ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

de Barros, Ricardo Paes et al.

Working Paper

Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil

Texto para Discussão, No. 1478

Provided in Cooperation with:
Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: de Barros, Ricardo Paes et al. (2010) : Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil, Texto para Discussão, No. 1478, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/91270

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1478

DETERMINANTES DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL

Ricardo Paes de Barros
Lisa Biron
Mirela de Carvalho
Mariana Fandinho
Samuel Franco
Rosane Mendonça
Andrezza Rosalém
André Scofano
Roberta Tomas

Brasília, março de 2010

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1478

DETERMINANTES DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL

Ricardo Paes de Barros*
Lisa Biron**
Mirela de Carvalho**
Mariana Fandinho**
Samuel Franco***
Rosane Mendonça****
Andrezza Rosalém***
André Scofano**
Roberta Tomas**

Brasília, março de 2010

* Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea.
** Assistente de Pesquisa do Programa Nacional de Pesquisa em Desenvolvimento (PNPD).
*** Pesquisador do Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS).
**** Professora do Departamento de Economia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Governo Federal

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
Ministro Samuel Pinheiro Guimarães Neto

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Fernando Ferreira

Diretor de Estudos, Cooperação Técnica e Políticas Internacionais
Mário Lisboa Theodoro

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (em implantação)
José Celso Pereira Cardoso Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
João Sicsú

Diretora de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, Inovação, Produção e Infraestrutura
Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete
Persio Marco Antonio Davison

Assessor-chefe de Comunicação
Daniel Castro

URL: http://www.ipea.gov.br
Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria

ISSN 1415-4765

JEL. I32, I38, I39

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 PRINCIPAIS RESULTADOS DAS CONDIÇÕES DE VIDA NA PRIMEIRA INFÂNCIA 9

3 SERVIÇOS BÁSICOS 14

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 22

ANEXO 24

REFERÊNCIAS 29

SINOPSE

O progresso ocorrido ao longo da última década é indiscutível, combinando menos pobreza com maior oferta e acesso a serviços de melhor qualidade, além de propiciar melhor utilização destes serviços por parte das famílias com crianças. No entanto, mais importante do que a velocidade de tal progresso talvez seja o fato de este ter sido claramente equalizante. Não só a mortalidade e a subnutrição declinaram, mas o acesso e a utilização de ampla variedade de serviços expandiram-se muito mais entre crianças em famílias com alta vulnerabilidade do que entre aquelas não vulneráveis. Declinaram também as diferenças entre as áreas rurais e urbanas e entre as regiões Norte e Nordeste, por um lado, e Sul e Sudeste, por outro. Mas, apesar do progresso substancial, a situação da primeira infância no país ainda requer considerável atenção. Garantir a estas crianças as condições básicas de vida e as oportunidades necessárias para seu desenvolvimento é, e continuará sendo, um dos maiores desafios para as próximas décadas. O sucesso exigirá continuidade do progresso. Contudo, continuidade de resultados não significa necessariamente prosseguimento de ações. É fundamental que as políticas públicas se adéquem aos novos desafios e que ações voltadas para áreas em que o progresso tem sido relativamente mais lento sejam fortalecidas. Neste particular, é preciso dispensar especial atenção para a redução da mortalidade neonatal, a promoção do aleitamento materno exclusivo, a expansão do acesso ao saneamento básico e a redução drástica da proporção de crianças sem registro de nascimento. Superados estes desafios, teremos garantido atenção básica minimamente adequada à primeira infância.

ABSTRACT[i]

The progress occurred over the last decade is undeniable, combining less poverty, with more choice and access to better services, as well as better use of these services by families with children. However, more important than the speed of progress may be the fact that it was clearly equalizing. Not only the mortality and malnutrition have declined, but access and use the wide range of services expanded more among children in families with high vulnerability than those not vulnerable. Also declined the differences between rural and urban areas, and between the North and Northeast regions on the one hand, and South and Southeast, on the other. But despite this substantial progress, the situation of early childhood in the country still requires considerable attention. Ensure these children basic living conditions and opportunities necessary for their development is and will remain, one of the biggest challenges for the coming decades. Success will require continued progress. However, continuity of results does not necessarily mean further action. It is essential that public policies meet new challenges and that actions directed for areas where progress has been relatively slow be strengthened. In particular, we must pay special attention to reducing neonatal mortality, promotion of exclusive breastfeeding, the expansion of access to basic sanitation and the reduction in the proportion of children without birth registration. Overcome these challenges, we have guaranteed minimally adequate basic care for infants.

---

i. The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.
As versões em língua inglesa das sinopses (*abstracts*) desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.

1 INTRODUÇÃO

A atenção à primeira infância no Brasil deve garantir inicialmente a sobrevivência das crianças. No país, ainda figuram entre as principais causas da mortalidade infantil doenças de fácil prevenção e cura, tais como diarreia, doenças respiratórias e malária. De maneira geral, é possível salvar a vida de milhares de crianças com ações muito simples que se iniciam desde a concepção até a cobertura da vacina antitetânica. Outras ações simples no nascimento e no período pós-parto também podem ser de grande impacto, como aumento nos partos realizados em instituições de saúde e assistidos por médico, amamentação adequada, visitas ao posto de saúde em caso de adoecimento do bebê e imunização contra doenças de fácil prevenção.

Garantidas as condições mínimas para a sobrevivência, coloca-se a preocupação com o bom desenvolvimento físico, intelectual e emocional das crianças. Existe uma infinidade de estudos nas áreas de neurociências, psicologia, cognição e educação que demonstram a importância da atenção nos primeiros anos de vida. Também para evitar morbidades futuras e garantir o bom desenvolvimento das habilidades físicas e motoras, os cuidados com a nutrição e a saúde nesta faixa etária são decisivos.

As experiências dos três primeiros anos de vida têm força singular no desenvolvimento do cérebro humano. O pouco estímulo nesta fase inicial da vida impede a formação de circuitos neuronais, comprometendo a capacidade de aprender a falar, ler, cantar, tocar instrumentos, dançar, dominar outros idiomas etc. Da mesma forma, deficiências nutricionais e incapacidade de detectar e tratar certas doenças atrapalham o desenvolvimento físico das crianças.

Enfim, os bebês precisam de muitos cuidados e estímulos dos pais para se desenvolverem, o que não ocorre com filhotes de outras espécies de animais. Tal atenção define, inclusive, quanto os investimentos em fases mais adiantadas do ciclo de vida podem ser proveitosos para as pessoas.

Na área das ciências econômicas, diversos estudos recentes confirmam tal característica. Carneiro e Heckman (2003) e Cunha *et al.* (2005), por exemplo, mostram que o retorno para os investimentos em capital humano declina exponencialmente durante o ciclo de vida, sendo mais alto nos primeiros anos. Quanto mais cedo for realizado o investimento, maior será o tempo disponível para sua recuperação, sendo importante atentar para o fato de que alguns insumos têm baixos retornos quando utilizados tardiamente. Embora existam potenciais complementaridades entre os investimentos nas diversas idades, os da primeira infância alimentam definitivamente os posteriores.

BOX 1

Investimentos em capital humano

Por investimentos em capital humano entende-se toda e qualquer ação capaz de transformar as pessoas, quer aumentando sua produtividade em atividades econômicas ou não econômicas, quer transformando a capacidade organizacional destas pessoas.

A despeito da grande quantidade de estudos que demonstram de forma inequívoca a importância da atenção nos primeiros anos de vida, as evidências disponíveis sobre condições de vida, oportunidades e disparidades existentes entre diferentes grupos socioeconômicos no Brasil revelam que a situação da infância ainda está muito aquém do esperado em países com os indicadores econômicos brasileiros.

É indiscutível, entretanto, o imenso progresso ocorrido ao longo da última década no país, tão intenso que garantiu o cumprimento de várias metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), das Nações Unidas, bem antes do ano especificado – 2015. Talvez de maior importância tenha sido a natureza equalizadora deste progresso, que reduziu significativamente as diferenças entre crianças em famílias vulneráveis e não vulneráveis, especialmente no que concerne aos indicadores mais básicos.

O desafio que se apresenta à sociedade brasileira não é pequeno, tanto em função das precárias condições de vida e limitadas oportunidades garantidas às crianças quanto da população a ser atendida. A cada ano nascem mais de 3 milhões de crianças no país, e hoje existem quase 20 milhões de crianças com até cinco anos, o que representa cerca de 10% da população brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2008). Segundo informações da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal),[1] o número de crianças nesta faixa etária no Brasil chega a ser superior à população total de 90% dos países da América Latina e do Caribe. Entre os 41 países da América Latina e do Caribe considerados, apenas cinco – Argentina, Colômbia, México, Peru e Venezuela – têm população acima de 20 milhões de habitantes. Apesar de este contingente estar declinando desde 2003, as projeções realizadas pelo IBGE indicam que, ao longo de toda a próxima década, esta população ainda permanecerá superior a 15 milhões.

Ofertar as condições e as oportunidades de que essas crianças necessitam para se desenvolverem plenamente e poderem transitar para longa e produtiva fase adulta – em especial aquelas em situação de maior vulnerabilidade –, é certamente um dos principais desafios que temos pela frente. Se o país falhar, estará seguramente contribuindo para perpetuar os já elevados níveis de desigualdade e pobreza, com graves consequências para o desenvolvimento socioeconômico.

Este trabalho busca descrever a situação atual e a evolução recente das condições de vida das crianças, assim como as oportunidades a que elas têm tido acesso, desde seu nascimento até completarem cinco anos de idade.[2] É parte central desta análise avaliar como tais condições de vida e oportunidades variam espacialmente e de acordo com as condições socioeconômicas das famílias.

O trabalho foi organizado em quatro seções, além desta apresentação. Apesar de as condições de vida das crianças em seus primeiros anos de vida envolverem ampla gama de resultados, o trabalho elegeu três dos mais fundamentais: *i)* mortalidade infantil; *ii)* subnutrição infantil; e *iii)* morbidade infantil. Os indicadores para a primeira infância encontram-se descritos na seção 2. Tais resultados são, em parte,

1. Disponível em: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>.

2. Apesar de a primeira infância, em geral, abranger crianças entre zero e seis anos, este trabalho trata apenas de crianças com até cinco anos de idade.

função dos próprios recursos das famílias, isto é, da disponibilidade e da sua forma de uso. A seção 3 objetiva descrever em que medida as crianças têm acesso a serviços fundamentais, sem entrar no mérito de se a falta destes é problema de oferta ou demanda. A última seção apresenta algumas considerações finais do trabalho.

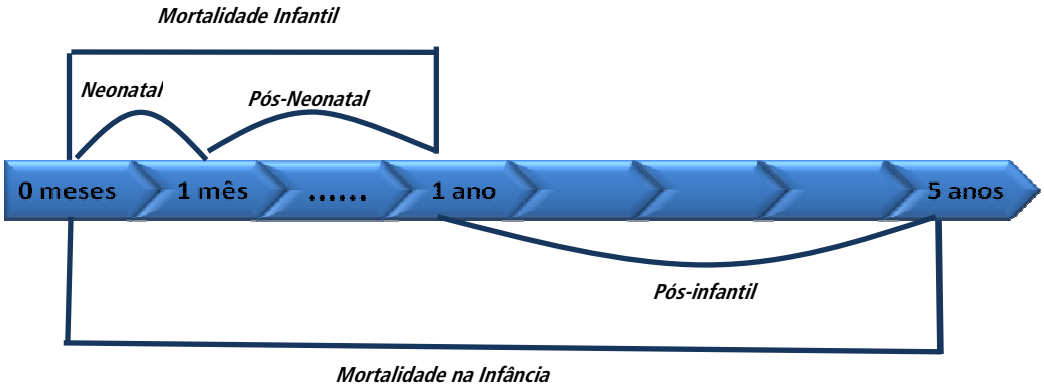
2 PRINCIPAIS RESULTADOS DAS CONDIÇÕES DE VIDA NA PRIMEIRA INFÂNCIA[3]

2.1 MORTALIDADE

Ao longo das últimas décadas, não só as taxas gerais de mortalidade de crianças caíram, mas as disparidades espaciais e socioeconômicas declinaram de forma acentuada no país.

No entanto, tal melhora não ocorreu com a mesma intensidade em todas as fases da infância. Por este motivo, investigam-se cinco tipos de mortalidade: *i) taxa de mortalidade na infância*: probabilidade de morrer antes de completar cinco anos (0-59 meses); *ii) taxa de mortalidade infantil*: probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida (0-11 meses); *iii) taxa de mortalidade pós-infantil*: probabilidade de morrer entre o primeiro ano e o quinto aniversário (12-59 meses); *iv) taxa de mortalidade neonatal*: probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida (0-30 dias); e *v) taxa de mortalidade pós-neonatal*: probabilidade de morrer depois do primeiro mês de vida, porém antes de completar um ano (1-11 meses).

FLUXOGRAMA 1
Mortalidade na infância



Fonte: Bemfam (1997).
Elaboração: Disoc/Ipea, com base nas definições do relatório.

2.1.1 Mortalidade na infância

Na década de 1990, a mortalidade na infância era próxima a 60 mortes por mil nascidos vivos. A quarta meta de desenvolvimento do milênio preconiza alcançar até 2015 taxa inferior a um terço de seu valor em 1990. Assim, o cumprimento de tal meta para o Brasil significaria reduzir a mortalidade na infância para 20 mortes por

3. As estimativas mencionadas nesta seção encontram-se nas tabelas 1A e 1B, no final do texto.

mil nascidos vivos. Como em 2006 dois terços do percurso entre 1990 e 2015 já haviam sido percorridos, para estar em rota o país já deveria ter conseguido até aquele ano chegar a no mínimo dois terços da redução necessária. Portanto, em 2006 a mortalidade na infância deveria ser no máximo 34 mortes por mil nascidos vivos. O número efetivamente observado foi de 33 mortes por mil nascidos vivos.

O progresso ao longo da última década, além de acelerado, também reduziu as desigualdades espaciais. Em 1996, a mortalidade na infância na região Nordeste era três vezes a da região Sul. Em 2006, entretanto, tal diferença reduziu-se para 2,5 vezes. Entre áreas rurais e urbanas, a redução nas disparidades foi mínima. Por sua vez, a redução na desigualdade entre grupos socioeconômicos foi também acentuada. Em 1996, a mortalidade na infância entre famílias vulneráveis era cerca de nove vezes a taxa para famílias não vulneráveis. Em 2006, tal diferença reduziu-se para três vezes.

BOX 2

Vulnerabilidade infantil

Considera-se como muito vulnerável uma criança que vive em família cujo chefe é de cor negra, a mãe tem zero ano de escolaridade e não está presente, a localização do domicílio é em área rural da região Nordeste, a família possui razão de dependência demográfica igual a dois e renda *per capita* menor que um meio de linha de extrema pobreza.

Por seu turno, a criança considerada como não vulnerável vive em família cujo chefe é de cor branca, a mãe tem ao menos escolaridade média completa e está presente, o domicílio está localizado na área urbana da região Sul, com razão de dependência demográfica igual a um meio e a renda *per capita* é duas vezes maior que a média da população como um todo.

Apesar do progresso na redução da mortalidade na infância, o elevado contingente da população nesta faixa etária faz que o país ainda conviva com números absolutamente assustadores: cerca de 100 mil crianças a cada ano morrem antes de completar seu quinto aniversário.

2.1.2 Mortalidade infantil

Nos anos 1990, a mortalidade infantil no país era de 48 mortes por mil nascidos vivos. Para alcançar a Meta de Desenvolvimento do Milênio, a mortalidade infantil deveria cair abaixo de 16 mortes por mil nascidos vivos até 2015. Em 2006, esta taxa já era de 22 mortes por mil nascidos vivos, mostrando que o progresso neste caso foi mais acelerado que o necessário para alcançar a meta estabelecida. Somente entre 1996 e 2006, a mortalidade infantil no Brasil declinou 54%. Caso esta velocidade de redução seja mantida, em 2015, a mortalidade infantil já deverá ter alcançado a meta proposta.

A redução da taxa de fecundidade, associada à melhoria das condições gerais de vida da população e à provisão de serviços básicos de saúde, além de políticas voltadas à saúde infantil, como aumento na divulgação da reidratação oral, do aleitamento materno e da intensificação dos programas de imunização contra o sarampo são

apontados como os principais determinantes na redução da taxa de mortalidade infantil (PNUD, 2004).

Apesar desse declínio acentuado, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),[4] o nível da mortalidade infantil no Brasil não pode ainda ser considerado baixo, sendo cerca de sete vezes maior que as taxas verificadas nos países mais desenvolvidos, por exemplo, a Suécia (UNICEF, 2005). A cada ano, cerca de 70 mil crianças brasileiras morrem antes de completar seu primeiro ano de vida.

Em termos de redução na desigualdade, observou-se que embora a região Nordeste ainda apresente a mais alta taxa de mortalidade infantil, em uma década tal taxa foi reduzida em mais da metade de seu valor inicial. Por sua vez, na região Sul, onde a mortalidade infantil é a mais baixa do país – 17 mortes por mil nascidos vivos e, portanto, considerada baixa pelos padrões da OMS –, esta taxa foi reduzida em apenas um terço de seu valor inicial. De fato, enquanto em 1996 a mortalidade infantil na região Nordeste era três vezes maior que na região Sul, em 2006 tal diferença caiu para duas vezes. A mortalidade infantil entre famílias vulneráveis em 1996 era quase nove vezes maior que entre famílias não vulneráveis. Em 2006, esta diferença passou a ser menor que três.

2.1.3 Mortalidade pós-infantil

Ao longo da última década, o fato de a mortalidade infantil ter caído mais que a mortalidade na infância resultou do fraco desempenho da mortalidade pós-infantil, que permaneceu em torno de dez mortes por mil nascidos vivos. Esta relativa estagnação desperta particular preocupação, uma vez que algumas das principais causas na mortalidade pós-infantil são fatores perfeitamente evitáveis, como acidentes e violência doméstica.

As desigualdades regionais nesse caso também não diminuíram. De fato, a diferença na mortalidade pós-infantil entre as regiões Nordeste e Sul aumentou na última década. Por sua vez, o diferencial rural – urbano caiu. Em 1996, a mortalidade pós-infantil nas áreas rurais era duas vezes maior que nas áreas urbanas, enquanto em 2006 tal diferença passou a uma vez e meia.

A propósito, a desigualdade entre grupos socioeconômicos caiu muito. Em 1996, a mortalidade pós-infantil entre famílias vulneráveis era cerca de 15 vezes maior que entre famílias não vulneráveis, ao passo que, em 2006, esta diferença reduziu-se para cerca de cinco vezes. A mortalidade pós-infantil, entre os demais tipos de mortalidade investigados, é a que apresenta a segunda maior redução entre grupos socioeconômicos.

2.1.4 Mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal na última década passou de 25 mortes por mil nascidos vivos, em 1996, para 12 mortes por mil nascidos vivos, em 2006. Ou seja, a mortalidade neonatal atual é cerca da metade de seu valor há uma década. De fato, tal mortalidade tem demonstrado ser uma das mais difíceis de reduzir, "pois está

4. Para ser considerada baixa a mortalidade infantil precisaria ser inferior a 20 mortes por mil nascidos vivos (Cebrap, 2008).

associada tanto a fatores biológicos como à assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido" (WEIRICH; DOMINGUES, 2001). Mais especificamente, as principais causas da mortalidade neonatal têm sido "as infecções agudas intrauterinas, os problemas respiratórios, as malformações, a prematuridade e a infecção pós-natal" (VAZ, 1997), cuja importância varia conforme as condições operacionais da maternidade e do berçário. Juntando a isto o fato de que exatamente nas maternidades das regiões mais pobres os berçários são mal equipados e, muitas vezes, não dispõem de pessoal qualificado – enfermeiros, auxiliares etc. –, logo aumentam as chances de falhas técnicas, além da falta de higiene, que pode gerar a ocorrência e a disseminação de infecções (*op. cit.*). O combate à mortalidade neonatal requer, principalmente, investimentos em serviços hospitalares de tecnologia mais complexa, ações educativas e de saúde pública.

Entre grupos socioeconômicos, a redução na mortalidade neonatal também foi lenta. Em 1996, a mortalidade neonatal entre famílias vulneráveis era quatro vezes maior que entre famílias não vulneráveis; em 2006, tal diferença reduziu-se para cerca de três vezes. Entre os cinco tipos de mortalidade investigados, a mortalidade neonatal é a que apresenta a menor redução entre grupos socioeconômicos.

2.1.5 Mortalidade pós-neonatal

O acentuado declínio na mortalidade de crianças observado na última década concentrou-se quase que integralmente na fase pós-neonatal. De fato, mais da metade do progresso obtido em mortalidade infantil ao longo da última década ocorreu em razão do excepcional declínio ocasionado pela mortalidade pós-neonatal, que em uma década reduziu-se a cerca de um terço de seu valor original.

Além disso, a redução na desigualdade entre grupos socioeconômicos em termos de mortalidade pós-neonatal foi a mais acentuada entre os cinco tipos de mortalidade investigados. Em 1996, a mortalidade pós-neonatal entre famílias vulneráveis era 15 vezes maior que entre famílias não vulneráveis, sendo, em 2006, tal diferença reduzida para menos de três vezes.

2.2 SUBNUTRIÇÃO NA INFÂNCIA

2.2.1 Deficiência calórica e proteica

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 (CEBRAP, 2008), todos os indicadores antropométricos já indicam baixo risco de subnutrição no país. Exceto por retardo na altura de pequeno contingente da população infantil, não existe qualquer evidência de formas agudas de deficiência energética. Tanto os indicadores de déficit de peso por altura quanto de peso por idade encontram-se na normalidade e a porcentagem de crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2,5 kg), em 2006, já era cerca de 10%, muito similar à média dos países industrializados.

Embora seja indiscutível que ao longo da última década os índices relativos à subnutrição infantil melhoraram, pode-se dizer que os níveis médios no país nos anos 1990 já eram baixos e, portanto, o espaço para progresso, limitado. O nível de

subnutrição aguda, medido por peso inadequado para altura, já se encontrava na normalidade, mas a porcentagem de crianças menores de cinco anos com peso inadequado para a idade, em 2006, era um terço de seu valor para 1996.

O progresso em subnutrição crônica, medida por altura inadequada para a idade, foi realmente limitado, tendo chegado a apenas 30%. Ainda hoje, 7% das crianças brasileiras menores de cinco anos ainda apresentam altura inadequada para a idade.

Assim, a grande questão que se coloca para o país no que se refere ao combate à desnutrição infantil não é tanto reduzir o nível médio, mas sim a concentração espacial e a elevada incidência em grupos socioeconômicos mais vulneráveis. Neste particular, o progresso mostrou-se extremamente acentuado. Em 1996, a porcentagem de crianças com peso inadequado para a idade era três vezes maior na região Nordeste que na região Sul. Hoje, esta porcentagem é idêntica nas duas regiões. Também neste período, o diferencial na taxa de subnutrição entre crianças em famílias vulneráveis e não vulneráveis foi em grande medida eliminado.

2.2.2 Micronutrientes

A despeito de a maioria dos indicadores antropométricos indicarem baixo risco de subnutrição no país, isto é, de as necessidades calóricas e proteicas básicas da população infantil brasileira já se encontrarem em patamar aceitável, persistem ainda importantes deficiências de micronutrientes essenciais ao desenvolvimento deste grupo etário, como o ferro e a vitamina A.

De acordo com a PNDS 2006, cerca de 30% das crianças menores de cinco anos receberam indicação para ministrar dose de vitamina A nos seis meses anteriores à data de referência da pesquisa e, em menos de 6% dos casos, a mãe declarou não ter seguido a recomendação.

De fato, a cobertura de provisão de micronutrientes no Brasil expandiu-se consideravelmente desde maio de 2005, quando dois programas nacionais importantes foram criados: o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A é dirigido a crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato residentes em áreas de risco. Fazem parte destas áreas de risco municípios pertencentes à região Nordeste, ao Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, e ao Vale do Ribeira, em São Paulo.[5] São distribuídas megadoses suficientes para garantir boa reserva hepática de vitamina A por período médio de seis meses, quando então a criança deve receber nova suplementação.

Com relação ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro, as populações-alvo são: crianças de seis a 18 meses de idade, gestantes a partir da vigésima semana e mulheres até o terceiro mês pós-parto.[6] Os suplementos de ferro devem ser

5. Ver Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, do Ministério da Saúde (MS) .
6. Ver Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005.

distribuídos gratuitamente às unidades de saúde associadas à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os municípios brasileiros.

2.3 MORBIDADE INFANTIL

As estatísticas relativas à morbidade infantil são preocupantes. Em 2006, cerca de 10% das crianças de até cinco anos apresentaram diarreia nas duas últimas semanas, 23% febre e 35% tosse, no mesmo período. A prevalência destas enfermidades não é muito distinta da verificada há uma década: tosse e diarreia declinaram cerca de 30% cada uma, enquanto a febre declinou apenas 10%.

Também relacionado às desigualdades regionais, o Nordeste segue com piores taxas de diarreia e tosse quando comparado à região Sul. E tal cenário quase não se modificou nos últimos dez anos. Com relação ao diferencial urbano – rural, também se destaca a desvantagem no meio rural em termos de prevalência de diarreia, que vem inclusive aumentando. Quanto à desigualdade entre grupos socioeconômicos, mais uma vez destaca-se o problema da diarreia, que se mantém praticamente inalterado.

Em suma, a diarreia segue sendo problema maior entre a população mais pobre e ao longo da última década praticamente não houve progresso nesse sentido. De fato, não houve redução nas disparidades regionais e entre grupos socioeconômicos em praticamente nenhuma destas doenças.

Por fim, vale ressaltar que os acidentes domésticos revelam-se como uma das principais causas de atendimentos, internações e incapacidades em crianças. A cada ano, cerca de 6 milhões de crianças menores de cinco anos (40%) são vítimas de ao menos um acidente, com a vasta maioria deles ocorrendo na própria residência. Os acidentes mais frequentes são as quedas (81%); em seguida e com frequência menor estão as queimaduras (10%), os choques elétricos (9%) e as mordidas de animais (8%).

3 SERVIÇOS BÁSICOS[7]

As condições de vida de uma criança são fortemente afetadas pelo acesso que ela tem a serviços básicos de saúde, nutrição, saneamento, entre outros, bem como pela qualidade de tais serviços. A morbidade infantil e o seu tratamento é forma alternativa de avaliar a qualidade da atenção recebida pelas crianças em seus primeiros anos de vida. Segundo especialistas na área de saúde, grande parte dos óbitos infantis poderia ser evitada com conhecimentos e tecnologias já existentes, que possibilitam intervenções rápidas e eficazes, não permitindo que determinada situação evolua para o óbito.[8]

Em parte, os cuidados durante a primeira infância estão sob responsabilidade da própria família – por exemplo, o aleitamento materno –, sendo importante o estímulo para que haja efetiva prática destes cuidados, os quais devem, também,

7. As estimativas mencionadas nesta seção encontram-se apresentadas nas tabelas 2A e 2B, no anexo.
8. Ver Boing e Boing (2008).

caracterizar-se pela boa qualidade. Neste caso, a escolaridade da mãe e a pertinência das informações acessadas pela família são fundamentais.

Políticas públicas podem melhorar a qualidade dos serviços disponíveis e promover seu acesso utilizando vários de instrumentos. Em primeiro lugar, a qualidade dos serviços oferecidos pode ser melhorada pela regulação da provisão privada ou via investimentos públicos. Em segundo lugar, o acesso pode ser expandido tanto pela provisão pública gratuita quanto pelo acesso subsidiado à provisão privada. Por fim, a efetiva utilização dos serviços disponíveis pode ser estimulada pela divulgação de informações sobre a importância da utilização destes serviços, pela garantia às famílias das condições necessárias para o uso ou pelo incentivo à utilização mediante, por exemplo, transferências condicionadas.

Ao longo da última década, a política pública brasileira utilizou complexa combinação desses instrumentos visando expandir o acesso e melhorar a qualidade dos principais serviços indispensáveis à melhoria das condições de vida e ao desenvolvimento das crianças nos seus primeiros anos de vida. Nesta seção, trata-se do acesso a quatro tipos de serviços básicos e de como este acesso tem sido facilitado pelas políticas adotadas em âmbito nacional. Os serviços básicos considerados são aqueles que visam garantir o acesso: *i)* à saúde preventiva; *ii)* à nutrição; *iii)* ao saneamento; e *iv)* à identificação.

3.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

3.1.1 Assistência à gestação

O progresso na assistência à gestação, ocorrido no país ao longo da última década, foi evidente. Em 2006, os indicadores mais básicos de assistência à gestação já atingiam níveis bastante adequados. Por exemplo, menos de 2% das crianças menores de cinco anos tinham mães que não realizaram consulta pré-natal alguma, e mais de 75% tinham mães que fizeram mais de cinco consultas, conforme recomendações do Ministério da Saúde (MS). Aproximadamente 85% das crianças menores de cinco anos tinham mães que receberam atenção pré-natal nos três primeiros meses da gestação e apenas 5% das crianças tinham mães que não possuíam cartão de pré-natal – local em que são anotadas informações como idade gestacional, tipo sanguíneo e outros exames laboratoriais para o caso de atendimento emergencial. Uma década antes, a porcentagem de crianças menores de cinco anos cujas mães não haviam feito nenhuma consulta pré-natal era próxima a 15%, a porcentagem de crianças, desta mesma faixa etária, cujas mães não realizaram mais de cinco consultas era superior a 50%, e a proporção de crianças cujas mães não tinham cartão de pré-natal era 49%.

A despeito desse acentuado progresso, entretanto, persiste grave deficiência na cobertura da vacina antitetânica, fundamental para evitar o tétano neonatal, com apenas 31% das crianças menores de cinco anos tendo mães que receberam as três doses devidas.[9]

9. "Toda mulher em idade fértil deve se imunizar, tomando três doses da vacina antitetânica e uma de reforço a cada 10 anos. Essa vacina é fundamental para evitar o tétano neonatal, também conhecido como 'mal de sete dias', que é uma

O progresso na assistência à gestação, além de acelerado, foi também extremamente equalizador, com grande avanço no acesso de mulheres que vivem no meio rural e na região Nordeste. Em 1996, 32% das crianças do meio rural tinham mães que não haviam realizado sequer uma consulta pré-natal; hoje este número diminuiu para 4%. Além disso, mais de uma em cada quatro crianças na região Nordeste possuía mãe que não fazia qualquer consulta pré-natal; hoje, apenas uma em cada 50 crianças nordestinas tem mãe que não faz alguma consulta pré-natal. Enquanto há dez anos quase dois terços das crianças da região Nordeste tinham mães que não possuíam cartão pré-natal, hoje apenas 6% encontram-se nesta situação. O progresso no meio rural e na região Nordeste não foi apenas acelerado, mas também foi mais rápido que a média nacional, fazendo que as disparidades entre áreas urbanas e rurais e entre as regiões declinassem substancialmente.

Concomitante a essa redução das disparidades espaciais, ocorreu redução nas disparidades entre grupos socioeconômicos em relação à porcentagem de crianças cujas mães não possuíam cartão pré-natal. Em 1996, a diferença entre grupos extremamente vulneráveis e não vulneráveis era de 21 pontos percentuais (p.p.). Ao longo da última década, a situação de ambos os grupos melhorou, tendo as famílias vulneráveis se beneficiado mais. Em 2006, a porcentagem de crianças cujas mães não possuíam cartão pré-natal era muito similar nos dois grupos. Com relação à porcentagem de crianças cujas mães não receberam as três doses da vacina antitetânica, apesar do declínio nas disparidades, as porcentagens ainda são muito elevadas para ambos os grupos (aproximadamente 65%).

3.1.2 Assistência ao parto

O acentuado progresso observado ao longo da última década também foi evidente na assistência ao parto. Em 2006, apenas 11% das crianças nasceram fora de instituição de saúde e sem a assistência de médico, enquanto uma década antes 22% das crianças nasciam sem a devida atenção médica.

Ao contrário da assistência à gestação, o progresso na assistência ao parto não contribuiu para a redução das desigualdades regionais. Em 1996, a porcentagem de crianças cujo parto ocorreu fora de instituição de saúde e sem a assistência de médico era 3,5 vezes maior na região Nordeste que na região Sul; em 2006, esta razão aumentou cerca de seis vezes. As desigualdades entre áreas urbanas e rurais, no entanto, declinaram ao longo da década. Em 1996, a porcentagem de crianças cujo parto domiciliar ocorreu sem a assistência de profissional de saúde nas áreas rurais era 2,6 vezes maior que nas áreas urbanas; em 2006 tal razão declinou para menos de dois.

Vale ressaltar, contudo, que as disparidades entre grupos socioeconômicos são elevadas. Para as famílias vulneráveis, a porcentagem de crianças cujo parto ocorreu fora de instituição de saúde e sem a assistência de médico é 41%, ao passo que para as famílias não vulneráveis esta porcentagem é apenas 2%.

---

doença infecciosa causada pela contaminação do coto umbilical do recém-nascido pelo bacilo do tétano." Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tetano_neonatal.pdf>.

Por fim, cumpre ressaltar que tanto no caso da assistência ao parto quanto na assistência à gestação, o progresso na região Norte foi mais lento que o na região Nordeste, levando à reversão na posição relativa destas duas regiões. Há dez anos, a região Nordeste exibia os piores indicadores; hoje, entretanto, é a região Norte que os detém.

3.1.3 Assistência ao pós-parto

A consulta pós-parto ou puerperal é muito importante para mãe e criança, pois nela o médico examina o estado de saúde da mulher, o seu retorno às condições antes da gravidez e o aleitamento materno, sugere o planejamento familiar, identifica as situações de risco e orienta sobre como conduzi-las. Além disso, avalia a interação com o recém-nascido e complementa ou realiza as ações não executadas no pré-natal.

A despeito da acentuada expansão da atenção básica à saúde no país, a assistência ao pós-parto ainda revela graves deficiências, considerando-se que a mortalidade materna permanece elevada. Persiste contingente elevado de crianças cujas mães não realizaram sequer uma consulta de pós-parto – aproximadamente 61%. A situação não era muito diferente em 1996.

As diferenças regionais são elevadas. Em 2006, a porcentagem de crianças cujas mães não fizeram ao menos uma consulta pós-parto era cerca de uma vez e meia maior na região Norte que na região Sul, encontrando-se proporção semelhante na comparação entre as áreas rurais e as áreas urbanas.

Contudo, a desigualdade entre grupos socioeconômicos declinou acentuadamente ao longo da década. Em 1996, a porcentagem de crianças cujas mães não realizavam sequer uma consulta de pós-parto era quatro vezes maior em famílias vulneráveis; em 2006, esta razão diminuiu à metade.

3.1.4 Vacinação

O acentuado progresso do país em termos da redução da mortalidade pós-neonatal deveu-se, em parte, à expansão da cobertura vacinal. Há uma década, apenas 60% das crianças de um ano tinham cobertura vacinal completa. Hoje, no entanto, a cobertura é praticamente universal. Apenas a cobertura contra hepatite B ainda requer significativa melhoria.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS, por meio de calendários obrigatórios de vacinação, oferece, gratuitamente, todas as vacinas necessárias à população. Busca, assim, alcançar a cobertura universal e homogênea em todos os municípios e em todos os bairros, especialmente assistindo todas as crianças que nascem anualmente no país.[10]

O PNI inclui a coordenação de campanhas de vacinação de caráter nacional, de produção, aquisição, conservação e distribuição das vacinas. Além disso, como

10. São três os calendários: Calendário Básico de Vacinação da Criança, Calendário de Vacinação do Adolescente e Calendário de Vacinação do Adulto e do Idoso. Para mais informações, ver: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_eadpv.pdf> e <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/novos_imunobiologicos.doc>.

incentivo à manutenção da produção nacional de todas as vacinas utilizadas pelo PNI, o MS investe em laboratórios oficiais de pesquisa e produção de vacinas.

Apesar de o PNI ser ação de caráter universal, oferecida a todas as crianças, observam-se ainda diferenças nas taxas de cobertura vacinais entre as regiões brasileiras. De fato, a cobertura é ligeiramente menor nas regiões Norte e Nordeste.

3.1.5 Atendimento básico a diarreia e infecções respiratórias

Saber se a criança apresentou ou não febre ou tosse é fundamental, pois estes dois sintomas podem indicar infecções respiratórias agudas (IRA) que podem evoluir para pneumonia. Daí a importância de se garantir algum tipo de atendimento médico às crianças que efetivamente apresentaram febre ou tosse. O atendimento médico, nestes casos, ajuda no diagnóstico precoce e, junto ao tratamento adequado, pode reduzir a morbidade e prevenir a morte de muitas crianças por IRA.

Embora a prevalência de infecções respiratórias, febre e tosse, assim como de diarreia, não tenha declinado de forma significativa no país, ao menos a porcentagem das crianças que receberam atendimento aumentou sobremaneira. Em 1996, menos de 20% das crianças acometidas por infecções respiratórias recebiam algum atendimento médico; em 2006, cerca de 50% das crianças nesta situação recebiam atendimento. A falta de atendimento médico é particularmente preocupante no caso de infecções respiratórias agudas; nestes casos, o diagnóstico precoce é fundamental para prevenir que o quadro evolua para pneumonia e possível óbito da criança.

3.1.6 Programa Saúde da Família (PSF)

Grande parte desse acentuado progresso no acesso a serviços básicos de saúde preventiva ou curativa ao longo da última década pode ser atribuída à criação e à expansão do Programa Saúde da Família (PSF).

Criado em 1994 pelo MS, o PSF buscou "reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros".[11]

O PSF prioriza as ações de atenção básica à saúde nas populações de baixa renda, com foco na prevenção e na identificação rápida de doenças. O atendimento pode ser prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio por profissionais – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – que compõem as equipes do PSF.

Em termos de cobertura populacional, o PSF apresentou evolução bastante significativa nos últimos anos. Em 2003, 36% da população brasileira encontrava-se coberta pelo programa, o que correspondia a cerca de 62 milhões de pessoas, em 4.400 municípios atendidos. Em 2007, a cobertura expandiu-se para aproximadamente 47% da população no país, correspondentes a quase 88 milhões de pessoas, com 5.125 municípios brasileiros atendidos.[12]

11. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>.

12. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/MS. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/ abnumeros.php#historico>.

A partir de 2000, as ações de saúde bucal foram incorporadas à estratégia do PSF, objetivando ampliar e facilitar o acesso a serviços odontológicos para a população. Entre as atividades prestadas estão: tratamentos curativos e preventivos, palestras e reuniões educativas, além de visitas domiciliares, que devem ser realizadas por profissionais integrantes da Equipe de Saúde Bucal (ESB), como cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário, técnico em saúde bucal ou técnico em higiene dental.

O número de ESBs implantadas no país aumentou consideravelmente, possibilitando maior cobertura por parte do programa. Em 2003, 6.200 equipes atuavam em 2.800 municípios. Em 2007, já existiam 15.700 equipes distribuídas em 4.300 municípios brasileiros. Pode-se dizer que, apesar do avanço ocorrido neste período em termos de cobertura populacional, o Programa de Saúde Bucal (PSB) encontra-se aquém do nível de cobertura do PSF, tendo em vista que, em 2003, 21% da população brasileira estava coberta, correspondentes a cerca de 36 milhões de pessoas. Em 2007, este grau de cobertura passou para 41% da população brasileira, aproximadamente 77 milhões de pessoas.

3.2 IDENTIFICAÇÃO

O registro civil constitui requisito básico para que a criança seja reconhecida como cidadã. Ao registrar uma criança, emite-se sua certidão de nascimento, que é o primeiro documento de validade jurídica de um cidadão, garantindo a ela o acesso a serviços e benefícios públicos. Sem o registro de nascimento não é possível matricular uma criança na escola ou mesmo participar de programas sociais como Bolsa Família e Luz para Todos, entre outros. Ademais, garantir o registro civil de todos os recém-nascidos constitui uma das metas do documento Um Mundo para as Crianças, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2002 para balizar as ações necessárias ao cumprimento das metas de desenvolvimento do milênio relacionadas à infância e à adolescência.

A despeito de a quase totalidade dos partos no país ocorrerem em estabelecimentos de saúde, o registro destes nascimentos permanece bastante precário. Apesar das inúmeras campanhas de sensibilização deslanchadas pelo governo desde o início dos anos 1990, aproximadamente 15% dos recém-nascidos hoje no país não possuem certidão de nascimento, sendo a falta de informação uma das principais razões para o não registro da criança.

Ao contrário do progresso observado no acesso aos serviços básicos de saúde, o progresso em termos do registro de nascimentos tem sido relativamente lento ao longo da última década. Enquanto em 2000 a taxa de sub-registro de nascimentos era de quase 22%, em 2007 esta ainda estava na casa dos 12%. As disparidades regionais também são elevadas. Segundo o levantamento realizado pelo MS para a mobilização nacional do registro civil de nascimento, o sub-registro concentra-se principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Entre 2000 e 2007, verificou-se redução progressiva dos percentuais de sub-registro de nascimento, com destaque para a região Norte, que passou de 47% para 18%. Embora a região Norte tenha apresentado a maior redução nos percentuais de sub-registro de nascimento, a cobertura em conjunto com o Nordeste ainda é baixa. Em 2007, estas regiões

mantiveram sub-registros de 18% e 22%, respectivamente. As regiões Sul e Sudeste apresentam as melhores coberturas de registros de nascimento, com percentual de sub-registro em 2007 cerca de 2% e 5%, respectivamente.

3.3 ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é alimento completo, rico em vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas e anticorpos que ajudam a proteger o bebê até que ele comece a produzir suas próprias defesas. O aleitamento deve ocorrer já na primeira hora após o nascimento, uma vez que o primeiro leite expelido, chamado *colostro*, é extremamente rico em anticorpos. De fato, estudos promovidos pela OMS comprovam a eficácia da amamentação enquanto prática que evita doenças como diarreia e mortes a ela relacionadas, demonstrando que o risco de morte por doenças infecciosas é cerca de seis vezes maior entre lactentes desmamados nos dois primeiros meses de vida, quando comparados aos que foram amamentados.[13, 14] Estimativas para o Brasil revelam que aproximadamente 7 mil mortes de crianças até o primeiro ano de vida poderiam ser evitadas apenas com a amamentação na primeira hora após o parto (CEBRAP, 2008).

O aleitamento materno também traz grandes benefícios para as mães, proporcionando-lhes maior período de infertilidade pós-parto, aumentando o intervalo entre uma gravidez e outra e reduzindo as chances de desenvolverem câncer de mama, diabetes e anemia. Além disso, o ato de amamentar é ocasião em que o bebê recebe o afeto da mãe, constituindo-se no principal vínculo entre os dois.

A despeito da acentuada queda na mortalidade infantil no país, o aleitamento materno continua apresentando considerável desvio em relação às recomendações médicas, tanto no que concerne ao seu início quanto no que respeita à sua duração. No Brasil, pouco mais de 40% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora após o nascimento e 40% recebem aleitamento exclusivo durante os seis primeiros meses de vida.

Acompanhando o progresso ocorrido ao longo da última década no acesso aos serviços básicos de saúde, a porcentagem de recém-nascidos amamentados na primeira hora após o nascimento também aumentou em 10 p.p. Importante ressaltar que as regiões mais pobres apresentaram, desde a última década, melhor desempenho em aleitamento na primeira hora de nascimento. Contudo, esta vantagem está diminuindo. O Nordeste, que em 1996 tinha desempenho 35% superior ao da região Sul, hoje é melhor em apenas 30%. Na comparação urbano – rural, nota-se que as áreas rurais têm desempenho levemente superior, tendo partido em 1996 de situação igual à das áreas urbanas. Por seu turno, o indicador de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é três vezes melhor entre as famílias não vulneráveis e tal desigualdade manteve-se estável na última década. Assim, parece que os programas do governo têm sido efetivos

13. Ver Vieira, Silva e Vieira (2003).

14. Baumgartner (1984) demonstra que o desenvolvimento psicomotor e social dos bebês que são amamentados com leite materno é claramente melhor, resultando, na idade de um ano, em vantagens significativas.

em garantir a amamentação nas maternidades, mas não até os seis primeiros meses de vida da criança.

Na década de 1980, foi criada a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que busca aumentar a amamentação no país. Tal política engloba diversos programas, como a rede Amamenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH).

A rede Amamenta Brasil busca incentivar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e de forma continuada até dois anos de idade ou mais. Este trabalho ocorre por meio da sensibilização e da qualificação dos profissionais das unidades de saúde comunitárias, onde são oferecidas orientações sobre os benefícios, a importância do aleitamento e os cuidados necessários ao amamentar.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança certifica os hospitais que adotam práticas de promoção, proteção e apoio à amamentação. Nestes hospitais, desde o pré-natal até o puerpério, as mães são orientadas e incentivadas à amamentação com o objetivo de elevar os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado. A IHAC capacita profissionais de saúde e gestores de hospitais, realizando avaliações e repassando recursos especiais para as entidades credenciadas.

Por fim, a rede de Bancos de Leite Humano é iniciativa voltada para garantir amamentação aos bebês que perderam suas mães ou cujas mães não têm condições de amamentar e, neste particular, não é propriamente programa de incentivo, mas de garantia do direito à amamentação. Conta com centros especializados, necessariamente vinculados a hospital materno ou infantil, os quais têm sob seu controle a operação de um ou vários Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH). As doadoras são cadastradas nos postos de coleta e a elas é prestada toda a assistência necessária à ordenha adequada. O leite coletado é armazenado e transportado com rígido controle de qualidade.

3.4 DOENÇAS CONGÊNITAS

O país conta com iniciativas importantes para reduzir a morbidade e a mortalidade causadas por doenças congênitas, como hipotireoidismo congênito ou as hemoglobinopatias. Entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que tem por objetivo detectar e tratar doenças congênitas em recém-nascidos, antes de os sintomas manifestarem-se clinicamente.

O programa realiza triagem em nascidos vivos a partir de exames de sangue. Ficou popularmente conhecido como "teste do pezinho". Se a criança for selecionada na triagem, precisa realizar exame confirmatório para que o diagnóstico possa ser feito. As doenças testadas são quatro: *i)* hipotireoidismo congênito;[15] *ii)* fenilcetonúria;[16] *iii)* hemoglobinopatias;[17] e *iv)* fibrose cística.[18] Uma vez diagnosticada alguma destas doenças, a criança recebe tratamento.

15. Glândula tireoide do recém-nascido não funciona adequadamente, atrapalhando o metabolismo e consequentemente o crescimento e o desenvolvimento mental.

16. Deficiência genética hereditária caracterizada que ataca o cérebro, causando deficiência mental e convulsões.

17. São doenças hereditárias que afetam os glóbulos vermelhos do sangue – anemias hereditárias. As mais comuns são a talassemia e a anemia falciforme.

Cada estado possui pelo menos um centro de Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), o qual conta com equipe multidisciplinar formada por pediatra, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e assistente social. Existem também nos estados diversos postos de coleta e laboratórios conveniados, espalhados pelos municípios. A coleta de sangue para triagem é realizada em hospitais, maternidades ou postos de saúde. Laboratórios credenciados dos SRTNs recebem estas amostras e realizam os exames de triagem, depois devolvem os resultados para os postos de coleta.

Vale ressaltar que as condições locais de oferta nos estados são heterogêneas e nem todos os SRTNs são capazes de realizar a triagem e o tratamento das quatro doenças mencionadas.

3.5 SANEAMENTO

Por fim, é preciso falar dos serviços de provisão de água e saneamento, absolutamente fundamentais para reduzir a incidência da subnutrição infantil e da diarreia. A situação no país ainda permanece precária, com 22% das crianças de zero a cinco anos vivendo em domicílios sem acesso adequado à água e 33% em domicílios sem saneamento adequado. De fato, a porcentagem de crianças sem acesso adequado à água ou ao saneamento atinge 40%.

Ao longo da última década, não houve declínio acentuado na porcentagem de crianças de zero a cinco anos sem acesso adequado a pelo menos um desses serviços básicos – aproximadamente 13 p.p. A porcentagem de crianças vivendo em domicílios sem acesso adequado à água é atualmente dois terços da porcentagem dos que não têm acesso adequado a saneamento. Como o progresso ao longo da última década para os dois indicadores foi similar, não ocorreu, portanto, aproximação entre eles.

A desigualdade entre grupos socioeconômicos no acesso a tais serviços é ainda extremamente elevada, mas vem caindo. A quase totalidade das crianças em famílias vulneráveis não tem acesso adequado à água ou ao saneamento, enquanto apenas 10% das crianças em famílias não vulneráveis não têm acesso a um destes serviços. Ao longo da última década, houve redução acentuada em tal desigualdade. A porcentagem de crianças de zero a cinco anos em domicílios sem acesso adequado a água ou ao saneamento era 20 vezes maior para as famílias vulneráveis em 1996, e em 2006 esta razão diminuiu à metade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na última década, o país experimentou progresso substancial em termos da expansão das oportunidades para desenvolvimento das crianças em seus primeiros anos de vida, o que se refletiu em melhorias extremamente significativas em diversos indicadores de desenvolvimento. A mortalidade de crianças declinou a taxas acima do necessário para que o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio seja alcançado antes

18. Funcionamento anormal das glândulas que produzem muco, suor, saliva, lágrima e suco digestivo. Afeta o sistema digestivo – danifica o pâncreas – e o sistema respiratório.

mesmo de 2015, e as taxas de subnutrição já atingiram níveis que situam o país na normalidade.

Esse acentuado progresso resultou da combinação de três fatores: *i)* rápida redução da extrema pobreza no país, o que garantiu melhores condições de vida às famílias e, portanto, às suas crianças; *ii)* considerável expansão do acesso aos serviços básicos, em particular para as famílias em condições de maior vulnerabilidade; e *iii)* maior grau de utilização dos serviços disponíveis graças à maior escolaridade dos pais e a importantes campanhas de conscientização sobre quão fundamental é a atenção básica à primeira infância. Em suma, o progresso ocorrido ao longo da última década combinou menos pobreza com maior oferta e acesso a serviços de melhor qualidade, além da melhor utilização destes serviços por parte das famílias com crianças.

No entanto, mais importante que a velocidade desse progresso talvez seja o fato de este ter sido claramente equalizante. Não só a mortalidade e a subnutrição declinaram, mas o acesso e a utilização de ampla variedade de serviços expandiram-se muito mais entre crianças em famílias com alta vulnerabilidade que entre aquelas não vulneráveis. Declinaram também as diferenças entre as áreas rurais e urbanas e entre as regiões Norte e Nordeste, por um lado, e Sul e Sudeste, por outro.

Apesar de todo esse avanço, a situação da primeira infância no país ainda requer considerável atenção. A despeito de o país estar em rota certa para cumprir as Metas de Desenvolvimento do Milênio até 2015, deve-se, ainda, atentar para o fato de que, a cada ano, nascem mais de 3 milhões de crianças, fazendo que o país tenha hoje população considerável com até cinco anos de idade – quase 20 milhões. Garantir a estas crianças as condições básicas de vida e as oportunidades necessárias para seu desenvolvimento é, e continuará sendo, um dos maiores desafios para as próximas décadas. O sucesso exigirá continuidade do progresso. Contudo, continuidade de resultados não significa necessariamente prosseguimento de ações. É fundamental que as políticas públicas se adéquem aos novos desafios e que ações voltadas para áreas em que o progresso tem sido relativamente mais lento sejam fortalecidas. Neste particular, é preciso dispensar especial atenção para a redução da mortalidade neonatal, a promoção do aleitamento materno exclusivo, a expansão do acesso ao saneamento básico e a redução drástica da proporção de crianças sem registro de nascimento. Superados estes desafios, será garantida atenção básica minimamente adequada à primeira infância.

ANEXO

TABELA 1a

Resultados para a primeira infância no Brasil: evolução e desigualdade, 1996 e 2006

Indicador	1996			2006		
	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]
Mortalidade (por mil nascidos)						
Mortalidade na infância (menores de 5 anos)[3]	141	64	15	39	24	14
Mortalidade infantil[4]	115	55	13	33	21	13
Mortalidade pós-infantil[5]	26	9	2	5	4	1
Mortalidade neonatal[6]	43	25	10	18	12	7
Mortalidade pós-neonatal[7]	73	30	5	14	8	5
Subnutrição infantil						
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com baixo peso ao nascer (peso < 2,5)	9	8	6	14	10	5
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com altura em relação à idade inadequada	32	10	2	14	7	5
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com peso em relação à altura inadequado	4	2	0	2	2	3
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com peso em relação à idade inadequado	16	6	1	3	2	2
Porcentagem das crianças menores de 5 anos que a mãe declara que a criança tomou alguma dose de vitamina A nos últimos 6 meses	-	-	-	38	28	15
Porcentagem das crianças menores de 5 anos que a mãe declara que a criança tomou algum medicamento com ferro nos últimos 6 meses	-	-	-	24	30	25
Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que a mãe declara que a criança não tomou alguma dose de vitamina A e nenhum medicamento com ferro nos últimos 6 meses	-	-	-	47	57	70
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que vivem em domicílios que não utilizam sal iodado	-	-	-	5	1	1
Morbidade infantil						
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram diarréia na última quinzena	16	10	6	14	8	6
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram febre na última quinzena	33	26	26	20	22	25
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram tosse na última quinzena	50	49	48	40	35	30
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram febre ou tosse na última quinzena	58	55	56	45	42	42
Dentre as crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas últimas semanas que porcentagem não recebeu atendimento médico	-	-	-	2	2	1
Dentre as crianças menores de 5 anos que tiveram tosse nas duas últimas semanas que porcentagem não recebeu atendimento médico	-	-	-	2	2	1

(Continua)

(Continuação)

Indicador	1996			2006		
	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]
Dentre as crianças menores de 5 anos que tiveram diarréia que porcentagem não recebeu atendimento médico	-	-	-	0	0	0
Dentre as crianças menores de 5 anos que teve febre ou tosse nas duas últimas semanas que porcentagem não recebeu atendimento médico	-	-	-	2	2	1
Dentre as crianças menores de 5 anos que tiveram diarréia ou febre ou tosse que porcentagem não recebeu atendimento médico devido à falta de procura dos pais	-	-	-	60	51	39
Dentre as famílias que procuraram atendimento médico para alguma criança por causa de febre ou tosse ou diarréia que porcentagem não foi atendida	-	-	-	2	2	2

Fonte: Estimativas produzidas com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996 e 2006.

Notas: [1] Foi considerado como grupo muito vulnerável uma criança que vive em família cujo chefe é de cor negra, a mãe tem zero ano de escolaridade e não está presente, a localização do domicílio é em área rural da região Nordeste, a família possui razão de dependência demográfica igual a 2 e uma renda per capita menor que metade da linha de extrema pobreza (R$ 24,90).

[2] Foi considerado como grupo não-vulnerável uma criança que vive em família cujo chefe é de cor branca, a mãe tem ao menos escolaridade média completa e está presente, o domicílio está localizado na área urbana da região Sul, com uma razão de dependência demográfica igual a 1/2 e a renda per capita é duas vezes maior do que a média da população como um todo (R$ 989,90).

[3] Número de crianças que completariam de 5 a 15 anos na época da pesquisa, mas morreram antes de completar 5 anos, sobre o número de crianças que completaram ou completariam de 5 a 15 anos na época da pesquisa.

[4] Número de crianças que completariam de 1 a 15 anos na época da pesquisa, mas morreram antes de completar 1 ano, sobre o número de crianças que completou ou completaria de 1 a 15 anos na época da pesquisa.

[5] Número de óbitos de residentes de 1 a 5 anos de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes.

[6] Número de crianças que completariam de 1 mês a 15 anos no momento da pesquisa, mas morreram antes de completar 1 mês, sobre o número de crianças que completou ou completaria de 1 mês a 15 anos no momento da pesquisa.

[7] Número de óbitos de residentes de 1 a 11 meses de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes.

TABELA 1b

Resultados para a primeira infância no Brasil: evolução e desigualdade, 1996 e 2006

Indicador	1996					2006				
	Média	Nordeste	Sul	Rural	Urbano	Média	Nordeste	Sul	Rural	Urbano
Mortalidade materna										
Número de mães que morrem em decorrência de fatores ligados à gravidez[1, a]	-	-	-	-	-	3,300	-	-	-	-
Acesso a medicamentos										
Porcentagem das mulheres que não tiveram acesso a todos os medicamentos de que necessitavam[2]	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-
Porcentagem das mulheres que não tiveram acesso a nenhum dos medicamentos de que necessitavam[2]	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-
Mortalidade (por mil nascidos)[b]										
Mortalidade na infância (menores de 5 anos)[2, 3]	57	89	29	79	49	33	48	20	44	31
Mortalidade infantil[2, 3]	48	74	25	65	42	22	35	17	28	21
Mortalidade pós-infantil[2, 3]	9	16	5	15	7	11	13	3	16	10
Mortalidade neonatal[2, 3]	22	28	15	26	21	-	-	-	-	-
Mortalidade pós-neonatal[2, 3]	25	45	10	40	21	-	-	-	-	-
Mortes no período da infância										
Número de crianças que não completam 5 anos de vida[2]	-	-	-	-	-	99,000	-	-	-	-
Número de crianças que não completam 1 ano de vida[2]	-	-	-	-	-	66,000	-	-	-	-
Subnutrição infantil										
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com baixo peso ao nascer (peso < 2,5kg)[3]	8	8	8	8	8	-	-	-	-	-
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com altura em relação à idade inadequada[2, 3]	11	18	5	19	8	7	6	9	8	7

(Continua)

(Continuação)

Indicador	1996					2006				
	Média	Nordeste	Sul	Rural	Urbano	Média	Nordeste	Sul	Rural	Urbano
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com peso em relação à altura inadequado[2, 3]	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2
Porcentagem de crianças menores de 5 anos com peso em relação à idade inadequado[2, 3]	6	8	2	9	5	2	2	2	2	2
Porcentagem das crianças menores de 5 anos que recebeu a recomendação para ministrar uma dose de vitamina A nos últimos 6 meses[2]	-	-	-	-	-	32	-	-	-	-
Dentre as mães que receberam a recomendação para ministrar uma dose de vitamina A no filho que porcentagem não seguiu a recomendação[2]	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-
Porcentagem das crianças menores de 5 anos que a mãe declara que a criança tomou alguma dose de vitamina A nos últimos 6 meses[2]	-	-	-	-	-	28	44	15	32	28
Porcentagem das crianças menores de 5 anos que a mãe declara que a criança tomou algum medicamento com ferro nos últimos 6 meses[2]	-	-	-	-	-	31	30	27	31	32
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que vivem em domicílios que não utilizam sal iodado[2]	-	-	-	-	-	4	3	4	5	4
Morbidade Infantil										
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram diarréia na última quinzena[2, 3]	13	18	11	15	13	9	13	9	13	9
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram febre na última quinzena[2, 3]	26	31	27	28	25	23	25	27	20	24
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram tosse na última quinzena[2, 3]	48	49	50	47	48	35	39	27	20	24
Dentre as crianças menores de 5 anos que tiveram diarréia e procuraram tratamento que porcentagem não conseguiu atendimento médico[2]	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Dentre as crianças menores de 5 anos que tiveram febre e/ou tosse nas duas últimas semanas que porcentagem recebeu atendimento médico[2]	-	-	-	-	-	50	-	-	-	-
Acidentes envolvendo crianças										
Porcentagem de crianças menores de 5 anos que são vítimas de pelo menos um acidente[2]	-	-	-	-	-	40	-	-	-	-
Quedas[2]	-	-	-	-	-	81	-	-	-	-
Queimaduras[2]	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-
Choque elétrico[2]	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-
Mordedura de animais[2]	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-

Fonte: [1] UNICEF, 2005.
[2] CEBRAP, 2008.
[3] BEMFAM, 1997.

Notas: [a] Para o cálculo deste indicador, utilizou-se a taxa de mortalidade materna para o ano de 2005.
[b] Objetivando minimizar possíveis erros derivados do "pequeno" tamanho das amostras para algumas regiões, o cálculo das taxas de mortalidade infantil e na infância divulgadas pela BEMFAM são para o período de dez anos anteriores à pesquisa. Já para o relatório da CEBRAP, as estimativas dessas mortalidades são referentes ao ano de 2002.

TABELA 2a

Serviços básicos e outros insumos necessários para o desenvolvimento da primeira infância no Brasil: evolução e desigualdade, 1996 e 2006

(%)

Indicador	1996			2006		
	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]
Assitência à gestação						
Porcentagem das mães que não realizou nenhuma consulta pré-natal	-	-	-	7	1	0
Porcentagem das mães que não realizou mais de 5 consultas de pré-natal[3]	-	-	-	43	18	8
Porcentagem das mães que não recebeu atenção pré-natal nos três primeiros meses da gestação	-	-	-	35	16	9
Porcentagem das mães que não possui cartão de pré-natal	53	40	32	2	6	7
Porcentagem das mães que não recebeu três doses de vacina antitetânica	69	68	57	65	65	67

(Continua)

(Continuação)

Indicador	1996			2006		
	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]	Extremamente vulnerável[1]	Média	Não vulnerável[2]
Assitência ao parto						
Porcentagem dos partos que se deu fora de uma instituição de saúde e sem a assistência de um profissional de saúde devidamente qualificado[4]	-	-	-	41	12	2
Assitência ao pós-parto						
Porcentagem das mãe que não realizou pelo menos uma consulta de pós-parto	96	67	24	90	61	39
Aleitamento materno						
Porcentagem de crianças que não são amamentadas na primeira hora após o nascimento	-	-	-	35	59	75
Porcentagem de crianças de 0 a 6 meses que não receberam aleitamento materno exclusivo	87	77	59	88	62	61
Acesso a água e saneamento[5]						
Porcentagem de crianças de 0 a 5 anos que vivem em domicílios sem acesso adequado a água ou saneamento	98	53	5	97	40	10
Porcentagem de crianças de 0 a 5 anos que vivem em domicílios sem acesso adequado a água	93	35	1	89	22	3
Porcentagem de crianças de 0 a 5 anos que vivem em domicílios sem acesso adequado a saneamento	95	48	3	94	33	6

Fonte: Estimativas produzidas com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996 e 2006.

Notas: [1] Foi considerado como grupo muito vulnerável uma criança que vive em família cujo chefe é de cor negra, a mãe tem zero ano de escolaridade e não está presente, a localização do domicílio é em área rural da região Nordeste, a família possui razão de dependência demográfica igual a 2 e uma renda per capita menor que metade da linha de extrema pobreza (R$ 24,90).

[2] Foi considerado como grupo não-vulnerável uma criança que vive em família cujo chefe é de cor branca, a mãe tem ao menos escolaridade média completa e está presente, o domicílio está localizado na área urbana da região Sul, com uma razão de dependência demográfica igual a 1/2 e a renda per capita é duas vezes maior do que a média da população como um todo (R$ 989,90).

[3] A metodologia utilizada para a construção deste indicador entende que quem respondeu sem resposta ou não sabe não entrou no cálculo.

[4] Foi considerado, para o cálculo deste indicador, como profissional de saúde devidamente qualificado somente o médico.

[5] Para as informações de acesso a água e saneamento usaram-se os dados da PNAD/IBGE de 1997 e 2007.

TABELA 2b

Serviços básicos e outros insumos necessários para o desenvolvimento da primeira infância no Brasil: evolução e desigualdade, 1996 e 2006

(%)

Indicador	1996							2006						
	Média	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Rural	Urbano	Média	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Rural	Urbano
Assitência à gestação														
Porcentagem das mães que não realizou nenhuma consulta pré-natal[1, 2]	14	19	26	6	-	32	9	1	4	2	1	0	4	1
Porcentagem das mães que não realizou mais de 5 consultas de pré-natal[1, 2]	52	29	72	35	-	72	46	23	39	31	17	15	34	20
Porcentagem das mães que não recebeu atenção pré-natal nos três primeiros meses da gestação[1, 2]	34	44	48	20	-	54	27	17	26	21	13	15	-	-
Porcentagem das mães que não possui cartão de pré-natal[1, 2]	49	45	62	37	-	64	44	5	3	6	5	5	4	6
Porcentagem das mães que não recebeu três doses de vacina antitetânica [2]	-	-	-	-	-	-	-	69	67	64	73	72	67	69
Assitência ao parto														
Porcentagem dos partos que se deu fora de uma instituição de saúde e sem a assistência de um profissional de saúde devidamente qualificado[1, 2, a]	22	45	42	12	-	42	16	11	28	19	3	5	17	10
Assitência ao pós-parto														
Porcentagem das mães que não realizou pelo menos uma consulta de pós-parto[2]	-	-	-	-	-	-	-	61	81	74	51	49	77	57

(Continua)

(Continuação)

Indicador	1996							2006						
	Média	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Rural	Urbano	Média	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Rural	Urbano
Vacinação														
Porcentagem de crianças menores de um ano que receberam todas as vacinas[1, b]	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Porcentagem de crianças menores de um ano que receberam a vacina Tetravalente[4, c]	81	66	70	86	98	-	-	95	92	94	100	96	-	-
Porcentagem de crianças menores de um ano que receberam a vacina contra Poliomelite[4, c]	78	51	70	86	94	-	-	98	96	96	99	99	-	-
Porcentagem de crianças menores de um ano que receberam a vacina BCG[4, c]	104	102	102	96	113	-	-	107	115	108	104	103	-	-
Porcentagem de crianças menores de um ano que receberam a vacina contra Hepatite B[4, c]	11	39	-	31	5	-	-	91	85	89	96	93	-	-
Porcentagem de crianças menores de um ano que receberam a vacina Tríplice Viral[4, c]	87	89	81	87	94	-	-	100	97	101	99	99	-	-
Atendimento Médico														
Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que apresentaram sintomas de IRA e receberam atendimento em serviços de saúde[1, 2, d]	18	14	15	20	-	11	20	50	53	46	59	48	50	50
Programa Saúde da Família														
Porcentagem da população coberta por equipes de Saúde da Família[5, e]	36	-	-	-	-	-	-	47	-	-	-	-	-	-
Porcentagem da população coberta por equipes de Saúde Bucal[5, e]	21	-	-	-	-	-	-	41	-	-	-	-	-	-
Registro de Nascimento														
Porcentagem de recém-nascidos que não possuem certidão de nascimento[3, f]	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Taxa de sub-registro de nascimentos[3, g]	22	47	37	10	7	-	-	12	18	22	2	6	-	-
Aleitamento Materno														
Porcentagem de crianças que não são amamentadas na primeira hora após o nascimento[1, 2]	67	57	63	76	-	66	68	57	46	48	64	62	51	58
Porcentagem de crianças de 0 a 6 meses que não receberam aleitamento materno exclusivo[2]	-	-	-	-	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-

Fonte: [1] BEMFAM, 1997.
[2] CEBRAP, 2008.
[3] IBGE, 2008.
[4] Ripsa, <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB, 16/04/2009>.
[5] SIAB, http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico, 16/04/2009.

Notas: [a] Foi considerado, para o cálculo deste indicador, como profissional de saúde devidamente qualificado somente o médico.
[b] Para a OMS uma criança plenamente vacinada deverá ter recebido as seguintes vacinas: BCG, Sarampo Tríplice e Pólio.
[c] Para esses indicadores foram usados os anos de 1995 e 2005.
[d] Para o indicador de 1996, foi utilizado a porcentagem de crianças dentre as que tiveram tosse que receberam atendimento médico e para o indicador de 2006, foi utilizado a porcentagem de crianças dentre as que tiveram febre e/ou tosse que receberam atendimento médico.
[e] Para esse indicador foram usados os anos de 2003 e 2007.
[f] Essa informação é para o ano de 2008.
[g] Usaram-se para este indicador informações referentes aos anos de 2000 e 2007.

REFERÊNCIAS

BAUMGARTNER, C. Psychomotor and social development of breastfed and bottle fed babies during their first year of life. **Acta Paediatrica Hungarica**, v. 1, n. 1, p. 32-40, 1984.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 447-455, fev., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 729, de 13 de maio de 2005**. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 730, de 13 de maio de 2005**. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://200.214.130.94/nutricao/documentos/portaria_730_ferro.pdf>. Acesso em: 17 de abril, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informações sobre introdução de novos imunobiológicos aos calendários de vacinação da criança, adolescente, adulto e idoso**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/novos_imunobiologicos.doc>. Acesso em: 17 de abril, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_eadpv.pdf>. Acesso em: 7 de abril, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 7 de abril, 2009e.

CARNEIRO, P. M.; HECKMAN, J. J. Human capital policy. **IZA Discussion Paper**, London: Institute for the Study of Labour, n. 821, 2003.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS): 2006**. Relatório, Brasília, 2008.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **CEPALSTAT**: estadísticas de América Latina y el Caribe. Disponível em: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>. Acesso em: 7 de abril, 2009.

CUNHA, F. *et al*. Interpreting the evidence on life cycle skill formation. **NBER Working Papers Series**, n. 11331, May, 2005.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**. Revisão. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domícilios – 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1230&id_pagina=1>. Acesso em: 5 de março, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Relatório, Brasil, 2004. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/relatorioODM/objetivo4.pdf>. Acesso em: 4 de maio, 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (RIPSA). Biblioteca virtual em saúde. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/>. Acesso em: 7 de abril, 2009.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) - 1996**. Relatório, Brasília, 1997.

UNICEF. **Progressos para as crianças**: um mundo para as crianças. Análise Estatística, Brasília, 2005.

VAZ, F. A. C. Mortalidade perinatal e neonatal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo: Editorial, v. 43, n. 1, jan./mar., 1997.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003.

WEIRICH, C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Mortalidade neonatal: um desafio para os serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia: FEN/UFG, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/ revista/revista3_1/ neonatal.html>. Acesso em: 7 de abril, 2009.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R. S. P. **Uma avaliação dos custos e benefícios da educação pré-escolar**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

BEGLEY, S. Your child's brain. **Newsweek,** Cover story, Feb., 1996. Disponível em: <http://www.gymboree.ch/pdf/articles/your_childs_brain_newsweek.pdf>. Acesso em: 7 de abril, 2009.

BERLINKSI, S.; GALIANI, S.; MANACORDA, M. Giving children a better start: preschool attendance & school-age profiles. **Working Papers**, The William Davidson Institute, n. 860, Jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH). **Mobilização para o registro civil de nascimento e documentação básica: por um Brasil com nome e sobrenome**. Cartilha disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/co/idoso/cartilhabaixa.pdf>. Acesso em: 7 de abril, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Portaria nº 2.193/GM, de 14 de setembro de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/portaria2193.pdf>. Acesso em: 17 de abril, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª ed. Brasília, 2005c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tetano_neonatal.pdf>. Acesso em: 17 de abril, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**, 2007. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>. Acesso em: 7 de abril, 2009.

MUSZKAT, M. **Fantásticas conexões:** a formação do cérebro do bebê é uma jornada que se inicia ainda no útero e se prolonga pelo resto da vida. Centro de Excelência em Neurologia, Neurofisiologia e Desenvolvimento Infantil. Disponível em: <http://www.neuroclin.com.br/noticias/Dr_Mauro_Muszkat_03.html>. Acesso em: 7 de abril, 2009.

RIMM-KAUFMAN, R.; PIANTA, R. C.; COX, M. J. Teachers' judgments of problems in the transition to kindergarten. **Early Child Research Quarterly**, v. 15, n. 2, p. 147-166, 2000.

SOUZA, L. J. E. X.; BARROSO, M. G. T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP***,* São Paulo, v. 33, n. 2, p. 107-112, 1999.

UNICEF. **Crianças de até 6 anos**: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília, 2007. (Situação da Infância Brasileira, 2006).

VAN DER GAAG, J. From child development to human development. *In*: YOUNG, M. (Ed.). **From early child development to human development**: investing in our children's future. Washington, D. C.: World Bank Publications, 2002.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2010

EDITORIAL

Coordenação
Iranilde Rego

Revisão
Cláudio Passos de Oliveira
Luciana Dias Jabbour
Marco Aurélio Dias Pires
Reginaldo da Silva Domingos
Leonardo Moreira de Souza (estagiário)
Maria Angela de Jesus Silva (estagiária)

Editoração
Bernar José Vieira
Cláudia Mattosinhos Cordeiro
Everson da Silva Moura
Renato Rodrigues Bueno
Eudes Nascimento Lins (estagiário)
Helenne Schroeder Sanderson (estagiária)

Livraria do Ipea
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Tiragem: 130 exemplares