

Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: uma análise regional*

Dolores Bombardelli Kappel

Universidade Estácio de Sá, Curso de Pedagogia

Nos últimos anos, a concepção de desenvolvimento e bem-estar da população de um país vem alterando-se, ultrapassando a dimensão tradicional de renda pessoal e crescimento econômico para incorporar uma visão mais holística, na qual a razão de ser do desenvolvimento é o ser humano (UNICEF, 2001). Nessa perspectiva, desde 1990, o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) vem promovendo o paradigma do desenvolvimento humano sustentável, pautado em três atributos básicos: o desenvolvimento das pessoas, para aumentar suas oportunidades, potencialidades e direitos de escolha; o desenvolvimento para as pessoas, visando garantir a apropriação equitativa dos resultados pela população; e o desenvolvimento pelas pessoas, para aumentar o seu poder e o das comunidades em que vivem de participarem ativamente do processo de desenvol-

vimento do qual são, ao mesmo tempo, sujeitos e beneficiários.

Consideram-se como princípios indissociáveis a esse conceito de desenvolvimento humano: a equidade (expressa na construção e distribuição dos benefícios do desenvolvimento entre os membros de gerações presentes e futuras) e a sustentabilidade (política, social, cultural, econômica e ambiental). Nesse contexto, e com o intuito de contribuir para o desenvolvimento humano das crianças e dos adolescentes, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) vem construindo o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) para o Brasil, procurando incorporar algumas dimensões do conceito do desenvolvimento infantil e elementos do enfoque de direitos humanos contidos na doutrina da proteção integral da Convenção sobre os Direitos da Criança, e do Estatuto da Criança e do Adolescente. Dessa forma, ainda que as limitações enfrentadas para o IDI sejam similares às apontadas para o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sua utilização reveste-se de grande importância para a formulação e o monitoramento de políticas públicas orientadas à infância.

* Agradecimentos são devidos ao consultor do UNICEF, Ivo Monsoreo Cardoso, e aos técnicos do IBGE, especialmente Carlos José Caride, pela importante participação nos cálculos estatísticos para a elaboração do IDI.

O IDI é um índice sintético¹ que incorpora variáveis relacionadas com a oferta de serviços de saúde e educação, e com o cuidado e a proteção que a família deve proporcionar à criança nos seis primeiros anos de vida, nesse caso representado pelo nível de educação do pai e da mãe.

O presente estudo é parte do trabalho realizado para o UNICEF com o objetivo de analisar o IDI – 1999 e 2004 –, elaborado a partir de dados das pesquisas domiciliares desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos resultados dos censos escolares realizados pelo Ministério da Educação (MEC) e de informações obtidas junto ao Ministério da Saúde, procurando integrar, em uma única informação, dados relevantes sobre as crianças de 0 a 6 anos de idade. Tem por objetivo mostrar, com base na análise do IDI, os avanços ocorridos em diferentes áreas geográficas.

Embora o estudo tenha sido desenvolvido em níveis geográficos mais desagregados (municipal e estadual), o presente texto apresenta uma análise regional do IDI e está estruturado da seguinte maneira: inicialmente tece algumas considerações sobre a primeira infância e apresenta a representatividade do contingente de crianças de 0 a 6 anos no total da população residente no Brasil; em seguida apresenta a análise comparativa dos resultados regionais do IDI de 2004 com os de 1999, permitindo, assim, mostrar, por meio de informações estatísticas relevantes, a situação da infância brasileira no início do século XXI.

¹ O IDI é composto por cinco indicadores: Percentual de crianças de até 6 anos de idade morando com mães com escolaridade precária (menos de quatro anos de estudo) (I_{CMEP}); Percentual de crianças de até 6 anos de idade morando com pais com escolaridade precária (menos de quatro anos de estudo) (I_{CPEP}); Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade – DTP (1999) e tetravalente (2004) (I_{Tetra} , I_{TDP}); Percentual de mães com mais de seis consultas pré-natal (consultas de acompanhamento, desde o conhecimento da gravidez até o parto) ($I_{Pré-natal}$); e Percentual de crianças matriculadas na pré-escola ($I_{Pré-escola}$).

Primeira infância e representatividade populacional

A concepção de infância vem alterando-se desde o final do século passado e o reconhecimento do seu significado e dos direitos das crianças em seus primeiros anos de vida tem gerado discussões na sociedade civil e no meio político, além do aprofundamento dessa temática por diversas áreas do conhecimento. Os estudos sobre primeira infância têm concentrado a atenção em questões como mortalidade infantil, nutrição, saúde e as relações entre infância, família e pobreza. Mas, como destacam Sarmento e Pinto (1997), as crianças sempre estiveram presentes no mundo, porém, as condições de vida dos tempos atuais produziram relações para essa categoria, o que, conseqüentemente, tem gerado novas discussões e preocupações. Nesse contexto, cabe destacar a importância da atenção à família com crianças pequenas, pois “nos primeiros anos de vida é ela que desempenha a quase totalidade das funções de socialização das crianças” (Hasenbalg, 2000, p. 9).

Considera-se que a garantia do direito à educação em creches e pré-escolas públicas de qualidade é um dos mais importantes aspectos para a construção de uma sociedade mais igualitária. Assim, cada vez mais a educação infantil se afirma como o nível inicial do processo educacional. É o que sustenta a Declaração Mundial de Educação para Todos, de 1990, assinada em Jontien, Tailândia, quando afirma que a aprendizagem se inicia com o nascimento. Dez anos mais tarde, entre as metas fixadas no Fórum Mundial de Educação de 2000, realizado em Dakar, Senegal, encontram-se a expansão e o aprimoramento da assistência e educação da primeira infância, especialmente para as crianças mais vulneráveis e desfavorecidas.

A nova relevância atribuída à saúde, à assistência da criança e à educação infantil corresponde, portanto, ao reconhecimento do papel crucial dos primeiros anos de vida no desenvolvimento integrado das potencialidades psíquicas do ser humano, não apenas

no que diz respeito às suas dimensões intelectuais e cognitivas, mas também ao equilíbrio emocional e à sociabilidade que são essenciais à formação da pessoa e do cidadão (Brasil, 2001).

Neste contexto, vale lembrar a base doutrinária do Estatuto da Criança e do Adolescente inserida na concepção de proteção integral que, ao colocar em cena a criança como um sujeito de direitos, aponta para a responsabilidade e os deveres da família, da sociedade e do Estado. Como elementos articuladores dessa política de integração

[...] aparecem os conselhos municipais, estaduais e nacional de direitos, e os conselhos tutelares que, para desempenharem com afinidade política suas funções, necessitam de uma base de sustentação embasada na integração das políticas públicas, sobretudo de saúde, assistência e educação. (Nunes, 2005, p. 92)

Considerando-se que no planejamento das metas de bem-estar às crianças, a serem alcançadas a médio e longo prazo, deve-se levar em conta o comportamento demográfico da população brasileira, cabe aqui informar a representatividade das crianças de 0 a 6 anos na estrutura etária total. Segundo o IBGE, as recentes estatísticas vêm mostrando uma mudança no comportamento etário da população brasileira, em que ocorreu a redução da participação de crianças e jovens e o crescimento da proporção de pessoas idosas. Tal processo resultou da combinação de um conjunto de fatores, como a intensa urbanização, a queda da taxa de fecundidade, os avanços tecnológicos nos meios de comunicação, além do ingresso maciço de mulheres no mercado de trabalho.

No caso das crianças de 0 a 6 anos, que em 1980 representavam 18,9% do total da população, em 2000 esse índice reduziu-se a 13,6%. Ainda que essa participação venha demonstrando um efeito de redução, ela é significativa e representa cerca de 22 milhões de crianças, sendo que nas Regiões Norte e Nordeste a representação na estrutura etária da população que nelas reside é superior às demais regiões.

Comparação do IDI regional: 1999 e 2004²

Inicialmente, é preciso considerar que o IDI de uma região pode variar de 0 a 1, sendo 1 o valor máximo que a unidade geográfica deveria buscar atingir no processo de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de suas crianças na primeira infância. Por exemplo: a diferença entre o IDI numa determinada região e 1 mostra o quanto esta deverá percorrer para alcançar o nível máximo possível. O valor máximo significa que todas as crianças com idade entre 0 e 6 anos de uma região têm pais com mais de 4 anos de estudo e que o direito das crianças aos serviços básicos de saúde materno-infantil e à pré-escola está plenamente garantido.

Para efeitos de comparação entre as regiões, utilizar-se-á a seguinte classificação:

- acima de 0,80 = desenvolvimento infantil elevado;
- entre 0,50 e 0,80 = desenvolvimento infantil médio; e
- abaixo de 0,50 = desenvolvimento infantil baixo.

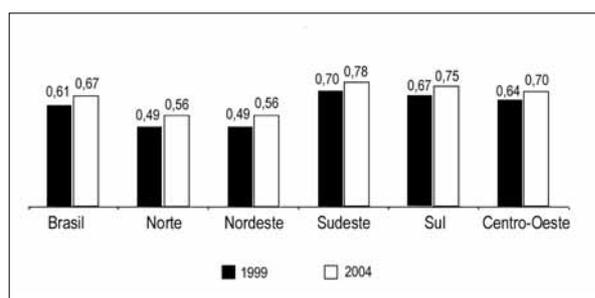
O Gráfico 1 apresenta o IDI do Brasil e das grandes regiões, referente aos anos de 1999 e 2004. Verifica-se que, ao longo desse período, esse índice apresentou uma melhoria significativa, pois saltou de 0,61 para 0,67, representando um acréscimo de 9,8%. Mesmo assim, de acordo com a classificação definida anteriormente, ele ainda é considerado um padrão médio de desenvolvimento infantil.

Em termos regionais, podemos observar que o IDI reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico do Brasil. Nas regiões menos favorecidas,

² A agregação dos indicadores num único índice é possível desde que sejam expressos em unidades comparáveis. Para isso, os valores de cada indicador foram normalizados numa escala de 0 a 1, na qual o 1 corresponde à melhor condição de desenvolvimento infantil, e o 0, a pior.

como o Norte e o Nordeste, o índice é significativamente mais baixo do que o nacional. No entanto, nessas duas grandes regiões a melhora foi mais expressiva no período analisado, em termos percentuais, pois houve um acréscimo de 15% e 16%, respectivamente. Provavelmente essa diferenciação está associada às políticas sociais implementadas nessas áreas, como bolsa-família, programas de educação de jovens e adultos, campanhas de vacinação etc., que vêm beneficiando as famílias e as crianças residentes em áreas mais carentes. Nas Regiões Sudeste e Sul o IDI é considerado de padrão médio de desenvolvimento (0,75 e 0,73, respectivamente), bem acima do nacional, tendendo a ser alto, mas foram os que menos cresceram no período de 1999 a 2004.

Gráfico 1 – Índice de Desenvolvimento Infantil Brasil e grandes regiões – 1999 a 2004



Fonte: Unicef (2005).

As variações ocorridas com maior intensidade nas Regiões Norte e Nordeste, no período em questão, são explicadas pela análise individual dos indicadores que compõem o IDI. Portanto, a seguir, apresentam-se análises comparativas para cada um dos indicadores selecionados.

Crianças cujos pais têm pouca escolaridade

Do ponto de vista socioeducacional, a escolaridade dos pais condiciona as chances de escolarização de seus filhos e a própria ambiência cultural da família. Por tal óptica, analisando-se as proporções de crianças de 0 a 6 anos morando com o pai ou com a mãe que têm menos de quatro anos de estudo (consi-

derada baixa), é possível dimensionar, de maneira generalizada, a situação de vulnerabilidade das crianças na primeira infância, pois está intimamente relacionada aos recursos educacionais de suas famílias.

As duas grandes áreas geográficas que apresentam os maiores valores do IDI são justamente aquelas em que o nível educacional dos pais e das mães é mais favorável. Em 2004, enquanto no Sul e no Sudeste o percentual de pais com escolaridade de até três anos de estudo era de 17,4% e 20,1%, respectivamente, no Norte essa proporção é mais do que o dobro (44,6%) e no Nordeste a situação é bastante preocupante, pois a maioria dos pais tem esse baixo nível de escolaridade (53,2%). No caso das mães das crianças de 0 a 6 anos, observa-se a mesma tendência regional, ainda que elas tenham uma situação educacional um pouco mais favorável do que a dos pais (Tabela 1).

Portanto, como esses indicadores têm peso na estrutura do IDI, eles expressam as melhores condições de bem-estar observadas para as crianças residentes no Sul e no Sudeste. Cabe destacar, no entanto, que, no período analisado, as reduções nas proporções de pais e mães com pouca escolaridade, em termos de pontos percentuais, foram maiores nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, seguidas pela Região Norte, o que provavelmente corresponde a um dos fatores de influência na melhoria do IDI nessas áreas.

Tabela 1 – Proporção de crianças de até 6 anos cujos responsáveis têm menos de quatro anos de estudo – 1996-2000

Grandes Regiões	Pai		Variação		Mãe		Variação	
	1996 (a)	2000 (b)	(b/a)* 100-100	(b-a)	1996 (c)	2000 (d)	(d/c)* 100-100	(d-c)
Brasil	37,1	32,3	-12,9	-4,8	32,6	27,8	-14,7	-4,8
Norte	50,5	44,6	-11,7	-5,9	44,8	38,6	-13,8	-6,2
Nordeste	59,8	53,2	-11,0	-6,6	50,4	44,2	-12,3	-6,2
Sudeste	23,5	20,1	-14,5	-3,4	22,0	18,2	-17,3	-3,8
Sul	21,5	17,4	-19,1	-4,1	20,7	16,9	-18,4	-3,8
Centro-Oeste	28,7	25,0	-12,9	-3,7	24,1	20,2	-16,2	-3,9

Fonte: IBGE (1996, 2000).

Retomando o paradigma de desenvolvimento humano sustentável que vem sendo promovido pelo PNUD, a baixa escolaridade do responsável domici-

liar compromete, principalmente, dois dos seus três atributos básicos: o desenvolvimento das pessoas – no caso, o das crianças de 0 a 6 anos –, para aumentar suas oportunidades, potencialidades e direitos de escola; e o desenvolvimento pelas pessoas, para aumentar o seu poder e o das comunidades de participarem ativamente do processo de desenvolvimento do qual são, ao mesmo tempo, sujeitos e beneficiários.

Matrículas na pré-escola

Ter acesso à educação infantil³ é um direito da criança garantido pela Constituição Federal de 1988 e referendado no Plano Nacional de Educação do Brasil (Brasil, 2001). Nessa medida, comparando-se os percentuais de crianças de 4 a 6 anos de idade matriculadas na pré-escola, representados na Tabela 2, verifica-se que houve um salto significativo no atendimento nacional, que passou de 44,4% em 1999 para 55,1% em 2004, correspondendo a um crescimento de 24,1%, influenciado, principalmente, pelo aumento ocorrido nas Regiões Norte e Nordeste.

Tabela 2 – Percentual de crianças de 4 a 6 anos de idade matriculadas na pré-escola – 1999-2004

Grandes Regiões	1999	2004	Variação (%)
Brasil	44,4	55,1	24,1
Norte	34,2	46,5	36,0
Nordeste	42,1	57,1	35,6
Sudeste	52,1	60,7	16,5
Sul	39,6	45,6	15,2
Centro-Oeste	35,6	46,2	29,8

Fonte: Brasil, Ministério da Educação (1999, 2004).

³ A proporção de crianças de 0 a 3 anos em creches fez parte da composição do IDI 1999, cuja primeira divulgação foi realizada em 2000. Nessa nova divulgação, comparativa, essa informação foi retirada do cálculo, em virtude de ser pouco confiável. Como o IDI é calculado em nível municipal, a informação de 2004 tomou por referência os resultados do Censo Demográfico de 2000, no qual a amostra de crianças de 0 a 3 anos que frequentava creche naquele ano não é representativa para a grande maioria dos municípios.

Chamam a atenção as proporções encontradas para as Regiões Norte e Nordeste, que são maiores do que as das Regiões Sul e Centro-Oeste. Segundo Kappel e Carvalho (1998), como hipótese *ad hoc* sobre a situação mais favorável nessas grandes áreas geográficas, pode-se inferir que elas estejam sendo favorecidas por programas socioeducativos infantis, na perspectiva de políticas compensatórias de pré-escolarização, enquanto o nível econômico-cultural do Sul assegura melhor atendimento no âmbito familiar. Além disso, no Sul, a maioria das crianças de 6 anos de idade encontra-se matriculada no ensino fundamental. Uma das explicações está associada ao processo de implantação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), o qual levou muitas prefeituras a redirecionar e retrair suas ações em relação à educação infantil, pois a forma com que esse fundo se estruturou priorizou a aplicação do orçamento municipal para a educação no ensino fundamental (Didonet, 1999). Um outro fator também explica esse fenômeno de incorporar as crianças de 6 anos no ensino fundamental, conforme está expresso no parecer n. 20 do Conselho Nacional de Educação, que é a ampliação do ensino fundamental para nove anos (Brasil, 1998).

A situação de escolarização das crianças de 4 a 6 anos reporta-nos às exigências legais contidas no Plano Nacional de Educação (Brasil, 2001), quanto ao prazo, previsto para 2005, para que a primeira meta de cobertura fosse atingida. O texto da lei afirma que se deve ampliar a oferta de educação infantil de forma que atenda, em cinco anos, 60% da população de 4 a 6 anos (ou de 4 e 5 anos) e, até o final da década, alcançar a meta de 80% (Kappel, Aquino e Vasconcellos, 2005). Nessa perspectiva, o Brasil ainda tem grandes desafios para alcançar suas metas e, no cenário atual, apenas a Região Sudeste apresenta uma possibilidade de atingir o estabelecido.

Estudos anteriores divulgados pelo UNICEF, IBGE e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) já demonstraram que um dos fatores que mais influenciam

na escolaridade das crianças é, sem dúvida, a renda da família. A análise das taxas de escolarização, considerando-se o rendimento mensal familiar *per capita* em salários mínimos, permite identificar uma nítida desigualdade entre crianças cujas famílias têm maior ou menor poder aquisitivo: à medida que aumenta a renda familiar, crescem os níveis de escolarização. Mas outros fatores podem interferir na taxa de escolarização das crianças, entre os quais se destacam: o número de pessoas que moram com a criança, o grau de escolaridade de seus pais, a sua condição na casa (filho, outro parente ou agregado) e o tempo de trabalho de sua mãe.

Nesse sentido, as políticas públicas devem levar em consideração as condições sociais e econômicas das famílias e suas respectivas localidades, pois a renda familiar e as escassas verbas públicas de grande parte dos municípios acabam por ser fatores que marcam a desigualdade na democratização do acesso da primeira infância à educação.

Cobertura pré-natal adequada

Outro indicador de extrema relevância na composição do IDI refere-se ao número de consultas no pré-natal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “assistência pré-natal” é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais destinados a proteger o binômio feto-mãe durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal. O ideal seria que o intervalo entre as consultas fosse de quatro semanas, para avaliar o estado geral da gestante, pressão arterial, crescimento uterino, batimentos cardíacos e movimentos fetais etc., e que após a trigésima sexta semana a gestante fosse acompanhada a cada sete ou quinze dias.

Para o cálculo do IDI considerou-se a proporção de gestantes com mais de seis consultas no pré-natal. Essa média de consultas foi estabelecida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde com o propósito de garantir que se realizem exames necessários para avaliar as condições da mãe (sangue e urina) e da criança, para pesquisar in-

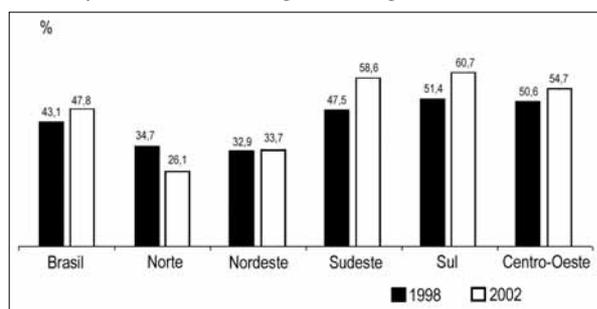
fecções e imunizar o feto contra possíveis doenças. Dada a importância do pré-natal para evitar a mortalidade perinatal (que representa praticamente a metade da mortalidade infantil no país) e os óbitos maternos, esse indicador, em conjunto com as taxas de cobertura de vacinação, é considerado de extrema relevância para aferir as condições de sobrevivência das crianças no seu primeiro ano de vida (UNICEF, 2001).

Em termos nacionais, o percentual de gestantes com cobertura pré-natal adequada apresentou um crescimento de 4,7 pontos percentuais no período de 1998 a 2002, passando de 43,1% para 47,8%, conforme mostra o Gráfico 2. Os maiores avanços são observados nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto no Nordeste praticamente se manteve constante. O Sudeste liderou na melhoria do atendimento pré-natal, pois no mesmo período o aumento foi quase o dobro do observado para o Brasil. Em contrapartida, no Norte houve uma queda substancial no atendimento a gestantes (8,6 pontos percentuais). Provavelmente, essa queda no Norte e a pequena variação encontrada no Nordeste podem ser explicadas pela oferta precária de serviços de saúde nessas áreas. Nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, além da maior oferta dos serviços, as condições do sistema público de saúde, provavelmente, são melhores.

O nível educacional da gestante é, sem dúvida, outro forte determinante da maior cobertura pré-natal adequada (IBGE, 2005). Quanto mais for escolarizada a gestante, maior a conscientização em procurar os serviços de saúde a que tem direito para o atendimento recomendável durante a gestação. Ou seja, acompanhamento pré-natal com mais de seis consultas médicas ao longo da gravidez, realização de todos os exames necessários e acesso a informações relevantes para que tenha gestação, pré-parto e parto tranquilos.

Estudos vêm apontando que o desenvolvimento infantil sadio está intimamente ligado à formação de um bom vínculo entre a mãe e o bebê, desde a gestação e principalmente no primeiro ano de vida. Como afirma Winnicott (1978), um bebê não existe sozinho, mas é essencialmente parte de uma relação que se estabelece precocemente, desde a gestação. Acre-

Gráfico 2 – Proporção de gestantes com mais de seis consultas pré-natal – Brasil e grandes regiões – 1998-2002



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2004).

ditando ser a formação desse vínculo a semente mais importante para o desenvolvimento do indivíduo, e sabendo da precocidade do seu estabelecimento, o atendimento à gestante torna-se essencial. A gravidez é um período de preparação física e psicológica que se expressa freqüentemente por uma variedade de sentimentos que fornecem a energia necessária para a organização da mulher ao ajuste da nova identidade. Além dos aspectos de saúde física, a questão emocional é fundamental para o bem-estar da mulher grávida. Esse período é propício para intervenções que vissem principalmente preparar a mulher para o parto, para a amamentação, para cuidar do bebê e para a prevenção de futuros problemas que podem ser identificados prematuramente (OMS/UNICEF, 1989).

Para que isso ocorra é necessário que a mãe traga um bom capital emocional e tenha uma boa rede de apoio, na família e nos serviços assistenciais – hospitalares e comunitários – existentes. Com a intenção de protegê-la, reforçando-a nesse lugar de privilégio, modeladora entre o bebê e o mundo, essa rede de apoio deve ser identificada e analisada para ser otimizada. Assim sendo, é preciso implementar políticas públicas de saúde mais efetivas nas Regiões Norte e Nordeste, pois apenas 1/3 das gestantes que nelas residem recebem o atendimento considerado adequado, isto é, mais de seis consultas durante o pré-natal.

Imunização

Há várias décadas, dispõe-se de vacinas de alta eficácia e segurança contra algumas doenças graves e

freqüentes. Entre elas encontram-se a DTP, contra a difteria, coqueluche e tétano, e a Tetravalente, que é composta pela DTP e Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b). Segundo a OMS, aplicando essas vacinas de maneira homogênea em todo o Brasil, em uma alta porcentagem de crianças (90% ou mais), pode-se obter o controle ou a eliminação das doenças para as quais elas foram desenvolvidas.

No Brasil, até a década de 1970, quando foi criado o Programa Nacional de Imunização, somente uma pequena parcela de crianças era vacinada. O programa organizou, de maneira racional e padronizada, a conservação e distribuição das vacinas em todo o país. Como resultado desse esforço, ao final dos anos de 1990 a cobertura foi significativamente ampliada (IBGE/UNICEF, 1992). Em termos nacionais, em 1999 a meta de cobertura atingia mais de 90% das crianças, mas ficou abaixo desse patamar nas Regiões Norte e Nordeste (75,6% e 88,7%, respectivamente), como pode ser observado na Tabela 3, indicando a necessidade de aprofundar os esforços nessas áreas da saúde da criança.

Em 2004, a cobertura com a vacina Tetravalente teve um acréscimo, atingindo as metas ideais, ou seja, a quase totalidade das crianças menores de 1 ano de idade residentes no Brasil. Destaca-se a Região Norte, onde o aumento foi mais significativo, pois saltou de 75,6% para 92,1%, representando um acréscimo de quase 22% em 5 anos. Esse cenário favorável é consequência das amplas campanhas de vacinação desenvolvidas nesses últimos anos no país.

Tabela 3 – Imunização, com DTP e Tetravalente, em crianças menores de 1 ano de idade 1999-2004

Grandes Regiões	Crianças menores de 1 ano vacinadas (%)		
	DTP (1999)	Tetravalente (2004)	Variação (%)
Brasil	94,5	96,2	1,8
Norte	75,6	92,1	21,8
Nordeste	88,7	93,6	5,5
Sudeste	100,0	96,9	-3,1
Sul	93,7	100,0	6,7
Centro-Oeste	96,8	100,0	3,3

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2004).

O maior aumento observado na cobertura com a Tetravalente na Região Norte ajuda as crianças a ter uma vida mais saudável e constitui-se em mais um dos fatores que justificam a significativa melhoria do IDI observado para aquela região em 2004.

Mas é preciso chamar a atenção para o fato de que a cobertura vacinal é um indicador que mede apenas o acesso à vacinação. Não podemos, portanto, a partir dele, inferir sobre a qualidade e a variedade dos serviços disponíveis em cada um dos municípios brasileiros.

Considerações finais

De acordo com recentes notícias divulgadas pela mídia, o Brasil mudou nos últimos dois anos. Os indicadores da economia brasileira são os melhores dos últimos 10 anos e o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) foi além das expectativas mais otimistas. O combate à desigualdade social esteve presente em ações de saúde, educação e saneamento, principalmente nas áreas mais carentes. De certa forma, o IDI refletiu isso, pois apresentou melhora significativa no período analisado, influenciada pelo impacto do aumento desse índice observado nas Regiões Norte e Nordeste. Apesar dos significativos avanços legais observados nessas duas grandes regiões ao longo dos últimos anos, seguimos com grandes dificuldades, uma vez que a cobertura assistencial e educacional à faixa de 0 a 6 anos está distante de atingir patamares adequados às reais necessidades de nossa sociedade.

Em relação à saúde materna e infantil, verificou-se que elas ainda enfrentam problemas graves, mas que poderiam ser evitados. Embora tenha havido grande progresso no combate a condições tais como doenças infecciosas da infância, desnutrição, partos não-seguros e bebês de baixo peso ao nascer, elas ainda contabilizam mais de um terço da mortalidade em todo o mundo, e quase metade nos países de baixa e média renda.

Cabe destacar o avanço observado na cobertura vacinal das crianças. Isso é importante, porque a imunização é um excelente exemplo de intervenção que

envolve a família, a comunidade e os serviços públicos, com custos relativamente baixos e permitindo enorme impacto no desenvolvimento infantil, uma vez que ajuda a assegurar o crescimento seguro da criança, evitando doenças perigosas.

Finalizando, cabe uma reflexão: ao mesmo tempo em que se procura respeitar os direitos da criança, sabe-se que muitas delas estão vivendo em situações adversas, enfrentando precárias condições de vida, em situações que vão desde a exploração do trabalho infantil até o abuso e exploração sexual por parte dos adultos, além da falta de atenção com as que têm necessidades especiais.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. *Parecer n. 20, de 2 de dezembro de 1998*. Responde a consulta relativa ao ensino fundamental de nove anos. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CEB20_1998.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2003.
- _____. *Censo escolar*. Brasília: MEC/INEP, 1999.
- _____. *Plano Nacional de Educação*. Apresentado por Ivan Valente. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- _____. *Censo escolar*. Brasília: MEC/INEP, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 9 nov. 2004.
- DIDONET, Vital. As crianças pré-escolares no Fundo. *PÁTIO*, Revista Pedagógica – Educação Infantil, Porto Alegre: Artmed, ano 2, n. 7, p. 52-55, nov. 1998/jan. 1999.
- HASENBALG, Carlos. Condições de socialização na primeira infância. In: IBGE. *Pesquisa sobre padrões de vida – 1996-1997: primeira infância*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. p. 9-24.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem de população*. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.
- _____. *Censo demográfico*. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- _____. *Síntese de Indicadores Sociais – 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- IBGE/UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Crianças & adolescentes – indicadores sociais*, v. 4. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF, 1992.

KAPPEL, Dolores Bombardelli; CARVALHO, José Carmello Brás de. A educação fundamental: o censo domiciliar de 1996 como parâmetro para o Plano Nacional de Educação 1998-2007. *In: REUNIÃO ANUAL DA ANPEd*, 21., 1998, Caxambu. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPEd, 1998. p. 143.

KAPPEL, Dolores Bombardelli; AQUINO, Lígia M. Leitão de; VASCONCELLOS, Vera Maria R. de. Infância e políticas de educação infantil: início do século XXI. *In: VASCONCELLOS, Vera Maria R. (Org.). Educação da infância: história e política*. Rio de Janeiro: DP& A, 2005. p. 117-146.

NUNES, Deise G. Reconhecimento social da infância no Brasil: da menoridade à cidadania. *In: VASCONCELLOS, Vera Maria R. (Org.). Educação da infância: história e política*. Rio de Janeiro: DP& A, 2005. p. 73-97.

OMS – Organização Mundial de Saúde/UNICEF – United Nations Children's Fund. *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Brasília: OMS/UNICEF, 1989.

SARMENTO, M. J.; PINTO, M. *As crianças: contexto e identidades*. Braga, Portugal: Centro de Estudos da Criança, Universidade do Minho, 1997. (Coleção Infans)

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação da infância brasileira*. Brasília: UNICEF Brasil, 2001.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação da Infância Brasileira*. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília: UNICEF Brasil, 2005.

WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: textos escolhidos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

DOLORES BOMBARDELLI KAPPEL, mestre em educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), especialista em estatísticas e indicadores sociais e educacionais e pesquisadora titular aposentada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é professora do curso de Pedagogia da Universidade Estácio de Sá (UNESA). Publicações recentes: Educação (*In: IBGE. Brasil em números – Brazil in figures*. Rio de Janeiro: IBGE, v. 14, 2006. p. 115-131); As crianças de 0 a 6 anos no contexto sociodemográfico nacional (*In: KRAMER, Sonia (Org.). Profissionais da educação infantil: gestão e formação*. São Paulo: Ática, 2005. p. 181-203); Infância e políticas de educação infantil: início do século XXI em co-autoria com VASCONCELLOS, Vera e AQUINO, Lígia (*In: VASCONCELLOS, Vera (Org.). Educação da infância: história e política*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 117-146). Coordena a pesquisa “Avaliação da implementação do planejamento estratégico nas Secretarias de Educação do Norte, Nordeste e Centro-Oeste” do Departamento de Projetos Educacionais da Secretaria de Educação Básica (DPR/SEB/MEC), com financiamento da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). *E-mail: dolores.kappel@gmail.com*

Recebido em outubro de 2006

Aprovado em fevereiro de 2007