 2016, 6.442 (78%) declararam contar com unidades de PSE em seus municípios. Deste total, e considerando os resultados apresentados no gráfico 40, observamos que embora 89% dos Cras recebam usuários encaminhados pelas unidades de PSE e 90% encaminhem usuários para essas unidades, apenas 58% realizam reuniões periódicas conjuntas, 19% não acompanham os encaminhamentos feitos, 25% não desenvolvem qualquer atividade em parceria e 10% não trocam informações com a Rede. Além disso, notamos casos extremos de desarticulação, pois em 8% dos casos os Cras declararam não possuir dados básicos

de localização de unidades de PSE. Considerando que a articulação é elemento básico para o funcionamento da PSE, concluímos que fortalecer a cooperação e coordenação dos atores continua sendo tema importante na agenda pública.

Já os Creas são unidades públicas da política de Assistência Social, de abrangência municipal ou regional, responsáveis por atender famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco social e que já tiveram seus direitos violados, vivenciando abusos decorrentes de violência física, psicológica, sexual, abandono, trabalho infantil, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de Liberdade Assistida, Prestação de Serviços à Comunidade etc.

O número de Creas instalados no país passou de 2.198, em 2013, para 2.519, em 2.243 cidades, no ano de 2016⁷⁵. Embora não existam informações relativas à quantidade de municípios que não possuem esse serviço em suas localidades ou de forma regionalizada, podemos fazer uma estimativa, considerando os dados do Censo Suas e as diretrizes do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) que norteiam a criação de unidades do Creas. O porte do município constitui uma referência importante para dimensionar o número de Creas a ser implantado em cada localidade.

Tabela 29. Estimativa de municípios sem Centro de Referência Especializada em Assistência Social (Creas) no Brasil, 2016⁷⁶

Porte do município	Número de habitantes	Parâmetros de referência	Número de municípios por porte	Número de municípios com Creas instalados em 2016	Número de municípios sem Creas
Pequeno Porte I	Até 20.000	Cobertura de atendimento em Creas Regional; ou implantação de um Creas, quando a demanda local justificar	3.841	695	3.146
Pequeno Porte II	De 20.001 a 50.000	Implantação de pelo menos um Creas	1.032	973	59
Médio Porte	De 50.001 a 100.000	Implantação de pelo menos um Creas	325	321	4
Grande Porte, Metrópoles e DF	A partir de 100.001	Implantação de um Creas a cada 200.000 habitantes	283	283	0
Total			5.481	2.243	3.209

Fonte: Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) – Questionário do Centro de Referência da Assistência Social (Creas) e Gestão Municipal. 2016.
Elaboração: Fundação Abrinq.

75. Dados do Censo Suas 2016.

76. O total de municípios descritos na tabela corresponde à quantidade de municípios que responderam ao Censo Suas 2016, e os municípios de médio e grande porte possuem mais de uma unidade dos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (Creas). Logo, em 2.243 cidades há, pelo menos, uma unidade instalada.

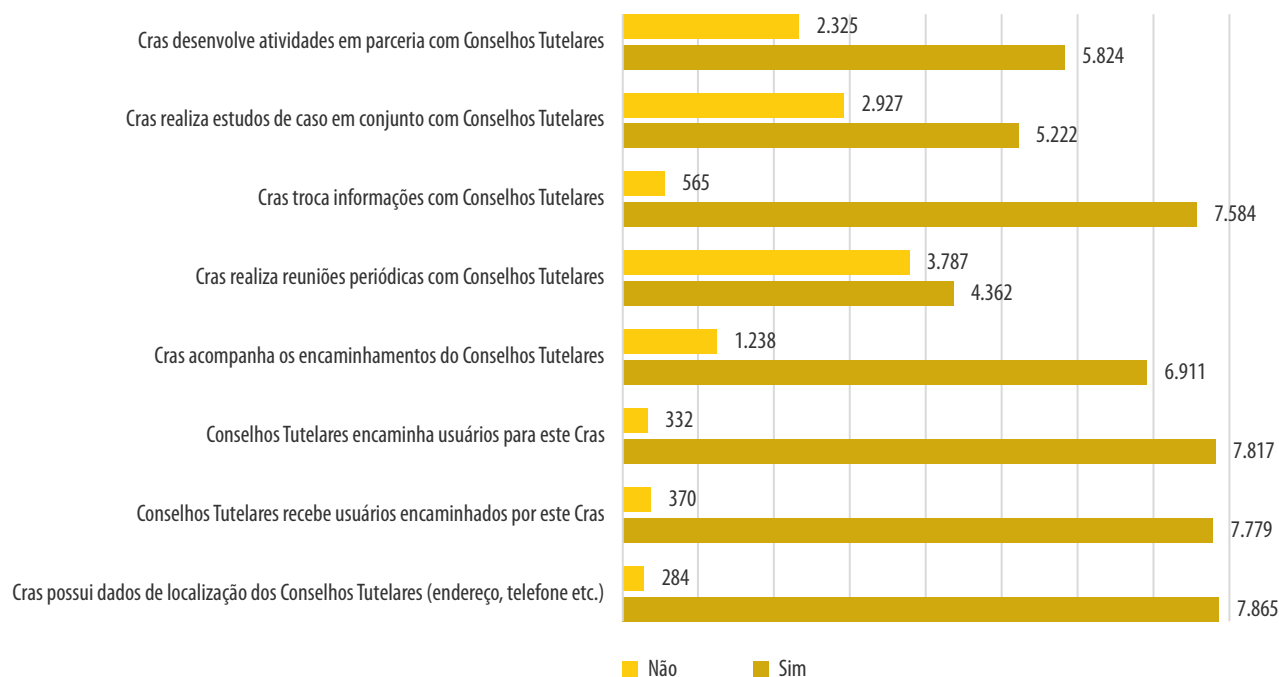


Dentro do grupo de 1.032 municípios de Pequeno Porte II, sete são regionais, ou seja, abrangem um conjunto de municípios. No entanto, não há informações sobre o número e a especificação de quais são as cidades de Porte I e II inclusas em cada polo regional.

A existência e o funcionamento dos Conselhos Tutelares é crucial para que a efetiva defesa dos direitos de crianças e adolescentes se materialize nos municípios. Além disso, o diálogo e a ação conjunta entre os Conselhos Tutelares e os órgãos responsáveis pela operacionalização das políticas públicas é uma prerrogativa normativa primordial. Segundo dados do Censo Suas, em 2015 havia seis municípios que não possuíam Conselho Tutelar instalado, num total de 5.570 municípios.

No que diz respeito à articulação dos Cras com os Conselhos Tutelares, o cenário é muito semelhante ao observado anteriormente. Nesse caso, possuímos dados apenas do Censo Suas 2015, apresentados no gráfico 41, a seguir. Considerando as 8.149 unidades de Cras respondentes que declararam contar com pelo menos um Conselho Tutelar no município, observamos que 95,5% recebem usuários encaminhados pelos Conselhos Tutelares e 96% encaminham usuários para esses órgãos. No entanto, apenas 46,5% realizam reuniões periódicas conjuntas e apenas 36% analisam estudos de caso conjuntamente. Em 15% dos casos não há qualquer acompanhamento dos encaminhamentos feitos pelo e para o Cras, e quase 30% dos respondentes não realizam ações em parceria com os Conselhos Tutelares.

Gráfico 41. Articulação do Centros de Referência da Assistência Social (Cras) com os Conselhos Tutelares do município, 2016



Fonte: Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) – Questionário Centro de Referência da Assistência Social (Cras). 2015.
Elaboração: Fundação Abrinq.



O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016) e o Programa Criança Feliz

O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016) reconhece a importância de priorizar políticas públicas para a Primeira Infância. A legislação ressalta a necessidade da integração de esforços da União, dos Estados, dos municípios, das famílias e da sociedade no sentido de promover e defender os direitos das crianças e ampliar as políticas que promovam o desenvolvimento integral da Primeira Infância.

Neste contexto, o governo federal lançou o Programa Criança Feliz, criado pelo Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, com a proposta de, por meio de visitas domiciliares, realizar o acompanhamento e dar orientações às famílias beneficiárias quanto a saúde, nutrição, higiene, desenvolvimento cognitivo e afetivo, visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e estimular o desenvolvimento infantil integral na Primeira Infância de crianças em situação de vulnerabilidade até os seis anos de idade.

O público-alvo definido são famílias com gestantes e crianças de até três anos de idade e beneficiárias do Programa Bolsa Família; crianças de até seis anos beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada; e crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no art. 101 da Lei nº 8.609, de 13 de julho de 1990.

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) realizou um estudo, destacando que o Programa, realizado no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas), apresenta duas fragilidades em sua formulação: o subfinanciamento, agravando a já difícil realidade enfrentada pelos municípios; e a insegurança jurídica, pois como não se trata de lei federal, não há garantia da continuidade do Programa ou da regularidade dos repasses financeiros nem da atualização anual dos valores transferidos aos municípios.

Soma-se a esse cenário de subfinanciamento e insegurança jurídica a atual conjuntura já fragilizada do Suas, que sofre com o congelamento do cofinanciamento dos serviços socioassistenciais, como os ofertados nos Cras.

A entidade calculou o percentual de investimento do governo federal em relação ao custo real aos municípios. A Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2017 previa a autorização de aproximadamente R\$ 328 milhões para as ações do Programa Criança Feliz. No entanto, estimativa da CNM aponta que os municípios que aderirem ao Programa gastarão, no mínimo, mais do que o dobro do valor repassado pelo governo federal apenas com a folha de pagamento das equipes de referência.

Além da previsão orçamentária não englobar os custos de operacionalização do Programa (o recurso se concentra apenas em uma parte do custeio – o pagamento de pessoal –, deixando de lado as demais despesas), o Criança Feliz apresenta uma série de ações já realizadas pela política de assistência



social, tais como as relacionadas ao fortalecimento de vínculos executados em programas como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif).

Em que pese seja um importante passo, estabelecer o Programa Criança Feliz como um mecanismo para atenção prioritária de políticas para desenvolvimento integral da Primeira Infância, o governo federal precisa observar os fatores apontados pela CNM.

Seria importante, estabelecer uma política nacional de proteção e desenvolvimento integral à Primeira Infância que não dependesse do Programa Criança Feliz para sua implementação, mas que apresentasse um conjunto de estratégias, fluxos e protocolos de atuação conjunta entre os Ministérios e as Secretarias Nacionais de forma a garantir a transversalidade da política, a exemplo do que se previu na Portaria nº 1, de 4 de abril de 2018.

Registro Civil de Nascimento

O art. 102 do ECA (Lei nº 8.069/1990) garante a todas as crianças brasileiras o direito do Registro Civil de Nascimento. É por meio desse registro que o indivíduo se torna cidadão do país, estando apto a exercer seus direitos civis, políticos, econômicos e sociais frente ao Estado brasileiro. Comprovado pela certidão de nascimento, o registro civil permite a inserção da criança em programas sociais, sua matrícula em escolas e seu acompanhamento pela rede pública de saúde e de proteção social. Em resumo, o Registro Civil de Nascimento é o primeiro passo para o exercício pleno da cidadania no país (IBGE, 2014).

O *Informativo de Estatísticas de Registro Civil*, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) anualmente, desde 1974, comprova a crescente queda dos percentuais de sub-registro no Brasil, ou seja, dos percentuais estimados de nascimentos que não foram registrados, refletindo importantes esforços para ampliar o acesso da população à documentação básica. Para calcular esse percentual, o IBGE utiliza a diferença entre os nascimentos registrados pela pesquisa de Estatísticas do Registro Civil e os nascimentos previstos na Projeção da População por Sexo e Idade.

Esse cálculo foi feito pela primeira vez em 1980, indicando um sub-registro de 23,8%; ou seja, 76,2% de todos os nascimentos esperados foram registrados devidamente. Em 1990, o sub-registro já correspondia a 17,8%, e essa tendência de queda foi mantida até 2014, quando atingiu 1% (IBGE, 2014). No entanto, cabe destacar que esse índice varia consideravelmente entre as regiões do país, conforme observado na tabela 30.

Tabela 30. **Nascimentos estimados e registrados, e percentual de sub-registro segundo as regiões, 2014**

Regiões	Nascimentos		Percentual de sub-registro (1%)
	Estimados	Registrados	
Brasil	2.933.186	2.904.964	1
Norte	333.252	296.101	12,5
Nordeste	899.566	803.556	11,9
Sudeste	1.102.813	1.166.985	- 5,5%
Sul	370.585	395.410	- 6,3%
Centro-Oeste	226.970	242.912	- 6,6%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2014 e Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Nota: Os números negativos se referem, provavelmente, a erro na estimativa, uma vez que nasceram e foram registradas mais crianças que as estimadas.

Observa-se que os percentuais de sub-registro permaneciam elevados nas regiões Norte e Nordeste em 2014. Vários fatores podem estar associados a esse cenário, tais como o acesso precário à informação e aos serviços de saúde e assistência social, às distâncias que precisam ser percorridas até os Cartórios de Registro Civil e os consequentes custos envolvidos para obter a certidão de nascimento. Apesar da gratuidade prevista desde 1997 na Lei nº 9.534, por desconhecimento da população e ausência de fiscalização a legislação é descumprida pelos Cartórios e pouco utilizada pela população.

Fatores adicionais são vinculados ao historicamente elevado sub-registro de crianças indígenas. Uma pesquisa realizada, em 2013, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef, sigla em inglês) buscou identificar os condicionantes do sub-registro de nascimento em comunidades indígenas na Amazônia Legal, que engloba a totalidade dos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, e parte do Estado do Maranhão. Com base na análise de dados colhidos em comunidades de seis etnias indígenas, foi possível concluir que os principais fatores ou entraves à garantia do direito do registro civil incluíam o desconhecimento da legislação, a violência institucional e o preconceito contra a população indígena – traduzido, por exemplo, na negação do direito de colocar o nome indígena das crianças na certidão de nascimento, segundo as práticas e crenças culturais das comunidades (UNICEF, 2013).

Na tentativa de reduzir os casos de subnotificação, foi aprovada a Lei nº 13.484/2017, alterando artigos da Lei nº 6.015/1973, como, por exemplo, o art. 51, que estabelecia que todos os nascimentos



ocorridos em território nacional deveriam ser registrados nos Cartórios das cidades em que o parto havia sido realizado, em um prazo máximo de 15 dias, podendo ser estendido para até três meses em casos de locais cuja distância supere 30 quilômetros da sede do Cartório. Isso potencializava casos de subnotificação, já que alguns pais que residiam em localidades distantes e isoladas não retornavam às cidades de ocorrência do parto para realizarem o registro de seus filhos.

De acordo com a nova regulamentação, os pais (ou ao menos um deles) podem escolher realizar o registro do nascimento de filhos no local do parto ou na cidade em que residem. Assim, pais que residem em pequenos municípios que não possuem maternidades instaladas poderão registrar seus filhos com a naturalidade do local em que vivem. Em 2017, aproximadamente 41% das cidades brasileiras enquadravam-se nessa situação (Agência Senado, 2017).

Além de garantir o exercício pleno da cidadania por parte de crianças e adolescentes, as estatísticas derivadas das informações de registro civil são uma fonte importante de informação sobre o crescimento populacional no país, servindo como subsídio elementar para a formulação e implementação de políticas públicas de diversas áreas.


Trabalho infantil e proteção ao adolescente trabalhador

Isa Maria de Oliveira, Forum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI) e Priscila Alves Scharth Gomes, Fundação Abrinq

O trabalho infantil impacta diretamente o desenvolvimento de crianças e adolescentes, sendo uma questão cada vez mais relevante na agenda internacional. Além de retirar delas o tempo para brincar, estudar e conviver em âmbito familiar e comunitário, o trabalho infantil pode ser a porta de entrada para outras violações de direitos, tais como a exploração sexual, o trabalho forçado, o tráfico de drogas ou outras atividades que impactem negativamente o processo de desenvolvimento físico, psicossocial, mental ou moral dessas crianças e desses adolescentes.

Por um lado, é importante reconhecer que os esforços realizados por governos, empresas e pela sociedade civil, de forma geral, resultaram em progressos importantes, que podem ser constatados pelas estatísticas e pelos estudos realizados até 2016. Por outro, tais progressos não podem encorajar a redução da relevância deste problema na pauta das agendas de políticas públicas, uma vez que ainda enfrentamos desafios consideráveis, atrelados a questões de desenvolvimento regional e territorial e à crise econômica pela qual o país atravessa.

A 3ª Conferência Global sobre Trabalho Infantil, realizada em 2013 no Brasil, reuniu representantes de governos, organizações de empregadores, Organizações da Sociedade Civil (OSC), atores da



sociedade civil e organizações regionais e internacionais para avaliarem os desafios e progressos alcançados desde a Conferência Global realizada em Haia, na Holanda, em 2010, e formularem novas estratégias para a erradicação de todas as formas de trabalho infantil.

Esse encontro culminou na elaboração da *Declaração de Brasília sobre o Trabalho Infantil*, documento que ressaltou o papel principal dos governos, em parceria com empregadores e OSC, na implementação de políticas públicas para prevenir e erradicar o trabalho infantil; a importância da promoção de ações que garantam o trabalho decente e o emprego pleno para os adultos, para que as famílias deixem de depender dos rendimentos advindos do trabalho infantil; a importância da garantia de acesso à educação gratuita, obrigatória e de qualidade para todas as crianças; a interação coerente e efetiva de diversas políticas e serviços públicos nas áreas de educação, trabalho, agricultura, saúde, proteção social etc.; e o compromisso com a produção de dados e estatísticas que permitam o monitoramento e a avaliação dos resultados das políticas implementadas, dentre outros pontos (Brasília, 2013). O documento foi incorporado ao Plano de Ação Global sobre o Trabalho Infantil da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

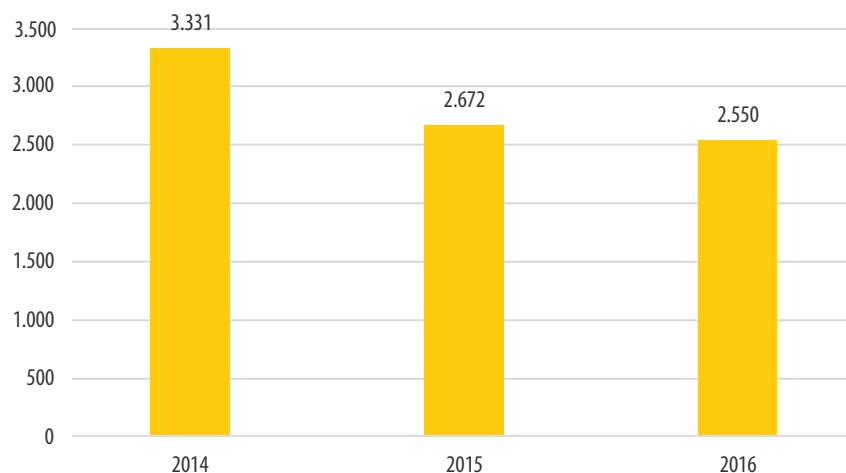
O cenário do trabalho infantil no Brasil

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2016 apontou forte queda do trabalho infantil, saindo de 2,6 milhões, em 2015, para 1,8 milhões, em 2016. Entretanto, a metodologia de apuração⁷⁷ foi alterada e no presente cenário incluímos 716 mil crianças e adolescentes que trabalham nas ocupações “produção para o próprio consumo” e “na construção para próprio uso”, excluídos pelo IBGE. Assim, diferente do apontado pela Pnad 2016 (1,8 milhão de crianças e adolescentes ocupados), o total considerado foi de 2.550.484.

77. Em 2016, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) implementou mudança na metodologia de aferição do trabalho infantil da Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio (Pnad) Contínua, inaugurando uma nova série histórica. De acordo com o IBGE, essa mudança metodológica se pautou em discussões internacionais sobre o tema e segue orientação da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Até a Pnad de 2015, eram consideradas atividades econômicas a produção para o consumo próprio, como a pesca e o plantio de alimentos, mas com a revisão metodológica, em 2016, essas atividades passaram a ser pesquisadas separadamente e não fazem mais parte do número oficial do trabalho infantil. A amostra da Pesquisa também passou de 1.100 municípios para 3.464.



Gráfico 42. Total de crianças e adolescentes entre cinco e 17 anos de idade em situação de trabalho infantil no Brasil, 2014 a 2016 – por mil



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014 a 2016.
Elaboração: Fundação Abrinq.

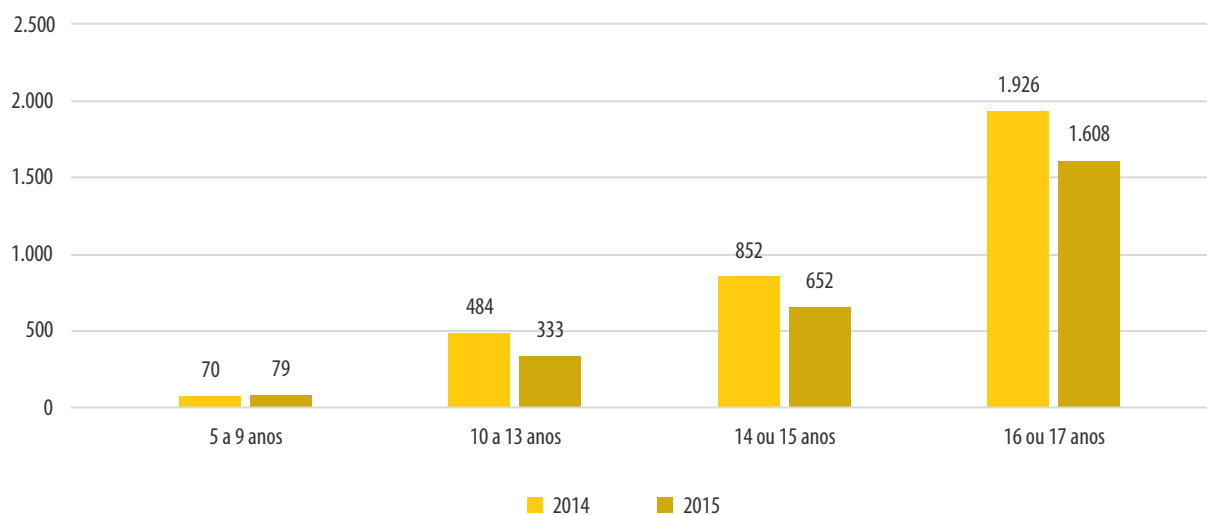
De acordo com estudo realizado pelo Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI) na publicação *O Trabalho Infantil nos ODS*, a Pnad, em 2015 apontou algumas características do trabalho infantil cujos percentuais têm se repetido, com algumas variações, ao longo dos anos: predominância de meninos, com 66% dos ocupados; taxa de escolarização de 79% para ambos os sexos; cerca de 24,6 horas trabalhadas por semana em todos os tipos de trabalho; e rendimento médio mensal de R\$ 515,00 (o salário mínimo, em 2015, era de R\$ 788,00).

O estudo traz ainda que cerca de 32% das crianças e dos adolescentes estavam inseridos na agricultura e que esta atividade teve maior predominância na faixa etária de cinco a 13 anos, representando 64,7% dos ocupados, índice próximo ao de 2014, que foi de 62,1%. O percentual se reduz nas faixas etárias mais velhas, com a realização de outros tipos de atividades que não a agricultura: 37,5%, entre 14 ou 15 anos, e 21,4%, entre 16 ou 17 anos.

De 1992, quando o IBGE iniciou as pesquisas sobre o tema, até 2015 houve uma diminuição de 5,1 milhões de crianças e adolescentes trabalhadores no país. Para o FNPETI, esse número reflete o investimento do Estado no enfrentamento da questão, mas precisa ser analisado com cautela, uma vez que o percentual daqueles que ainda trabalham é alto e o ritmo da redução é lento. Isto fez com que o país não atingisse a meta de erradicar as piores formas de trabalho infantil até 2016, conforme acordo proposto na II Conferência Global sobre Trabalho Infantil, em 2010, e ratificado na III Conferência Global sobre Trabalho Infantil, em 2013.

A situação permanece preocupante na faixa etária mais nova, entre cinco e nove anos, em que a incidência de trabalho vem crescendo nos últimos três anos: em 2013, 61 mil crianças nessas idades trabalhavam; em 2014, 70 mil; e em 2015, 79 mil, conforme o gráfico 43.

Gráfico 43. Crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil no Brasil, por grupos etários, 2014 e 2015 - por mil



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014-2015.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Ainda de acordo com a publicação *O Trabalho Infantil nos ODS*, ao se verificar que as atividades agrícolas são desenvolvidas de forma predominante por crianças e adolescentes de até 13 anos de idade, pode-se inferir que esse aumento na faixa de cinco a nove anos ocorreu principalmente no trabalho rural. Ressalta-se que, além de essa faixa etária ser proibida de trabalhar por lei, muitas atividades agrícolas estão inseridas na Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP, Decreto nº 6.481/2004) por causarem sérias consequências à saúde física e psíquica das crianças.

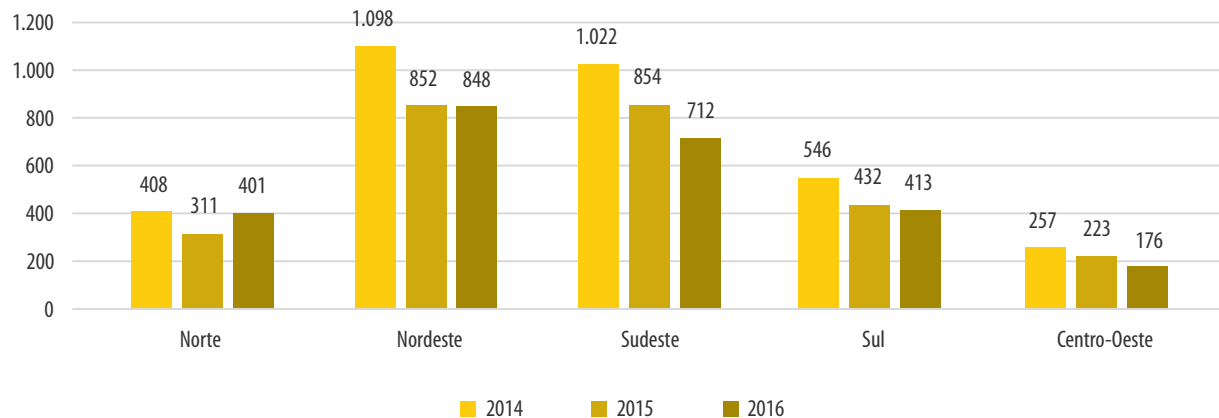
Segundo dados da Pnad, a região Norte foi a única na qual houve decréscimo entre 2014 e 2015, de 36,8%. Nas demais regiões houve acréscimo, sendo de 100%, no Centro-Oeste, de 50%, no Sul, de 32,1%, no Nordeste, e de 13,3%, no Sudeste⁷⁸. Já a Pnad de 2016 apontou novo crescimento na

78. *Diagnóstico do trabalho infantil no Brasil – Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2015 e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) 2015. Secretaria de Inspeção do Trabalho do Ministério do Trabalho (SIT/MTb).*



região Norte, saindo de 311 mil casos para 401 mil casos e demonstra redução mais significativa na região Centro-Oeste (168 mil casos), como pode ser visto no gráfico 44.

Gráfico 44. Crianças e adolescentes de cinco a 17 anos de idade em situação de trabalho infantil no Brasil, por regiões, 2014 a 2016 - por mil



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014 a 2016.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Observação: A análise dos dados foi realizada, em alguns casos, parcialmente, em 2014 e 2015, em razão da impossibilidade de comparação com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2016, devido a mudança metodológica já explicitada.

Aprendizagem

Jeniffer Caroline Luiz, Fundação Abrinq

No Brasil, a aprendizagem é permitida a partir dos 14 anos de idade até os 24 anos (Lei nº 10.097/2000, Decreto nº 5.598/2005). Empresas de grande e médio portes de qualquer natureza são obrigadas a contratar aprendizes num percentual mínimo de 5% e máximo de 15% dos trabalhadores cujas funções demandem formação profissional. A contratação é facultativa apenas para microempresas e empresas de pequeno porte. A fiscalização para o cumprimento da cota de aprendizagem está a cargo do Ministério do Trabalho (MTb). Mesmo com a lei, o país precisa avançar muito para garantir que mais adolescentes e jovens estejam inseridos na aprendizagem ou no trabalho decente, para aqueles acima de 16 anos. De acordo com o *Observatório Nacional do Mercado de Trabalho*, órgão ligado ao MTb, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Contínua, há no Brasil 1 milhão de adolescentes entre 14 e 17 anos desempregados. A aprendizagem representa

apenas 5% do vínculo formal de trabalho de adolescentes e jovens no país. Mas, ainda que o percentual seja pequeno, ela vem crescendo gradualmente desde sua implantação. Em 2005, quando o decreto relativo ao tema entrou em vigor, foram contratados 57.231 aprendizes, subindo, em 2016, para 388.794, segundo o Boletim de Aprendizagem Profissional/MTb, com base nos dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais). Somente no primeiro semestre de 2017, foram contabilizados 203.434 aprendizes. Somando os 12 anos de vigor da lei, foram contratados 3.051.942 aprendizes no Brasil. Salienta-se que este valor abrange a faixa etária de 14 a 24 anos, conforme a Lei da Aprendizagem.

Nota explicativa sobre os dados de trabalho infantil da Pnad Contínua 2016⁷⁹

O Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI) compartilha com todos a sua avaliação sobre os dados de trabalho infantil da Pnad Contínua 2016, divulgados pelo IBGE.

Ressaltamos que as informações precisam ser avaliadas e compreendidas a partir da seguinte mudança metodológica: foram excluídas da análise de dados sobre trabalho infantil as crianças e os adolescentes que trabalham nas ocupações “produção para o próprio consumo” e “na construção para próprio uso”. Nessas ocupações, há uma maior incidência de trabalho infantil abaixo de 13 anos de idade.

Os dados apresentados de 1,8 milhão de crianças e adolescentes de cinco a 17 anos de idade e de 30 mil na faixa de cinco a nove anos mascaram a realidade do trabalho infantil no Brasil. Assim, o Fórum considera o total de 2,5 milhões de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil, uma vez que continua incluindo no cômputo as ocupações suprimidas.

A partir dessa mudança metodológica, as crianças e adolescentes que trabalham na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso ficarão excluídas das ações e programas de prevenção e erradicação do trabalho infantil. Essa exclusão é mais uma violência do Estado brasileiro, que desconsidera que crianças e adolescentes nessas ocupações são trabalhadores infantis.

A falta de dados consistentes e periódicos sobre a quantidade e especificidade dos casos de trabalho infantil dificulta seu acompanhamento e fragiliza a elaboração de políticas públicas estratégicas, essenciais quando consideramos a heterogeneidade dos casos no país. Dados do Censo Suas 2016, por exemplo, demonstravam que 46% dos municípios não realizavam busca ativa de famílias com situação de trabalho infantil. Para agravar esse cenário, quase 81% dos municípios declarou que não elaboraram estudos e diagnósticos sobre o trabalho infantil em 2016, e 70% não possuíam qualquer levantamento ou pesquisa sobre a incidência de trabalho infantil no município. A ausência de busca ativa e de diagnósticos locais potencializa a invisibilidade das crianças e dos adolescentes nessa situação, que muitas vezes não são alcançadas pelas ações governamentais.

79. Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI).




Outra medida de fundamental importância para combater o trabalho infantil é garantir o avanço da implementação efetiva da Lei da Aprendizagem, estabelecida pela Lei nº 10.097/2000 e regulamentada pelo Decreto nº 5.598/2005 e pelo Decreto nº 8.740/2016. Esses instrumentos visam garantir o direito fundamental à formação profissional para adolescentes e jovens entre 14 e 24 anos de idade inscritos em programas de aprendizagem, tornando obrigatório o cumprimento de uma cota de aprendizagem, que varia de 5% a 15%, nas empresas de médio e grande portes. Assim, os empregadores devem não só contratar na faixa etária mencionada, mas garantir sua formação técnico-profissional em funções que potencializem seu desenvolvimento físico, moral e psicológico. A Lei da Aprendizagem determina a efetivação de um contrato de aprendizagem com a duração de até dois anos, assegurando aos aprendizes todos os direitos trabalhistas compatíveis, tais como registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), salário-mínimo hora e férias.

Considerando os dados apresentados na Pnad 2015, que revelaram mais de 2 milhões de adolescentes entre 14 e 17 anos de idade em situação de trabalho infantil, a operacionalização efetiva da Lei da Aprendizagem constitui-se como estratégia essencial na mudança dessa realidade. Ainda assim, muitas empresas não cumprem a cota estabelecida em lei.

Visando incentivar o aumento do número de vagas e a contratação de aprendizes por parte das empresas de médio e grande portes, o governo federal publicou, em 2016, o Decreto nº 8.740, que determina que os jovens aprendizes poderão exercer as atividades práticas fora da empresa contratante. Tal regulamentação favorece empresas que ainda não cumprem a cota de aprendizagem definida em lei, e cujas atividades ou locais de trabalho dificultam a realização das aulas práticas, ou cujas atividades que imprimem consequências danosas para o desenvolvimento do adolescente, proibidas pela legislação por serem consideradas “Piores Formas de Trabalho Infantil”. Nesse caso, as empresas poderão contratar os aprendizes, que desenvolverão as aulas práticas em outras atividades econômicas, nas entidades qualificadas em formação técnico-profissional. Para tanto, deverá ocorrer a formalização de um termo de compromisso entre as empresas e o MTb.

Além disso, cabe destacar a importância da disseminação de informações a respeito da implementação da Lei da Aprendizagem às empresas, ação que deve ser realizada por governos e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, nos três níveis federativos, sobretudo em âmbito municipal, a partir da criação de meios efetivos de comunicação a respeito da importância dessas ações e dos benefícios reservados às empresas que as implementam. Ademais, o potencial de contratação de aprendizes ultrapassa o rol de empresas de médio e grande portes definidas em lei. Há um imenso potencial de contratação de jovens aprendizes por pequenas e médias empresas brasileiras, considerando a expressiva predominância destas no cenário econômico brasileiro. Por meio do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego, tais empresas também podem contratar aprendizes, oferecendo oportunidades para milhares de jovens pelo país.

Além dos pontos levantados acima, é essencial considerar que qualquer política pública de prevenção e erradicação do trabalho infantil possui um caráter intersetorial implícito. No entanto, a operacionalização dessa intersetorialidade é comumente subestimada e pouco praticada, permitindo a perpetuação de ações desconexas, isoladas e pouco efetivas.



Alguns dados do Censo Suas oferecem indicativos sobre a frágil intersectorialidade das políticas públicas voltadas às crianças e aos adolescentes em situação de trabalho infantil. Segundo o levantamento citado, 73% dos municípios declararam que não encaminhavam famílias com situação de trabalho infantil para programas e projetos de inclusão produtiva e/ou geração de trabalho e renda, e 74% não faziam encaminhamentos para programas ou projetos de capacitação profissional⁸⁰. A implementação dessas ações constitui-se como uma importante estratégia para romper o ciclo de pobreza no qual essas famílias estão inseridas, conforme citado na *Declaração de Brasília* e em diversos estudos e levantamentos. Além disso, em 59% dos municípios não havia encaminhamentos de famílias com situação de trabalho infantil para atendimento em outras políticas públicas, demonstrando uma clara fragilidade de ação intersectorial.

Medidas socioeducativas

O *Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)* 2014, realizado pela Coordenação Geral do Sinase, vinculada à Secretaria Nacional dos Direitos Humanos da Criança e Adolescente, congregou dados nacionais sistematizados sobre o atendimento socioeducativo realizado em instituições de privação e restrição de liberdade durante o referido ano, além de apresentar dados sobre o panorama nacional da execução de medidas socioeducativas em meio aberto, realizados no âmbito do Suas.

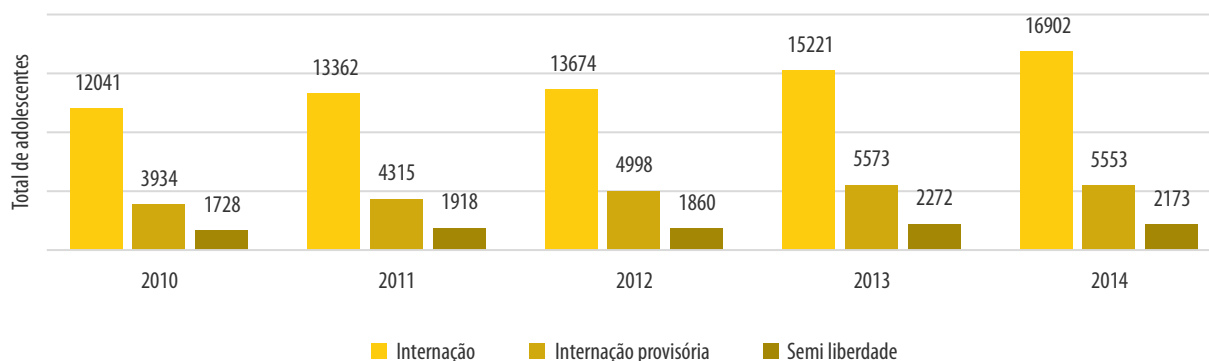
Até o final de 2014, o *Levantamento* apontou um número total de 24.628 adolescentes e jovens, de 12 a 21 anos de idade, em restrição e privação de liberdade através de internação, internação provisória e semiliberdade. Isso correspondia a 0,1% dos adolescentes de 12 a 18 anos no país, considerando a estimativa populacional do IBGE para o ano de 2014.

O número de adolescentes em situação de restrição e privação de liberdade vem apresentando uma elevação constante. Analisando os tipos de medidas mais comumente aplicadas, nota-se o incremento da aplicação da medida de internação, que em 2014 correspondeu a quase 70% das medidas desse tipo aplicadas.

80. Dados do Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) 2016.



Gráfico 45. Total de adolescentes e jovens em restrição e privação de liberdade, Brasil, 2010 a 2014 – por tipo de medida



Fonte: Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) 2014.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Em 2015, o Conselho Nacional do Ministério Público publicou o *2º Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes*. Nele, são apresentados dados sobre o perfil do público atendido, os processos internos e a estrutura e capacidade de atendimento das unidades de internação e semiliberdade em 2014. Sobre esse último ponto, os dados são alarmantes. De um total de 369 unidades de internação distribuídas pelo país, 317 foram inspecionadas pelo Ministério Público (MP) para a produção do relatório.

Considerando o aumento constante do número de internações citado anteriormente, é razoável questionar a capacidade de atendimento das referidas unidades. O relatório faz a comparação entre a capacidade de atendimento e o número efetivo de atendidos, demonstrando o preocupante índice de superlotação observado, principalmente, na região Nordeste.

Tabela 31. **Capacidade e ocupação total nas unidades de internação, regiões, 2013 e 2014**

Região	Capacidade total		Ocupação total		Percentual de ocupação (superlotação)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Centro-Oeste	1.345	1.433	2.238	2.291	166,4	159,9
Nordeste	2.334	2.360	4.409	4.355	188,9	184,5
Norte	1.433	1.349	1.162	1.213	81,1	89,9
Sudeste	10.417	11.065	10.662	11.926	102,4	107,8
Sul	1.972	1.865	1.821	2.038	92,3	109,3
Total	17.501	18.072	20.292	21.823	115,9	120,8

Fonte: Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2015.
Elaboração: Fundação Abrinq.

O documento aponta que a superlotação do sistema socioeducativo supera, em alguns casos, a lotação do sistema prisional, comprometendo perigosamente a qualidade deste sistema. O baixo nível de investimentos, aliado à deterioração do sistema de atendimento socioeducativo e ao crescente número de adolescentes encaminhados a ele pode ocasionar, no curto prazo, um colapso iminente.

De fato, já observamos sinais desse colapso em alguns Estados. Em 2016, por exemplo, o Ministério Público do Rio de Janeiro ajuizou uma Ação Civil Pública, alegando as condições insalubres das unidades de internação do Estado, incluindo a proliferação de casos de tuberculose entre os adolescentes, esgoto sem tratamento e alimentação insuficiente⁸¹. A condição, que já era crítica no início do referido ano, agravou-se ainda mais com o aumento do número de adolescentes internados e a crise financeira estadual, gerando uma dívida de mais de R\$ 50 milhões apenas no exercício de 2016. Em 2017, o índice de superlotação do Estado do Rio de Janeiro já atingia 230%⁸².

Um outro dado relevante relaciona-se ao acesso, por parte dos trabalhadores da assistência social municipal, a capacitações sobre a temática das medidas socioeducativas. Em 2015, dos 5.500 municípios que responderam ao Censo Suas, 4.070 relataram que os profissionais da assistência social não receberam capacitações sobre a temática durante o ano de 2014, o que representa 74%. Já o Censo Suas 2016 apontou que 33% dos Creas instalados no país não contavam com nenhum profissional que tivesse recebido qualquer capacitação sobre o tema “Sistema Socioeducativo (Sinase) e Medidas Socioeducativas”.

81. Reportagem MP do RJ recorre à Justiça para impedir colapso do sistema socioeducativo, publicada em 18 de dezembro de 2016 pelo portal O Globo.

82. Reportagem Adolescentes que cometerem infrações leves só serão internados no Degase se houver vagas, publicada em 6 de junho de 2017 pelo portal O Globo.



É importante ressaltar o desafio que observamos no que diz respeito à quantidade e qualidade dos dados que possuímos sobre o perfil e o atendimento ofertado aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. Possuímos levantamentos e estudos com periodicidade indefinida, impossibilitando a criação e análise de qualquer série histórica consistente sobre esse público. O relatório do Sinase 2014, por exemplo, foi lançado apenas em 2017, sendo o último de sua série até o momento.

Combate à violência doméstica

Dalka Chaves de Almeida Ferrari, Centro de Referência às Vítimas de Violência, Instituto Sedes Sapientiae e Marcia Oliveira, Rede Não Bata, Eduque


A importância da prevenção à violência doméstica para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5 e 16 da Agenda 2030

Enfrentar a violência doméstica contra crianças e adolescentes é um tema de extrema importância e precisa ser abordado de forma consistente e permanente pelas políticas públicas e pela sociedade brasileira.

O levantamento dos índices de violações, existentes no país, contra crianças e adolescentes, depende da capacidade de registro e atuação dos municípios. Constata-se que ainda não existe um sistema unificado de registro e notificação dos casos de violência, continuando a subnotificação revelada, aqui, nos relatórios anteriores. Da mesma forma, os desafios do governo continuam em grande escala, bem como, a capacidade de registro e atuação dos municípios é reduzida, necessitando da coordenação e do cofinanciamento federal para se alavancar. Todavia, buscou-se serviços, como o Censo Suas e o Disque Direitos Humanos (Disque 100), que são de abrangência nacional e têm registrado esses índices de violações contra crianças e adolescentes.

De acordo com o levantamento relacionado aos atendimentos realizados pelos Creas, Censo Suas de 2016:

- 1) 97,7% atenderam situações de abuso sexual, sendo que o abuso sexual representa qualquer ato de conotação sexual em que adultos submetem crianças e adolescentes a situações de estimulação ou satisfação sexual, imposto pela força física, pela ameaça ou pela sedução;
- 2) 88,9% atenderam situações de exploração sexual de criança ou adolescente, sendo que esta exploração sexual pressupõe uma relação de mercantilização, onde o sexo é fruto de uma troca, seja ela financeira, de favores ou presentes. A exploração sexual pode se relacionar a redes



criminosas mais complexas, podendo envolver um aliciador, que lucra intermediando a relação da criança ou do adolescente com o cliente;

- 3) Quase 20% dos Creas instalados no país não contavam com profissionais capacitados na temática de “Violência e Violação de Direitos”.

Em 2003, foi criada, no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos (MDH), uma área específica para tratar da prática da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes. Começa a ser implementado, então, o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Pnevsca), coordenando iniciativas importantes, como o Disque 100 e o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual, Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (Pair), que se tornou o principal programa federal de enfrentamento e está implantado em pouco mais de 500 municípios, ou seja, em apenas 10% do país após 15 anos de funcionamento. Atualmente, o Programa não prevê ações com financiamento federal, operando apenas no sentido de oferecer diretrizes.

Vale registrar que a Resolução nº 162, de 28 de Janeiro de 2014, do Conanda, aprova a revisão e publica o novo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.

O processo de revisão do Plano Nacional, coordenado pelo Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e pela Coordenação do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Ministério dos Direitos Humanos, impôs, em face das diversidades das várias regiões brasileiras e da dimensão continental do país, um amplo e detalhado processo de mobilização e debates, de forma a garantir a legitimidade das ações previstas e facilitar o monitoramento de sua implementação, e para a formulação conjunta de ações que demandam execução transversal.

O envolvimento do Conanda durante todo o processo de revisão foi fundamental para dar ao Plano Nacional o *status* de norteador das políticas públicas nessa área. Importante também resgatar que, em 2010, o Brasil produziu o Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, no âmbito do Conanda.

Torna-se relevante destacar que, no processo de revisão do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, houve a previsão de se fazer interface direta com as diretrizes do Plano Decenal, em especial as diretrizes contidas no Eixo 2 – Proteção e Defesa dos Direitos – Objetivo Estratégico 3.9 – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, com base no Plano Nacional temático.

Para guardar sintonia com o prazo de vigência do Plano Decenal, definiu-se como estratégico que as ações do Plano também sejam implementadas até 2020. Ao aprovar o novo Plano de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, o Conanda, o Comitê Nacional e



o Pnevscas reafirmam o compromisso de defesa intransigente dos direitos de crianças e adolescentes, sobretudo, daqueles que se encontram, circunstancialmente, em situação de ameaça ou violação ao direito fundamental de desenvolvimento de uma sexualidade segura e saudável.

Um estudo realizado em 2016 apontou o Brasil como um dos países com maior índice de violência contra crianças e adolescentes no mundo. Apesar de o estudo ter identificado uma relação direta entre o Produto Interno Bruto (PIB) e as estimativas de violência, o Brasil apresentou índices elevadíssimos de violência apesar de não estar entre os países com menor índice econômico.

Os dados do Disque 100 apresentam os alarmantes números da violência contra crianças e adolescentes no país. No período de 2014 a 2016, os números absolutos tenderam a diminuir, porém em 2017 os índices voltaram a aumentar. Em 2014, foram 91.342 denúncias, em 2015, 80.437, em 2016, 76.171, e em 2017, 84.049⁸³, onde os quatro tipos de violência que mais aparecem são negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual.

Segundo os dados, os autores de violências contra crianças e adolescentes são aqueles que deveriam protegê-las ou que mantêm alguma relação com elas. As denúncias apresentam como suspeitos as seguintes pessoas⁸⁴: 37% as mães, 18% os pais, 5% os padrastos, 13% outro membro da família, 1% alguém com quem a criança ou adolescente mantém relações amorosas (namorados, namoradas, maridos, esposas, companheiros, companheiras, ex-namorados, ex-namoradas, ex-maridos, ex-esposas, ex-companheiros, ex-companheiras) e 5% por alguém que conhece a vítima⁸⁵, somando 79% das denúncias. Veja o gráfico 46.

Os locais onde ocorre a violência contra crianças e adolescentes são:

- 57%, na casa da vítima;
- 22%, na casa do suspeito;
- 9%, em outros locais;
- 7%, na rua;
- 4%, na escola;
- 1%, em órgão público.

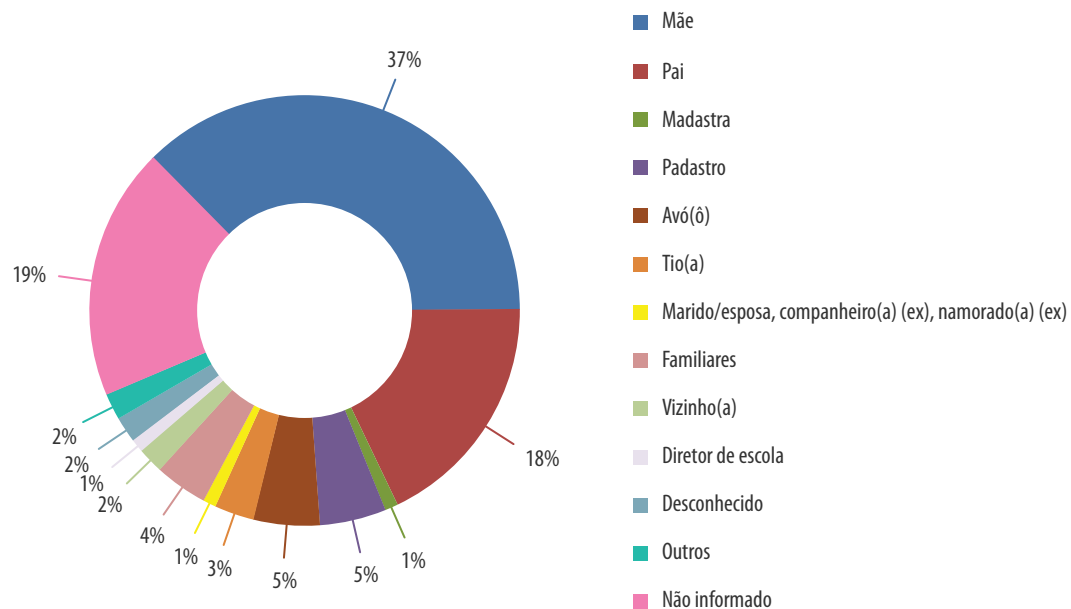
Verifica-se que 61% das denúncias de violação de direitos ocorrem na própria casa e na escola, espaços que deveriam ser locais de proteção. Veja o gráfico 47.

83. Fonte: Ministério dos Direitos Humanos (MDH) – Disque Direitos Humanos (Disque 100), Balanço Geral Crianças e Adolescentes Nacional. Período de 2011 a 2017, emitido em 14 de fevereiro de 2018.

84. Percentuais de denúncias do ano de 2017 apresentados na planilha emitida pelo Ministério dos Direitos Humanos (MDH) – Disque Direitos Humanos (Disque 100), Balanço Geral Crianças e Adolescentes Nacional. Período de 2011 a 2017, emitido em 14 de fevereiro de 2018.

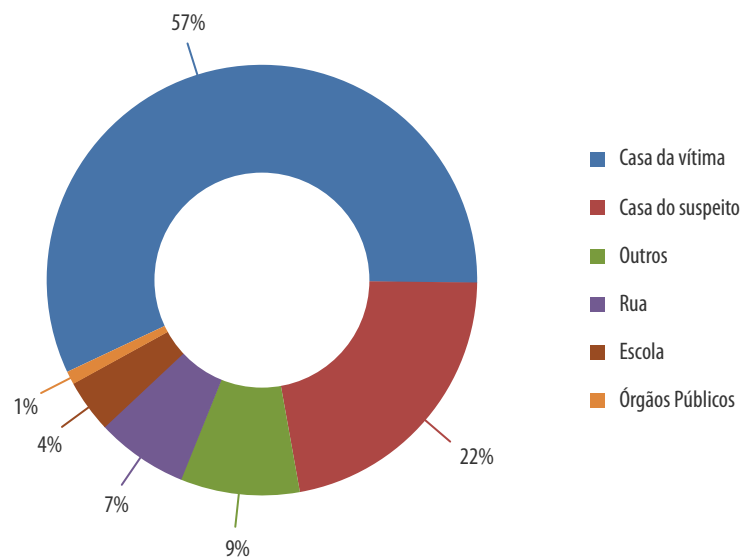
85. Amigo, chefe de trabalho/emprego, diretor de escola, diretor de Unidade Prisional, empregador, empregado, líder religioso, professor ou subordinado.

Gráfico 46. Relação suspeito/vítima, 2017



Fonte: Ministério dos Direitos Humanos (MDH)/Disque Direitos Humanos (Disque 100)/Balanço Geral Crianças e Adolescentes. Elaboração: Rede Não Bata, Eduque.

Gráfico 47. Local da violação, 2017

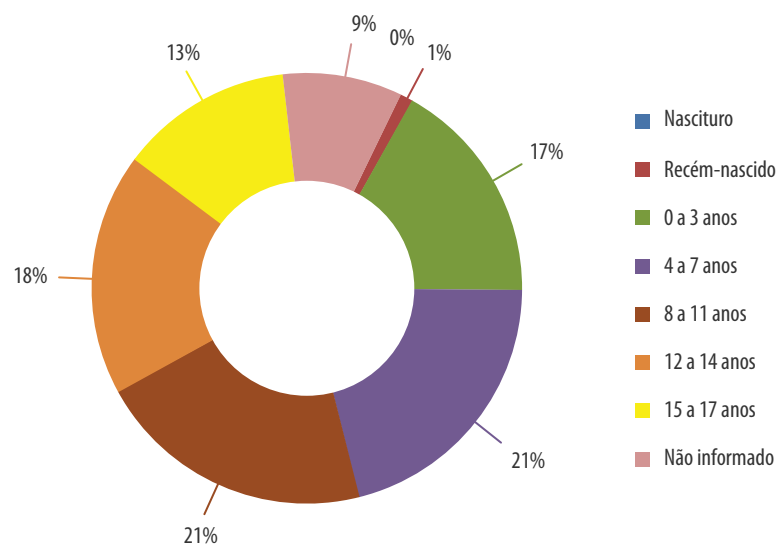


Fonte: Ministério dos Direitos Humanos (MDH)/Disque Direitos Humanos (Disque 100)/Balanço Geral Crianças e Adolescentes. Elaboração: Rede Não Bata, Eduque.



Quanto ao perfil das vítimas, os dados do Disque 100 apontam que 60% das denúncias de violência atingem crianças de zero a 12 anos de idade incompletos e, dentre esses, 17% correspondem à violência contra crianças de zero a três anos. Veja o gráfico 48.

Gráfico 48. **Faixa etária da vítima, 2017**

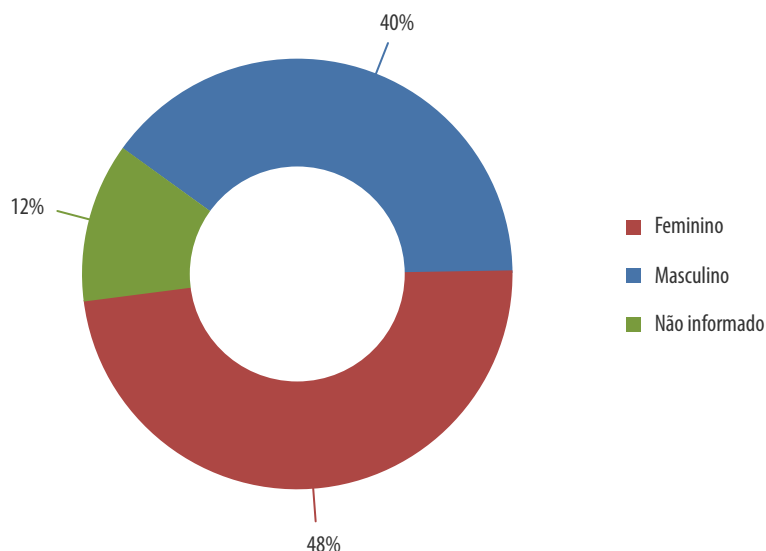


Fonte: Ministério dos Direitos Humanos (MDH)/Disque Direitos Humanos (Disque 100)/Balanço Geral Crianças e Adolescentes.
Elaboração: Rede Não Bata, Eduque.

As meninas sofrem mais violência que os meninos, exceto a violência física, onde o percentual de ocorrência contra meninos é maior. Vale ressaltar alguns dados referentes à ocorrência de abuso sexual, que para as meninas corresponde a 68,42% dos casos e para meninos 18,07%, não tendo sido informado o sexo em 13,51% das denúncias ocorridas em 2015⁸⁶. Quanto ao local de ocorrência do abuso sexual, 50,94% é a casa da vítima, 7,21% dos suspeitos de terem cometido a violência são namorados, namoradas, maridos, esposas, companheiros, companheiras, ex-namorados, ex-namoradas, ex-maridos, ex-esposas, ex-companheiros ou ex-companheiras e 56,75% são algum membro da família ou conhecido das crianças e dos adolescentes. Esse quadro mostra uma das faces mais cruéis da violência doméstica e apresenta questões culturais como o machismo e as desigualdades nas relações de gênero.

86. Percentuais de denúncias do ano de 2015 apresentados na planilha emitida pelo Ministério dos Direitos Humanos, Disque Direitos Humanos (Disque 100). Geral de Denúncias. Balanço Geral crianças e adolescentes – Nacional. Emitido em 15 de julho de 2016.

Gráfico 49. Perfil da vítima/sexo, 2017



Fonte: Ministério de Direitos Humanos (MDH)/Disque Direitos Humanos (Disque 100)/Balanço Geral Crianças e Adolescentes.
Elaboração: Rede Não Bata, Eduque.

Estas estatísticas precisam ser analisadas e enfrentadas se o Brasil deseja alcançar as metas da Agenda 2030, em especial os ODS 5 – Alcançar a igualdade de gênero e promover a autonomia de todas as mulheres e meninas e 16 – Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, oferecer a todos o acesso à Justiça e construir instituições efetivas, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

No Brasil, existem marcos legais que favorecem o estabelecimento de políticas públicas e dotação orçamentária de enfrentamento à violência doméstica, como, por exemplo, a Lei nº 13.010/2014, de 26 de junho de 2014 (Lei Menino Bernardo). A norma estabelece uma série de estratégias de enfrentamento aos castigos físicos, cruéis e degradantes no processo educativo e de cuidado de crianças e adolescentes em todos os âmbitos de cuidado e proteção que podem favorecer a prevenção da violência doméstica. O Comitê de Direitos Humanos recomendou ao governo brasileiro todos os esforços para a efetivação da Lei e a promoção de formas não violentas e participativas de Educação Infantil e disciplina⁸⁷.

87. Recomendação nº 6.203 do documento da Organização das Nações Unidas (ONU). Human Rights Council. Working Group on the Universal Periodic Review. Twenty-seventh session Geneva, 1–12 May 2017. Draft report of the Working Group on the Universal Periodic Review* Brazil. A/HRC/WG.6/27/L.9.




Desta forma, se o Brasil pretende alcançar as metas – Erradicar a pobreza e promover a prosperidade em um mundo em mudança, em especial o ODS 5, e em 2019 – Empoderando as pessoas e garantindo inclusão e igualdade, em especial o ODS 16, é importante que o governo federal implemente políticas públicas que favoreçam o enfrentamento à violência doméstica e o estabelecimento de campanhas de conscientização de prevenção à negligência, a violência psicológica, física e sexual contra crianças e adolescentes.

Lei nº 13.431/2017

Em abril de 2017, foi promulgada a Lei nº 13.431, que “estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA))” e, conforme previsto, entrou em vigor em abril de 2018.

O Brasil tem promovido importantes avanços no que se refere à proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes através da criação de marcos legais, porém têm-se observado o grande desafio de garantir a efetivação destes direitos. Ao se considerar a estrutura e operacionalização das políticas de proteção integral, identificamos lacunas institucionais que por vezes colocam crianças e adolescentes em situação de revitimização e violência institucional, especialmente quando analisamos a complexidade da dinâmica de atendimento dos casos de violência. Apesar da Lei nº 13.431 se propor em sua essência à atenção a esta necessidade de reestruturação das políticas e fluxos de atendimento em nível local, a fim de melhorar o atendimento integral exigido pelas situações de violação, muitos hiatos permanecem na estruturação e proposição de atuação. A efetividade desta lei dependerá de investimentos do poder executivo nas três esferas (municipal, estadual e federal) a fim de promover a intersetorialidade necessária para a criação de canais de comunicação para a coordenação de fluxos de atendimento local e articulação das ações e políticas necessárias.

Apesar de se propor em inovar o atendimento de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência a partir da criação de mecanismos e princípios de integração das políticas de atendimento e a criação de Centros de Atendimento Integrados para crianças e adolescentes, a lei mencionada não se aprofunda no estabelecimento de políticas de prevenção, focando seu objeto na delimitação das competências e atribuições de cada órgão de atendimento e na normatização dos protocolos de escuta especializada, quando ocorre nos órgãos da rede de proteção (saúde, educação, assistência social), limitado estritamente ao necessário para o cumprimento de sua atribuição; e depoimento especial, quando a criança é ouvida perante a autoridade judicial ou policial, estando previsto a realização em ambiente acolhedor, por profissional capacitado no protocolo de entrevista.



No texto da Lei nº 13.431/2017 não há menção à Resolução Conanda nº 113/2006, que dispõe sobre os parâmetros para institucionalização e fortalecimento do SGDCA, de forma que não fica clara a relação do proposto novo “sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência”, com a rede de proteção e as políticas públicas já implementadas em cada território.

Dada a complexidade e amplitude das ações propostas que afetam as políticas de saúde, educação, assistência social e segurança pública, é preciso uma análise mais profunda e uma discussão mais ampla com os gestores municipais e estaduais, profissionais da rede de atendimento e sociedade civil para garantir que ao invés de fortalecer a rede de proteção integral, a implementação da lei de forma equivocada não venha a fragilizar a rede de proteção e as políticas públicas existentes. Para garantir que este não seja apenas mais um marco legal que não se concretiza na implementação de ações efetivas e eficientes, faz-se necessária a articulação com outros marcos legais que tratam da violência, tais como a Lei nº 13.010/2014 (Lei do Menino Bernardo), Sinase, Plano Nacional de Enfrentamento ao Trabalho Infantil e Plano Nacional de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, entre outros.

Conclusão

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 227, e posteriormente o ECA, estabelecem o princípio da proteção integral da criança e do adolescente, assegurando a prioridade não só na garantia dos direitos fundamentais comuns a todos os cidadãos brasileiros, mas também a responsabilidade de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, violência, discriminação e exploração devido à sua condição peculiar de pessoas em processo de desenvolvimento.

Desta forma, o princípio da proteção integral tem como fundamento a concepção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, e pressupõe atuação positiva por parte da família, da sociedade e do Estado na garantia dos direitos especiais decorrentes de sua condição.

Reconhecemos os avanços alcançados nos últimos anos no âmbito da legislação acerca da proteção e defesa de direitos de crianças e adolescentes, bem como na construção de políticas públicas e mobilização social em prol da causa, porém o Estado brasileiro necessita se engajar no fomento, efetivação e fortalecimento das leis e planos nacionais já vigentes de proteção a crianças e adolescentes. Para isso, faz-se necessária a adoção de estratégias sistemáticas, integradas e intersetoriais no nível federal, articuladas às ações estaduais e municipais.

Outro desafio urgente é a incorporação dos protocolos e fluxos de atendimento existentes em nível federal à realidade local, respeitando as individualidades e realidades específicas. Cabe ao governo federal, por meio dos Estados, cooperar com a implementação local de protocolos e



fluxos, disseminando experiências exitosas e com formação continuada para permitir uma atuação qualificada na ponta, sendo o grande definidor das diretrizes e também o propulsor das mudanças que devem ser realizadas.

EM 2015, 82,5% DOS MUNICÍPIOS NÃO POSSUÍAM QUALQUER LEVANTAMENTO OU PESQUISA SOBRE A EXISTÊNCIA DE LOCAIS DE EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SEUS TERRITÓRIOS

Apesar do avanço das políticas e ações voltadas à proteção de crianças e adolescentes e da publicização crescente da temática na mídia nos últimos anos, é importante ressaltar que a subnotificação ainda ocorre em muitos municípios brasileiros. Em 2015, por exemplo, 4.544 municípios, ou seja, 82,5% das cidades do país, declararam não possuir qualquer pesquisa ou levantamento sobre a existência de locais de exploração sexual de crianças e adolescentes em seus territórios⁸⁸.

Além disso, 60% dos municípios brasileiros não haviam definido instrumentos e fluxos de Notificação Compulsória das situações de violência e violação de direitos até 2015. Tal índice é inferior ao declarado em 2014⁸⁹, quando 87% dos municípios declararam não possuir tais fluxos, indicando avanços nesse sentido. A ausência desses fluxos, aliada à comum dificuldade de diálogo e ação intersetorial nos municípios, favorece a perpetuação de um quadro subestimado sobre a realidade do total de casos de violência e violação de direitos em nosso país.

Sem a implementação dos fluxos e protocolos não é possível garantir a apuração e o acompanhamento dos casos de violações de direitos de forma eficiente na Rede de Proteção, incidindo em revitimização de crianças e adolescentes em decorrência da violência institucional.


O fortalecimento e aperfeiçoamento do Disque 100, da Ouvidoria Nacional do Ministério dos Direitos Humanos, se constitui estratégia fundamental neste processo. A criação de um sistema integrado de registro dos casos de violência contra crianças e adolescentes, onde os atores do SGDCA tenham acesso para registrar e encaminhar os casos, notificando automaticamente as autoridades competentes e comunicando o Conselho Tutelar.

Isso possibilitaria a realização do monitoramento dos dados e a criação de estatísticas relacionadas, a fim de se produzir diagnósticos e consolidar mecanismos de monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Neste aspecto, a iniciativa de criação de programas e serviços que proporcionem atendimento integral e interinstitucional, proposto pela Lei nº 13.431/2017, poderia ser impulsionada pelo governo federal, com diretrizes para a instalação desses serviços e a criação de centros integrados

88. Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) 2015, Questionário Gestão Municipal.

89. Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) 2014, Questionário Gestão Municipal.



nas capitais e regiões metropolitanas, por exemplo, desde que assegurado os recursos federais e cofinanciamento de Estados e municípios.

É importante salientar os desafios que se colocam diante do novo regime fiscal e as limitações orçamentárias impostas, que se configuram como dificultadores à consolidação e manutenção das políticas e serviços, e essenciais à proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Tais medidas têm se desdobrado em enfraquecimento de políticas públicas existentes, como, por exemplo, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti).



Orçamento

IV - EIXO: INVESTIMENTO PÚBLICO



■ ■ IV - Eixo Investimento Público

Carlos de Medeiros Delcídio, Fundação Abrinq

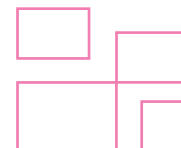
A análise do Orçamento Público Federal é um eixo de acompanhamento do Programa Presidente Amigo da Criança (PAC), que se propõe a identificar a destinação orçamentária em políticas públicas para a parcela da população que compreende crianças e adolescentes. A avaliação do orçamento público é um subsídio estratégico que deve ser utilizado para verificar qual a importância dada pelas gestões federal, estadual ou municipal em determinadas políticas, programas ou serviços, comportando-se como instrumento indispensável na análise das políticas públicas.

Por meio desta análise buscamos observar o respeito ao princípio da prioridade absoluta que, segundo nossa Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), também deve ser considerado no planejamento e na gestão orçamentária, ou seja, os recursos devem ser alocados de maneira prioritária a programas, projetos e ações que objetivem melhorias na qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Os dados orçamentários foram obtidos no portal *Siga Brasil Especialista*, sistema de acompanhamento do Orçamento Geral da União (OGU), disponibilizado pelo Senado Federal, e os cálculos de projeção da população total do Brasil e população de zero a 18 anos de idade foram realizados pela Fundação Abrinq.

Nosso objetivo é demonstrar como se dá o processo orçamentário a partir do cenário da gestão 2015-2018, tornando-se necessário apontar os desafios da gestão da presidente Dilma Rousseff com o planejamento e a execução do orçamento diante da crise política e econômica, os reflexos da paralisação do Congresso Nacional em torno do processo de seu afastamento e o posterior *impeachment*, e a continuidade da administração pelo seu sucessor, o presidente Michel Temer.

A crise política vivenciada pelo país, reforçada pelo processo do afastamento da presidente Dilma Rousseff, agravou a crise econômica, especialmente no ano de 2015, quando a inflação atingiu 10,67% e o Produto Interno Bruto (PIB) encolheu 3,8%, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).





Trata-se de uma consideração importante, uma vez que na lógica incremental de investimentos em políticas públicas, para que fosse possível ampliar 10% de gastos em políticas para crianças e adolescentes, por exemplo, teríamos que aumentar em 20,67% os investimentos a fim de corrigir os efeitos inflacionários, considerando que o país perdeu quase 4% de sua capacidade de produzir riqueza.

A crise econômica impôs a criação de uma agenda de ajustes fiscais liderada inicialmente pelo então ministro da Fazenda, Joaquim Levy, substituído posteriormente por Nelson Barbosa, o que evidenciou a corrosão do apoio político da presidente Dilma Rousseff junto ao Congresso Nacional, principalmente junto à Câmara dos Deputados, presidida por Eduardo Cunha. Na contramão, o Congresso propôs uma série de reajustes salariais, bloqueio de novas formas de arrecadação de tributos e projetos de lei que dificultaram e impediram a administração federal de atingir a meta fiscal, batizados pela imprensa de “pautas-bomba”.


Isso refletiu de forma acentuada na execução orçamentária de vários programas sociais importantes, como, por exemplo, o Programa Caminho na Escola, que em 2015 tinha orçamento previsto de R\$ 579,3 milhões, dos quais foram executados R\$ 116 milhões, ou seja, 20% de execução.

Em 2016, o Brasil se manteve em situação de acentuada recessão econômica e instabilidade política. Em agosto, o Senado Federal aprovou o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e a inflação do ano alcançou 6,29%, com redução do PIB de 3,6%, (dados do IBGE, 2016). Considerando os anos de 2015 e 2016, houve uma retração do PIB de 7,2%, a maior já registrada pelos órgãos oficiais (IBGE e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)) desde 1948.

No final de 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que impôs teto de gastos públicos por 20 anos e, portanto, impede a ampliação dos investimentos em ações fundamentais e legítima a redução de recursos em políticas já estruturadas. Para notar essa tendência, podemos observar o Programa Brasil Carinhoso, que registra três anos de quedas consecutivas em seu orçamento. De acordo com o Ministério da Educação (MEC), a previsão orçamentária foi de R\$ 642.692.960,00, em 2015, para R\$ 344.250.112,00 em 2016, uma queda de mais de 45%, e o orçamento aprovado em 2017 foi de R\$ 137.000.000,00, provocando redução drástica em um programa que beneficia crianças de zero a três anos de idade em situação de pobreza extrema.

Vale registrar que as inferências que serão feitas ao longo desta análise apontarão tendências de desempenho da gestão das políticas no que diz respeito ao seu orçamento. Os resultados das análises apresentadas a seguir não dão conta, por si só, de contemplar toda a complexidade do desempenho das políticas públicas voltadas ao público de crianças e adolescentes. A escassez ou o excesso de recursos financeiros não garante, de maneira isolada, o fracasso ou sucesso de determinada ação sobre um problema de interesse público, mas constituiu parte fundamental na definição de sua trajetória.

O estabelecimento de relações de causalidade entre os recursos alocados e variáveis sociais, como a eliminação e/ou redução de iniquidades tais como as envolvidas no *Termo de Compromisso do*



Presidente Amigo da Criança, constitui um grande desafio, principalmente nas políticas de proteção social, diante da carência de informações que retratem precisamente o cenário de vulnerabilidade da população e os resultados da aplicação dos recursos públicos.

Entre as dificuldades para a realização das análises de maneira mais aprofundada, podemos indicar:

- a ausência de ferramentas de relacionamento entre o emprego dos recursos e o desempenho dos indicadores sociais;
- o alto nível de agregação dos programas orçamentários;
- a não correspondência direta entre o programa de política e o programa orçamentário (por exemplo, o Programa Brasil Carinhoso não possui rubrica orçamentária própria).

A periodicidade de divulgação dos dados não permite que as análises sejam feitas com a rapidez desejada. Nos ateremos, nas análises da apuração do Orçamento Criança e Adolescente (OCA), pela metodologia do Senado e da Fundação Abrinq, aos anos de 2015 e 2016, sendo feitas para 2017 e 2018 análises mais abrangentes do Orçamento, suportadas pelas tendências indicadas nas apurações e as previsões orçamentárias da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2017 e 2018.

Faz-se necessário aos diversos órgãos e agências governamentais envolvidos no atingimento dos resultados sociais e econômicos, que apresentem de maneira mais simplificada e inteligível as informações que possam demonstrar como essas relações se desenvolvem.

Contextualização da análise orçamentária

O cumprimento das metas orçamentárias envolve a implementação de um conjunto de ações de diversos órgãos da Administração Federal, tais como os Ministérios da Educação, Saúde, e Desenvolvimento Social, como condição para seu sucesso, mas não podem ser um fim em si mesmo, ou seja, o gasto público ou o processo de execução orçamentária não pode estar descasado do fim social a que ele se destina.

Podemos pensar em um programa orçamentário criado para construção de creches, como, por exemplo, o Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância), que não deve sofrer corte automático de recursos de um ano para outro como estratégia de planejamento orçamentário em caso de execução parcial. É necessário que sejam adotadas medidas para a adequada execução orçamentária e cumprimento da finalidade do programa de financiar a construção de creches com os recursos federais que, em razão da natureza do programa, não podem estar sujeitos, simplesmente, ao controle de execução financeira.



As execuções de programas e ações são encontradas, de forma expressa ou genérica, no OGU. Assim, a evolução da execução das despesas orçamentárias e o montante destinado por parte do governo federal constituem variáveis importantes para avaliação dos compromissos pactuados.

No Plano Plurianual (PPA), que em termos gerais constitui a orientação estratégica para a atuação da Administração Federal, são apresentados, na forma de lei, os objetivos qualitativos acompanhados das respectivas ações operacionais, que se prestam para orientar a atuação dos diversos agentes públicos e a consecução dos resultados de políticas públicas pretendidos. Para o período 2016-2019, “criança e adolescente” não possui um só tema contemplado no PPA elaborado e aprovado no início do governo, sendo tratado como uma “agenda transversal” dentro do planejamento orçamentário.

Orçamento Criança e Adolescente (OCA) no conceito do Senado Federal

O Senado apura o Orçamento Criança Federal por meio da seleção direta de alguns programas orçamentários que contemplam o financiamento de ações que afetam diretamente a qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Na tabela 32 é possível observar as despesas liquidadas por programa no OCA Senado, em 2015 e 2016, e o percentual de cada um deles.

Tabela 32. **Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Senado liquidado por programa, 2015 e 2016 (R\$)**

Programa	Liquidado 2015	% do OCA	Liquidado 2016	% do OCA
0152 - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (Pró-Sinase)	0	0,000	0	0,000
0903 - Operações Especiais: Transferências Constitucionais e Decorrentes de Legislação Específica	42.044.462.161	47,203	46.839.266.057	61,404
2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	118.581.334	0,133	0	0,000
2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	0	0,000	142.849.474	0,187
2019 - Bolsa Família	26.394.960.172	29,633	0	0,000
2019 - Inclusão Social por meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da Articulação de Políticas Sociais	0	0,000	27.501.891.520	36,054
2027 - Cultura: Dimensão Essencial do Desenvolvimento	0	0,000	116.414.162	0,153
2027 - Cultura: Preservação, Promoção e Acesso	145.527.848	0,163	0	0,000

Tabela 32. Continuação – Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Senado liquidado por programa, 2015 e 2016 (R\$)

Programa	Liquidado 2015	% do OCA	Liquidado 2016	% do OCA
2030 - Educação Básica	18.647.151.570	20,935	0	0,000
2035 - Esporte, Cidadania e Desenvolvimento	0	0,000	89.851.585	0,118
2035 - Esporte e Grandes Eventos Esportivos	167.037.138	0,188	0	0,000
2037 - Consolidação do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	0	0,000	1.526.223.189	2,001
2037 - Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	1.383.358.067	1,553	0	0,000
2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas	16.130.496	0,018	0	0,000
2062 - Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes	11.498.266	0,013	0	0,000
2062 - Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes	0	0,000	1.198.830	0,002
2064 - Promoção e Defesa dos Direitos Humanos	29.578.727	0,033	21.070.984	0,028
2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	20.779.096	0,023	11.522.638	0,015
2066 - Reforma Agrária e Governança Fundiária	0	0,000	14.114.797	0,019
2066 - Reforma Agrária e Ordenamento da Estrutura Fundiária	13.734.642	0,015	0	0,000
2070 - Segurança Pública com Cidadania	63.255.766	0,071	0	0,000
2071 - Promoção do Trabalho Decente e Economia Solidária	0	0,000	16.094.461	0,021
2071 - Trabalho, Emprego e Renda	15.867.673	0,018	0	0,000
Total	89.071.922.956	100,000	76.280.497.696	100,000

(*) As linhas em azul correspondem a programas inseridos no Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Senado de 2016.

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.

Elaboração: Fundação Abrinq.

Em 2015, o OCA Senado foi composto por 15 programas e totalizou o montante de R\$ 89,07 bilhões, redução de mais de 10% dos R\$ 99,47 bilhões apurados em 2014. Tal valor representa apenas 3,8% do orçamento da União no ano de 2015, de mais de R\$ 2,3 trilhões. Os programas percentualmente mais significativos nesse conjunto foram:

- 0903 – Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica – composto por transferências da União aos Estados e municípios associados à manutenção da Educação Básica – Salário Educação e Fundo de Manutenção de Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) – que representa 47,2% dessa apuração do OCA e soma pouco mais de R\$ 42 bilhões;



- 2019 – Bolsa Família – gastos associados ao mais significativo programa da Política de Desenvolvimento Social, que associa transferências diretas de renda a condicionalidades ligadas à políticas de saúde e educação, que representa 29,3% dos gastos desta apuração e soma R\$ 26,39 bilhões;
- 2030 – Educação Básica – composto por 27 ações orçamentárias também voltadas para a Educação Básica, somando R\$ 18,64 bilhões, que representaram 20,93% da apuração.

Os gastos associados a esses três programas representam 97% do OCA Senado, praticamente a totalidade orçamentária.

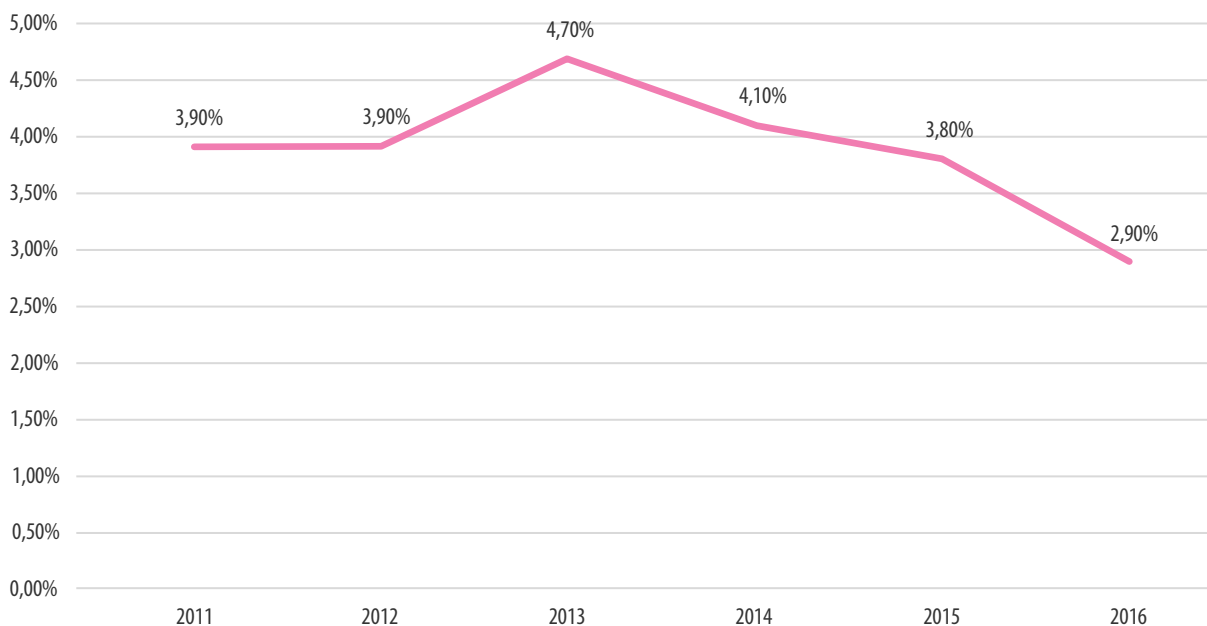
Em 2016, o OCA Senado esteve composto por uma listagem de 23 programas e em apenas 11 deles pode-se observar valores indicados em suas dotações iniciais e de liquidação. Nos outros 12 programas estavam indicados apenas restos a pagar de exercícios anteriores. A soma do valor liquidado desses programas indica um total de R\$ 76,28 bilhões, que configura uma queda de aproximadamente 15% em relação ao OCA Senado 2015, e também queda do Orçamento Total da União, que passou a ser de 2,9%. O Orçamento Total da União teve um aumento de aproximadamente 12% em 2016, passando a ser de R\$ 2,58 trilhões.

Os programas percentualmente mais relevantes na composição do OCA 2016 foram:

- 0903 – Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica – composto por transferências da União aos Estados e municípios associados à manutenção da Educação Básica – Salário Educação e Fundo de Manutenção de Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) – que representa 61,4% dessa apuração do OCA e soma pouco mais de R\$ 46,83 bilhões;
- 2019 – Inclusão Social por Meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da Articulação de Políticas Sociais – representa 36% da apuração e soma R\$ 27,5 bilhões. A soma de ambos totaliza mais de 97% dos gastos do OCA Senado, correspondendo, basicamente, à sua totalidade.

No gráfico 50, podemos observar a confirmação da queda no OCA Senado em relação à sua participação no OGU nos últimos dois anos de sua apuração.

Gráfico 50. Participação do OCA Senado no Orçamento Federal



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

Ao se comparar a apuração do OCA Senado em 2015 e 2016, é possível fazer alguns apontamentos quanto à sua estrutura:

- Vários programas inseridos no Orçamento de 2016 dizem respeito aos mesmos programas do Orçamento de 2015 com algumas pequenas alterações de nomenclatura, mas mantendo o mesmo código de identificação, como, por exemplo, 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e 2037 – Consolidação do Sistema Único de Assistência Social (Suas);
- Na tabela 33, pode-se observar que os programas com a nomenclatura originária de 2015 aparecem no relatório de 2016 apenas como Restos a Pagar (RP) (destacadas). Essa observação é importante para que possamos realizar a análise de tendência do comportamento dos gastos nestes programas.




Tabela 33. Execução da Lei Orçamentária Anual (LOA) 2016 – Orçamento Criança e Adolescente (OCA) por Programa (R\$)

Programa	Dotação inicial	Liquidado	RP pago	Pago+RP pago
0152 – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (Pró-Sinase)	0	0	0	0
2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	0	0	53.344.591	53.344.591
2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	375.339.205	142.849.474	0	141.066.876
2019 – Bolsa Família	0	0	52.231.041	52.231.041
2019 – Inclusão Social por meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da Articulação de Políticas Sociais	28.141.005.896	27.501.891.520	0	27.501.891.520
2030 – Educação Básica	0	0	6.673.255.232	6.673.255.232
2035 – Esporte, Cidadania e Desenvolvimento	748.044.417	89.851.585	0	88.377.619
2035 – Esporte e Grandes Eventos Esportivos	0	0	541.002.360	541.002.360
2037 – Consolidação do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	1.994.130.949	1.526.223.189	0	1.526.223.189
2037 – Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	0	0	875.967.678	875.967.678
2060 – Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas	0	0	122.241.003	122.241.003
2062 – Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes	0	0	45.001.622	45.001.622
2062 – Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes	80.011.422	1.198.830	0	1.198.830
2066 – Reforma Agrária e Governança Fundiária	27.027.196	14.114.797	0	13.128.960
2066 – Reforma Agrária e Ordenamento da Estrutura Fundiária	0	0	12.915.686	12.915.686
2070 – Segurança Pública com Cidadania	0	0	85.995.933	85.995.933
2071 – Promoção do Trabalho Decente e Economia Solidária	54.127.151	16.094.461	0	16.094.461
2071 – Trabalho, Emprego e Renda	0	0	1.529.771	1.529.771

Fonte: Siga Brasil/Painel Cidadão/Orçamentos Temáticos/Orçamento Criança e Adolescente (OCA)/Senado Federal.
Elaboração: Fundação Abrinq.

Como já apontado, os maiores gastos indicados na apuração são os relativos às transferências em Educação (Salário-Educação e Fundeb), que observaram um crescimento de aproximadamente R\$ 4 bilhões, tornando esse programa ainda muito mais representativo em relação aos outros gastos elencados. Cabe destacar que, nos gastos com Educação, o Programa 2030 – Educação Básica não apresenta nenhum gasto liquidado no orçamento de 2016, sendo apenas indicadas despesas em Restos a Pagar (orçamento que deveria ter sido executado em 2015).

Nos gastos relativos ao Sistema Único de Saúde (SUS), podemos observar um aumento de R\$ 20 milhões, não alterando significativamente a proporção desses gastos. O orçamento associado ao Programa Bolsa Família teve um aumento de aproximadamente R\$ 1 bilhão, ampliando sua representatividade nos gastos que compõem o OCA Senado. Vale observar, entretanto, que devido



ao crescimento do Orçamento Total da União, isso não apresenta relevante alteração no percentual de participação do Programa.

Entre os gastos de menor representatividade na apuração, cabe destacar, em 2016:

- Os gastos com Cultura não tiveram previsão orçamentária, sendo executados somente os restos a pagar;
- Diminuição significativa no orçamento do Programa associado à área de Esporte. O orçamento previsto, em 2015, era de R\$ 1,2 bilhões e, em 2016, passou para R\$ 748 milhões;
- Houve uma redução na previsão dos gastos com a consolidação do Suas de aproximadamente R\$ 500 milhões, saindo de R\$ 2,4 bilhões, em 2015, para R\$ 1,9 bilhões, em 2016. Destaca-se ainda que a execução orçamentária de 1,5 bilhão foi baixa, perdendo mais R\$ 400 milhões nessa política;
- Não aplicação de recursos no programa associado às políticas de prevenção de uso de drogas, aparecendo apenas em Restos a Pagar do exercício anterior;
- Não houve previsão nem execução de restos a pagar no programa Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase);
- Diminuição de mais de R\$ 10 milhões no orçamento do Programa 2062, associado à defesa e proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, onde estão vinculadas despesas com as medidas de proteção, Conselhos Tutelares e o Sistema de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes (SGDCA).

Em linhas gerais, confirma-se a diminuição dos gastos da Administração Federal nas políticas voltadas para crianças e adolescentes, segundo metodologia do OCA Senado Federal. As despesas para esse público foram reduzidas em 23%. As despesas voltadas a crianças e adolescentes representavam 3,5% dos gastos totais do governo federal em 2015. Já em 2016 passaram a representar 2,9%.

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

A apuração do OCA para o período analisado (2015-2016) foi realizada por meio da agregação das funções e subfunções orçamentárias, considerando todas as naturezas de despesa. As funções e subfunções fazem parte da classificação das despesas do orçamento e dizem respeito à indicação de que áreas de ação são contempladas pela despesa classificada, sendo as funções responsáveis pela classificação de maior abrangência (Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura etc.) e as subfunções responsáveis pelas classificações mais específicas (Atenção Básica, Ensino Fundamental, Difusão Cultural, Assistência a Criança e Adolescente).

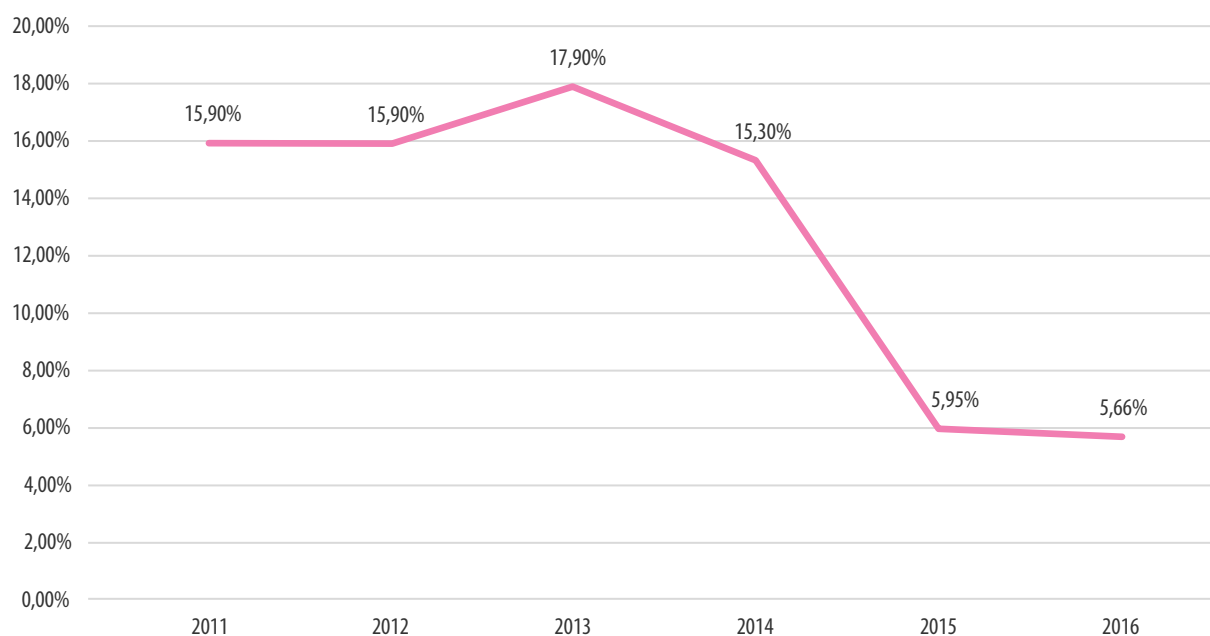


A aplicação dessa metodologia pode resultar numa consolidação mais abrangente de ações e despesas se comparada à metodologia apurada pelo Senado Federal, uma vez que agrega finalidades não exclusivamente em benefício da criança e do adolescente, por outro lado, ela proporciona a comparação da evolução dos gastos ao longo do tempo de forma mais consistente, com maior rigor classificatório e que permite deduzir uma proporcionalidade nas ações indiretas que revertem benefícios para as crianças e os adolescentes.

Em 2015, o Orçamento Criança do governo federal totalizou um montante de R\$ 137,03 bilhões, que representou aproximadamente 5,95% das despesas liquidadas pela União. Já em 2016, o OCA totalizou R\$ 146,56 bilhões, aumento do investimento que não se expressou em relação ao Orçamento Total, uma vez que o mesmo se reduziu para 5,66%.

Pode-se observar, no gráfico 51, o percentual da participação do Orçamento Criança no Orçamento da União, no horizonte temporal.

Gráfico 51. Participação do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Fundação Abrinq no Orçamento Total da União



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

Verifica-se uma forte tendência de queda do Orçamento Criança a partir do ano de 2014. Em 2013 houve o maior percentual de participação do OCA em relação ao Orçamento Total, chegando a 17,9%. Já em 2014, registra-se a primeira queda, passando para 15,3%, sendo mais expressiva em 2015 e 2016, chegando a 5,95% e 5,66%, respectivamente. A queda registrada é prejudicial ao desenvolvimento e manutenção das políticas para infância e adolescência.

Nas tabelas 34 e 35 apresentam-se os gastos liquidados, os gastos *per capita*⁹⁰ e o peso na composição do OCA para cada um dos Eixos (Saúde, Educação e Proteção) e suas funções associadas.

Tabela 34. **Orçamento OCA Federal Governo Federal Fundação Abrinq 2015 (R\$)**

	Total	Per capita	% do OCA
OCA Saúde	33.855.236.645,24	530,46	24,71
Saúde	31.746.902.262,40	497,42	23,17
Saneamento	81.273.469,98	1,27	0,06
Habitação	1.402.800.972,02	21,98	1,02
Gestão Ambiental	591.576.803,37	9,27	0,43
Demais	32.683.137,46	0,51	0,02
OCA Educação	86.491.337.476,05	1.355,18	63,12
Educação	44.230.216.238,95	693,02	32,28
Cultura	152.848.947,58	2,39	0,11
Desporto e Lazer	30.495.890,43	0,48	0,02
Demais	42.077.776.399,09	659,29	30,71
OCA Proteção	16.685.771.200,89	261,44	12,18
Assistência Social	16.328.654.965,43	255,84	11,92
Direitos de Cidadania	190.601.777,42	2,99	0,14
Demais	166.514.458,04	2,61	0,12
Total	137.032.345.322,18	2.147,08	100,00

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

90. Gastos da área divididos pelo total da população de crianças e adolescentes no período.



Tabela 35. OCA Federal Fundação Abrinq 2016 (R\$)


	Total	Per capita	% do OCA
OCA Saúde	34.669.798.353,31	538,92	23,65
Saúde	33.802.472.393,44	525,44	23,06
Saneamento	127.955.727,73	1,99	0,09
Habitação	0,00	0	0,00
Gestão Ambiental	667.883.682,30	10,38	0,46
Demais	71.486.549,83	1,11	0,05
OCA Educação	93.235.714.771,04	1.449,29	63,61
Educação	46.055.897.180,59	715,91	31,42
Cultura	160.027.835,66	2,49	0,11
Desporto e Lazer	24.206.277,78	0,38	0,02
Demais	46.995.583.477,01	730,52	32,06
OCA Proteção	18.662.900.990,63	290,1	12,73
Assistência Social	17.946.432.720,52	278,97	12,24
Direitos de Cidadania	558.399.563,85	8,68	0,38
Demais	158.068.706,26	2,46	0,11
Total	146.568.414.114,97	2.278,32	100,00

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

Quanto aos valores globais, como apontado anteriormente, observamos um pequeno aumento no valor do Orçamento Criança entre os dois exercícios, expresso também pelos aumentos em cada um dos três OCA, ligeiramente mais expressivo no OCA Educação.

No ano de 2015, o resultado do OCA *per capita* foi de R\$ 2.147,48, e, em 2016, foi de R\$ 2.278,32. Esse aumento não repõe a inflação do período, de 17,08%, em 2014 e 2015, sendo que o *per capita*, sem qualquer incremento, deveria ser de R\$ 2.514,26.

O OCA Educação é o mais representativo da composição, se mantendo acima de 63% do OCA em ambas as apurações, apresentando o valor de R\$ 86,49 bilhões, em 2015, e R\$ 93,23 bilhões, em 2016. No OCA Educação, as despesas da função Educação também possuem peso mais representativo. No conjunto 'Demais' do OCA Educação estão as despesas com transferências associadas ao Fundeb e ao salário-educação.



No cálculo das despesas *per capita*, o OCA Educação reforça sua posição de significância dentro da apuração geral, correspondendo a um total de R\$ 1.355,18 por criança, em 2015, e R\$ 1.449,29, em 2016. Os gastos *per capita* no OCA Saúde apresentaram os resultados de R\$ 530,46, em 2015, e R\$ 538,92, em 2016, e no OCA Proteção R\$ 261,44 e R\$ 290,10, respectivamente.

Essa divisão reflete uma constante das apurações do Orçamento Criança e Adolescente, também visível nos OCA dos municípios. Via de regra, o OCA Educação tende a ser expressivamente mais alto, sendo seguido pelo OCA Saúde e o OCA Proteção.

Um dos pontos a destacar na construção do OCA Educação é a baixa representatividade dos gastos na subfunção Educação Infantil, parte sensível da política de educação que contempla algum dos maiores desafios na área, como a cobertura de creche para a população de zero a três anos de idade. Em 2015, representavam pouco mais de R\$ 49 milhões e, em 2016, pouco mais de R\$ 79 milhões.

As funções ligadas a Cultura, e Desporto e Lazer, compõem percentual bem menos significativo em relação ao OCA. Somadas, chegam a 0,13% da composição do OCA Total em ambos os anos. Se foi possível observar um pequeno aumento dos gastos considerados na função Cultura, de pouco mais de R\$ 152 milhões, em 2015, para R\$ 160 milhões, em 2016, na função ligada a despesas com Desporto e Lazer se observou um decréscimo, de R\$ 30,49 milhões para R\$ 24,20 milhões de 2015 para 2016.

No OCA Saúde e no OCA Proteção, eles mantiveram entre 2015 e 2016 a sua posição de representatividade em relação à composição do OCA Total (próximo de um quarto). No primeiro ano da análise, o OCA Saúde era o segundo mais representativo, no valor de R\$ 33,85 bilhões, sendo majoritariamente composto pelos gastos na função Saúde, no valor de R\$ 31,74 bilhões. Em 2016, o OCA Saúde apresentou um valor quase que igual ao do exercício anterior, de R\$ 34,66 bilhões, sendo a representação da função Saúde na ordem de R\$ 33,8 bilhões.

Em 2015, o OCA Proteção apresentou o valor de R\$ 16,68 bilhões, sendo R\$ 16,32 bilhões desse total associados à função Assistência Social. No ano seguinte, o OCA Proteção indicou o valor de R\$ 18,66 bilhões, com R\$ 17,94 bilhões ligados à função Assistência Social.

Execução orçamentária

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



Como critério geral, considera-se toleráveis variações de até 8,6%, que correspondem ao gasto referente a um mês (um duodécimo), embora variações acima ou abaixo de 4,9% mereçam ser analisadas como acontecimento gerencial relevante. Ações com execução acima de 100% refletem a realização de gastos não planejados inicialmente e configuram a falta de previsão antecipada de créditos, enquanto que aquelas com grau de execução abaixo de 75% apontam a não confirmação da autorização de gastos equivalentes a aproximadamente de três meses.

Tabela 36. **Execução do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Senado, 2015**

Programa	2015		
	Dotação inicial	Liquidado	Grau de execução (%)
0152 - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (Pró-Sinase)	0	0	-
0903 - Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica	47.364.420.736	42.044.462.161	89
2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	551.520.480	118.581.334	21
2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	0	0	-
2019 - Bolsa Família	27.144.390.000	26.394.960.172	97
2019 - Inclusão Social por meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da Articulação de Políticas Sociais	0	0	-
2027 - Cultura: Dimensão Essencial do Desenvolvimento	0	0	-
2027 - Cultura: Preservação, Promoção e Acesso	676.519.832	145.527.848	21,5
2030 - Educação Básica	32.165.518.599	18.647.151.570	58
2035 - Esporte, Cidadania e Desenvolvimento	0	0	-
2035 - Esporte e Grandes Eventos Esportivos	1.258.891.832	167.037.138	13
2037 - Consolidação do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	0	0	-
2037 - Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	2.477.106.185	1.383.358.067	56
2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Alcool e Outras Drogas	320.998.778	16.130.496	5
2062 - Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes	204.214.600	11.498.266	6
2062 - Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes	0	0	-
2064 - Promoção e Defesa dos Direitos Humanos	117.186.511	29.578.727	25
2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	46.279.565	20.779.096	45
2066 - Reforma Agrária e Governança Fundiária	0	0	-
2066 - Reforma Agrária e Ordenamento da Estrutura Fundiária	32.550.000	13.734.642	42
2070 - Segurança Pública com Cidadania	546.529.727	63.255.766	11,5
2071 - Promoção do Trabalho Decente e Economia Solidária	0	0	-
2071 - Trabalho, Emprego e Renda	52.288.415	15.867.673	30
Total	112.958.415.260	89.071.922.956	79

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

Tabela 37. Execução do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Senado, 2016

Programa	2016		
	Dotação inicial	Liquidado	Grau de execução (%)
0152 - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (Pró-Sinase)	0	0	-
0903 - Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica	49.374.222.744	46.839.266.057	95
2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	0	0	-
2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	375.339.205	142.849.474	38
2019 - Bolsa Família	0	0	-
2019 - Inclusão Social por meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da Articulação de Políticas Sociais	28.141.005.896	27.501.891.520	98
2027 - Cultura: Dimensão Essencial do Desenvolvimento	313.740.663	116.414.162	37
2027 - Cultura: Preservação, Promoção e Acesso	0	0	-
2030 - Educação Básica	0	0	-
2035 - Esporte, Cidadania e Desenvolvimento	748.044.417	89.851.585	12
2035 - Esporte e Grandes Eventos Esportivos	0	0	-
2037 - Consolidação do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	1.994.130.949	1.526.223.189	76,5
2037 - Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas)	0	0	-
2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas	0	0	-
2062 - Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes	0	0	-
2062 - Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes	80.011.422	1.198.830	1
2064 - Promoção e Defesa dos Direitos Humanos	55.220.298	21.070.984	38
2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	19.808.837	11.522.638	58
2066 - Reforma Agrária e Governança Fundiária	27.027.196	14.114.797	52
2066 - Reforma Agrária e Ordenamento da Estrutura Fundiária	0	0	-
2070 - Segurança Pública com Cidadania	0	0	-
2071 - Promoção do Trabalho Decente e Economia Solidária	54.127.151	16.094.461	28
2071 - Trabalho, Emprego e Renda	0	0	-
Total	81.182.678.778	76.280.497.696	94

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

Na apuração do OCA Senado fica evidente a baixa capacidade de execução em praticamente todos os programas apontados; em 2015 a execução adequada dos principais programas, associados às transferências de Educação e Bolsa Família (89% e 97% de execução, respectivamente), garantiram por uma execução global próximo aos 80%. Não foi liquidada parte expressiva dos recursos em



Educação Básica (em torno de 60% de execução), cujo excedente se tornou restos a pagar do exercício posterior.


Além do programa Educação Básica, apenas o associado ao fortalecimento do Suas se manteve em um patamar acima dos 50% de execução. Isso significa que o governo federal deixou de liquidar mais de R\$ 20 bilhões destinados à políticas públicas para a infância e adolescência a partir do que havia sido planejado para o exercício de 2015.

Em 2016, mesmo com a apresentação de uma execução global superior em dez pontos percentuais, atingindo os 94%, o mesmo panorama se repete. Os gastos mais representativos da apuração, associados às transferências de Educação (95% de execução), ao Programa Bolsa Família (98% de execução) e Fortalecimento do Suas (76,5% de execução) acabam gerando a tendência positiva de execução. Todos os outros programas listados apresentam um grau de execução menor do que 60%. Em termos gerais, em 2016, o governo deixou de liquidar mais de R\$ 4 bilhões orçados para ações em prol de crianças e adolescentes.

Tabela 38. Execução do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) Fundação Abrinq – 2015 e 2016

	2015			2016		
	Orçado	Liquidado	Grau de execução (%)	Orçado	Liquidado	Grau de execução (%)
OCA Saúde	46.342.733.706,02	33.855.236.645,24	73,05	38.828.542.014,51	34.669.798.353,31	89,29
Saúde	37.506.480.049,78	31.746.902.262,40	84,64	36.391.782.247,98	33.802.472.393,44	92,88
Saneamento	871.884.200,26	81.273.469,98	9,32	198.597.327,03	127.955.727,73	64,43
Habitação	4.603.161.730,86	1.402.800.972,02	30,47	0,00	0,00	-
Gestão Ambiental	1.994.495.467,76	591.576.803,37	29,66	1.551.380.870,26	667.883.682,30	43,05
Demais	1.366.712.257,36	32.683.137,46	2,39	686.781.569,24	71.486.549,83	10,41
OCA Educação	113.610.696.439,55	86.491.337.476,05	76,13	103.722.275.651,39	93.235.714.771,04	89,89
Educação	64.522.077.666,80	44.230.216.238,95	68,55	53.401.141.839,26	46.055.897.180,59	86,25
Cultura	680.196.216,75	152.848.947,58	22,47	382.108.061,03	160.027.835,66	41,88
Desporto e Lazer	346.008.166,29	30.495.890,43	8,81	190.092.792,10	24.206.277,78	12,73
Demais	48.062.414.389,71	42.077.776.399,09	87,55	49.748.932.959,00	46.995.583.477,01	94,47
OCA Proteção	19.744.051.744,89	16.685.771.200,89	84,51	19.313.049.593,89	18.662.900.990,63	96,63
Assistência Social	17.912.983.977,82	16.328.654.965,43	91,16	18.209.265.395,12	17.946.432.720,52	98,56
Direitos de Cidadania	686.095.828,98	190.601.777,42	27,78	452.889.464,82	558.399.563,85	123,30
Demais	1.144.971.938,09	166.514.458,04	14,54	650.894.733,96	158.068.706,26	24,28
Total	179.697.481.890,46	137.032.345.322,18	76,26	161.863.867.259,79	146.568.414.114,97	90,55

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



Pode-se observar, a partir do método de apuração da Fundação Abrinq, o mesmo perfil de desempenho de execução do Orçamento na análise de cada um dos anos. Em 2015, observa-se um grau de execução geral do OCA total mais baixo, de 76,26%. Já em 2016, apresentou melhor grau de execução, de 90,55%.

Para o ano de 2015, as funções de Educação, Saúde e Assistência Social conseguiram fazer com que a execução abaixo de 50% em todas as outras funções não afetasse a média da execução global, entretanto o governo federal deixou de executar mais de R\$ 62 bilhões. É pertinente apontar que foi planejada uma série de gastos em lazer, esporte, direitos de cidadania, saneamento e habitação que não se concretizaram, como na função Saneamento, por exemplo, onde foram previstos R\$ 871 milhões e executados R\$ 81 milhões, menos do que 10% de execução.

Em 2015, foram orçados R\$ 3,9 bilhões para a subfunção Educação Infantil, dos quais apenas R\$ 49,61 milhões foram gastos. Ou seja, apenas pouco mais de 1% das despesas do governo federal classificadas nessa área foram liquidadas nesse ano.

Em 2016, o OCA Educação e o OCA Saúde apresentaram quase 90% de liquidação. No OCA Proteção verifica-se uma execução próxima da totalidade (98,56%) de liquidação para a função Assistência Social e superação do valor orçado na função Direitos da Cidadania (123,3%).

Também no ano de 2016, para as despesas associadas à subfunção Educação Infantil houve pouca execução. Foram orçados R\$ 532,11 milhões, dos quais foram executados R\$ 79,98 milhões (aproximadamente 15%). Ou seja, o governo federal, somados os anos de 2015 e 2016, deixou de investir mais de R\$ 4,3 bilhões em Educação Infantil.

Considerações gerais sobre as tendências do Orçamento

Levando-se em conta a disponibilidade de dados no período de construção das apurações, foram considerados os anos de 2015 e 2016. Entretanto, reunimos alguns dados de ordem geral para apresentar a tendência dos orçamentos para os anos de 2017 e 2018, apresentados a seguir. É muito importante que seja levado em conta, durante a apresentação dos dados para os anos de 2015, 2016 e 2017, que o país apresentou taxas de inflação de, respectivamente, 10,67%, 6,29% e 2,95% (total de 19,91%), não aplicadas na presente apuração.

Na tabela 39, a seguir, está indicado o valor global orçado, de 2015 a 2018, nas principais funções componentes do Orçamento Criança e Adolescente, que são as mais significativas no que diz respeito à aglutinação de despesas que envolvem ações em benefício das crianças e dos adolescentes, lembrando que, sem a seleção feita pela apuração, essas despesas também envolvem gastos que não estão associados diretamente ao atendimento de nosso público-alvo.



Tabela 39. Valor orçado nas funções Assistência Social, Saúde, Educação e Direitos de Cidadania, 2015 a 2018 (R\$)

Funções	2015	2016	2017	2018
Assistência Social	74.629.681.634,00	77.265.286.224,00	83.350.235.976,00	86.971.235.630,00
Saúde	112.790.518.353,00	109.868.123.419,00	117.168.043.509,00	121.631.824.540,00
Educação	105.082.965.553,00	103.520.522.753,00	112.558.593.477,00	112.791.595.745,00
Direitos de Cidadania	2.154.674.574,00	1.398.775.458,00	1.635.857.472,00	1.714.613.984,00

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

Entre 2015 e 2018, observamos um aumento de 16% na função Assistência Social, aproximadamente 7% nas funções Saúde e Educação e uma queda do orçamento classificado na função Direitos de Cidadania na ordem de 21%. A manutenção dos valores orçados abaixo da inflação no período configuram uma perda no montante investido nessas áreas. Nas despesas classificadas na função Direitos de Cidadania, que apresentou queda real, importou em maior desinvestimento, considerando a inflação do período. É a subfunção que reúne, historicamente, despesas ligadas ao fortalecimento do SGDCA, por exemplo.

Agrupamos um conjunto de subfunções que são as mais representativas nos investimentos voltados a crianças e adolescentes, dispostas na tabela 40.

Tabela 40. Valor orçado no conjunto de subfunções selecionadas – Lei Orçamentária Anual (LOA), 2015 a 2018 (R\$)

Subfunção	Título subfunção	LOA - 2015	LOA - 2016	LOA - 2017	LOA - 2018
243	Assistência a Criança e Adolescente	199.464.600,00	85.054.476,00	399.674.757,00	636.353.712,00
244	Assistência Comunitária	32.468.940.641,00	32.216.609.618,00	34.976.995.901,00	32.760.946.478,00
301	Atenção Básica	27.372.034.622,00	27.097.657.586,00	27.798.575.541,00	28.564.478.708,00
306	Alimentação e Nutrição	4.667.389.197,00	4.494.353.589,00	4.576.856.637,00	4.617.941.247,00
365	Educação Infantil	4.545.302.960,00	876.367.920,00	945.809.834,00	267.073.660,00
368	Educação Básica	9.480.910.357,00	6.594.693.659,00	8.285.474.885,00	6.331.834.574,00

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

Quando analisadas as subfunções Assistência Comunitária e Atenção Básica, onde estão concentrados os gastos com atenção primária em Assistência Social e Saúde, conseguimos observar aumentos de 0,8 e 4% nos valores orçados, respectivamente. Porém, considerando a inflação do período, nota-se um desinvestimento.

O outro gasto que apresentou um incremento foi na subfunção Assistência a Criança e Adolescente, que aumentou mais de três vezes. Vale a pena pontuar o aspecto positivo da inserção desse recurso específico no orçamento, pois é a dotação orçamentária diretamente vinculada a esse público.

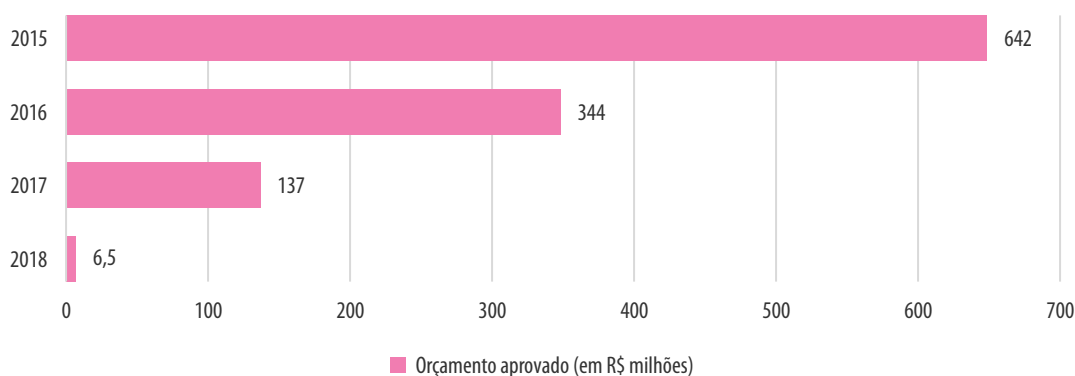
A subfunção Alimentação e Nutrição, que contempla os gastos com Alimentação Escolar, sofreu um decréscimo de pouco mais de 1%, mas que corresponde a uma diminuição real considerável, se computada a inflação do período. Vale salientar que o país está mais próximo de reingressar no Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas (ONU), logo após a sua saída, no ano de 2014.

Os gastos na subfunção Educação Básica sofreram um decréscimo de quase 33%, um indício alarmante para o quadro do financiamento da Educação no Brasil, mesmo considerando que as despesas com alguns repasses aos Estados e municípios não estão contemplados nesta classificação. Ao considerar a inflação do período, pode-se afirmar que houve uma redução de 50% no investimento dessa área.

Vale importante atenção para a queda dos valores orçados na subfunção Educação Infantil, de quase 95%, o que significa um corte brusco e a perda da prioridade de atenção às crianças no que diz respeito ao acesso a Educação Infantil. A dificuldade que o país vem encontrando para atingir a cobertura adequada de creches para a população de zero a três anos de idade se reforçará enquanto não houver um direcionamento de recursos, principalmente federais.

Conforme o gráfico 52, percebe-se severa tendência de desinvestimento federal nas políticas e programas para a infância e adolescência. Importantes e estratégicos programas com foco na proteção integral de crianças e adolescentes sofreram drásticos cortes orçamentários.

Gráfico 52. Corte de recursos do Programa Brasil Carinhoso



Fonte: Ministério do Planejamento (MP).
Elaboração: Fundação Abrinq.



O Programa Brasil Carinhoso, em 2015, tinha orçamento previsto próximo de R\$ 642 milhões e, em 2016, passou para R\$ 344 milhões, ou seja, uma redução de 54% da destinação orçamentária.

De 2016 para 2017, nova redução drástica de R\$ 344 milhões para R\$ 137 milhões, corte de 39,82%. No acumulado, entre 2015 e 2017, o corte representou redução de 90% do orçamento previsto para 2015.

Já de 2017 para 2018, o programa passou por nova redução, passando de R\$ 137 milhões para R\$ 6,5 milhões. Assim, para o ano de 2018, o valor do programa é 1% do previsto pelo governo federal para 2015.

Tabela 41. Programa Bolsa Família – Lei Orçamentária Anual (LOA), 2015 e 2016 (R\$)

Programa Bolsa Família	LOA – 2015	Inflação 10,67%	Expectativa 2016	LOA – 2016
Dotação inicial	27.691.890.000,00	2.954.724.663,00	30.646.614.663,00	28.686.441.368,00
Valor pós-contingenciamento	27.488.690.000,00	2.933.043.223,00	30.421.733.223,00	28.285.992.492,00

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

Registra-se um aumento de aproximadamente R\$ 1 bilhão no Programa Bolsa Família. Aplicando-se a inflação do período, esse valor deveria ter um reajuste de R\$ 3 bilhões para que não houvesse desinvestimento. As políticas de proteção social não podem sofrer cortes nem ser prejudicadas com o ajuste fiscal para o equilíbrio das contas públicas, pois impacta na ampliação da vulnerabilidade social no país.

Tabela 42. Programa Bolsa Família – Lei Orçamentária Anual (LOA), 2016 e 2017 (R\$)

Programa Bolsa Família	LOA – 2016	Inflação 6,29%	Expectativa 2017	LOA – 2017
Dotação inicial	28.686.441.368,00	1.927.672.062,30	32.574.286.725,30	29.825.065.509,00
Valor pós-contingenciamento	28.285.992.492,00	1.913.527.019,73	32.335.260.242,73	28.488.232.054,00

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

Tabela 43. Programa Bolsa Família – Lei Orçamentária Anual (LOA), 2017 e 2018 (R\$)

Programa Bolsa Família	LOA – 2017	Inflação 2,95%	Expectativa 2018	LOA – 2018
Dotação inicial	29.825.065.509,00	960.941.458,40	33.535.228.183,70	28.704.882.593,00
Valor pós-contingenciamento	28.488.232.054,00	953.890.177,16	33.289.150.419,89	26.504.517.226,00

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.

Elaboração: Fundação Abrinq.

O orçamento do Programa teve ligeiras oscilações, para mais ou para menos, de R\$ 1 bilhão. Para que não houvesse impacto negativo na política, frente à inflação do período, o investimento deveria ter um adicional em torno de R\$ 7 bilhões.

Tabela 44. Programa Rede Cegonha – Lei Orçamentária Anual (LOA), 2015 e 2016 (R\$)

Programa Rede Cegonha	LOA – 2015	Inflação 10,67%	Expectativa 2016	LOA – 2016
Dotação inicial	1.057.400.000,00	112.824.580,00	1.170.224.580,00	117.000.000,00

Fonte: Siga Brasil Especialista/Senado Federal.

Elaboração: Fundação Abrinq.

O Programa Rede Cegonha teve drástica redução de 2015 para 2016. O orçamento de 2016 foi 11% do previsto. Em 2015, quase o mesmo valor da inflação do período. Não existem dados disponíveis para a análise de 2017 e 2018.

A confirmação das tendências de não evolução nos indicadores de proteção social, educação, sobrevivência materno-infantil, somadas ao desinvestimento nas políticas, representa um retrocesso no cenário de promoção e garantia de direitos de crianças e adolescentes, impondo significativos desafios ao próximo presidente da República, onde os esforços devem se direcionar à retomada da priorização e de investimentos específicos que revertam esse quadro.

DIREITO À SAÚDE: EIXO PROMOVENDO VIDAS SAUDÁVEIS

1. Agência Brasil. 2016. *Governo quer reduzir cesarianas desnecessárias*. Acesso em 21 de novembro de 2017, disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/governo-federal-quer-reduzir-cesariana-desnecessaria>.
2. Andrade CLT; Szwarcwald CL; Castilho EA. *Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005*. Cad. Saúde Pública 2008; vol. 24, nº 11.
3. Areco KCN, Konstantyner T, Taddei JAAC. *Secular trends in infant mortality by age-group and avoidable components in the State of São Paulo, 1996–2012*. Rev. paul. pediatr. vol.34,nº 3, São Paulo, jul./set. 2016.
4. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. *Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas*. Rev. Saúde Pública. 2017; 51:108.
5. Brasil P, Pereira JP Jr, Moreira ME, et al. *Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro*. N Engl J Med. 2016; 375:2321–2334.
6. Childhood stunting: a global perspective. de Onis M. and Branca F. *Maternal & Child Nutrition*. 2016, 12 (Suppl. 1), pp. 12–26.
7. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. *Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome: Obstet Gynecol*. 2005 May; 105 (5, Part 1):983–90.
8. DATASUS. *Arquivos de declaração de óbitos. Brasília. DF. Reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Acesso em 1º de novembro de 2017, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10uf.def>.
9. DATASUS. *Arquivos de declaração de óbitos. Brasília. DF. Reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*. Acesso em 1º de novembro de 2017, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/evita10uf.def>.
10. DATASUS. *Definições. CID-10*. Acesso em 7 novembro de 2017, disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>.
11. Duarte, Josélia Giordano et al. *Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?*. Physis, 2012, vol.22, nº 1, p. 199-214. ISSN 0103-7331.
12. Einloft, AB N; Cotta, R M M , Araújo. *Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica*. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2018, vol. 23, nº 1, pp. 61-72.

13. Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM. *Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil*. Ciênc Saúde Coletiva 2014; 19:1543-51.
14. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M., Saucedo M., Bouvier-Colle MH, and Leal MC. *Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil*. PLoS One. 2016; 11(4): e0153396.
15. França EB, Lansky S e cols. *Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença*. Rev. bras. epidemiol. vol.20 supl.1 São Paulo maio 2017.
16. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. *Epidemiology and causes of preterm birth*. The Lancet. 371 (9606):75–84, 2008.
17. IBGE. *Registro civil: em 2016, registros de nascimentos têm queda (-5,1%) em relação a 2015*. Acesso em 15 de novembro de 2017, disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/17943-registro-civil-em-2016-registros-de-nascimentos-tem-queda-5-1-em-relacao-a-2015.html>.
18. Koletzko B. et al. *Long-Term Health Impact of Early Nutrition: The Power of Programming*. Ann Nutr Metab 2017; 70:161–169. Leal MC, et al. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. Cad. Saúde Pública [on-line]. 2017, vol. 33, suppl. 1, e00078816.
19. LEAL, Maria do Carmo et al. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.
20. Leal MC, et al. *Provider-Initiated Late Preterm Births in Brazil: Differences between Public and Private Health Services*. PLoS ONE 11(5): e0155511.
21. Lisboa L, Abreu DMX e cols. *Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011*. Epidemiol. Serv. Saúde vol. 24 nº 4 Brasília out/dez. 2015.
22. Longo-Silva G, Silveira JA, Menezes RC, Toloni MH. *Age at introduction of ultra-processed food among preschool children attending day-care centers*. J Pediatr (Rio J). 2017;93:508-16.
23. Malta DC, Sardinha LMV e cols. *Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 19, n. 2, p. 173-176, abr.-jun. 2010.
24. Martins PA, Solymos GB. *Avaliação do estado nutricional de crianças pobres: método da busca ativa*. In: *Desnutrição, pobreza e sofrimento psíquico* (org. Sawaya AL). Ed. Universidade de São Paulo, 2011. Pp 205-11.
25. Martins, VJB et al. *Long-Lasting Effects of Undernutrition*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2011, 8: 1817-1846.
26. Ministério da Saúde. 2015. *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Acesso em 20 de novembro de 2017, disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesarianaCP.pdf.
27. Ministério da Saúde. *Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil*. Acesso em 23 de novembro de 2017, disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>.
28. Ministério da Saúde. *Portal do Departamento de Atenção Básica*. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php.



29. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
30. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde*. Boletim Epidemiológico HIV Aids, ano V, nº 1. Brasília, 2016.
31. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2016*. Boletim Epidemiológico, v. 47, nº 35. Brasília, 2016.
32. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais*. Disponível em <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
33. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 35, 2017*. Boletim Epidemiológico, v. 48, nº 29. Brasília, 2017.
34. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016*. Boletim Epidemiológico, v.48, no 3. Brasília, 2017.
35. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento Integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas*. Boletim Epidemiológico, v 48, nº 24. Brasília, 2017.
36. MITRE, Sandra Minardi et al. *Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.
37. MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. *Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014.
38. MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; GOLDANI, Marcelo Zubaran. *A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, nº 2, p. 321-327, mar. 2010.
39. Moreira, Martha Cristina Nunes et al. CAD. Saúde Pública, 2017 33(11). *Recomendações para uma linha de cuidado para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde*.
40. *Nascer no Brasil. Sumário Executivo, 2014*. Acesso em 20 de novembro de 2017, disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portalemsp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.
41. Nascimento, FA; da Silva, SA; Jaime, PC. *Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013*. Cad. Saúde Pública 2017; 33(12).
42. PAHO, CLAP/SMR. *Infecções Perinatais transmitidas de mãe para filho*. Pub. Cient. 1567.03. Montevidéu, 2010.
43. Redmond AM, McNamara JF. *The road to eliminate mother-to-child HIV transmission*. J Pediatr (Rio J).2015;91:509---11.
44. Ribeiro, MCSA; Barata, RB; Almeida MF; Silva ZP. *Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – Pnad 2003*. Ciência & Saúde Coletiva, 11(4):1011-1022, 2006.
45. UNICEF Brasil. *Prematuridade e suas possíveis causas*. 2013. Acesso em 16 de novembro de 2017, disponível em https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_27450.html.
46. World Health Organization. *Infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization; 2009.
47. World Health Organization. *Measuring change in nutritional status. Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programme*. 1983 Geneva: WHO.

48. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. *Maternal and Child Health in Brazil: progress and challenges*. Lancet 2011; 377:1863-76.
49. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. Lancet. 2016; 387(10033):2089-90.
50. Viellas EF, et al., *Prenatal care in Brazil*. *Cad Saude Pública*, 2014. 30 Suppl 1: p. S1-15.

DIREITO À EDUCAÇÃO: EIXO ACESSO À EDUCAÇÃO DE QUALIDADE

1. BRASIL. *Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Plano Nacional de Educação*. Brasília, 2014. Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm.
2. BRASIL. *Lei nº 13.415, de 16 de fevereiro de 2017. Lei do Novo Ensino Médio*. Brasília, 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13415.htm.
3. BRASIL. Ministério da Educação. *Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA)*. Brasília: INEP, 2016.
4. BRASIL. Ministério da Educação. *Brasil no Pisa 2015: Análises e reflexões sobre o desempenho dos estudantes brasileiros*. Brasília: INEP, 2016. Disponível em: http://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/pisa/resultados/2015/pisa2015_completo_final_baixa.pdf.
5. BRASIL. Ministério da Educação. *Censo Escolar 2016*. Brasília: INEP, 2017.
6. BRASIL. Ministério da Educação. *Sinopses Estatísticas da Educação Básica*. Brasília: INEP, 2017.
7. BRASIL. Ministério do Planejamento. *11º Balanço Completo do PAC2 – 4 anos (2011-2014)*. 2014. Disponível em <http://www.pac.gov.br/pub/up/relatorio/f9d3db229b483b35923b338906b022ce.pdf>.
8. BRASIL. Ministério do Planejamento. *5º Balanço do PAC (2015-2018)*. 2017. Disponível em <http://www.pac.gov.br/pub/up/relatorio/c459e7bfc39c3f57794d61e42e24851b.pdf>.
9. Nações Unidas. *Um Mundo para as Crianças – As Metas das Nações Unidas para o Milênio*. 2002. Disponível em https://www.unicef.org/brazil/pt/um_mundo.pdf.
10. Observatório do PNE. *3 anos de Plano Nacional de Educação*. 2017. Disponível em <http://www.observatoriodopne.org.br/uploads/reference/file/673/documento-referencia.pdf>.
11. Todos Pela Educação. *Anuário Brasileiro da Educação Básica 2016*. Disponível em https://www.todospelaeducacao.org.br/arquivos/biblioteca/anuario_educacao_2016.pdf.
12. Todos Pela Educação. *Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017*. Disponível em https://www.todospelaeducacao.org.br/arquivos/biblioteca/anuario_brasileiro_da_educacao_basica_2017_com_marcadores.pdf.
13. Todos pela Educação. *De Olho nas Metas 2015-16: Sétimo relatório de monitoramento das 5 Metas do Todos pela Educação*. 2017. Disponível em: https://www.todospelaeducacao.org.br/arquivos/biblioteca/olho_metas_2015_16_final.pdf.



14. Todos Pela Educação. *Pesquisa Repensar o Ensino Médio*. 2017. Disponível em https://www.todospelaeducacao.org.br//arquivos/biblioteca/relatorio_pesquisa_juventude.pdf.

DIREITO À PROTEÇÃO: EIXO PROTEÇÃO CONTRA MAUS-TRATOS, EXPLORAÇÃO E VIOLÊNCIA

1. AGÊNCIA SENADO. *Mães poderão registrar bebês em município de sua residência*. Acesso em 21 de novembro de 2017, disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/09/27/maes-poderao-registrar-bebes-em-municipio-de-sua-residencia>.
2. *Declaração de Brasília sobre Trabalho Infantil*. Acesso em 5 de outubro de 2017, disponível em http://www.chegadetrabalho infantil.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Brasilia_Declaration_PT_Web.pdf.
3. BRASIL. *Censo Suas 2015 – Caderno Cras*. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social. 2015.
4. BRASIL. *Censo Suas 2016 – Caderno Gestão Cras*. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social. 2016.
5. BRASIL. *Censo Suas 2016 – Caderno Gestão Creas*. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social. 2016.
6. BRASIL. *Censo Suas 2014 – Caderno Gestão Municipal*. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social. 2014.
7. BRASIL. *Censo Suas 2015 – Caderno Gestão Municipal*. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social. 2015.
8. Brasil. *Decreto nº 5.598/2005, que regulamenta a contratação de aprendizes e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5598.htm.
9. Brasil. *Decreto nº 8.740/2016, que altera o Decreto nº 5.598, de 1º de dezembro de 2005, para dispor sobre a experiência prática do aprendiz*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8740.htm.
10. BRASIL. *Lei 8.069/1990, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente*.
11. BRASIL. *Lei nº 9.394/1996, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional*.
12. Brasil. *Lei nº 10.097/2000, que altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10097.htm.
13. BRASIL. *Lei nº 13.010/2014, de 26 de junho de 2014. Estabelece direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante*.

14. Brasil. *Lei nº 13.431/2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm.
15. Brasil. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), 2014*.
16. Brasil. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), 2015*.
17. Childhood. *The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis*. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213415004433>.
18. Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente. *A Criança e o Adolescente nos ODS. Marco zero dos principais indicadores brasileiros ODS 1, 2, 3 e 5*. 1ª edição. São Paulo. Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, 2017.
19. Fundação Abrinq. *Observatório de Criança e do Adolescente. ODS 5*. Acesso em 28 de julho de 2017, disponível em <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/objetivo-5-igualdade-de-genero>.
20. Fundação Abrinq. *Observatório da Criança e do Adolescente. ODS 16*. Acesso em 28 de julho de 2017, disponível em <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/objetivo-16-paz-justica-e-instituicoes-fortes>.
21. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). *Levantamento anual dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa – 2012*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.
22. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). *Levantamento anual dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa – 2014*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2017.
23. Confederação Nacional de Municípios. *Programa Criança Feliz – Primeira Infância no Suas*. Disponível em http://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao/links/14032017_Impacto_Programa_Crianca_Feliz_2017.pdf.
24. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Conanda). *Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006*.
25. Fórum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI). *O Trabalho Infantil nos ODS, 2017*. Disponível em <http://www.fnpeti.org.br/arquivos//biblioteca/84f6ae8786c869b86174ff76d8a66a93.pdf>.
26. IBGE. *Estatísticas do Registro Civil 2014*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Vol.41. Brasília, 2014.
27. ONU. *Human Rights Council. Working Group on the Universal Periodic Review. Twenty-seventh session*. Geneva, 1–12 May 2017. Draft report of the Working Group on the Universal Periodic Review* Brazil. A/HRC/WG.6/27/L.9.
28. ONUBR. *Nações Unidas no Brasil*. Acesso em 28 de julho de 2017, disponível em <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>.
29. *Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: Um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes*. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2015.
30. UNICEF. *Pesquisa sobre sub-registro de nascimento aponta violação de direitos de povos indígenas*. Acesso em 22 de outubro de 2017, disponível em https://www.unicef.org/brazil/pt/media_26489.html.



ORÇAMENTO: EIXO INVESTIMENTO PÚBLICO

1. BRASIL. *Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988*. Acesso em 27 de outubro de 2017, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
2. Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*.
3. Brasil. *Manual técnico de orçamento*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Orçamento Federal, Brasília, edição 2016. Disponível em http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manualtecnico/mto_2017-1a-edicao-versao-de-06-07-16.pdf.
4. Brasil. Ministério de Orçamento e Gestão. *Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999*. Disponível em http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/legislacao/legislacao/portaria-mog-42_1999_atualizada_23jul2012-1.doc/view.
5. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. *Portaria nº 67, de 20 de julho de 2012*. Disponível em http://www.lex.com.br/legis_23518984_PORTARIA_N_67_DE_20_DE_JULHO_DE_2012.aspx.
6. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. *Lei Orçamentária Anual de 2015*. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2015/orcamento-anual-de-2015>.
7. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. *Lei Orçamentária Anual de 2016*. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2016/orcamento-anual-de-2016#loa2016>.
8. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. *Lei Orçamentária Anual de 2016*. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2017/orcamento-anual-de-2017#LOA2017>.
9. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. *Lei Orçamentária Anual de 2016*. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2018/orcamento-anual-de-2018#LOA>.
10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Emenda nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
11. Brasil. Senado Federal. Siga Brasil. *Plano Plurianual 2012-2015*. Disponível em <http://www8d.senado.gov.br/BOE/BI/logon/start.do?ivsLogonToken=WWW8D.senado.gov.br%3A6400%409154402JjitvoWbmQus9kY911hY7Uy9154400JmSJLW2mWzTzr0Qwa8FYaN1>.
12. Brasil. Senado Federal. Siga Brasil. *Orçamentos Temáticos. Orçamento da Criança*. Disponível em <http://www8d.senado.gov.br/BOE/BI/logon/start.do?ivsLogonToken=WWW8D.senado.gov.br%3A6400%409154402JjitvoWbmQus9kY911hY7Uy9154400JmSJLW2mWzTzr0Qwa8FYaN1>.
13. Brasil. Senado Federal. Siga Brasil Especialista. *Execução Orçamentária por Função, Subfunção, Programa e Ação, 2015*. Disponível em <http://www9.senado.leg.br/QvAJAXZfc/pendoc.htm?document=Senado%2FSigaBrasilPainelEspecialista.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true>.
14. Brasil. Senado Federal. Siga Brasil Especialista. *Execução Orçamentária por Função, Subfunção, Programa e Ação, 2016*. Disponível em <http://www9.senado.leg.br/QvAJAXZfc/pendoc.htm?document=Senado%2FSigaBrasilPainelEspecialista.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true>.
15. Fundação Abrinq. *De Olho no Orçamento Criança*. 2ª Edição, 2017.



■ Anexo 1 – Termo de Compromisso



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, DILMA ROUSSEFF, candidata à Presidência da República pelo Partido dos Trabalhadores - PT, se eleita, comprometo-me a priorizar a implantação e implementação de políticas públicas voltadas à efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes, conforme disposto no Estatuto da Criança e Adolescente, na Constituição Federal e nos Compromissos Internacionais assumidos pelo Brasil.

Assim, me comprometo a cumprir as diretrizes do Projeto constantes no Caderno de Orientações.



Dilma Rousseff





DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA*

Aprovada pelas Nações Unidas em 20 de novembro de 1959.

Todas as crianças têm direito:

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

Em 12 de outubro de 1990, entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), marco histórico na garantia dos direitos da criança e do adolescente no Brasil.

(*) Elaborado por Raquel Altman, educadora brasileira especialista na arte de brincar, *in memoriam*.

Missão

Promover a defesa dos direitos e o exercício da cidadania de crianças e adolescentes.

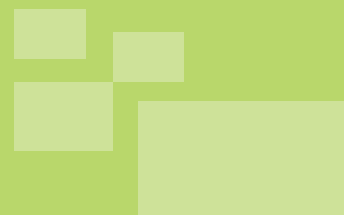
Visão

Uma sociedade justa e responsável pela proteção e pleno desenvolvimento de suas crianças e adolescentes.

Valores

Ética, transparência, solidariedade, diversidade, autonomia e independência.


■ Anexo 2 – Guia de Programas do Governo Federal






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

www.fadc.org.br

 /fundabrinq

 /FundacaoAbrinq

 /FundacaoAbrinq

ISBN: 978-85-45541-03-5