

Índice de Desenvolvimento Infantil

O IDI é um instrumento que contribui para a formulação e o monitoramento de políticas públicas orientadas à infância no Brasil. Seu objetivo é ajudar a atingir os compromissos assumidos na Declaração do Milênio

Os conceitos de desenvolvimento infantil e desenvolvimento humano são complexos e envolvem dimensões nem sempre fáceis de expressar em um índice. A idéia de criar um Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) surgiu da necessidade de promover e desenvolver políticas públicas orientadas para os primeiros seis anos de vida da criança, período em que se formam grande parte das capacidades cognitiva, emocional, social e de desenvolvimento físico da pessoa.

Nesse sentido, o IDI é mais um instrumento que contribui para a formulação e o monitoramento de políticas públicas orientadas à primeira infância que o Brasil pode usar para alcançar os compromissos assumidos na Declaração do Milênio, em 2000. Esse documento originou os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que 191 Estados-membros das Nações Unidas se comprometeram a alcançar até 2015. Por sua desagregação municipal, o IDI é particularmente útil para mobilizar recursos e vontade política, no processo de descentralização e municipalização das políticas e dos serviços destinados ao desenvolvimento infantil.

A Declaração e os Objetivos do Milênio foram pautados por diversos acordos e instrumentos jurídicos internacionais, como a Convenção sobre os Direitos da Criança, cujos princípios e conteúdo no Brasil estão traduzidos no Estatuto da Criança e do Adolescente. Os Objetivos do Milênio relativos à infância foram adaptados e

incluídos no Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, lançado em 2003 pelo governo brasileiro.

A Convenção e o Estatuto reconhecem que as crianças são sujeitos de direito, sem distinção de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, origem nacional ou social, posição econômica e nascimento; que toda criança tem direito a sobrevivência sadia, desenvolvimento pleno e proteção contra todas as formas de discriminação, exploração e abuso; que a criança tem direito a uma vida saudável e a um desenvolvimento pleno na primeira infância. Isso implica que o governo tem a responsabilidade e a obrigação de oferecer acesso a serviços de qualidade, e a família tem o compromisso de proteger e cuidar da criança nessa fase especial de desenvolvimento. Não se deve esquecer que constitucionalmente não se trata de uma atribuição apenas do governo. A família e a comunidade também têm responsabilidade nos cuidados com a criança.

Sob essa perspectiva, o IDI incorpora variáveis relacionadas a: oferta de serviços de saúde; oferta de serviços de educação; e cuidado e proteção que a família deve proporcionar à criança nos primeiros anos (representados pelo nível de educação do pai e da mãe).

O IDI 2004 poderá ser comparado com o IDI 1999, permitindo, assim, que se verifique o grau de avanço dos Estados e municípios no período. Além de apresentar a posição de cada município

no âmbito estadual e nacional, é possível identificar quem teve os maiores ganhos e verificar as boas práticas de políticas públicas associadas a esses avanços.

A CONCEPÇÃO DE INFÂNCIA E OS DIREITOS DA CRIANÇA

As transformações na sociedade contemporânea têm ocasionado mudanças na concepção de infância. Considerada etapa fundamental no processo de construção da cidadania, hoje ela emerge como realidade social. O reconhecimento do significado da infância e dos direitos da criança em seus primeiros anos de vida vem sendo tratado como assunto prioritário por governos, organismos internacionais e organizações da sociedade civil, em um número crescente de países em todo o mundo.

De forma geral, os estudos recentes sobre a primeira infância concentram a atenção em questões como mortalidade infantil, nutrição, saúde e as relações entre infância, família e pobreza. A família é um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral da criança, independentemente do arranjo familiar. É consenso entre especialistas que os primeiros anos de vida são caracterizados por um rápido e significativo desenvolvimento físico e mental. Tais aspectos têm sido considerados como alicerces das capacidades cognitivas e emocionais futuras. Nesse contexto, os serviços de educação infantil assumem um papel importante e, em complementação à ação da família, devem proporcionar condições adequadas de desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social da criança.

A educação da criança nessa etapa inicial do ciclo de vida não é apenas um direito de cidadania. Configura-se como essencial para que seja possível assegurar uma vida digna a todas as crianças brasileiras. A garantia do direito à educação em creches e pré-escolas públicas de qualidade é um dos aspectos mais importantes para se construir 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 sobre Educação para Todos, de 1990, aprovada em Jontien, na Tailândia, ao afirmar que a aprendizagem se inicia com o nascimento. Dez anos mais tarde, no Fórum Mundial de Educação, realizado em Dakar, Senegal (2000), entre as metas fixadas encontravam-se a expansão e o aprimoramento da assistência e educação da primeira infância, especialmente para as crianças mais vulneráveis e desfavorecidas.

Assim, a relevância atribuída recentemente à saúde, à assistência e à educação da criança 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 dimensões intelectuais e cognitivas, mas também ao equilíbrio emocional e à sociabilidade, essenciais para a formação da pessoa e do cidadão, de acordo com o Plano Nacional de Educação (PNE, 2001), do Ministério da Educação (MEC).

Nesse contexto, vale lembrar a base doutrinária do Estatuto da Criança e do Adolescente, que segue a concepção de proteção integral. O direito ao desenvolvimento da sociabilidade da criança como cidadã implica cumprir alguns direitos fundamentais, como:

- Direito à vida e à saúde, que requer o desenvolvimento de políticas que lhe permitam ter um desenvolvimento sadio e digno. Isso envolve ampliação de programas de pré-natal, condições de amamentação, apoio alimentar à gestante e à nutriz, atendimento especializado aos portadores de deficiência e proteção contra a prática de maus-tratos.
- Direito a liberdade, respeito e dignidade, que requer tanto o reconhecimento da criança como um ser em desenvolvimento, com direitos assegurados pela Constituição e pelas leis, como também a materialidade desses direitos. Chama a atenção o artigo 16, que trata do direito de brincar, praticar esportes e divertir-se.

Entretanto, ao mesmo tempo em que se procura respeitar os direitos da criança, é importante ressaltar que muitas delas vivem em situações adversas, enfrentando condições de vida precá-

rias, que vão desde exploração do trabalho infantil até abuso e exploração sexual por parte de adultos. Soma-se a isso a falta de atenção às crianças com necessidades especiais.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Antes de iniciar a análise do IDI, é preciso considerar que, para planejar metas de políticas relativas às crianças com alcance de médio e longo prazo, deve-se levar em conta o comportamento demográfico da população brasileira. Por isso, apresenta-se inicialmente a representatividade das crianças de até 6 anos na composição da população brasileira.

A representatividade das crianças de até 6 anos no conjunto da população

As estatísticas recentes vêm mostrando mudança no comportamento etário da população brasileira. As duas tendências mais evidentes são a redução da participação de crianças e jovens e o crescimento da proporção de pessoas idosas. Segundo o IBGE, em 1980, as crianças menores de 6 anos representavam 18,9% da população; em 1991, sua participação reduziu-se para 15,9%, chegando à porcentagem

de 13,6% em 2000. 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, ocasionando uma demanda significativa de serviços relativos à primeira infância.

No Brasil, o número de crianças na primeira infância gira em torno de 23 milhões, sendo a participação de crianças de até 6 anos no Norte e Nordeste superior à das demais regiões. Em especial nos Estados do Amapá, Roraima, Acre e Amazonas, justamente na região menos desenvolvida do País, esse grupo representa cerca de um quinto da população total de cada Estado que a compõe, o que indica que as organizações governamentais devem dar atenção especial a essa região. A propósito, as taxas de fecundidade no Norte são historicamente as mais elevadas do País.

Comparação entre o IDI 1999 e o IDI 2004

A comparação do IDI referente ao ano de 1999 com o de 2004 demonstra que no período entre o cálculo dos dois índices houve melhoria significativa – o valor saltou de 0,61 para 0,67, apre-

Resumo dos procedimentos de cálculo e processamento

Indicadores do IDI passam por revisão

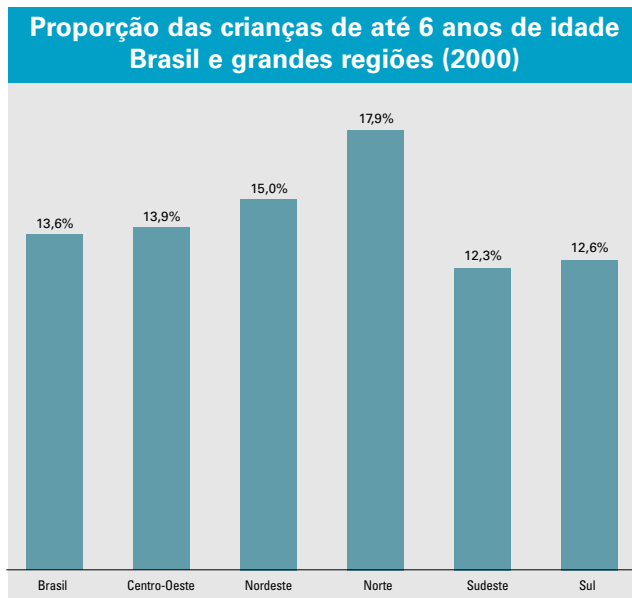
Foram encontradas divergências de valores na validação dos dados utilizados e divulgados em 2001. Então, decidiu-se recalculá-los para possibilitar a comparação com o índice de 2004. Além disso, houve alteração da fórmula de cálculo dos indicadores “percentual de crianças de até 3 anos matriculadas em creche”, do Inep/MEC, e “percentual de crian-

ças vacinadas contra sarampo”, do Ministério da Saúde. Manteve-se o percentual de crianças de 4 a 6 anos no pré-escolar, enquanto o indicador de sarampo foi substituído pelo percentual de crianças vacinadas com DTP (1999) e tetravalente (2004), que passou a fazer parte do cálculo do IDI por orientação e recomendação do Ministério da Saúde, devido à

sua maior representatividade. Os dados foram especialmente enviados ao UNICEF pelo Ministério da Saúde.

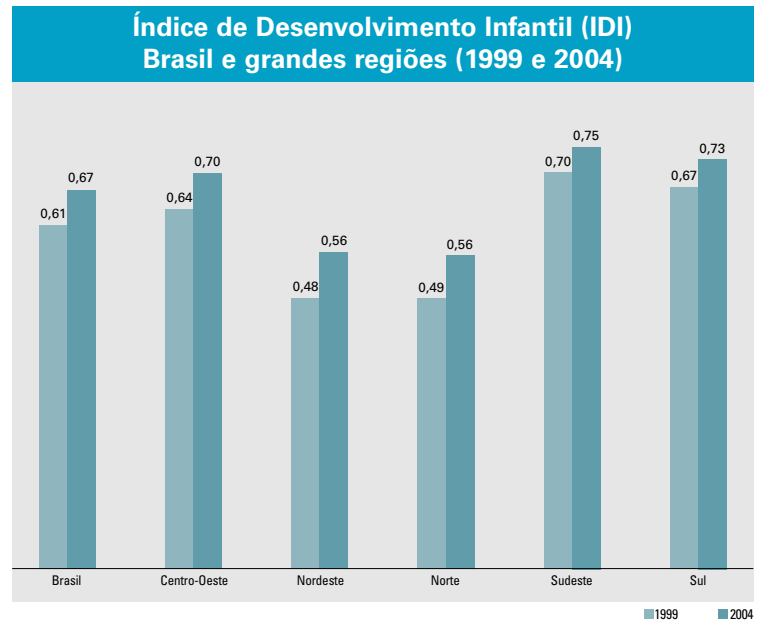
É importante esclarecer ainda que indicadores relativos à escolaridade pré-cária dos pais foram recalculados para o ano de 1996, visto que não foi possível validar os cálculos divulgados para o IDI 1999.

Gráfico 1



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Gráfico 2



■ 1999 ■ 2004

sentando acréscimo de quase 10%. Entretanto, para efeito de interpretação, com base na mesma classificação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), esse valor ainda é considerado um padrão médio de desenvolvimento infantil.

Em termos regionais, os valores do IDI refletem as condições históricas de desenvolvimento socioeconômico do País. Nas regiões menos favorecidas, como o Norte e o Nordeste, o índice é significativamente mais baixo que a média nacional. Nessas duas grandes regiões, a melhoria foi mais expressiva que no restante do País, apresentando acréscimo em torno de 15%. Esse avanço pode estar associado às políticas sociais ali implementadas, que têm beneficiado as famílias e as crianças residentes em regiões mais carentes. No Sudeste e no Sul, o IDI alcançado é considerado de padrão médio de desenvolvimento (0,75 e 0,73, respectivamente), bem acima do índice nacional. Mas, antes de comentar em detalhes o IDI dos Estados e municípios brasileiros, é importante conhecer os indicadores que o compõem.

Escolaridade precária dos pais

Para compreender melhor o IDI, é necessário fazer uma análise específica de cada um dos indicadores que compõem o índice.

É consenso entre os especialistas que a escolaridade dos chefes ou responsáveis pela família afeta de forma substancial o nível de bem-estar de seus filhos. Do ponto de vista socioeducacional, condiciona as chances de escolarização dos filhos e a própria ambiência cultural da família. Esse condicionamento sociocultural dos pais é ressaltado nas avaliações de programas de igualdade de oportunidades escolares implementados pelos governos, que enfatizam ser a “família educogena” geralmente mais importante que os próprios fatores intra-escolares no processo de desenvolvimento educacional das crianças.

Também é consensual que a família é um espaço privilegiado para o adequado desenvolvimento humano, concepção já consagrada em documentos internacionais e, no caso do Brasil, em sua Constituição e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Sob tal ótica, ao analisar a proporção de crianças de até 6 anos que moram com pai ou mãe com escolaridade de até três anos de estudo (considerada baixa), é possível dimensionar a vulnerabilidade das crianças na primeira infância, situação intimamente relacionada aos recursos educacionais de suas famílias.

As duas grandes regiões geográficas que apresentam os maiores valores do IDI são justamente aquelas em que o nível educacional dos pais

Tabela 1

Proporção de crianças de até 6 anos cujos responsáveis têm escolaridade precária (1996-2000)								
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%
Centro-Oeste	28,7%	25,0%	-12,9%	-3,7%	24,1%	20,2%	-16,2%	-3,9%
Nordeste	59,8%	53,2%	-11,0%	-6,6%	50,4%	44,2%	-12,3%	-6,2%
Norte	50,5%	44,6%	-11,7%	-5,9%	44,8%	38,6%	-13,8%	-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%

Fonte: IBGE, Contagem da População 1996 e Censo Demográfico 2000.

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 era mais que o dobro (44,6%) e no Nordeste a situação era ainda mais preocupante, demonstrando que a maioria dos pais de crianças na primeira infância tem nível de escolaridade baixo (53,2%). No caso das mães de crianças de até 6 anos, observa-se a mesma tendência regional, ainda que as mulheres apresentem um nível educacional um pouco mais alto que o dos homens.

Como esses indicadores influem na estrutura de cálculo do IDI, os resultados expressam melhores condições de bem-estar para as crianças residentes no Sul e no Sudeste. Cabe destacar, no entanto, que entre 1999 e 2004 a redução na proporção de pais e mães com pouca escolaridade, em termos de pontos percentuais, foi maior no Nordeste e no Centro-Oeste, seguida pelo Norte, o que certamente corresponde a um dos fatores de influência na melhoria do IDI nessas regiões.

Sem dúvida, a baixa escolaridade do responsável familiar compromete atributos básicos, que integram o paradigma de desenvolvimento humano sustentável que vem sendo promovido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud):

- O desenvolvimento das pessoas (no caso, de crianças de até 6 anos), no sentido de aumentar suas oportunidades, potencialidades e direitos de escolha.
- O desenvolvimento pelas pessoas, para aumentar a participação ativa dos indivíduos e das comu-

nidades no processo de desenvolvimento, do qual são, ao mesmo tempo, sujeitos e beneficiários.

Matrícula no pré-escolar

Ter acesso ao pré-escolar é um direito da criança garantido pela Constituição brasileira e referendado no PNE. Os estudos sobre o impacto da educação infantil na vida futura da criança vêm mobilizando cada vez mais as pesquisas acadêmicas internacionalmente, e se configuraram como cruciais no que se refere às decisões de políticas governamentais nos anos 1980.

Ao comparar os percentuais de crianças de 4 a 6 anos de idade matriculadas no pré-escolar, verifica-se um salto significativo em âmbito nacional, de 44,4% em 1999 para 55,1% em 2004, o que corresponde a um crescimento de 24,1%, influenciado, principalmente, pelo aumento ocorrido nas regiões Norte e Nordeste. Sem dúvida, constata-se melhora acentuada na escolarização desse grupo populacional, contudo ainda muito distante das metas fixadas pela Conferência Mundial sobre Educação Para Todos, em 1990.

As crianças residentes no Norte e no Nordeste apresentaram as maiores taxas de matrícula no pré-escolar. Segundo especialistas da área, a situação mais favorável dessas crianças se deve a programas socioeducativos infantis implementados no nível municipal desde 1985, cujas perspectivas compensatórias de pré-escolarização foram efetivas. Já no Sul, por exemplo, o nível econômico-cultural da região oferece alternativas de melhor atendimento no

âmbito familiar, em relação à educação infantil. Além disso, no Sul a maioria das crianças de 6 anos de idade encontra-se matriculada no ensino fundamental. Isso porque, antes mesmo do PNE, muitos municípios, fundamentados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), de 1996, incorporaram a matrícula das crianças de 6 anos ao ensino fundamental. Uma das explicações está associada à implantação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), o qual levou muitas prefeituras a redirecionar e retrain suas ações em relação à educação infantil, pois esse fundo se estruturou de forma a priorizar a aplicação do orçamento municipal para a educação no ensino fundamental. O projeto de ampliação do ensino fundamental para 9 anos tende a intensificar a incorporação das crianças de 6 anos no ensino fundamental.

A situação de escolarização das crianças de 4 a 6 anos se reporta às exigências legais contidas no PNE 2001 quanto ao prazo para que a meta de cobertura seja atingida: 60% da população de 4 a 6 anos (ou de 4 e 5 anos) na escola até 2006 e 80% até 2011. Nessa perspectiva, o Brasil ainda tem grandes desafios para alcançar suas metas, e no cenário atual apenas a Região Sudeste apresenta possibilidade de atingir o estabelecido.

Estudos anteriores divulgados por UNICEF, IBGE e 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, permite identificar uma nítida desigualdade entre as crian-

ças de famílias com maior e menor poder aquisitivo: à medida que a renda familiar aumenta, crescem os níveis de escolarização. Em média, as crianças de 4 a 6 anos pertencentes às famílias mais favorecidas têm 60% mais oportunidade de estudar que as menos favorecidas economicamente. Contudo, 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 dos pais, a sua condição na casa (filho, outro parente ou agregado) e a carga horária de trabalho da mãe.

Nesse sentido, as políticas públicas devem levar em consideração as condições sociais e econômicas das famílias e seus locais de residência, dado que 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, o parto e o puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal. O ideal é um intervalo de quatro semanas entre as consultas, para avaliar, por exemplo, o estado geral da gestante, sua pressão arterial e o crescimento uterino, assim como os batimentos cardíacos

Tabela 2

Crianças de 4 a 6 anos de idade matriculadas no pré-escolar (1999 e 2004)			
Grandes regiões	1999	2004	Varição
Brasil	44,4%	55,1%	24,1%
Centro-Oeste	35,6%	46,2%	29,8%
Nordeste	42,1%	57,1%	35,6%
Norte	34,2%	46,5%	35,7%
Sudeste	52,1%	60,7%	16,5%
Sul	39,6%	45,6%	15,1%

Fonte: Ministério da Educação (MEC), 1999 e 2004.

e os movimentos do feto. Após a 36ª semana, a gestante deve ser acompanhada em intervalos de sete a quinze dias.

Para o cálculo do IDI considera-se a proporção de gestantes com mais de seis consultas no pré-natal. Essa média foi estabelecida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Ministério da Saúde a fim de garantir que se realizem os exames necessários para avaliar as condições da mãe (sangue e urina) e da criança, e para pesquisar infecções e imunizar o feto contra doenças como o tétano neonatal. 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 primeiro ano de vida.

Em termos nacionais, o percentual de gestantes com cobertura pré-natal adequada apresentou crescimento 5,7 pontos percentuais, no período de 1998 a 2002, passando de 43,1% para 47,8%. Os maiores avanços são observados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto no Nordeste a taxa praticamente se manteve constante. O Sudeste liderou a melhoria do atendimento pré-natal – no mesmo período, o aumento foi quase o dobro do observado para o conjunto do País. Em contrapartida, no Norte houve queda substancial no atendimento às gestantes (8,6 pontos percentuais).

Provavelmente, a queda no Norte e a pouca variação encontrada no Nordeste possam ser explicadas pela oferta precária de serviços públicos de saúde nessas regiões. No Sudeste, Sul e Centro-Oeste, além de a oferta pública de serviços de saúde ser maior, as famílias com crianças pequenas possuem melhores condições socioeconômicas, o que lhes permite buscar assistência pré-natal em clínicas particulares. Portanto, esse é um forte determinante de melhores condições de bem-estar das gestantes nessas regiões.

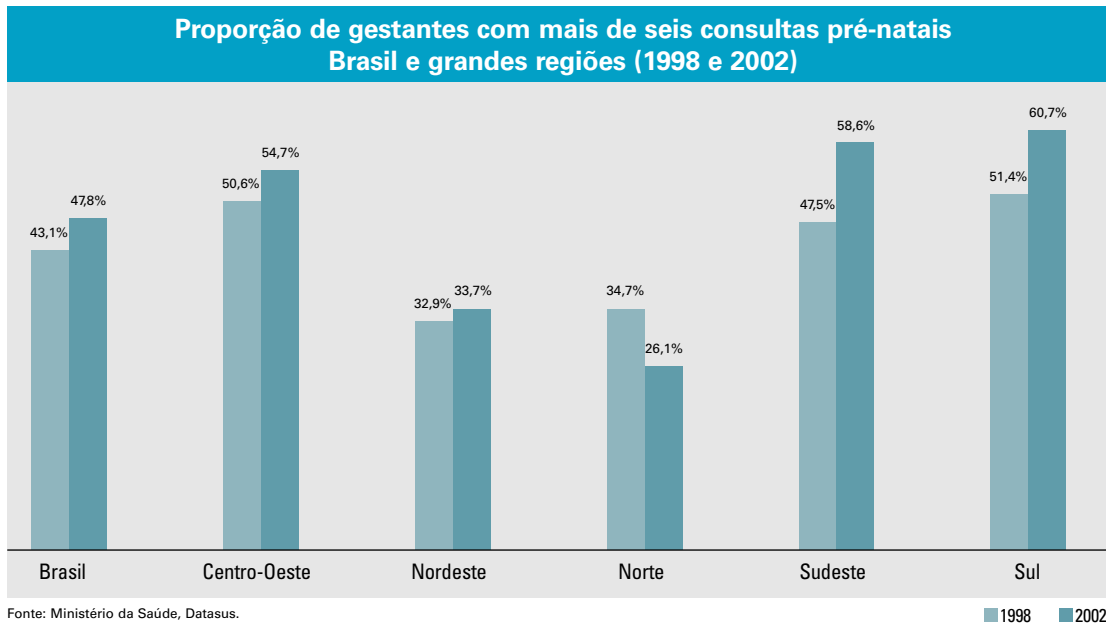
O nível educacional da gestante é, sem dúvida, outro determinante da maior taxa de cobertura pré-natal adequada. Quanto mais escolarizada for a gestante, maior a conscientização sobre os serviços de saúde a que tem direito para o atendimento recomendável durante a gestação. Ou seja, acompanhamento pré-natal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

Estudos recentes apontam que o desenvolvimento infantil sadio está intimamente ligado à formação de um bom vínculo entre a mãe e o bebê desde a gestação, em especial no primeiro ano de vida. Como afirma Winnicott (1978), um bebê não existe sozinho, ele é essencialmente parte de uma relação que se estabelece de forma precoce, desde a gestação. Acreditando ser a formação desse vínculo a semente mais importante para o desenvolvimento do indivíduo e sabendo da precocidade com que essa relação é estabelecida, o atendimento à gestante torna-se fundamental.

A gravidez é um período de preparação física e psicológica muitas vezes marcado por uma variedade de sentimentos que fornecem a energia necessária para a mulher se ajustar à nova identidade. Além dos aspectos de saúde física, a questão emocional é determinante para o bem-estar da mulher grávida. Esse período é propício para intervenções que visem sobretudo preparar a mulher para o parto, a amamentação, os cuidados com o bebê e a prevenção de futuros problemas que podem ser identificados prematuramente.

Para que isso ocorra, é necessário a mãe apresentar um bom capital emocional e ter uma boa rede de apoio, na família e nos serviços assistenciais, hospitalares e comunitários. 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, é preciso implementar políticas públicas de saúde

Gráfico 3



de mais efetivas no Norte e no Nordeste, pois apenas um terço das gestantes dessas regiões recebe o atendimento mínimo de seis consultas durante o pré-natal.

A saúde materna e infantil ainda enfrenta problemas graves e evitáveis. Apesar do grande progresso no combate a diversos problemas – como doenças infecciosas na infância, desnutrição, partos não seguros e bebês com baixo peso ao nascer –, eles ainda contabilizam mais de um terço da mortalidade em todo o mundo, e quase metade nos países de baixa e média renda.

Imunização

A imunização é um excelente exemplo de intervenção que envolve a família, a comunidade e os serviços públicos, com custos relativamente baixos. Além disso, permite um impacto enorme no desenvolvimento infantil, uma vez que ajuda a garantir o crescimento seguro da criança, evitando doenças perigosas.

Há várias décadas a luta mundial contra algumas doenças graves e freqüentes dispõe de vacinas de alta eficácia e segurança, entre elas a DTP, vacina tríplice contra difteria, coqueluche e tétano, e a tetravalente, composta da DTP e da Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b). Segundo a OMS, a aplicação dessas vacinas de manei-

ra homogênea em alta porcentagem de crianças em todo o País (90% ou mais) pode controlar ou eliminar as doenças para as quais elas foram desenvolvidas.

No Brasil, até a década de 1970, quando foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI), apenas uma pequena parcela de crianças era vacinada. O programa organizou, de maneira racional e padronizada, a conservação e a distribuição das vacinas em todo o País. Como resultado desse esforço, ao final dos anos 1990, a cobertura foi significativamente ampliada. Em termos nacionais, em 1999 a meta de cobertura atingia mais de 90% das crianças, mas ficou bem abaixo desse patamar no Norte e no Nordeste (75,6% e 88,7%, respectivamente), como pode ser observado na Tabela 3, o que indica a necessidade de se aprofundarem os esforços nessas regiões em relação à saúde da criança.

Em 2004, a cobertura com a vacina tetravalente teve um acréscimo na taxa geral do País, atingindo as metas ideais, ou seja, a quase totalidade das crianças com menos de 1 ano de idade, residentes no Brasil. Destaca-se a Região Norte, onde o aumento foi mais significativo: saltou de 75,6% para 92,1%, o que representa acréscimo de quase 22% em cinco anos. Esse cenário favorável é consequência das amplas campanhas de vacinação desenvolvidas nos últimos anos.

Tabela 3

Imunização, com DTP e tetravalente, em crianças menores de 1 ano de idade (1999 e 2004)			
Grandes regiões	DTP (1999)	Tetravalente (2004)	Varição
Brasil	94,5%	96,2%	1,8%
Centro-Oeste	96,8%	100,0%	3,3%
Nordeste	88,7%	93,6%	5,5%
Norte	75,6%	92,1%	21,6%
Sudeste	100,0%	96,9%	-3,1%
Sul	93,7%	100,0%	6,7%

Fonte: Ministério da Saúde, 1998.

O maior aumento na cobertura com a tetravalente no Norte ajuda a criança a ter uma vida mais saudável e constitui-se em mais um dos fatores que justificam a significativa melhoria do IDI 2004 daquela região. Entretanto, a cobertura vacinal é um indicador que mede apenas o acesso à vacinação, não se podem inferir informações sobre a qualidade e a variedade dos serviços disponíveis em cada um dos Estados brasileiros.

IDI ESTADUAL

Mantendo a tendência regional, em **quase todos os Estados**, o IDI 2004 melhorou em relação ao de 1999. O Estado de São Paulo se destaca por ter atingido um IDI que o coloca na condição de apresentar alto desenvolvimento infantil, pois foi o único que atingiu o patamar de 0,80. O Distrito Federal tende a chegar a essa condi-

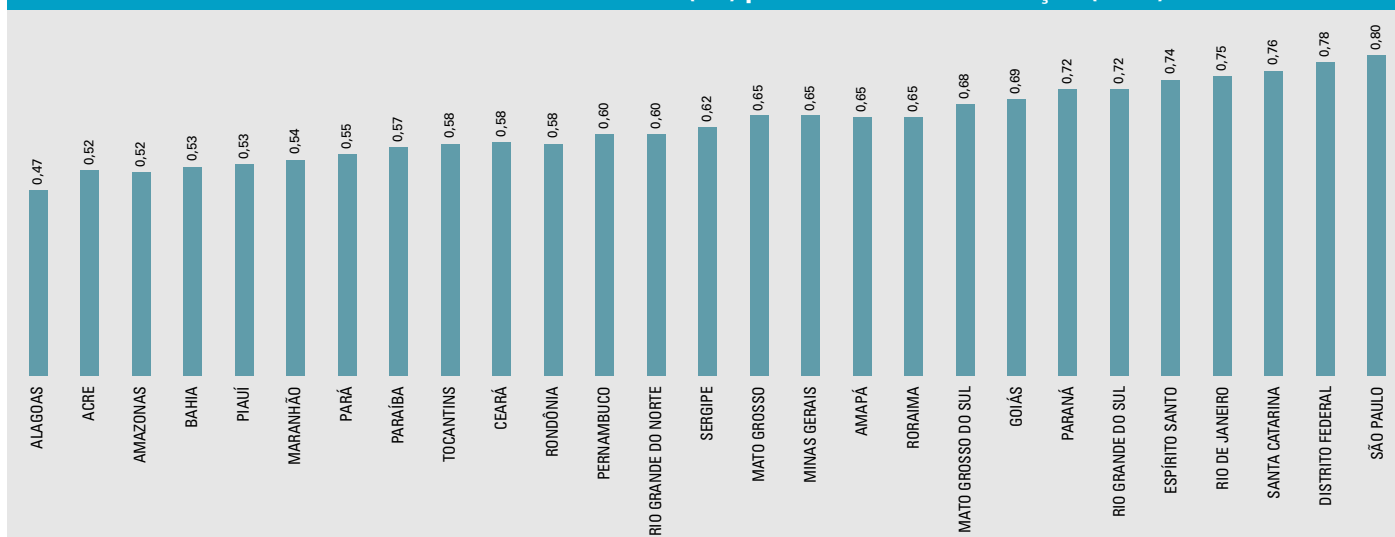
ção, com índice de 0,78. Nos demais Estados, o IDI se manteve no padrão médio de desenvolvimento infantil (variando de 0,78 no Distrito Federal a 0,52 no Acre) e apenas em Alagoas o índice continua abaixo de 0,50, o que corresponde a um padrão de baixo desenvolvimento infantil. Vale lembrar a importância da educação no processo de desenvolvimento humano, pois justamente nesse Estado, em 2004, havia um terço da população adulta analfabeta e 45% com escolaridade inferior a quatro anos de estudo, o que corresponde ao nível de analfabetismo funcional.

IDI MUNICIPAL

Em 1999, quase 40% dos municípios brasileiros apresentavam IDI abaixo de 0,50, demonstrando desenvolvimento infantil baixo. Em 2004, ainda se encontravam nesse patamar 25% dos muni-

Gráfico 4

Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) por unidades da Federação (2004)



cípios, ou seja, quase 1.350 municípios. No padrão considerado médio, enquadram-se cerca de 3.650 municípios, e apenas em torno de 560 estão acima de 0,80 – nível classificado como desenvolvimento infantil alto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre 1999 e 2004 o IDI nacional melhorou significativamente, sobretudo com o impacto do aumento observado nas regiões Norte e Nordeste, onde houve redução na proporção de responsáveis pelas famílias com escolaridade precária e aumento na cobertura vacinal, com a tetravalente.

Apesar dos avanços legais observados ao

longo dos últimos anos no Norte e no Nordeste, ainda há grandes dificuldades. A cobertura assistencial e educacional para as crianças de até 6 anos está distante de atingir patamares adequados às necessidades reais da sociedade brasileira.

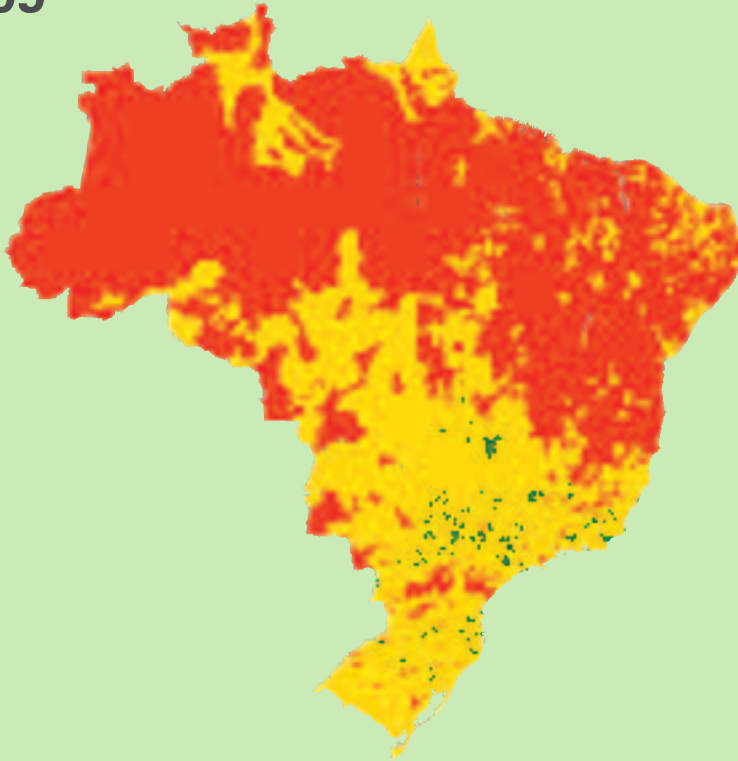
O grau de bem-estar e vulnerabilidade das crianças está relacionado à escolaridade dos pais e ao poder aquisitivo da família. Portanto, a análise da situação das crianças associa-se à condição socioeconômica das famílias brasileiras e à frágil iniciativa governamental de aumentar a oferta de vagas em escolas e melhorar o atendimento à saúde, principalmente nas regiões menos favorecidas e, portanto, para as crianças de famílias mais pobres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

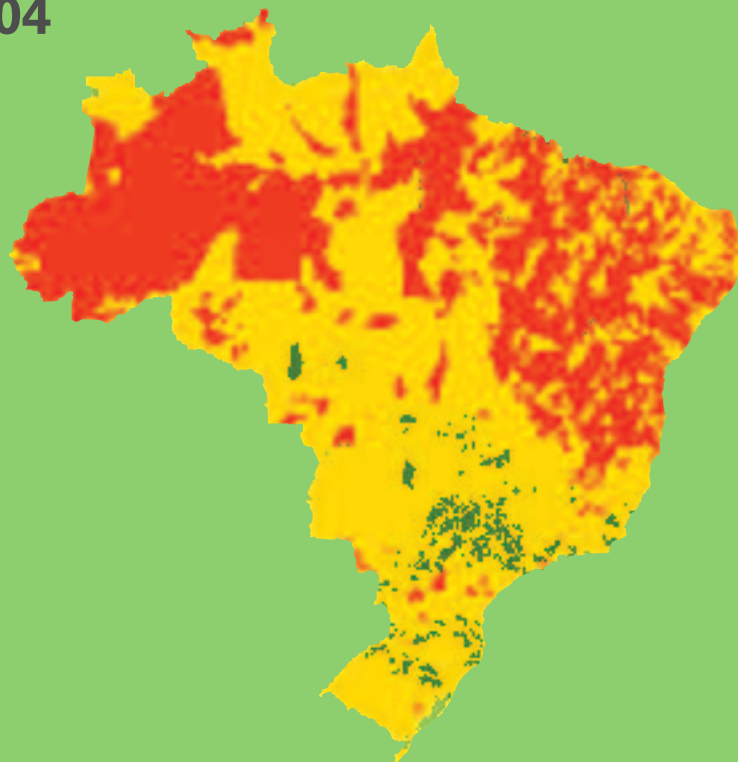
- BRASIL. Congresso Nacional. Constituição, 1988.
- _____. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 134, nº 248, 23 dez. 1996.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Parecer nº 20, de 2 de dezembro de 1998. Parecer em resposta a consulta relativa ao ensino fundamental de 9 anos. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CEB20_1998.pdf>.
- _____. Plano Nacional de Educação. Apresentado por Ivan Valente. Rio de Janeiro, DP&A, 2001.
- DIDONET, Vital. "As crianças pré-escolares no Fundo". *PÁTIO: Revista Pedagógica*, Educação Infantil, nº 7, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, nov. 1998-jan.1999.
- _____. *A LDB e a Política da Educação Infantil*. Brasília, DF, Assessoria Legislativa/Câmara dos Deputados, jul. 1997.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1999 e 2004. Microdados.
- IBGE. Síntese de Indicadores Sociais, 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2005.
- KAPPEL, M. 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. Anais da 21ª Reunião da Anped, Caxambu, set. 1998.
- _____. As crianças de 0 a 6 anos nas estatísticas nacionais. *Infância – Educação Infantil. Anais do Seminário Internacional da Omep (Organização Mundial para Educação Pré-Escolar)*, Rio de Janeiro, Ravil Editora, 2000.
- _____. As crianças de 0 a 6 anos no contexto sociodemográfico nacional. *Onde Tudo Começa: a Criança de 0 a 6 Anos. Anais do Pré-Congresso 2003 da Asbrei*, Rio de Janeiro, set. 2003.
- _____; AQUINO, Ligia M. Leitão de; VASCONCELLOS, Vera Maria R. de. Infância e Políticas de Educação Infantil: Início do Século XXI. In: VASCONCELLOS, Vera Maria R. de (org.). *Educação da Infância: História e Política*. Rio de Janeiro, DP&A, 2005.
- KRAMER, Sonia & KAPPEL, M. Dolores Bombardelli. Educação da Criança de 0 a 6 Anos. Pesquisa sobre Padrões de Vida – 1996-1997: Primeira Infância, Rio de Janeiro, IBGE, 2000.
- MEC/INEP/SEEC. Censo Escolar, 1999 e 2004.
- NUNES, Deise G. Reconhecimento Social da Infância no Brasil: Da Menoridade à Cidadania. In: VASCONCELLOS, Vera Maria R. de (org.). *Educação da Infância: História e Política*. Rio de Janeiro, DP&A, 2005.
- OMS/UNICEF. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis, 1989.
- UNESCO. Educação e Cuidado na Primeira Infância: Grandes Desafios. Trad. de Guilherme João de Freitas Teixeira. Brasília, Unesco Brasil/OECD/Ministério da Saúde, 2002. 314 p.
- UNICEF. *Situação da Infância Brasileira*, 2001.
- WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: Textos Escolhidos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.

Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) Brasil, por municípios

1999



2004



- Abaixo de 0,50
- De 0,50 a 0,80
- Acima de 0,80

A composição do IDI

- **Percentual de crianças menores de 6 anos morando com mães com escolaridade precária (I_{CMEP}):** são classificadas como mães com escolaridade precária as que têm menos de quatro anos de estudo, o limite de anos de instrução para que não sejam consideradas analfabetas funcionais. Assim, quanto maior o percentual de crianças menores de 6 anos vivendo com mães de escolaridade precária, pior será a classificação do município em termos de desenvolvimento infantil. Os dados foram obtidos a partir da Contagem da População 1996 e do Censo Demográfico 2000, ambos do IBGE.

- **Percentual de crianças menores de 6 anos morando com pais com escolaridade precária (I_{CPEP}):** embora a importância relativa do nível de instrução do pai seja menor que o da mãe quanto ao cuidado e ao desenvolvimento dos primeiros anos da criança, sua inclusão é de extrema relevância. Como os anos de escolaridade do chefe da família determinam, em grande medida, o nível salarial e a renda familiar, ao considerar o nível de escolaridade de ambos os cônjuges, o IDI incorpora o nível de consumo e de bens materiais que a criança possui no ambiente familiar. Os dados foram obtidos a partir da Contagem da População 1996 e do Censo Demográfico 2000, ambos do IBGE.

- **Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade – DTP (1999) e tetravalente (2004) (I_{Tetra} , I_{TDP}):** estes dois indicadores medem o percentual de crianças menores de 1 ano imunizadas contra difteria, coqueluche e tétano (DTP ou tríplice), e contra difteria, coqueluche, tétano, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae tipo b* (tetravalente ou DTP+Hib). A cobertura vacinal é obtida dividindo-se o número de crianças com menos de 1 ano que foram imunizadas pelo total de crianças da mesma faixa etária em um determinado período de tempo. Além de assinalar maior ou menor morbimortalidade decorrente dessas doenças, a cobertura vacinal reflete de forma indireta o acesso a outros serviços de atendimento materno-infantil. Obviamente, por ser um indicador típico de aces-

so e restrito à vacinação, não é possível fazer inferências sobre a qualidade e variedade dos serviços disponíveis no município para esse grupo etário. Os dados foram fornecidos pelo Ministério da Saúde e correspondem ao ano de 1999 (para a DTP) e 2004 (para a tetravalente). Algumas das coberturas vacinais são maiores que 100%, porque a informação se refere ao número de doses, e não ao número de crianças vacinadas. Nos casos em que o número de doses foi superior a 100% da estimativa do número de crianças, para o cálculo do índice essas coberturas foram consideradas iguais a 100%.

- **Percentual de mães com cobertura pré-natal adequada ($I_{Pré-natal}$):** mede o percentual de nascidos vivos de mães que tiveram mais de seis consultas de acompanhamento, desde o conhecimento da gravidez até o parto. Essa média foi estabelecida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Ministério da Saúde a fim de garantir que se realizem os exames necessários para avaliar as condições da mãe (sangue e urina) e da criança, e para pesquisar infecções e imunizar o feto contra doenças como o tétano neonatal. 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, este indicador, em conjunto com as taxas de cobertura de vacinação, é considerado de extrema relevância para aferir as condições de sobrevivência das crianças no primeiro ano de vida. Este percentual é obtido com o total de nascidos vivos de mães que tiveram mais de seis consultas pré-natal dividido pelo total de nascidos vivos no período. A informação, obtida no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), corresponde a 1998 e 2004.

- **Taxa de escolarização bruta na pré-escola ($I_{Pré-escola}$):** este indicador mede o percentual de crianças matriculadas na pré-escola (pública e privada), independentemente da idade. Trata-se de uma boa aproximação do direito ao acesso da criança a esse nível de ensino. Ao indicar se a oferta

de matrículas é suficiente para atender à faixa etária correspondente, a taxa permite avaliar a existência de alunos matriculados em um nível de ensino inadequado à sua idade. É obtida mediante a divisão do número de alunos matriculados na pré-escola pelo total de crianças entre 4 e 6 anos. O ideal teria sido empregar a taxa de escolarização líquida na pré-escola, que inclui apenas as crianças cuja faixa etária corresponde oficialmente a esse nível, porém essa informação não está disponível para o nível municipal. A taxa de escolarização bruta, como a cobertura de imunização, não permite aferir a qualidade do ensino e das práticas pedagógicas. Os valores correspondem a 1999

e 2004 e foram fornecidos pelo Sistema de Estatísticas Educacionais (Edudatabrasil) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC). É importante assinalar que nesta taxa não foram incluídos os alunos que se encontram em classe de alfabetização, já que essa modalidade de ensino é adicional, está fora do ensino regular. Ela é orientada para as crianças que já têm idade suficiente para entrar no ensino fundamental mas que ainda não sabem ler nem escrever. Não incluir as classes de alfabetização no IDI é um incentivo para reduzir essa modalidade em favor da ampliação da cobertura na pré-escola.

A construção do IDI

Para combinar os indicadores selecionados num único índice, é necessário expressá-los em unidades comparáveis. Para isso, os valores de cada indicador foram normalizados numa escala de 0 a 1, onde 1 corresponde à melhor condição de desenvolvimento infantil e 0 à pior. Para efeito de comparação e interpretação, essa é a mesma escala utilizada para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

- **Percentual de crianças com mães de escolaridade precária:** o percentual máximo desejado é 0, ou seja, que nenhuma criança menor de 6 anos tenha mãe com nível de instrução precário. Municípios que obtenham ou se aproximem desse valor terão índice próximo ou igual a 1. O percentual mínimo é 100% de crianças cujas mães tenham escolaridade precária. Municípios com situação igual ou próxima a essa terão índice próximo ou igual a 0.

- **Percentual de crianças com pais de escolaridade precária:** o percentual máximo desejado é 0, ou seja, que nenhuma criança menor de 6 anos tenha pai com nível de instrução precário. Municípios que obtenham ou se aproximem desse valor terão índice próximo ou igual a 1. O percentual mínimo é 100% de crianças cujos pais tenham escolaridade precária. Municípios com situa-

ção igual ou próxima a essa terão índice próximo ou igual a 0.

- **Coberturas de vacinação (DTP e DTP+Hib):** o percentual máximo desejado é 100%, ou seja, que todas as crianças sejam vacinadas com a DTP e a DTP+Hib. Municípios que obtenham ou se aproximem desse valor terão índice próximo ou igual a 1. O percentual mínimo é 0% das crianças vacinadas. Municípios com situação igual ou próxima a essa terão índice próximo ou igual a 0.

- **Percentual de gestantes com cobertura pré-natal adequada:** o percentual desejado é 100% das gestantes com acesso a mais de seis consultas pré-natais. O percentual mínimo é 0% das gestantes com mais de seis consultas pré-natais. Quanto mais próximo do valor máximo ou mínimo estiver um município, mais próxima de 1 ou 0 será sua classificação no IDI.

- **Escolarização bruta na pré-escola:** para esse indicador, o valor máximo ou desejado é 100% das crianças da faixa etária de 4 a 6 anos matriculadas no respectivo nível de ensino. Assim como nos outros casos, o patamar mínimo é 0%. Quanto mais próximo do valor máximo ou mínimo estiver um município, mais próxima de 1 ou 0 será sua classificação no IDI.

A fórmula do IDI

$li = li_{\text{município}} - li_{\text{mínimo}} / li_{\text{máximo}} - li_{\text{mínimo}}$, onde:

li representa os indicadores $i = 1, 2, 3, 4, 5$, padronizados entre os valores 0 a 1 no conjunto dos 5.507 municípios do Brasil em 1996 ou 5.560 municípios em 2000;

$li_{\text{município}}$ representa o valor do indicador $i = 1, 2, 3, 4, 5$, no município m ;

$li_{\text{mínimo}}$ representa o valor mínimo estabelecido para o indicador $i = 1, 2, 3, 4, 5$;

$li_{\text{máximo}}$ representa o valor máximo estabelecido para o indicador $i = 1, 2, 3, 4, 5$;

Uma vez normalizados os valores dos respectivos indicadores na escala de 0 a 1, eles são combinados para obter o IDI. A expressão para a sua combinação é a seguinte:

$$IDI = 0,25(I_{CMEP}) - 0,25(I_{CPEP}) - 0,25 \left\{ \frac{[(I_{DTP} \text{ ou } I_{Tetra}) + I_{Pré-natal}]}{2} \right\} + 0,25(I_{Pré-escola})$$

De acordo com essa expressão, o IDI resulta da média ponderada entre: indicadores normalizados do percentual de crianças menores de 6 anos que vivem com mães que possuem escolaridade precária (I_{CMEP}), percentual de crianças menores de 6 anos que vivem com pais que possuem escolaridade precária (I_{CPEP}), acesso a serviços de saúde materno-infantil ($I_{Tetra} + I_{DTP} + I_{Pré-natal}$) e acesso a serviços de educação ($I_{Pré-escola}$). Por serem complementares, os indicadores de saúde e de educação foram agrupados e representam, em conjunto, 50% do IDI. Os indicadores do nível de instrução dos pais somam os outros 50%. Sem dúvida, as ponderações adotadas podem ser consideradas arbitrárias e discutidas *ad infinitum*. Porém, deve-se considerar que, no cálculo do IDI, esse grau de arbitrariedade afeta a totalidade dos municípios da mesma maneira.

Também é importante notar que, diferentemente de outros índices, os indicadores escolhidos para constituir o IDI têm relação direta com as causas ou os próprios problemas que afetam o desenvolvimento infantil, e não com os indicadores de efeito ou de efetividade, como taxas de mortalidade no período pré-natal e na infância, taxa de desnutrição, desempenho na pré-escola etc. Além da disponibilidade e confiabilidade desses dados no âmbito municipal, outra vantagem é que a discussão sobre as estratégias de intervenção já se inicia com as próprias causas ou com o próprio problema (baixo acesso a creches, por exemplo). Quando se utiliza um indicador sintético de resultado, como mortalidade infantil ou expectativa de vida, é preciso construir uma árvore de causalidade, o que pode dificultar o desenho de estratégias e o controle social das metas, que, no caso de coberturas ou oferta de serviços, são facilmente mensuráveis.

A interpretação e o uso do IDI

- O IDI de um município vai de 0 a 1, sendo 1 o valor máximo que o município deveria buscar no processo de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de suas crianças no primeiro período de vida. A diferença entre o IDI de determinado município e 1 mostra o caminho que é preciso percorrer para alcançar o nível máximo possível. O valor máximo significa que todas as crianças com menos de 6 anos do município moram com pais que têm mais de quatro anos de escolaridade e que o direito a serviços básicos de saúde materno-infantil e pré-escola está plenamente garantido.
- Para efeitos de classificação e comparação entre municípios, emprega-se a mesma classificação do IDH, ou seja, IDI acima de 0,800 = desenvolvimento infantil elevado; entre 0,500 e 0,799 = desenvolvimento infantil médio; abaixo de 0,500 = desenvolvimento infantil baixo.
- O IDI deve ser interpretado em conjunto com os indicadores que o conformam. Por ser uma média ponderada, pode esconder disparidades entre os indicadores e dentro do próprio indicador. Por exemplo, se o percentual de mães com cobertura sem controle pré-natal é alto, é necessário identificar os grupos mais afetados, sua localização e magnitude. Isso vai permitir considerar os grupos mais vulneráveis, desenhar a melhor estratégia de intervenção e estimar custos para resolver o problema. De acordo com o princípio da não-discriminação, a efetivação dos direitos não pode ser comprometida por distinção, exclusão, restrição ou preferência baseadas em raça, gênero, cor, origem, grupo socioeconômico, preferências políticas, etnia ou deficiência. Por isso é importante, nas análises dos indicadores que compõem o IDI, desagregá-los e considerar diferenças de gênero, área geográfica, origem étnica e grupo socioeconômico.
- A análise dos indicadores do IDI deve ser feita numa dimensão integral, e não setorial. Conforme

o princípio de indivisibilidade, a Convenção sobre os Direitos da Criança e o Estatuto da Criança e do Adolescente não estabelecem nenhuma hierarquia entre os direitos, o que significa que todos são inter-relacionados e cada um deles é igualmente importante e fundamental para a dignidade da criança. O IDI e seus indicadores são o ponto de partida para uma análise dos problemas da primeira infância sob um enfoque integrador, que considere a própria natureza da criança e seu desenvolvimento dentro do ciclo de vida. A análise e a proposição de estratégias devem ser multidisciplinares e multissetoriais, levando em conta todas as dimensões físicas, cognitivas e afetivas das crianças na primeira infância, em seu ambiente familiar e comunitário. Isso não significa, para efeito de programação, que todos os direitos sejam implementados ao mesmo tempo. É necessário definir prioridades, tendo em vista as principais ameaças ao desenvolvimento infantil e as oportunidades para sua realização.

- O efeito mobilizador do IDI e o posterior desenho de estratégias para o cuidado infantil e a educação inicial devem envolver os múltiplos atores sociais, a fim de gerar programas com alto nível de participação, especialmente da mãe e do pai, da família como um todo e da comunidade, além das organizações governamentais e não-governamentais. Isso é fundamental na apreciação dos problemas e no desenho das soluções, para garantir apropriação, efetividade e sustentabilidade dos resultados das intervenções.

Além de apoiar o estabelecimento de prioridades em programas estaduais e/ou federais, o IDI pode ser utilizado para identificar iniciativas bem-sucedidas em municípios com índices altos. A identificação, a avaliação, a documentação e a disseminação dessas experiências são fundamentais para desenhar estratégias que possam tornar-se políticas públicas de amplo alcance.