A CRIANÇA NO BRASIL
O que fazer ?

IPEA IPLAN
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL
Instituto de Planejamento

unicef
FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

ESTA PUBLICAÇÃO FAZ PARTE DO PROJETO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL ENTRE O INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL-INSTITUTO DE PLANEJAMENTO — IPLAN/IPEA E O FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA — UNICEF.

A CRIANCA NO BRASIL: O QUE FAZER?

IPEA/IPLAN
Instituto de Planejamento
Ed. BNDES
Setor Bancário Sul
70.076 Brasília, DF — Brasil

Publicações Recentes do IPLAN:

Planejamento e Políticas Públicas — revista semestral — nº 1 (julho 1989)

Planejamento e Políticas Públicas — revista semestral — nº 2 (dezembro 1989)

Para a década de 90: Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas
- **Volume 1: Políticas Macroeconômicas e Setoriais (nov. 1989)**
- **Volume 2: Setor Externo (jan. 1990)**
- **Volume 3: População, Emprego, Desenvolvimento Urbano e Regional (fev. 1990)**
- **Volume 4: Políticas Sociais e Organização do Trabalho (fev. 1990)**

Análise dos Dados do Censo Agropecuário de 1985: Coletânea — Série Acompanhamento de Políticas Públicas nº 22 (nov. 1989)

Instituto de Planejamento Econômico e Social — IPEA
Instituto de Planejamento — IPLAN

A CRIANCA NO BRASIL: O QUE FAZER?

IPEA IPLAN

Série
Acompanhamento de Políticas Públicas N.º 23

Brasília, 1990

A Criança no Brasil: o que fazer / Instituto de Planejamento Econômico e Social. Instituto de Planejamento e UNICEF. —— Brasília: IPEA/IPLAN, 1990.
98 p. —— (Acompanhamento de Políticas Públicas; 23).

1. Crianças — Assistência Social. 2. Bem-Estar Social. I. Instituto de Planejamento Econômico e Social. Instituto de Planejamento. II. UNICEF.
CDD. 305.23
362.7

EQUIPE TÉCNICA

IPLAN	Solon Magalhães Vianna (Coord.) Ana Amélia Camarano Eni Maria Monteiro Barbosa Lígia Cademartori Sérgio Francisco Piola
UNICEF	Ruben Cervini Susan Bincoletto
Copidesque:	Marília Oberlaender Alvarez
Datilografia/Tabelas:	Ísis M. Kallfelz

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

APRESENTAÇÃO

O estudo que se segue é um dos últimos resultados da profícua parceria entre o IPEA, através do seu Instituto de Planejamento — IPLAN, e o UNICEF, parceria esta cuja finalidade é a "realização de estudos e divulgação de análises da situação sócio-econômica do menor e de avaliação das políticas e programas governamentais orientadas para as populações pobres".

"A CRIANÇA NO BRASIL: O QUE FAZER" reúne sólido conjunto de informações sobre a situação das crianças e dos adolescentes, que representam um contingente demográfico bastante significativo. São, segundo estimativas do IPLAN, 64 milhões de brasileiros, dos quais quase a metade vive em condições de extrema pobreza.

As medidas apontadas neste estudo para melhorar os indicadores de bem-estar da criança são de extraordinária singeleza e, de modo geral, de baixo custo *per capita*. Aplicá-las com eficácia, porém, requer necessariamente o cumprimento de um pré-requisito: a eleição do tema criança como item prioritário — de "absoluta prioridade", segundo a nova Constituição — na agenda dos nossos governantes e das lideranças políticas.

Se este trabalho ajudar a sensibilizar a sociedade brasileira para o quadro insatisfatório que descreve, terá justificado o esforço do UNICEF e do IPEA /IPLAN para realizá-lo e divulgá-lo.

Flávio Rabelo Versiani
DIRETOR IPLAN

John J. Donohue
REPRESENTANTE UNICEF

A. A SITUAÇÃO DA CRIANÇA NO BRASIL

I — O CONTEXTO NACIONAL

Projeção recente[1] aponta que a população brasileira deverá alcançar ao final desta década a aproximadamente 146 milhões de pessoas, das quais 34% (50 milhões) terão menos de 15 anos de idade e 11% (16,6 milhões) menos de 4 anos. Provavelmente, cerca de 73% desse contingente populacional estarão localizados nas áreas urbanas (Tabela I.1).

Sendo um dos países de maior extensão territorial e volume populacional, o Brasil situa-se entre as dez maiores economias do mundo, embora o PIB *per capita* tenha sido de apenas US$ 1.931 em 1988.[2] Entre 1974-1980, fim do chamado "milagre brasileiro" e início da crise da década de 80, esse indicador apresentou uma taxa média de crescimento real de 4,4% ao ano; no período seguinte (1981-83), a taxa foi de -3,6%, seguida de uma recuperação que atingiu a 5,7%, entre 1984 e 1986. Nos últimos dois anos, evidenciou-se uma desaceleração da economia brasileira. O PIB *per capita* cresceu apenas 1,5% em 1987 e apresentou um decréscimo de 2,4% em 1988. (Banco Central, 1989). Há, no entanto, indícios de uma ampliação da chamada economia informal neste último período.

Não é novidade afirmar que a concentração da renda no Brasil é uma das maiores do mundo, gerando, por conseguinte, altos níveis de desigualdade e de pobreza. Na década passada, a distribuição da renda tem-se mantido quase constante, mas acompanhada por crescente deterioração do salário real. No período 1979-1986, os 50% mais pobres da População Economicamente Ativa (PEA) receberam pouco mais de 13% dos rendimentos totais, cerca de 40% das famílias ganhavam até 2 salários mínimos, cujo valor real caiu em aproximadamente 20% entre 1980 e 1986 (Tabela I.2). A evolução do salário mínimo real e da taxa de desemprego nos anos seguintes (1987-88) sinaliza no sentido do agravamento dessa situação.[3]

O nível de pobreza[4] de crianças e adolescentes existente em 1981, ano do início de uma das maiores crises econômicas já experimentadas pelo Brasil, ainda permanece em 1987 (Tabela I.4). Nesse ano, como em 1981, 30 milhões de crianças de 0 a 17 anos pertenciam a famílias em estado de pobreza e, destas, 42,5% (12,7 milhões) tinham menos de 7 anos de idade.[5] Embora na área rural o problema, em termos relativos seja mais acentuado, é na área urbana onde se concentra o maior contingente de pobreza infantil: quase 16 milhões de crianças carentes.

As desigualdades regionais têm sido objeto de preocupação governamental a partir da década de 60. Não obstante a implementação de políticas de incentivo ao desenvolvimento regional, tais desigualdades continuam intensas. É o caso da Região Nordeste, que em 1987 contava com aproximadamente 62,4% das famílias abaixo da linha de pobreza, o que faz com que essa região abrigue 47% da pobreza total do País (Tabela I.5). Nessas famílias encontravam-se mais de 6 milhões de crianças com menos de 6 anos de idade (Tabela I.6).

No Brasil, o volume de recursos públicos federais destinados à área social não é desprezível,[6] embora seu grau de eficácia e eficiência seja freqüentemente questionado. O gasto público total na área social, que inclui os dispêndios realizados pelos estados e municípios, ainda não está bem dimensionado. Há, contudo, indicações de que as aplicações feitas por esses dois últimos níveis de governo também não sejam desprezíveis.[7] Durante os anos oitenta, os recursos federais destinados à área social refletiram claramente o impacto da crise nas finanças públicas. Em 1983-84, quando a recessão foi mais intensa, o gasto social alcançou seus índices mais baixos. A partir de 1985, os recursos públicos aplicados na área social passaram a mostrar um incremento continuado, sem entretanto alcançar, até 1987, o valor *per capita* observado no início da década (Tabela I.7).

A Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988 consagrou um novo ordenamento nas relações entre a União, os estados e os municípios. Os municípios adquiriram novo status político-administrativo, passando à condição de membros da Federação. A nova partilha tributária, por sua vez, assegurou maior volume de recursos para estados e municípios.[8] Embora a eficácia dessa partição dependa da redistribuição de encargos da União para essas duas instâncias de governo, — não explicitada na Constituição — estima-se que a participação estadual e municipal na receita tributária passe de 26,3% em 1988 para 41,6% em 1993 (Tabela I.8).

II — A SAÚDE DA CRIANÇA

Mortalidade Infantil e Pré-Escolar

Nos últimos decênios a mortalidade infantil tem apresentado significativa queda (Gráfico 1, Tabela II.1). Essa tendência acentuou-se em meados da década de 70 e no início da seguinte,[9] sobretudo em decorrência dos investimentos feitos no final da década passada nas áreas de saneamento básico e assistência à saúde.[10] A queda na mortalidade infantil atingiu todas as regiões do País, sendo mais intensa nas de maior desenvolvimento sócio-econômico.[11]

Diversos estudos[12] têm demonstrado que a partir do primeiro qüinqüênio desta década a mortalidade infantil, em conseqüência da crise econômica, associada às secas prolongadas na Região Nordeste, sofreu estabilização ou mesmo recuo na tendência de queda acelerada. Durante esse período a probabilidade de morte entre crianças menores de um ano foi de 67 óbitos por mil nascidos vivos no país como um todo (Tabela II.3). Mais da metade desses óbitos ocorreu no Nordeste, onde a mortalidade infantil atingiu os patamares mais altos do País (TMI = 103). Além disso, em 1983 e 1984, nessa região, houve um aumento nesse indicador (Tabela II.2).

A mortalidade infantil tem afetado de forma diferente as áreas urbanas e rurais do País.[13] Estima-se que, na área rural, onde tem ocorrido apenas um terço dos nascimentos, verificam-se mais de 41% dos óbitos infantis. No Nordeste este percentual foi de 51,2% (Tabela II.4).

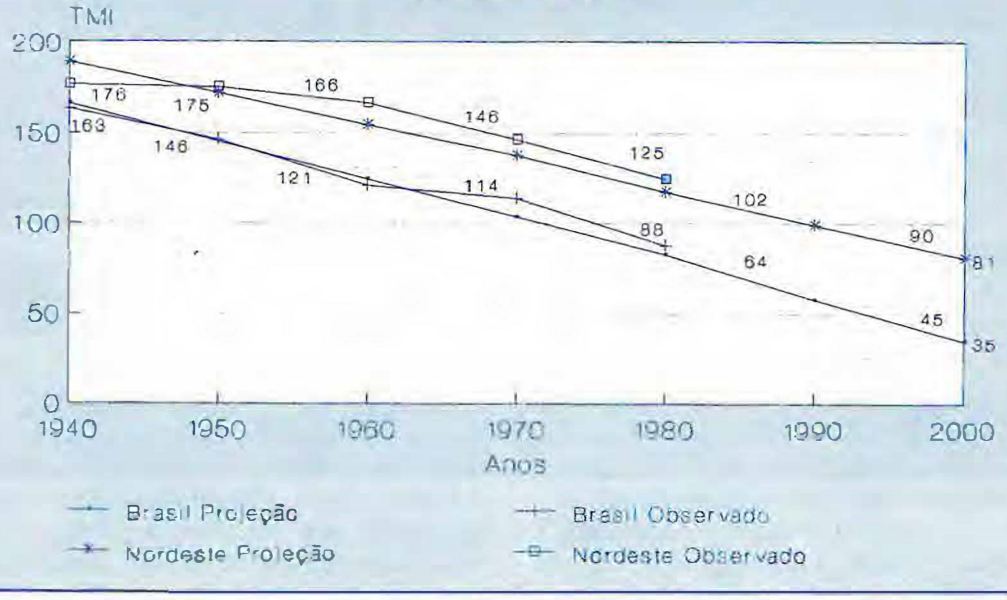
A tendência atual da taxa de mortalidade infantil (TMI) indicada pelo prolongamento da situação verificada no período 1940-1980 sugere que o Brasil poderá chegar, no ano 2000, a uma taxa inferior a 40 óbitos por mil nascidos vivos (Tabela II.3). Considerando a tendência isolada do Nordeste, a TMI dessa região no ano 2000 deverá se aproximar a 80 óbitos por mil nascidos vivos, bastante acima, portanto, dos índices médios internacionais para esse indicador de bem-estar infantil.

Com relação à mortalidade pré-escolar, no primeiro período da década de 80, observou-se uma taxa média de 2,7 por mil crianças de 1-4 anos. Também neste caso é no Nordeste onde ocorreram as taxas mais altas (4,7 óbitos por mil crianças de 1-4 anos).

No Brasil como um todo, as principais causas de morte infantil são as infecções intestinais (16,6%) e as infecções respiratórias agudas — IRA (15,3%), destacando-se em segundo plano a septicemia, as causas congênitas e a prematuridade. A desnutrição responde por 5,5% da mortalidade infantil. A AIDS, por sua vez, começa a representar um risco à sobrevivência de crianças e adolescentes (Painel 1) (Tabela II.5 até II.5.E).

Existem diferenças regionais marcantes na distribuição relativa das causas de morte (padrão de mortalidade infantil) devido aos diferentes níveis de pobreza e acesso aos serviços de saúde e saneamento básico. No Sul e Sudeste a causa mais freqüente é a IRA, enquanto as infecções intestinais estão no mesmo nível das septicemias e das causas congênitas. Já no Nordeste, 30% dos óbitos infantis são atribuídos às infecções intestinais, aparecendo em segundo lugar as infecções respiratórias agudas.

1. Taxa de Mortalidade Infantil
Projeções até 2000
Brasil — Nordeste



PAINEL 1

A AIDS NO BRASIL

O Brasil está em segundo lugar em relação ao número de casos de AIDS notificados no mundo, sendo superado apenas pelos Estados Unidos. Em números relativos, entretanto, ocupa o vigésimo sétimo lugar (incidência de 71,8 por milhão de habitantes no período 1980-89).

Entre janeiro de 1980 e julho de 1989, o Ministério da Saúde havia registrado 7.538 casos, 90,3% dos quais em homens; por transmissão sexual ocorreram 68,4% dos casos, sendo que 9,4% foram por contato heterossexual. Do total de casos, 138 (1,8%) foram atribuídos à transmissão perinatal.

A região mais atingida pela epidemia é o Estado de São Paulo, com incidência de 164,2 casos por milhão de habitantes, de 1980 até julho de 1989; segue-se o Estado do Rio de Janeiro (incidência 83,5/milhão) e o Distrito Federal (47,1/milhão).

Até julho de 1989, 307 casos corresponderam a crianças menores de 15 anos, embora esse número possa estar subestimado.

Pesquisas realizadas em diferentes grupos de risco têm revelado a prevalência de seropositividade de 0,4% em doadores de sangue, 1,8% em presidiários, 6% em prostitutas do Rio de Janeiro, 37% em travestis e até de 76% em hemofílicos. Estima-se a existência de 200 a 400 mil portadores assintomáticos.

A prevalência de seropositividade na população geral não é conhecida; não obstante, estudos recentes sugerem que, devido às características do padrão da transmissão dominante no Brasil, a proporção de infecções entre a população heterossexual, especialmente as mulheres, tende a aumentar no futuro imediato, bem como, por conseguinte, o número de casos de transmissão perinatal e AIDS pediátrico.

A mudança mais importante ocorrida no padrão de mortalidade infantil diz respeito à queda sustentada do peso relativo das infecções intestinais no conjunto dos óbitos. Isto tem sido particularmente evidente na Região Nordeste, onde esta causa de óbito, embora continue sendo a principal, tem apresentado contínuo decréscimo com interrupções em 1983-84.

Estudos desenvolvidos no Brasil (PNAD/84 e FIBGE/UNICEF, 1986) durante a última década têm mostrado as relações entre diferentes variáveis sócio-econômicas e a taxa de mortalidade infantil. Em primeiro lugar, esses estudos revelam a existência de padrões de desigualdade social na probabilidade de morte infantil, quando esta é analisada sob diferentes faixas de rendimento familiar. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1984 mostrou que na área urbana do Brasil a mortalidade infantil é 2,5 vezes superior entre as famílias mais pobres com relação às de maior rendimento familiar. Essas desigualdades mantêm-se nas diferentes regiões, o que indica a presença do padrão em todo o País.[14]

A mortalidade infantil apresenta também alta correlação com o grau de instrução da mãe. Estudo realizado pelo FIBGE/UNICEF (1986) mostrou que, no Nordeste urbano, a probabilidade de morte varia de 132,6 por mil até 46,3 por mil, dependendo do nível educacional da mãe.[15] O impacto da educação parece ser regionalmente diferenciado, constituindo problema maior no Nordeste.[16]

O saneamento básico (água e esgoto) tem sido tradicionalmente considerado como uma das variáveis intervenientes mais importantes na determinação dos níveis de mortalidade infantil. Com base nos dados do Censo de 1980 para as áreas metropolitanas do Norte e Nordeste, verificou-se que a falta de água e de esgoto significa, nas comunidades afetadas, uma probabilidade de mortalidade infantil 2 a 5 vezes maior, respectivamente, com relação à população que tem acesso a tais serviços (FIBGE/UNICEF, 1986).[17]

Nutrição

Em meados da década de 70 estimou-se que 53,4% das crianças brasileiras com até 5 anos apresentavam algum nível de desnutrição (Graus I, II e III de Gomez), o que expressa a marginalização social em que se encontravam amplos setores da população (FIBGE/UNICEF, 1982). No Nordeste o quadro era mais crítico. Na área urbana e rural a desnutrição atingia 61,3% e 70,8% respectivamente, sendo que as formas moderadas e graves eram de 16,6% na área urbana e 21,9% na rural.

Em 1986, uma década depois, pesquisa realizada no Nordeste sugeriu uma queda nos níveis de desnutrição das crianças.[18] Nesse ano, 42,5% das crianças apresentavam algum grau de desnutrição, sendo que as formas moderadas e graves somavam 5,4% e 8,9% nas áreas urbanas e rurais, respectivamente (Gráfico 2 e Tabela II.6) (Painel 2). Em 1987, outra pesquisa (Ceará) encontrou 39,8% de crianças em qualquer um dos graus de desnutrição. A presença de formas moderada e severa foi, respectivemente, de 5,8% e 8,8% nas áreas urbana e rural.[19]

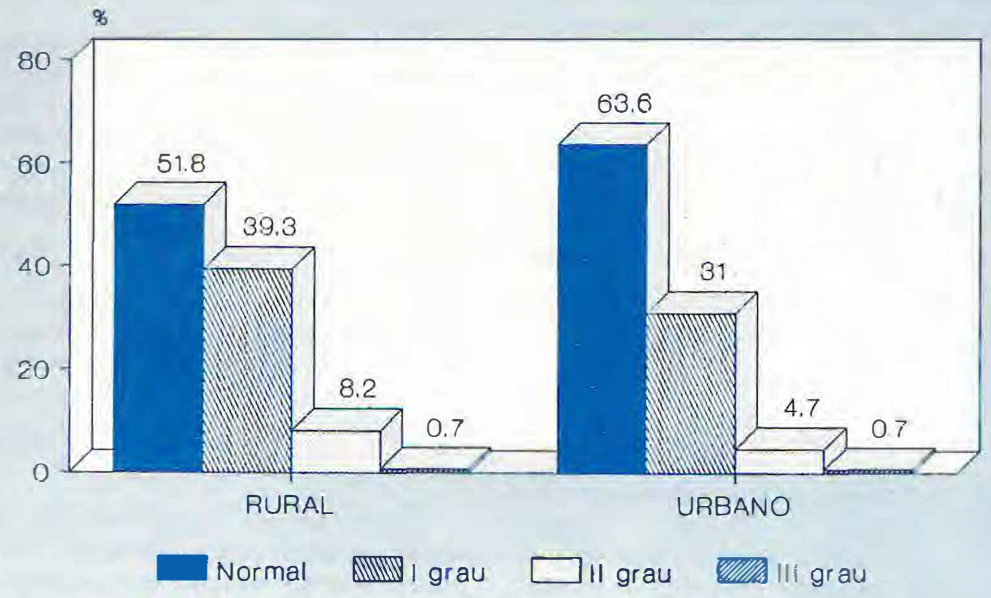
Vários fatores de risco têm sido considerados em diferentes estudos, demonstrando a forte relação existente entre o estado nutricional das crianças e a educação da mãe ou do chefe de família, a renda familiar, o intervalo intergestacional e o peso ao nascer.[20]

Além desses fatores imediatos, causas mais estruturais também têm sido consideradas. Dentre elas, a propriedade da terra aparece fortemente associada ao estado nutricional das crianças, independentemente da região do País.[21]

No início da década, a incidência do baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) era de 8,3% dos nascimentos hospitalares nas áreas urbanas. Não obstante, esse indicador tem sofrido expressivas variações durante a década, em decorrência, aparentemente, da instabilidade econômica verificada nesse período. Dados de Fortaleza e Recife indicam que nos anos mais críticos do período recessivo (1983-84) o número de crianças com baixo peso ao nascer atingiu níveis de aproximadamente 15%.[22]

Em 1980, o percentual de crianças com baixo peso ao nascer entre os recém-nascidos de mães mais favorecidas era de 4,6%, enquanto entre os de mães mais pobres era de 8,8%. As mães mais jovens apresentavam os índices mais altos (11,3%), notadamente quando eram pobres (19,8%). A ausência de atenção pré-natal e o hábito de fumar também provocaram aumento no número de crianças com baixo peso ao nascer (12,2% e 11,1%, respectivamente).[23] Levantamentos realizados durante 1987 e 1988 reconfirmaram a existência de algumas dessas relações.[24]

2. Estado nutricional* de crianças menores de 5 anos — Nordeste — 1986



Fonte: Arruda et alii (1987)
(*) Escala de Gomes

PAINEL 2

ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS NO NORDESTE

A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar que cobriu 1.162 crianças de 0-59 meses residentes na Região Nordeste, realizada em 1986, revelou que apenas 57% das crianças se situavam dentro dos padrões de normalidade em relação ao estado nutricional. De acordo com a classificação de Gomez de peso para a idade, 6,5% das crianças apresentavam desnutrição de segundo grau e 0,7% de terceiro grau. Esses níveis são similares aos observados na pesquisa feita em 1987 no Estado do Ceará, um dos mais pobres do Nordeste, exceto que lá a desnutrição severa afetava 1,6% das crianças. Assim, os percentuais de desnutrição severa são similares aos encontrados na Somália, Senegal, Botsuana e Jamaica.

A desnutrição das crianças no Nordeste foi mais significativa em meninos do que em meninas, nas da zona rural mais do que nas das cidades, nas que nasceram com intervalo entre partos inferior a dois anos e naquelas nascidas de mães com nível mínimo de educação formal.

Nanismo, ou baixa altura para a idade,* foi observado em 28,4% das crianças. O nanismo decorre do crescimento prejudicado na primeira infância, devido a episódios repetidos de desnutrição, geralmente associados à infecção. Os níveis encontrados nesse estudo são quase quatro vezes maiores do que os constatados nas regiões mais desenvolvidas do País e são similares aos relatados para Nigéria, Somália, Senegal, Gabão, Uganda, Gana e Congo. O baixo peso para a altura resultante de desnutrição aguda recente ocorreu em menos de 1% das crianças. Esses níveis comparam-se aos do Kuwait, Iraque, Guatemala e El Salvador.

A alta prevalência de nanismo com pouca prevalência de baixo peso para a altura ocorreu em áreas com problemas nutricionais sérios e com altas taxas de mortalidade no primeiro ano de vida, associados ao desmame precoce. Os sobreviventes adaptam-se à baixa ingesta nutricional e permanecem com baixa altura para a idade, mas com relativamente bom peso para a altura.

(*) Baixa altura para a idade e baixo peso para a altura são definidos como 2 desvios-padrões abaixo da mediana, de acordo com o padrão NCHS.

Fonte: Baez, M.C. e Monteiro, E.A.A., 1987.

III — A EDUCAÇÃO DA CRIANÇA

Pré-Escolar

O interesse pela educação pré-escolar ganhou expressão nos anos 70, mas foi, sobretudo, a partir de 1980 que foram tomadas medidas concretas para ampliação da cobertura escolar da população de 0 a 6 anos. Agiram na base dessa expansão, entre outros fatores, a crescente urbanização do País, a inserção da mulher no mercado de trabalho, os novos padrões de organização familiar, a difusão de informações a respeito da importância educacional nos primeiros anos de vida, bem como das condições de abandono infantil e do fracasso escolar nas primeiras séries do ensino básico. A tendência para os próximos anos é de ampliação da oferta da educação pré-escolar em face de compromissos constitucionais que definem, junto com a creche, como direito social e parte dos deveres do Estado com a educação.

Embora ainda seja pequeno o número de crianças na idade de 0 a 6 anos que freqüentam creche ou pré-escolar — cerca de 23% nas áreas metropolitanas[25] — a tendência aponta para a expansão dessa cobertura.[26] De 1970 a 1987, o crescimento total foi de 684%, sendo que na Região Nordeste esse índice alcançou a 1236% (Tabela III.1). O aumento foi mais significativo na área rural do que na urbana, tanto no Brasil como no Nordeste,[27] embora a maior parte do atendimento tenha se concentrado na área urbana.

No tocante à qualidade da oferta, observam-se orientações distintas. Uma, predominantemente assistencialista, limita a pré-escola à tarefa de guardar e alimentar as crianças, comportamento típico das entidades públicas voltadas para as camadas sociais de renda mais baixa. Outra, que predomina nas entidades privadas e públicas que se destinam à população de renda mais alta, se dirige principalmente ao preparo para a escolaridade formal.

Apesar do incremento havido na última década, o acesso da criança pobre à creche ou à pré-escola ainda permanece insatisfatório. Nas maiores cidades do País, em 1985, a taxa de matrícula de crianças de famílias com menos de 1/4 do salário mínimo era de apenas 10%.[28] Em 1987, no Brasil como um todo e tomando o grupo etário de 5 a 6 anos, apenas 32% das crianças provenientes de famílias com rendimento mensal *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo freqüentavam a pré-escola, enquanto nas famílias com rendimento superior a 2 salários mínimos esse percentual chegava a 79,6%. No Nordeste, esses valores eram de 37% e de 90%, respectivamente (Tabela III.3).

Considerando-se apenas as áreas metropolitanas do Brasil, dentre as crianças que não estavam matriculadas na pré-escola em 1985, cerca de 38% pertenciam a famílias que ganhavam menos de meio salário mínimo *per capita* e 13% eram provenientes das que auferiam mais de dois salários mínimos. É interessante notar que nas cidades mais desenvolvidas, tais como São Paulo e Porto Alegre, essa diferença é menos acentuada (Tabela III.2). Entre os motivos apontados pelas famílias dessas crianças para sua não-freqüência à creche e pré-escola, nesse mesmo ano, destacaram-se: não sentir necessidade (70%) e não possuir recursos financeiros (15%).[29]

Educação Básica

O sistema educacional básico do Brasil tem mostrado expressivo crescimento a partir da década de 70. Em 1988, quase 27 milhões de crianças foram matriculadas na rede de educação básica, no início do ano escolar, representando um crescimento de 75% em relação a 1970 (Tabela III.5). Em 1987, 83,2% das crianças entre 7 e 14 anos freqüentavam a escola, sendo que em 1981 esse índice era de 75,6%[30] (Tabela III.6).

No entanto, este sucesso aparente é relativo em face de outros indicadores educacionais. Em 1987, 4,3 milhões de crianças de 7 a 14 anos ainda permaneciam fora da escola básica. Destas, 53% residiam na área rural, sendo 1,9 milhão (44%) no Nordeste (Tabela III.7). O aumento nas taxas de escolarização, ocorrido principalmente na faixa etária de 7 a 9 anos, deveria ter sido acompanhado de incrementos correspondentes na taxa de alfabetização. Isso, porém, não aconteceu. Em 1987, 17% dos jovens brasileiros de 10 a 14 anos eram analfabetos, sendo que, no Nordeste, essa cifra chegava a 37% (Tabela III.8).

Alguns indicadores relacionados com a eficiência do sistema educacional ajudam a entender o impacto relativamente pobre da expansão do sistema. Em primeiro lugar, durante os anos 80 observou-se a persistência, ou mesmo o crescimento, das altas taxas de repetência escolar, especialmente na 1ª série. A evasão escolar, associada à repetência, tem mostrado tendências crescentes. Finalmente, e em consequência desses dois fatores, a eficiência global do sistema tem-se mantido muito baixa. Em 1985, apenas 18,3% das crianças matriculadas na primeira série conseguiram terminar o 1º grau, no mesmo nível alcançado pela coorte no período 1973-80. Na área rural, esses índices são ainda mais baixos (Gráficos 3 e 4).

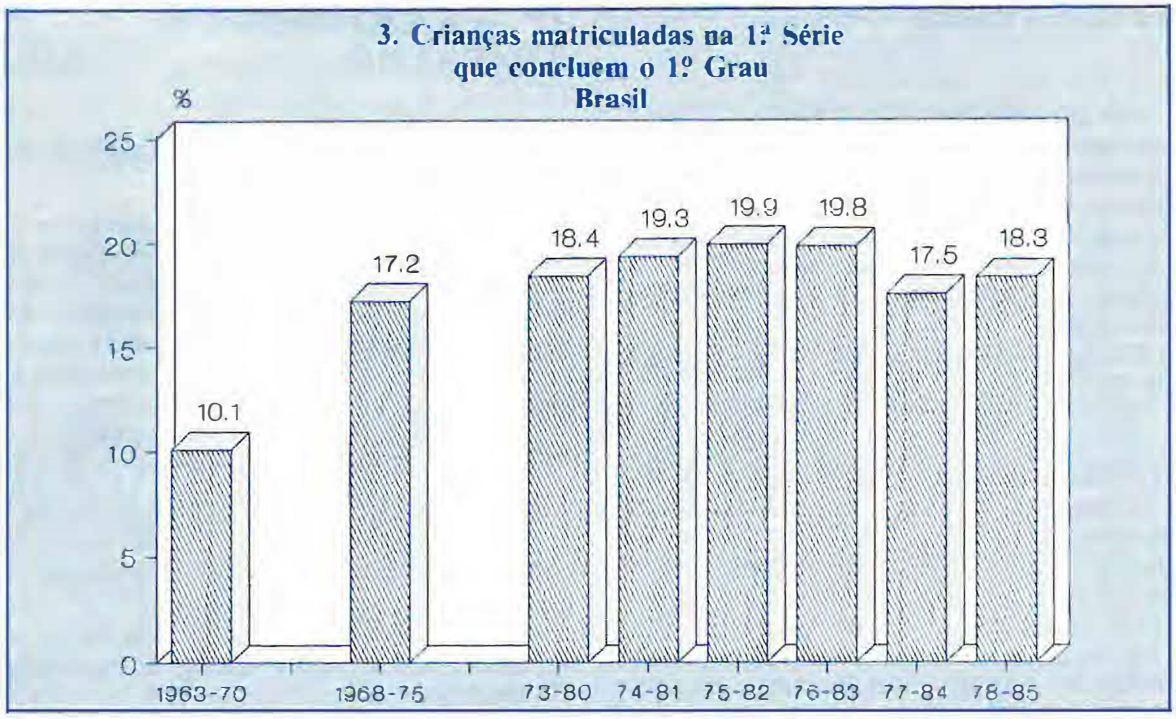
IV — A CRIANÇA E O TRABALHO

O Menor Trabalhador

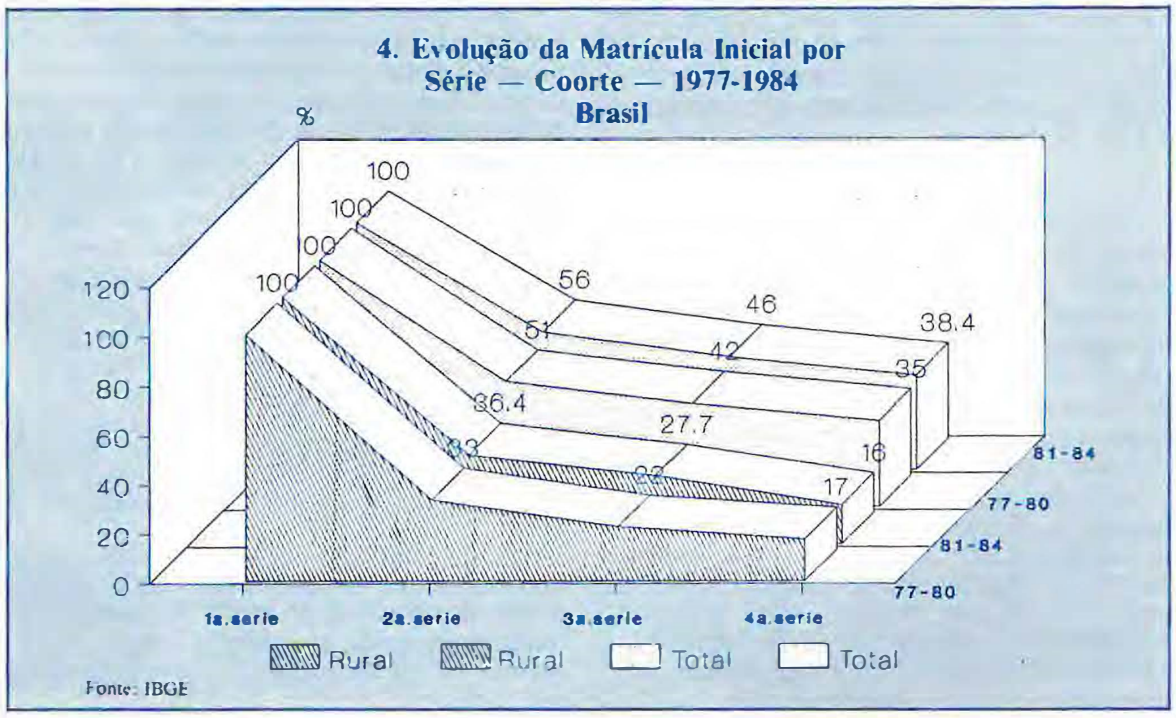
Devido aos altos níveis de pobreza e à distribuição desigual da renda, combinados com a baixa capacidade de retenção do sistema educacional, grandes contingentes da população infantil e adolescente são compelidos a participar da força de trabalho.[31] Apesar de se verificar uma tendência decrescente da participação relativa da população de 10 a 17 anos na PEA durante a última década (de 15,6% em 1978 para 12,5% em 1987), a população de 10 a 17 anos que trabalha continuou crescendo, em termos absolutos, durante esse período e atualmente ultrapassa 7 milhões (Tabela IV.1). Em 1987, cerca de 30% da população de 10 a 17 anos estavam incorporados ao mercado de trabalho.

Essa participação relativa decrescente acompanha as mudanças demográficas e o processo de urbanização verificados no Brasil nas últimas décadas, os quais têm afetado de forma diferente as diversas faixas etárias e a composição urbana e rural. Em geral, observa-se nos últimos anos estabilidade nas taxas de atividades de crianças de 10 a 14 anos (em torno de 19%), enquanto a faixa imediatamente superior (15 a 17 anos) mostra aumento constante, chegando, em 1987, a mais de 52% (Tabela IV.1). Por outro lado, na área rural, a taxa de atividade infantil passou de 44,6% em 1981 para 41,7% em 1987, enquanto na área urbana essa taxa subiu de 22,7% para 24,5% no mesmo período (Gráfico 5).

A distribuição do menor trabalhador nos diferentes ramos de atividade corresponde aos padrões do mercado de trabalho mais geral onde se insere (Tabela IV.2). Apesar da queda constante durante os últimos dez anos, o setor agropecuário é o que



3. Crianças matriculadas na 1ª Série que concluem o 1º Grau
Brasil



4. Evolução da Matrícula Inicial por Série — Coorte — 1977-1984
Brasil

Fonte: IBGE

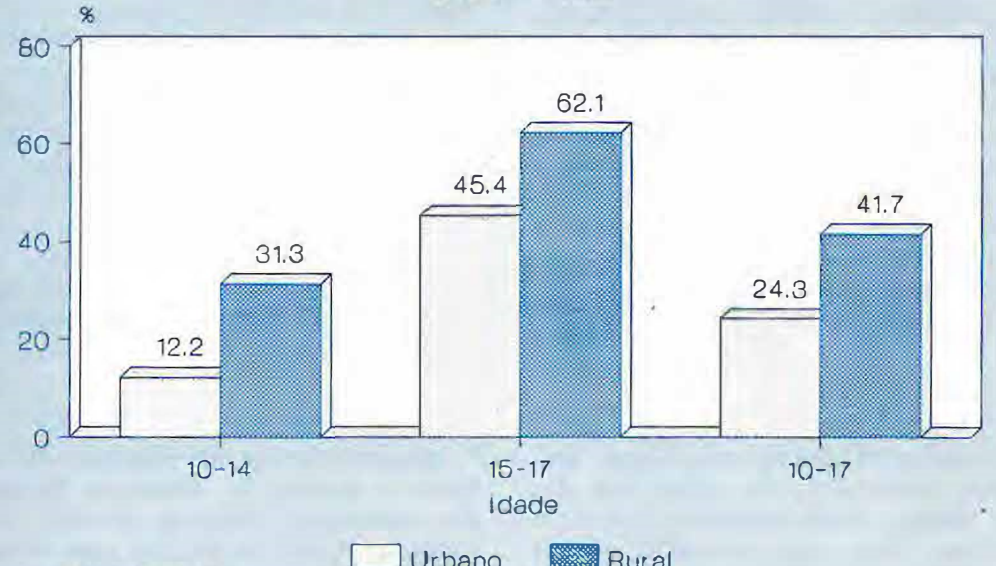
ainda conta com a maior participação de menores. Em 1987, 42,2% das crianças ocupadas estavam trabalhando no setor primário. No Nordeste esta participação era bastante mais acentuada (59,3%).[32]

O padrão de trabalho de crianças e adolescentes também varia na área urbana, de acordo com as características da estrutura produtiva geral. Em cidades como São Paulo, com altos níveis de industrialização, o trabalho do menor nesse setor situa-se em dimensões próximas ao de serviços, o primeiro em importância na área urbana (Tabela IV.2). Já em cidades do Nordeste, como Salvador, com altos níveis de "informalização" e "terciarização" da economia, o setor serviços absorve a grande maioria da força de trabalho infanto-juvenil (cerca de 60%).

As condições de trabalho do menor (tipo de ocupação, desemprego, formalização e remuneração) são, sem dúvida, insatisfatórias. Como seria de esperar, os menores ocupam os postos de menor qualificação profissional, nos diferentes ramos de atividade,[33] e as taxas de desemprego, nesse grupo etário, são expressivamente mais altas quando comparadas com o restante do mercado de trabalho (Tabela IV.3), manifestando-se especialmente nas áreas mais formalizadas.[34] Do mesmo modo, no Brasil como um todo a proporção de menores com relações trabalhistas formais não chega a 17% (Tabela IV.1), proporção bem menor do que no conjunto da PEA (38,5%).[35]

A sub-remuneração do menor expressa todas as desigualdades anteriormente mencionadas. Em cidades como Recife, em 1984 e 1985, observou-se que mais de 70% dos menores trabalhadores recebiam menos de meio salário mínimo (Tabela IV.3).[36]

5. Taxa específica de atividade por grupo de idade e situação de domicílio Brasil — 1987



Fonte: IBGE, PNAD/87

É importante destacar que o baixo salário não está relacionado a uma jornada de trabalho reduzida. No Brasil urbano, em 1987, quase 67% dos menores trabalhadores cumpriam jornada de trabalho igual ou superior a 40 horas (Tabela IV.5).

Durante a década passada não se registraram melhorias nas condições do trabalho infantil;[37] além disso, o segmento infantil da PEA demonstrou ser o mais severamente atingido durante os anos de crise. Especialmente no período 1983-84, quando houve maior deterioração dos indicadores sociais em consequência da recessão, verificaram-se diminuição na PEA absoluta, maiores taxas de desemprego (ex. São Paulo, 16,9% e 18,6% respectivamente), altos níveis de sub-remuneração e queda na formalização do mercado de crianças e adolescentes[38] (Tabelas IV.1-IV.5). Nesse caso, é também no Nordeste onde se encontram os mais altos níveis de sub-remuneração, informalização e terciarização do mercado de trabalho.

A interação entre a escola e o trabalho atinge um percentual minoritário, embora importante, de crianças. Cerca de 12% das crianças participam simultaneamente do mercado de trabalho e do sistema escolar[39] (Tabela IV.6). Isto significa que, do total de crianças que trabalham, 41% também estudam. No caso do Nordeste, este percentual é um pouco maior (43%) (Tabela IV.7). No país como um todo, a percentagem de crianças que trabalham e estudam tem crescido, enquanto a proporção de crianças que apenas trabalham tem diminuído.

"Meninos de Rua"

A presença de meninos e meninas, aparentemente perambulando pelas ruas das grandes cidades, é um fenômeno visível em todo o País. Nem todos, contudo, podem ser considerados "meninos de rua", sem vínculo familiar. Pelo contrário a grande maioria é constituída de crianças que trabalham nas ruas como vendedores, engraxates, vigias, lavadores de carros, mas que moram com suas famílias. Uma porção minoritária, embora expressiva, não volta a casa, fazendo da rua a sua morada (Painel 3) (Tabela IV.12).

Por ser o Brasil um país que conta com grandes contingentes de crianças no mercado informal de trabalho, torna-se difícil dimensionar a situação específica do "menino de rua". A dificuldade metodológica para avaliar a magnitude desse problema social impede a produção de estimativas precisas.[40] No entanto, dadas as condições de vida em várias cidades do País, o nível de pobreza existente e a visibilidade do fenômeno, há uma idéia generalizada na sociedade brasileira da importância social do problema.[41]

Nos últimos anos, tem sido alardeada a questão do abandono infantil, chegando-se a divulgar em documentos oficiais um número elevado de menores abandonados. Dados da PNAD/85 (Suplemento do Menor) encaminham uma nova compreensão do problema. Naquele ano, do total de crianças de 0 a 17 anos nas áreas metropolitanas, 4,1% (aproximadamente 700 mil) não moravam com a mãe, sendo as principais causas dessa situação as condições econômicas e a separação da família (Tabelas IV.8 e IV.9). Observou-se, que, dessas crianças, 68,4% (460 mil) não moravam com o pai ou cônjuge, mas com parentes, não-parentes e outros.

Essas informações colocam em outras bases a questão do abandono infantil ou dos chamados "meninos de rua", justificando a afirmação de que essa situação é minoritária, o que não significa que não seja grave.

PAINEL 3

"MENINO DE RUA": FORTALEZA E RECIFE

Duas pesquisas realizadas independentemente, em áreas metropolitanas do Nordeste (Recife e Fortaleza), indicaram as semelhanças que os meninos encontrados na rua apresentam em relação a algumas características.

Os resultados são convergentes, no sentido de mostrar que a grande maioria é do sexo masculino (90%) e mantem o vinculo familiar. Residem com os pais ou, predominantemente, com a mãe, e cerca de 80% dormem em casa. A família ainda é o ponto de referência mais importante em suas vidas.

Muitos fatores podem induzir a criança a passar a maior parte do tempo na rua. As necessidades econômicas da família aparecem como fator mais relevante, jogando-a precocemente no mercado de trabalho. Apenas uma pequena parcela (3%) não procura alguma renda; 15% o fazem como pedintes e o restante trabalha. A grande maioria leva o produto de seu trabalho para a família de referência, contribuindo assim para a sua sobrevivência.

Essa inserção precoce no mercado de trabalho conduz a uma relação precária com o sistema educacional. Embora mais da metade desses meninos esteja na faixa etária de 11-14 anos, apenas 10% estudaram além da 4ª série e uma grande proporção é analfabeta (27%). Respostas especificas e adequadas para esta problemática continuam a ser um dos desafios mais importantes para o Brasil.

Fonte: Galiza de Oliveira, C.F., 1989.

SAS/UNICEF/NUCEPEC-UFC, 1988 (mimeo).

Complementando este quadro, verifica-se um grande contingente de crianças atendidas por órgãos assistenciais vinculados ao sistema de bem-estar do menor. Em 1987, 680 mil crianças e adolescentes participaram de programas ligados à FUNABEM. Desse total, 5% correspondiam a crianças abandonadas (Tabela IV.11).

Além dessas questões também há que considerar o consumo de drogas entre os jovens. Estudo recente revelou um índice preocupante quanto ao uso de drogas e substâncias químicas nessa população (Ministério da Saúde et alii, 1989). Em São Paulo o número de usuários de drogas entre os meninos de rua atinge percentagens alarmantes: 77,5% já haviam usado solventes orgânicos e 60% tinham experimentado maconha pelo menos uma vez.

Chama a atenção o fato de que a idade média com que estas crianças fizeram uso da droga pela primeira vez foi 10 anos. Embora este problema atinja níveis extremamente elevados em "meninos de rua", ele não se limita a esse grupo. Os estudantes de 1.º e 2.º graus, especialmente os de baixa renda, também apresentam índices inquietantes de consumo (Painel 4).

V — OS FATORES CONDICIONANTES

A Mulher

A condição da mulher, como mãe e chefe de família, pode ser um fator determinante do bem-estar da criança. Até o final da década de 60 pouco se falou, no mundo inteiro, sobre a situação da mulher. E o Brasil não foi exceção. Seu trabalho no lar, o cuidado das crianças e dos idosos eram considerados tão "naturais" quanto o papel que desempenhava na reprodução da espécie, não merecendo destaque ou valorização especial. Em consequência, tampouco se dispunha de dados estatísticos e análises sobre as condições concretas da vida da mulher brasileira.

Com a aceleração dos processos de industrialização e urbanização, mudanças consideráveis foram sendo observadas, tanto na estrutura familiar — passando-se da família extensa à família nuclear — como nas relações de produção, que coincidiram com o aumento da presença da mulher no mercado de trabalho.

A participação da mulher brasileira na PEA tem crescido, passando de 31,1% em 1981 para 34,7% em 1987. Esse processo tem sido observado em todo o território nacional, inclusive no Nordeste e tanto na área urbana quanto na rural (Tabela V.1). A participação concentra-se em apenas três ou quatro ocupações principais, os chamados "guetos ocupacionais femininos". São ocupações de menor prestígio social e, conseqüentemente, de menor remuneração, encontrando-se grande parte delas no setor informal.[42]

As mulheres que trabalham ganham, em média, o equivalente a 52% da remuneração dos homens e concentram-se nos níveis mais baixos da escala salarial: na faixa de até dois salários mínimos encontram-se 70,1% das mulheres que trabalham, contra menos de 50% dos homens (Tabela V.1). No Nordeste, as diferenças se mantêm: 84,9% e 72,3% respectivamente. Chama a atenção, no entanto, que as mulheres incorporadas ao mercado de trabalho apresentem maior nível de escolaridade[43] (Tabela V.4).

PAINEL 4

USO DE DROGAS ENTRE OS JOVENS

Em 1987 foi realizado um estudo sobre o consumo de drogas entre 16 mil crianças e adolescentes, com o objetivo de subsidiar uma política de prevenção e tratamento contra drogas no País.

O primeiro grupo de pesquisados foi o de estudantes da rede pública estadual de ensino (1º e 2º graus) de dez capitais brasileiras.[1] Os resultados obtidos revelam que, além do álcool e do tabaco, os menores fazem uso, de modo significativo, de estimulantes, sedativos e solventes.

O Rio de Janeiro destacou-se em termos de consumo de cocaína e Brasília apresentou o maior consumo de drogas dentre as capitais pesquisadas, liderando o uso de estimulantes, maconha e antiespasmódicos e mostrando a mais alta taxa de usuários do País: 26,3%.

Outro grupo entrevistado foi o de 205 "meninos de rua" que receberam algum apoio de instituições de assistência ao menor, integrantes do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua,[2], em três capitais.[3] O uso de drogas pelos entrevistados atingiu níveis bastante elevados quando comparados com os observados entre estudantes de 1º e 2º graus das redes estaduais de ensino. Enquanto as drogas mais utilizadas pelos "meninos de rua" foram, pela ordem, os solventes orgânicos, a maconha e os anticolinérgicos, para os estudantes as drogas foram, respectivamente, os solventes, os ansiolíticos e os anorexígenos. O consumo de drogas é tanto mais acentuado quanto maiores sejam os níveis de carência de determinado subgrupo.

A maioria dos pesquisados tinha idade entre 12 e 17 anos. Embora conhecesse seus pais, a maioria vivia fora de casa, exceto em Salvador, onde 71% dos entrevistados moravam com a família e mantinham maior freqüência à escola.

Em São Paulo, a maioria das crianças relatou praticar pequenos furtos, poucos estavam envolvidos com o trabalho informal, e existia maior quantidade de crianças que não conheciam seus pais. Foi a capital que apresentou a maior percentagem de usuários e onde a média de drogas utilizadas demonstrou ser a mais elevada (3,7 drogas diferentes por usuário).

Pode-se depreender do estudo que quanto mais deficientes se tornam as relações familiares e o contato com a escola, entre outros fatores, mais se intensifica o uso de drogas entre os "meninos de rua".

---

(1) Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

(2) Esse movimento surgiu do projeto Alternativas de Atendimento a Meninos e Meninas de Rua, criado sob os auspícios da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social, da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor e do UNICEF em 1982.

(3) Porto Alegre, Salvador e São Paulo.

Fonte: Ministério da Saúde, 1989.

As transformações nas relações entre a mulher e a estrutura produtiva têm sido acompanhadas, ao longo dos últimos anos, por outras mudanças na estrutura familiar e no comportamento reprodutivo. A proporção de mulheres chefe de família tem aumentado constantemente, chegando a 20% em 1987. Nas áreas urbanas do país, este percentual eleva-se a 21,5%, sendo ainda maior no Nordeste (Tabela V.2). Contudo, observa-se que desse total apenas pouco mais da metade participa da força de trabalho.[44]

As relações entre o mercado de trabalho e a estrutura familiar variam significativamente de acordo com o nível sócio-econômico da família. Entre as famílias mais pobres, encontra-se com maior freqüência a mulher chefe, que sustenta sozinha a família, situação que cresceu na década atual (de 40,4% em 1981 para 47,2% em 1987) (Tabela V.3).

Em relação à fecundidade observa-se, a partir da segunda metade dos anos 60, uma queda significativa acentuada na década de 80. Com base na PNAD/84, estimou-se uma taxa de fecundidade total para o Brasil de 3,5, com fortes variações urbano-rurais, sociais e inter-regionais. As taxas mais altas foram observadas na área rural (6,47), entre as mulheres menos instruídas (6,63) e entre as mais pobres (6,94), no Nordeste.[45] (FIBGE /UNICEF, 1988)

Dado que os níveis de fecundidade das regiões Sul e Sudeste já estão próximas dos níveis de reposição, a queda recente da fecundidade tem-se concentrado nas regiões menos desenvolvidas e nos grupos sociais mais pobres,[46] fenômeno vinculado à urbanização, à expansão do conhecimento dos meios de controle da natalidade e ao crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho.

Pesquisa recente mostrou que o conhecimento de métodos anticoncepcionais no País é universal, não apresentando variação significativa segundo a idade ou estado civil da mulher.[47] Ao mesmo tempo, mais de 60% das mulheres com vida conjugal usam métodos anticoncepcionais, sendo os mais freqüentes a esterilização (49%) e o uso da pílula (38%).[48]

Além dos problemas de saúde e desnutrição que afetam a população brasileira em geral e que estão relacionados com os níveis de pobreza e acesso desigual aos serviços de saúde, a mulher brasileira está sujeita a riscos específicos. A mortalidade materna é estimada em 12 por 10 mil nascimentos;[49] nos países mais desenvolvidos é menor que 2,5. Do total dos óbitos femininos em idade reprodutiva, quase 6% se devem a complicações do parto, da gravidez e do puerpério, percentual acentuado no Nordeste (7,1%). A alta incidência de abortos,[50] a prática indiscriminada da cesariana[51] e a baixa cobertura de atendimento pré-natal são fatores presumivelmente ligados a essa situação.[52] O aumento da gravidez em adolescentes constitui outra característica inquietante do estado de saúde da mulher brasileira.[53]

O Meio Ambiente

Só muito recentemente intensificou-se no País a formação de uma consciência a respeito dos problemas ecológicos. O desmatamento de florestas (ex. Amazônia), a erosão do solo (ex. Serra do Mar), o esgotamento do solo em função de monoculturas (ex. cana-de-açúcar), a poluição atmosférica (ex. Cubatão), a morte biológica de rios e lagos (ex. Rio Paraíba do Sul), o uso inadequado de fertilizantes e pesticidas,[54] o risco de hecatombes em função do uso de energia

nuclear, tudo isso vem ganhando o noticiário dos jornais, recebendo algumas intervenções do Governo e provocando a mobilização de certos setores da população.

A nova Constituição dedica especial atenção à questão ambiental. A criação, nas últimas duas décadas, de órgãos oficiais voltados para o problema do meio ambiente, tanto em nível federal como de inúmeros estados e municípios, demonstra a crescente importância política da proteção ao meio ambiente e dos recursos naturais.

No caso específico do saneamento básico, a despeito do progresso nas duas últimas décadas, a situação ainda é insatisfatória, em especial para a população mais pobre e a do Nordeste. Mais de 60% das crianças menores de 4 anos moram em domicílios com condições inadequadas de saneamento[55] (Tabela V.5). No Nordeste o percentual é bem mais alto (mais de 85%) mas, mesmo nas áreas mais desenvolvidas do Sudeste, esse índice aproxima-se de 40%.

As condições de saneamento guardam relação com o nível de renda. Entre as famílias em situação de pobreza absoluta (menos de 1/4 de salário mínimo *per capita*), mais de 90% das crianças de 0 a 4 anos vivem em domicílios sem condições adequadas de saneamento. No Nordeste esse percentual é de 98%, caindo para 80% no Sudeste. Nas faixas de rendimento acima de dois salários mínimos, o percentual diminui bastante, variando entre 6,5% no Sudeste e quase 40% no Nordeste para uma média nacional em torno de 17%.

As diferenças nos níveis de saneamento são significativas entre as áreas urbana e rural, sendo que a área rural, tanto do Sudeste quanto do Nordeste, 85% a 98%, respectivamente, das crianças estão sujeitas a condições sanitárias domiciliares inadequadas (Tabela V.5).

Dados do Município de São Paulo, um dos mais desenvolvidos do país e portanto o que talvez esteja entre aqueles com melhores condições de lidar com os problemas do saneamento básico, são alarmantes. Cerca de 40% da população não são atendidos pela rede de água, 65% não são beneficiados pela rede de esgoto, e apenas 4,5% das águas servidas recebem algum tipo de tratamento. O fluxo migratório para as grandes cidades continua sendo uma das causas mais importantes para o agravamento dessa situação.[56]

Nas grandes cidades, o sistema de tratamento de esgoto não vem acompanhando o crescimento da demanda.[57] Também a coleta, deposição e tratamento do lixo nas grandes cidades constitui outro problema, com especial impacto sobre as crianças de famílias de baixa renda, na medida em que o lixo acumulado favorece a proliferação de vetores de inúmeras enfermidades.[58]

A Produção de Alimentos

O Brasil é um dos países de maior produção agrícola.[59] Parte dessa produção destina-se ao consumo interno. Produtos como arroz, feijão, milho e trigo somaram 45,7 milhões de toneladas em 1987. Outra parte está mais orientada tanto para a exportação, como a soja (18,6 milhões de toneladas), quanto para a industrialização, como a cana-de-açúcar (240,0 milhões de toneladas).

Diversos estudos mostram que o perfil da produção agrícola tem experimentado mudanças profundas em detrimento dos alimentos para consumo interno e favorecendo a produção ligada à exportação e à cana-de-açúcar.[60] A queda no nível da produção

de alimentos não é explicada por políticas desestimulantes de preços, já que se constata aumento do preço real para o produtor no período 1966-1986. O fenômeno parece estar relacionado com aumento da lucratividade, diminuição de riscos e avanços tecnológicos no setor orientado para a exportação.[61]

Quando se compara a produção necessária de grãos para satisfazer à demanda com a produção efetiva, constata-se que em geral não existe diferença significativa. Em 1988, atingiram-se valores próximos às necessidades estimadas para 1989[62] (Tabela V.6), o que indica que o Brasil tem condições para produzir os alimentos necessários à sua população.

Mesmo assim, o País continua a apresentar sérios problemas alimentares e nutricionais em amplos contingentes populacionais. Em cidades como São Paulo, verificam-se déficits calóricos em cerca de 40% do total das famílias e em 70% das famílias mais carentes.[63] O problema central parece situar-se, por conseguinte, do lado da demanda, ou seja, o baixo nível de renda da maioria da população, que impede seu acesso aos alimentos básicos.

O Sistema de Saúde

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

Em 1987 o Governo brasileiro anunciou o estabelecimento de uma nova abordagem para a organização e o funcionamento do sistema de saúde do País. O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde — SUDS[64] representa a síntese de várias medidas inovadoras adotadas na área de saúde nos anos 80 e, mais especificamente, um aperfeiçoamento da estratégia das Ações Integradas de Saúde — AIS, que vinha sendo implementada a partir de 1983.

O SUDS tem, entre outros, os seguintes objetivos básicos:

- universalizar o acesso aos serviços de saúde;
- conferir unidade à direção do sistema em cada nível do governo e propiciar mais estreita cooperação e integração entre as agências públicas prestadoras de serviços de saúde, reduzindo os desperdícios decorrentes do paralelismo e da falta de coordenação de ações;
- descentralizar a prestação de serviços no sentido dos estados e municípios, tornando esses serviços mais permeáveis ao controle social.

A implementação das AIS e, posteriormente, do SUDS, ao racionalizar a oferta propiciou avanços importantes no sentido da universalização da assistência à saúde e da igualdade de acesso à mesma. Hoje, todo cidadão pode receber atendimento nos diferentes níveis do subsistema público, mesmo aqueles não vinculados à previdência social.

Persistem, contudo, as desigualdades quanto à cobertura assistencial. Em 1987, a população do Sudeste recebeu 2,3 consultas /habitante/ano, enquanto no Nordeste este índice foi de apenas 1,09. A taxa de internações por 100 habitantes no Nordeste continua bastante inferior à do Sudeste — 9,03 e 6,27, respectivamente (Tabela V.7).

A unificação da direção do sistema[65] vem sendo buscada mediante o estabelecimento de diretrizes comuns de política entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social — ao qual está vinculado o INAMPS —, o Ministério da

Educação e o Ministério do Trabalho, consorciados na Comissão Interministerial de Planejamento — CIPLAN. Nos níveis estadual e municipal, com o mesmo objetivo, operam colegiados interinstitucionais (CIS e CIMS).

Foram adotadas também medidas descentralizadoras mais efetivas. Através de acordos firmados entre os governos estaduais e o Ministério da Previdência e Assistência Social, estão sendo gradativamente descentralizadas as responsabilidades pela gerência de recursos e serviços.[66 e 67]

A vontade política de implementar os princípios de um sistema unificado de saúde em bases mais sólidas foi traduzida na nova Constituição em dois artigos fundamentais, que reconhecem a saúde como um direito do cidadão e integram as ações setoriais num sistema de saúde único e descentralizado.[68]

Atenção Pediátrica

Os cuidados médico-hospitalares dirigidos à criança brasileira têm — invariavelmente — merecido prioridade destacada nos planos e programas governamentais de saúde. Não obstante, essa prioridade — ao menos na década passada, como revelam dados da Previdência Social (INAMPS) — não se revelou efetiva.

As crianças com menos de 12 anos representam mais de 30% da população brasileira (36% no Nordeste). Entretanto, a participação percentual das consultas médicas e das internações hospitalares pediátricas tem-se mantido em torno de apenas 15% do total desses serviços, providos direta (unidades hospitalares e ambulatoriais próprias) e indiretamente (convênios com secretarias estaduais e municipais de saúde, contratos com entidades privadas) pelo INAMPS.

Na Região Nordeste esses percentuais chegam a 20%, no caso de consultas, e a 17%, no que se refere a hospitalização (Tabela V.8).

O número de consultas pediátricas[69] *per capita* entre 1980 e 1987 tem sido sempre inferior a 1, com registros de 0,77 (1983) e 0,92 (1986). Em contrapartida, para a população como um todo a taxa (consultas médicas por habitante) é praticamente duas vezes superior. A taxa mais baixa ocorreu em 1980 (1,54) e a mais alta em 1984 (1,84). No Nordeste, essas diferenças se repetem (Tabela V.9).

O contexto é similar no caso da assistência hospitalar. Em decréscimo desde 1983, a cobertura hospitalar tem beneficiado a cada ano pouco mais de 8% da população total (acima de 6% no Nordeste). Entre as crianças esse percentual é todavia inferior, da ordem de 4% (menos de 3% no Nordeste).[69]

A atenção odontológica é mais precária ainda. Estima-se que os recursos despendidos nessa área, embora expressivos, representem apenas 30%[70] do que seria necessário para atender apenas os escolares na rede oficial urbana de ensino de 1º grau, grupo considerado prioritário segundo critérios epidemiológicos (Painel 5).

Imunização e Terapia de Reidratação Oral (TRO)

O Ministério da Saúde é responsável pela coordenação do Programa Nacional de Imunização e, nessa condição, define as diretrizes gerais e fornece os insumos básicos para o desenvolvimento das ações de vacinação. Os estados e municípios respondem pela implementação e operacionalização do Programa.

PAINEL 5

A SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA BRASILEIRA

O Ministério da Saúde publicou, em 1988, o primeiro estudo de abrangência nacional realizado no Brasil sobre as condições de saúde bucal da população urbana. Os dados nacionais confirmam o que estudos localizados vinham demonstrando: as condições precárias de saúde oral da população brasileira, em particular das crianças e adolescentes.

As crianças brasileiras apresentam um dos maiores índices de cárie do mundo. O CPO-D médio, um dos índices epidemiológicos utilizados na pesquisa, passa de 1,25 aos 6 anos para 3,6 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos. Esse índice mede o número médio de dentes permanentes atacados por cárie por criança, indicando que do total de dentes afetados pela cárie, menos de 30% recebem tratamento.

O índice de ataque de cárie apresenta-se, no Brasil, inversamente proporcional ao nível de renda familiar, com valores mais altos junto à população mais pobre. As necessidades de tratamento (dentes cariados a serem tratados ou extraídos) são sempre superiores na população com renda até 2 salários mínimos, diminuindo gradativamente na medida em que sobe a renda familiar.

Apenas 13,8% das crianças urbanas brasileiras não apresentam dentes cariados. Esse percentual desce para 12,5% no grupo de baixa renda e sobe para 18,2% entre os mais ricos. Cerca de 49% das crianças receberam algum tipo de tratamento odontológico no último ano, mas entre as crianças de famílias com renda superior a 5 salários mínimos o percentual chega a 72%.

Pelos padrões da OMS e da FDI (Federação Dentária Internacional), 85% das pessoas aos 18 anos deveriam conservar todos os seus dentes. No Brasil, só 40% encontram-se nessas condições.

O quadro não é menos animador no que se refere à doença periodontal. Somente 53% dos maxilares superiores e 50% dos inferiores podem ser considerados como sadios na adolescência (15 a 19 anos). Esse percentual decresce até escassos 5% entre os adultos de 50 a 59 anos.

Fonte: Ministério da Saúde, 1988 a.

A prioridade do Ministério da Saúde está concentrada na erradicação da pólio, até 1990, mediante campanhas de vacinação, e no fortalecimento do sistema de vigilância epidemiológica.

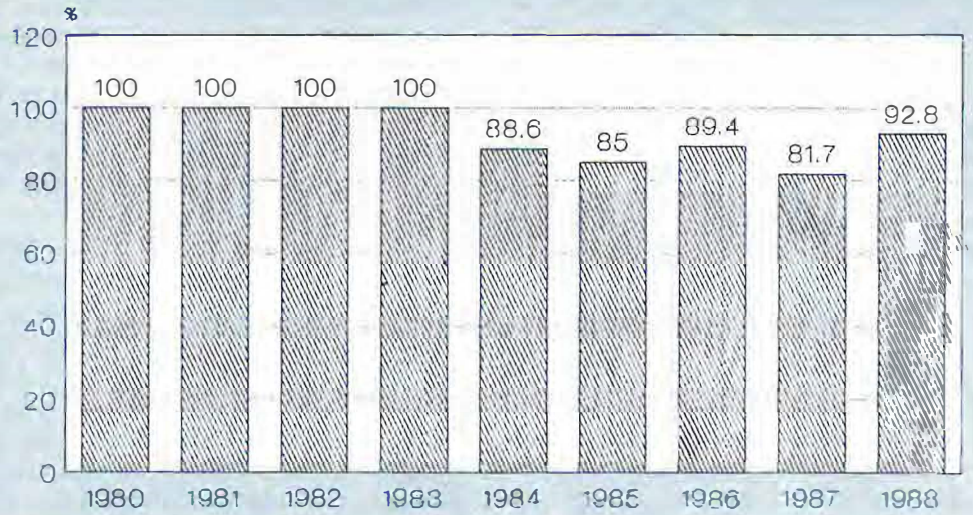
As campanhas contra a pólio (duas por ano) atingiram 100% de cobertura em 1980, permaneceram neste nível até 1983 e caíram para menos de 90% em 1984. A partir de 1986, após o recrudescimento da doença no Nordeste, foi realizada uma terceira campanha especial naquela região. Números preliminares para 1988 mostram 92,8% de cobertura, o mais alto nível desde 1983 (Gráfico 6).

Na vacinação de rotina a cobertura contra pólio, sarampo, DPT (difteria, tétano e coqueluche) e BCG teve seu maior índice em 1984. Variou de quase 55% para pólio até quase 80% para BCG. Tais níveis não foram mais atingidos desde então (Tabela V.10). Em 1988, a cobertura foi pouco acima de 50%, exceto para BCG, que foi de quase 63%, e pólio, cuja vacinação de rotina — excluídas as campanhas — alcançou apenas 48% da população-alvo.

A vacinação rotineira contra DPT, BCG e sarampo, no Nordeste, está ainda abaixo da cobertura alcançada no País como um todo. A situação é um pouco diferente com relação à campanha contra a pólio, cuja cobertura em 1988 no Nordeste foi mais alta do que a média brasileira (97,5% comparados com 92,4%) (Tabela V.11).

As causas que limitam o aumento da cobertura na vacinação de rotina estão relacionadas com a escassez de recursos financeiros, com a dificuldade de produção de alguns insumos (seringas), com a insuficiente

6. Cobertura das Campanhas de Vacinação contra a poliomielite, em crianças 0-4 anos de idade — 1980-1988



Fonte: Ministério da Saúde

e inadequada distribuição espacial dos serviços de saúde, especialmente da rede de frio para conservação das vacinas, e com outros problemas operacionais relacionados com a logística de suprimentos, o planejamento e gerenciamento das ações, bem como a capacitação de recursos humanos.

A supervisão e o controle dos programas são, geralmente, insatisfatórios, e a falta de informação sobre as vantagens da imunização entre a população ainda constitui sério problema. Além disso, a ênfase excessiva nas campanhas contra a pólio, embora tenha produzido os resultados esperados, acaba desestimulando a demanda aos serviços oferecidos em caráter permanente. Outras vacinas só são aplicadas através de procedimentos de rotina, embora campanhas pequenas, isoladas, tenham sido realizadas esporadicamente em comunidades específicas ou municípios, quando uma cobertura inesperadamente baixa ou um surto foi detectado.

Em 1982, o Ministério da Saúde formalizou o Programa Nacional de Controle das Doenças Diarréicas, dando ênfase à implantação e implementação da Terapia de Reidratação Oral (TRO) com vistas à redução da mortalidade infantil por diarréia.

Desde então tem crescido gradualmente o treinamento de recursos humanos, o fornecimento de soro reidratante e o uso dos envelopes de soro de reidratação oral (SRO) em postos de saúde e domicílios. A esse esforço somou-se, nos últimos dois anos, uma campanha educativa de âmbito nacional para estimular o uso do soro caseiro, com o objetivo de prevenir a desidratação. Essa campanha tem contado com a participação da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, do Conselho Nacional de Propaganda, do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs, da TV Globo, do Ministério da Saúde, da OPAS e do UNICEF.

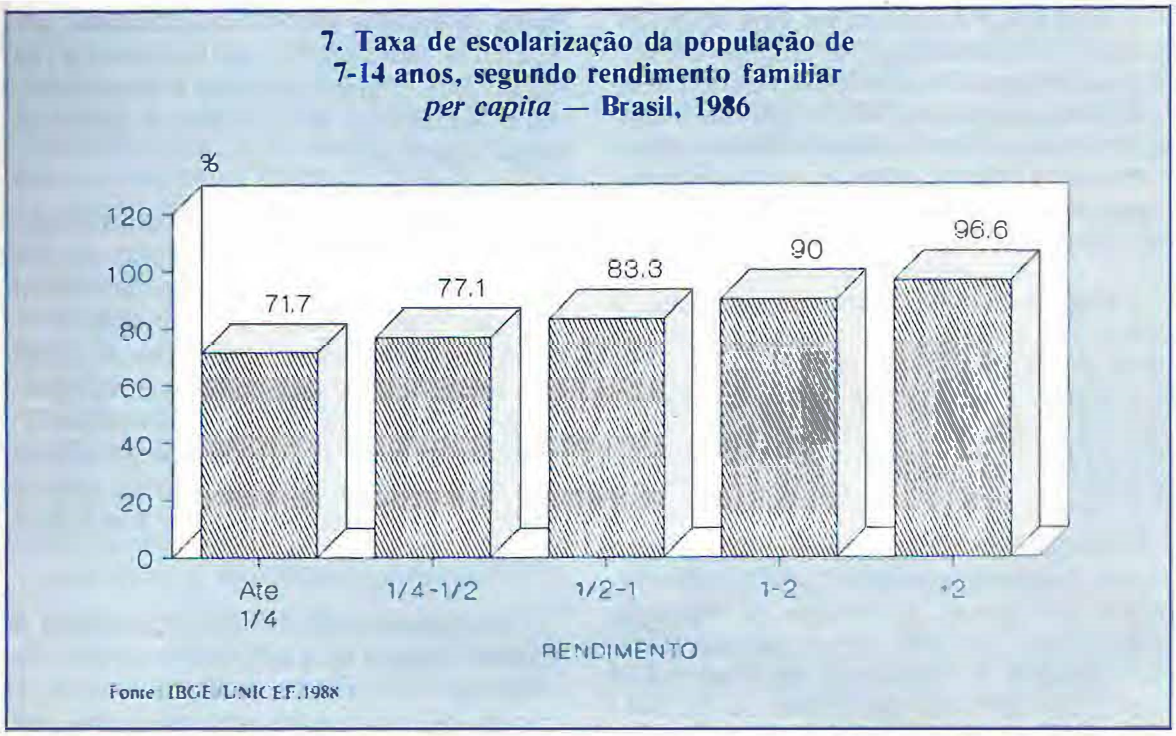
O Sistema de Educação

O Ensino de 1º Grau

A oferta do sistema educacional brasileiro está altamente estratificada em função das diferenças urbano-rurais, regionais e sociais. A qualidade e quantidade da oferta variam em função da localização urbano-rural, das regiões e das condições sociais da população. A maioria das escolas rurais pertencem aos municípios, e 95% delas só oferecem até a 4ª série, significando que as crianças rurais têm menos chances de completar as oito séries do primeiro grau. Além disso, as escolas rurais contam com menos recursos financeiros e humanos, o que repercute na qualidade do ensino oferecido.[71]

A essas desigualdades somam-se as diferenças regionais. Em estudo recente constatou-se que, em regiões como o Nordeste, as condições materiais, de infraestrutura e de recursos humanos são sempre piores do que nas áreas mais desenvolvidas, como o Sul e o Sudeste.[72] O acesso à escola está também claramente diferenciado segundo o nível sócio-econômico da família à qual pertence a criança. Enquanto 71,7% das crianças das famílias mais pobres participam do sistema escolar, este percentual é de 96,6% entre as mais favorecidas (Gráfico 7).

O Governo Federal tem implementado políticas redistributivas para superar tais desigualdades, embora não tenham tido efeitos muito significativos. Em 1987, dos gastos com educação básica realizados pela União, 50% foram destinados ao Nordeste, onde residem cerca de 30% da população. No entanto, os recursos aplicados não provocaram impactos relevantes nas condições do sistema educacional.[73]



7. Taxa de escolarização da população de 7-14 anos, segundo rendimento familiar *per capita* — Brasil, 1986

Durante a década atual, o nível de gastos públicos na área da educação também sofreu o impacto das políticas de ajuste implementadas no período recessivo. A educação básica foi a mais atingida em 1983-84, quando ocorreu queda acentuada nos recursos estaduais e municipais para educação.[74]

O novo texto constitucional consagra, também na área da educação, a tendência à descentralização, bem como o dever do Estado tanto no atendimento pré-escolar como na oferta de ensino básico obrigatório e gratuito. Com tal finalidade, estados e municípios deverão destinar 25% de sua receita proveniente de impostos, inclusive transferências, cabendo à União garantir 18% dos seus recursos para manutenção e desenvolvimento do ensino.[75] As novas condições político-institucionais, particularmente as decorrentes da descentralização, implicam maiores responsabilidades para os municípios. A existência, neste nível, de dificuldades para o gerenciamento eficiente indica um campo potencial de desafios a serem superados.

Educação Pré-Escolar

A questão da atenção sócio-educacional à criança em idade anterior à escolarização obrigatória ganhou nova ênfase no País a partir de meados da década de 70 e, sobretudo, nos anos 80.

De um lado, o Ministério da Educação lançou em 1981 um programa nacional de educação pré-escolar priorizando este nível de ensino e ampliando os recursos públicos, até então aplicados na pré-escola.

De outro, os programas de creche, desenvolvidos especialmente na área de Assistência Social, se expandiram consideravelmente sob o impulso, dentre outros fatores, de intensa mobilização e reivindicação popular.

No âmbito da educação, cuja ação destina-se principalmente à criança de 4 a 6 anos, observou-se, conforme referido anteriormente, que entre 1970 e 1987 as matrículas iniciais no ensino pré-escolar cresceram cerca de 684% no Brasil como um todo, enquanto no Nordeste o aumento, no mesmo período, atingiu 1.236% (Tabela III.1).

Mesmo com esse intenso crescimento, a cobertura populacional ainda é baixa. O total de matrículas na pré-escola em 1987 correspondia a cerca de 27% do total de crianças brasileiras com 4 a 6 anos de idade, observando-se ligeira queda no Nordeste (26%).

A expansão verificada nesse período deu-se de forma diferenciada entre as diversas redes prestadoras de serviços de educação pré-escolar. Em 1970, a rede pública (federal, estadual e municipal) era responsável por quase 60% das matrículas. Já em 1987 ela se responsabilizava por quase 65% delas. No contexto da rede pública, a importância relativa das diferentes esferas de governo também se alterou significativamente. A rede municipal, por exemplo, que em 1970 era responsável por 13,6% das matrículas na pré-escola, em 1987 respondeu por 42,2%[76] (Tabela III.1).

Entre 1970 e 1987, portanto, a participação relativa dos municípios nas matrículas pré-escolares mais do que triplicou, enquanto decresceu a importância relativa dos estados e da rede particular. Comportamento similar foi observado, no mesmo período, no Nordeste, onde a esfera municipal, que absorvia 16% das matrículas em 1970, passou a absorver mais de 43% em 1987 (Tabela III.1).

No que diz respeito à rede física propriamente dita, observa-se que, tanto no país como um todo como no Nordeste em particular, o nível municipal é responsável por mais da metade dos estabelecimentos pré-escolares, tanto públicos como privados (Tabela V.12), o que indica que a relação entre estabelecimentos e matrículas é menor na rede municipal.[77]

A quantificação do atendimento infantil através de creches no país é praticamente impossível. Em primeiro lugar, as iniciativas são dispersas entre a União, através da LBA, estados e municípios, além de entidades filantrópicas, comunitárias e religiosas, e iniciativas de empresas, órgãos públicos e sindicatos para filhos de trabalhadores. Em segundo lugar, não têm havido maiores esforços no sentido de levantar essas informações.

Costuma-se admitir que o programa de Creches Casulo da LBA, desenvolvido principalmente de forma indireta através de convênios com creches existentes, deva corresponder a aproximadamente 80% do atendimento global do país, destinado a crianças de mais baixa renda. Em 1987, a LBA registrava o atendimento a 1.709,0 mil crianças. Esses dados, entretanto, não podem ser somados aos da rede escolar referidos anteriormente, pois existem convênios entre a LBA e a rede de ensino.

Informações de 1985 indicam que, para o conjunto das áreas metropolitanas,[78] a freqüência à creche e pré-escola representava, naquele ano, cerca de 23% das crianças de 0 a 6 anos, com variações entre Porto Alegre (16,3%) e Fortaleza (28,7%) (Tabela III.2).

Considerando-se que nas regiões metropolitanas a oferta de serviços de creche e pré-escola deva ser maior do que nas demais, o dado confirma a já evidenciada baixa cobertura do atendimento infantil.

Como já foi referido anteriormente, a nova Constituição coloca a creche e a pré-escola como direito da criança e como parte do compromisso do Estado (Artigo 208/IV) com a educação, assim como afirma o papel dos municípios na execução desses serviços (Artigo 30/V).

Em decorrência desses dispositivos constitucionais, inúmeras questões estão a exigir maiores definições. Em primeiro lugar é essencial a garantia de recursos para que os direitos possam ser efetivados. Ademais, devem ser também estabelecidos com maior clareza os conceitos de creche e pré-escola, bem como as relações entre a área de assistência social e educação, para que as funções educacionais e assistenciais possam desenvolver-se articuladamente nas creches e pré-escolas. É necessário, ainda, estabelecer os processos de transferência dos serviços executados pela União, especialmente pela LBA, para as demais esferas públicas, e rever as relações entre o Poder Público e as organizações não-governamentais, os mecanismos de repasse de recursos, supervisão e articulação das ações desenvolvidas.

E, por último, mas não menos importante, é fundamental eqüacionar a questão dos recursos humanos — qualificação, treinamento e remuneração — considerada, consensualmente, crucial na implementação de políticas e programas adequados de atenção sócio-educacional às crianças.

B. OBJETIVOS E METAS

A precariedade das condições de vida das crianças brasileiras, evidenciada, entre outros indicadores, pelas altas taxas de mortalidade infantil, requer a adoção de medidas imediatas. Acredita-se que, mediante a implementação de algumas ações e procedimentos descritos mais adiante, se possa acelerar a queda da taxa de mortalidade infantil, e aumentar o nível de bem-estar das crianças.

Os tópicos seguintes apresentam os principais objetivos e metas que devem ser buscados e as medidas essenciais para a sua consecução.

EM RELAÇÃO A SAÚDE

Alcançar, no País como um todo, uma taxa de mortalidade próxima a 40/1000 em 1995 e a 30/1000 até o ano 2000. A redução da mortalidade deverá incidir de forma mais acentuada na Região Nordeste, onde as ações deverão ter maior ênfase, de forma que se possam atingir, nessa região, taxas próximas a 66/1000 e 50/1000, nos mesmos períodos. Esforços com a mesma intensidade também deverão ser envidados com vistas à diminuição da mortalidade pré-escolar. Em relação às crianças abaixo de 5 anos e, para atingir essas metas é preciso:

diminuir em 50% as mortes por diarréia até 1995 e em 70% até o ano 2000, em relação ao nível de 1980;

reduzir os óbitos por infecções respiratórias agudas — IRA em 20% e 25% nos mesmos períodos;

eliminar virtualmente a desnutrição severa e reduzir em 25% a desnutrição moderada até 1995;

reduzir o número de crianças com baixo peso ao nascer, especialmente no Nordeste;

erradicar a pólio e o tétano neonatal e atingir, em todas as regiões, uma cobertura mínima de 80% na vacinação contra pólio, difteria, tétano, coqueluche, sarampo e tuberculose (BCG), nas crianças abaixo de 1 ano de idade.

Reduzir a mortalidade materna de 12 para 6 em cada 10 mil partos.

Diminuir em 50% a prevalência de cárie dental em crianças e adolescentes nos próximos dez anos.

EM RELAÇÃO À EDUCAÇÃO BÁSICA

Expandir os serviços de creche e pré-escola para torná-los acessíveis a crianças pobres de 0 a 6 anos, especialmente no Nordeste.

Aumentar o acesso ao ensino básico, evitando, assim, que mais de 4 milhões de crianças de 7 a 14 anos permaneçam fora da escola.

Melhorar o rendimento escolar, para diminuir as altas taxas de evasão e repetência.

Promover a alfabetização entre jovens e adultos e facilitar o acesso ao conhecimento e habilidades básicas para o trabalho, visando o aumento da renda individual e familiar. Isso permitirá a redução do analfabetismo em mais de 17 milhões de adultos, dos quais 9 milhões se encontram no Nordeste.

EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS EM CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIALMENTE DIFÍCEIS

Promover a implementação dos direitos constitucionais das crianças.

Implementar política social da infância e da adolescência com caráter preventivo e emancipatório.

Promover as formas de atendimento em "meio aberto", reduzindo ao mínimo o número de crianças internadas e melhorando a qualidade dos programas assistenciais a elas destinados.

Diminuir as formas de abuso, negligência e maus tratos de crianças em casa, nas ruas e nas instituições.

C. ESTRATÉGIAS E AÇÕES BÁSICAS

ESTRATÉGIAS

Os objetivos propostos anteriormente — principalmente os relativos à redução da mortalidade infantil — não serão alcançados se não houver uma retomada do crescimento econômico, acompanhado de uma melhoria substantiva na distribuição da renda. Nossa história recente demonstra que a acentuada deterioração da conjuntura econômica pode ocasionar estagnação ou mesmo retrocesso nos indicadores de bem-estar da criança.

Os esforços a serem envidados nesta década, para que se atinjam as metas e objetivos propostos, deverão estar calcados numa política econômica orientada para o crescimento sustentado, acompanhada de medidas de redistribuição de renda que possibilitem a redução dos atuais níveis de pobreza. Isso exigirá, sem dúvida, a busca de ações adequadas, não apenas para reduzir os encargos da dívida externa, mas também para que os problemas provocados pela dívida interna (altos custos financeiros para o setor produtivo e um déficit público crescente) sejam eqüacionados.

Por outro lado, a melhoria dos níveis e da distribuição da renda pode não ser suficiente, a curto prazo, para atingir os objetivos propostos em relação ao bem-estar da criança. A dimensão e urgência do problema a ser enfrentado requer, também, a redefinição e o fortalecimento das políticas sociais, particularmente a implementação de **ações de baixo custo e alta eficácia**, aplicadas maciçamente. Para maior viabilidade e eqüidade social, a implantação dessas políticas específicas deverá basear-se nos seguintes critérios básicos:

PROMOÇÃO POLÍTICA: CRIANÇA, PRIORIDADE ABSOLUTA

Esforços permanentes deverão ser envidados no sentido de incluir a criança na temática central da agenda política do País. Para isso, deve-se promover o envolvimento das lideranças econômicas, políticas e sociais em todos os níveis do Governo e da sociedade brasileira.

MOBILIZAÇÃO SOCIAL

A implementação efetiva de políticas será facilitada se houver participação ativa dos diferentes grupos organizados da sociedade civil (partidos políticos, movimentos sociais, organizações comunitárias, igrejas, etc.). A intensificação dessa participação, apoiada pelo uso dos meios de comunicação de massa (convencionais) e comunitários (alternativos), resultará em maior conhecimento, conscientização e demanda da população a respeito dos serviços a serem oferecidos.

DESCENTRALIZAÇÃO

A nova Constituição atribui aos governos estaduais e municipais responsabilidade fundamental na gestão de programas sociais. É indispensável intensificar esforços para assegurar, nesses níveis de governo, tanto os recursos financeiros adicionais como o desenvolvimento da capacidade gerencial mínima requerida, onde seja necessário.

A CRIANÇA NO BRASIL: O QUE FAZER?

FOCALIZAÇÃO

Entre os maiores desafios para a implementação de políticas sociais inclui-se a dificuldade de atingir os setores mais carentes ("os mais pobres dentre os pobres") e de criar condições para que possam expressar suas demandas. A atenção a esses setores e o desenvolvimento de técnicas e estratégias específicas para alcançá-los deverão ter prioridade no futuro imediato.

USO DAS EXPERIÊNCIAS

Durante a última década, diferentes órgãos governamentais — federais, estaduais e municipais — e organizações não-governamentais puseram em prática idéias e metodologias simples e eficazes para enfrentar os problemas da criança, alternativas que constituem uma significativa reserva de conhecimentos adquiridos. A urgência na solução desses problemas requer que tais conhecimentos sejam sistematizados e divulgados, a fim de que seus elementos positivos sejam incorporados de acordo com as peculiaridades locais.

UNIVERSALIZAÇÃO E INTEGRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Para que as ações sociais atinjam com amplitude e eficácia as populações em extrema pobreza, é preciso haver organização e metodologias adequadas. Por outro lado, os usuários desses serviços especiais são freqüentemente estigmatizados, o que contribui para a existência de desigualdades sociais indesejáveis. Por conseguinte, é necessário que tais serviços sejam articulados e integrados às políticas sociais globais.

AÇÕES BÁSICAS

Balizado nesses critérios gerais, todo um conjunto de ações simples, mas eficazes, expostas a seguir, pode ser implementado visando a melhoria do bem-estar das crianças:

ÁREA DE SAÚDE

Melhorar os serviços de vacinação de rotina, equipando as unidades de saúde e treinando os seus recursos humanos. Estimular a demanda, mobilizando a sociedade em todos os níveis para atingir, em todo o País, as metas de cobertura adequadas ao controle das doenças preveníveis por vacinas.

Divulgar maciçamente os conhecimentos sobre a terapia de reidratação oral (TRO), promovendo maior consumo de líquidos durante a diarréia. Incentivar o uso do soro caseiro na prevenção da desidratação e promover a utilização da reidratação oral nos serviços básicos de saúde.

Promover a adoção de métodos padronizados de controle das infecções respiratórias agudas (IRA) pelos serviços de saúde e por agentes comunitários de saúde.

Estimular o aleitamento materno exclusivo durante os quatro primeiros meses de idade e a prática do desmame adequado, através de campanhas educativas sobre nutrição, da divulgação contínua do Código dos Substitutos do Leite Materno, da implementação da legislação sobre a licença-maternidade e, finalmente, mediante a prática universal do alojamento conjunto (mãe/criança) em hospitais e maternidades.

Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção médico-hospitalar pediátrica.

Expandir a utilização dos gráficos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em nível de comunidades e postos de saúde, inclusive com o envolvimento das mães. Prevenir a queda do ritmo de crescimento entre os 6 e os 18 meses, promovendo a utilização de dietas adequadas ao período do desmame.

Aumentar a cobertura e aprimorar a qualidade da atenção à gestação, ao parto e ao puerpério, assim como à saúde da mulher em geral.

Reorientar e coordenar os programas de suplementação alimentar, de modo a atingir, sem solução de continuidade, a população mais vulnerável. Assegurar a participação comunitária nesses programas e vincular a distribuição de alimentos à promoção das ações básicas de saúde.

Apoiar os programas governamentais de erradicação da deficiência de vitamina A, através da educação nutricional e de programas de intervenção que incluam a administração, em larga escala, de doses orais dessa vitamina.

Desenvolver e expandir formas alternativas de saneamento básico, com vistas a atender as populações não atingidas pelos sistemas convencionais.

Assegurar atendimento odontológico básico na rede oficial urbana de 1º grau e expandir os programas preventivos.

ÁREA DE EDUCAÇÃO BÁSICA

Promover a valorização da escola pública, expandindo sua cobertura e melhorando sua qualidade. Instituir programas específicos de alfabetização e educação de jovens e adultos, através do esforço conjunto do Estado e da sociedade, enfatizando:

a qualificação de professores e administradores escolares;

a melhoria das condições de trabalho desses profissionais;

a recuperação física das escolas;

a procura e a disseminação de novas alternativas de ação, levando em consideração experiências bem sucedidas do passado.

Expandir os serviços de creche e pré-escola mediante o desenvolvimento de modalidades formais e informais, através da participação mais ativa da comunidade local, levando em conta a importância da saúde, da nutrição, da estimulação psicomotora e das relações familiares.

ÁREA DE CRIANÇAS EM CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIALMENTE DIFÍCEIS

Promover a regulamentação dos direitos constitucionais referentes à proteção da criança.

Apoiar os esforços de redução da violência contra a criança e o adolescente, através da mobilização social e da promoção política, com vistas a aumentar a conscientização pública; promover a divulgação e a multiplicação de experiências comunitárias e governamentais bem-sucedidas.

Expandir e aparelhar a justiça de menores, qualificando seu pessoal e garantindo a presença de um defensor público em 100% dos juizados de menores.

Criar mecanismos de articulação intersetorial visando assegurar a integração de programas e ações das áreas de assistência social, educação e trabalho.

Apoiar as organizações civis de defesa dos direitos das crianças e adolescentes.

Reforçar as experiências assistenciais emancipatórias, ou seja, aquelas que buscam a autonomia do assistido e sua adequada incorporação no sistema educacional e produtivo.

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Todo esse esforço deve ser acompanhado e avaliado. Para tanto, deve-se promover a implantação de um sistema permanente de informações, a fim de permitir a análise e divulgação de indicadores que reflitam as mudanças no nível de bem-estar da criança, a avaliação da extensão e do impacto das ações implementadas, o apoio ao processo de mobilização social e a participação comunitária.

NOTAS

1. Essa projeçao (IPEA/IPLAN) difere da elaborada pelo IBGE, por ser mais recente e incorporar uma queda mais acentuada dos níveis de fecundidade, acusada pela PNAD/84. A diferença apontada é de 4 milhões de pessoas no volume total da população, encontrando-se as maiores diferenças relativas na população de menor idade, que é a mais flutuante, segundo a projeção adotada. Enquanto o IPLAN/IPEA estima que a população de 0 a 4 anos vá aproximar-se de 16,6 milhões em 1990, a estimativa do IBGE é de 19,0 milhões.

2. PIB de US$ 278.798 milhões em 1988. (Ano base 1985 = 100). Convertido pela taxa média de câmbio — não reflete poder paritário de compra. Consideraram-se para os demais anos as taxas de crescimento real do PIB e a inflação nos EUA (Banco Central).

3. Diferentes séries de estimativas do salário real para os últimos anos apresentam divergências significativas em decorrência das diferentes metodologias e índices utilizados. De acordo com o DIEESE, o salário mínimo real caiu em 24% entre 1986 e 1988, enquanto para o Ministério do Trabalho a queda foi de 20% no mesmo período. Por outro lado, as taxas médias de desemprego aberto, total e de subemprego nas áreas metropolitanas apresentaram crescimento em 1988 em relação ao ano anterior (Tabela I.3).

4. Neste trabalho utiliza-se como critério de nível (ou estado) de pobreza um rendimento familiar *per capita* igual ou inferior a 1/2 salário mínimo.

5. A Tabela I.4 apresenta os dados para 1987 com o valor do salário mínimo ajustado (deflacionado) pelo INPC do IBGE, considerando 1981 como ano-base de referência. Dada a queda expressiva do valor real do salário mínimo e, paralelamente, o deslocamento de contingentes significativos de famílias para a faixa de renda superior, o uso do simples salário nominal daria uma falsa idéia da queda dos níveis de pobreza.

6. Comparações com outros países apontam no sentido de uma proporção relativamente elevada de recursos destinados à área social no Brasil. Para meados da década de oitenta, o IPEA/IPLAN estimou que o Governo Federal teria gasto 8,8% do PIB, enquanto, segundo o Banco Mundial, na Coréia esse gasto foi de 4,9% e, no México, de 6,4%.

7. O gasto público total compreende as despesas do Governo Federal, de 26 governos estaduais e de mais de 4.200 municípios. Como grande parte dos recursos desses dois últimos níveis de governo são provenientes de repasses do Governo Federal e muitas vezes não existe suficiente transparência orçamentária, torna-se muito difícil consolidar o gasto público na área social sem o risco de alguma dupla contagem ou omissão. Estudo recente do

Banco Mundial (1988) mostra que em 1986 o Governo Federal, de um lado, e os governos estaduais e municipais, de outro, gastaram aproximadamente o mesmo montante na área social (cerca de US$ 23,5 bilhões). A distribuição da despesa nos diferentes níveis sofre variações. Estados e municípios gastam mais em educação do que o Governo Federal (30% e 16% respectivamente), enquanto com a saúde ocorre o inverso (7% e 18%, respectivamente) (IPLAN/IPEA 1989).

8. Com a nova Constituição, passaram a ser da competência do município os impostos sobre transmissão "intervivos" de bens imóveis e sobre venda de combustíveis e o Imposto Predial e Territorial Urbano progressivo (Bastos de Souza, 1989). Por outro lado, a participação municipal no Imposto sobre a Renda e no Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) aumentou, bem como no Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), coletado pelos estados, que passou de 20% para 25%.

9. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1984 constatou uma queda acentuada (22,5%) da mortalidade infantil com relação às estimativas provenientes do Censo de 1980. Na verdade, como as estimativas de mortalidade são obtidas pelo método indireto de W. Brass, elas se referem a um período de 3 ou 4 anos antes da data de realização da pesquisa. Portanto, essa comparação corresponde ao início e final da última metade da década de 70.

10. Uma demonstração da evolução no desenvolvimento da estrutura e das políticas na área da saúde e suas relações com o comportamento histórico da taxa de mortalidade infantil pode ser encontrada em Monteiro, 1988, Simões e Ortiz, 1988, e IBGE/UNICEF, 1986.

11. Na Região Nordeste, a queda foi menor (15,6%) do que nas demais regiões do País (Sudeste, 31,4%; Sul, 25%), aumentando, por conseguinte, as disparidades regionais.

12. As relações entre indicadores econômicos e sociais e mortalidade infantil estão demonstradas em Becker e Lechtig (1986); Simões e Ortiz (1988); e Macedo e Chahad (1988). A estabilização da probabilidade de morte no primeiro ano de vida na PNAD/86 (Tabela II.2), com relação à PNAD/84, vem confirmar a principal conclusão daqueles estudos, que destacavam o impacto perverso que a crise e as políticas de ajuste tiveram sobre a mortalidade infantil nos anos recessivos mais críticos (1983-84).

13. A Tabela II.2 indica que houve uma inversão nas relações urbano-rurais no que diz respeito à mortalidade infantil. As taxas urbanas passam a ser menores em cada macrorregião (PNAD/84), situação que se mantém também em 1986. Nos estados de maiores níveis de desenvolvimento econômico e social na área rural, esta situação nem sempre aparece claramente confirmada. Em São Paulo, a série histórica de dados provenientes do Registro Civil mostra que as áreas do interior continuam mantendo menores níveis de mortalidade.

14. Nas áreas urbanas do Nordeste, a população mais pobre atinge taxas de mortalidade infantil em torno de 125 por mil, enquanto nas faixas mais favorecidas (com mais de 5 salários mínimos) essa taxa é inferior a 50 por mil. Em regiões

desenvolvidas, como Sudeste e Sul, a população infantil pertencente a famílias que ganham menos de 1 salário mínimo apresenta taxas de mortalidade em torno de 65 por mil, enquanto naquelas pertencentes a famílias entre 3 e 5 salários mínimos essa taxa cai para 46 por mil (FIBGE/UNICEF, 1986). Em Pelotas, RS (1982) o coeficiente de mortalidade infantil em crianças pertencentes a famílias com renda igual ou inferior a 1 salário médio mensal foi de 80,1/1.000,enquanto no grupo de renda superior a 10 salários mínimos foi de apenas 13,1/1.000 (Victora e outros, 1988).

15. No Brasil urbano como um todo, a taxa de mortalidade infantil foi de 102 por mil nascidos vivos para os filhos de mães sem instrução ou com menos de um ano de estudo. Outra pesquisa recente (Arruda e outros, 1987) mostrou que no Nordeste a taxa de mortalidade infantil foi de 122 por mil no grupo sem instrução primária completa e de 38 por mil no grupo com instrução acima da primária, confirmando as desigualdades.

16. Outro estudo (Thomas, Strauss, Henriques, 1987) mostrou que a educação da mãe aumenta a esperança de vida ao nascer entre 5,2% e 12,2%, em comparação com a sobrevivência de uma criança nascida de mãe analfabeta. O impacto da educação da mãe sobre este indicador é mais marcante no Nordeste do que no Sul, o que seria explicado pelo fato de a educação da mãe no Nordeste constituir um substituto importante da infra-estrutura de saúde, que é sabidamente mais desenvolvida no Sul. A educação do pai também tem impacto positivo sobre a esperança de vida ao nascer (entre 4,8% e 6,1%), apesar de ser fator menos importante do que a da mãe.

17. Estudo recente (Oya-Sawyer e outros, 1987) mostrou a relação histórica entre o desenvolvimento da infra-estrutura de saneamento em algumas cidades do Brasil, como São Paulo, e a evolução da taxa de mortalidade infantil. Nessa cidade, houve redução marcante nas mortes por causas evitáveis pelo saneamento, de 28/1.000 em 1975 para 6/1.000 em 1983, período em que se aplicaram recursos abundantes nesse setor. Ver também: Monteiro, 1988.

18. Essa queda pode ter sido descontínua em alguns momentos em face do agravamento da crise na década atual, como aparece na revisão de várias pesquisas realizadas durante esse período (Batista Filho, 1988).

19. Uma amostra representativa de 4.513 crianças cearenses de 0-35 meses foi estudada em 1986 (IPLANCE/UNICEF, 1989). As prevalências de déficit de altura /idade e de peso/idade foram, respectivamente, de 27,6% (30,4% no interior e 19,6% na região metropolitana) e 12,8% (14,3% no interior e 8,9% na região metropolitana). Esses números são consistentes com os encontrados na pesquisa de Arruda e outros (1987).

20. No Nordeste, os nascidos de mães que não freqüentaram a escola têm risco de desnutrição 3 a 4 vezes mais alto, se comparados com os de mães com o primário completo (Arruda, 1987). Também em São Paulo a prevalência de desnutrição foi três vezes mais alta quando o chefe da família não havia freqüentado a escola, em relação àqueles com mais de nove anos de escolaridade. No Ceará,

as crianças pertencentes às famílias mais pobres apresentaram prevalência de desnutrição 2,5 vezes mais elevadas do que as crianças provenientes de famílias mais ricas (IPLANCE/UNICEF, 1989). Já em Pelotas, RS, os índices de desnutrição crônica (baixa estatura para a idade) foram mais de dez vezes superiores nas crianças de famílias com rendimento inferior ou igual a 1 salário mínimo, em relação àquelas com rendimento superior a 10 salários mínimos (Victora e outros, 1988). No Nordeste urbano, 18,6% dos filhos nascidos dentro de períodos intergestacionais inferiores a 2 anos apresentaram desnutrição (peso /idade inferior a 80% da mediana), enquanto nos nascidos com intervalos superiores a 4 anos esse percentual foi de apenas 3,4%. Para a área rural esses valores foram de 23,9% e 16,4%, respectivamente (Arruda, 1987). Em Pelotas, o baixo peso ao nascer constituiu importante fator de risco para a desnutrição, e seu efeito foi notado até os quatro anos de idade. Mais de 20% das crianças nascidas com menos de 2 kg ainda apresentavam desnutrição no segundo ano de vida, enquanto menos de 5% daquelas nascidas com 3 kg ou mais eram desnutridas (Victora e outros, 1988).

21. Estudo realizado no Agreste pernambucano revelou que as crianças de famílias sem terra apresentavam níveis de desnutrição (II e III graus) cerca de três vezes superiores aos de crianças de famílias que possuem mais de 10 hectares (Batista Filho, 1987). A relação entre propriedade da terra e estado nutricional das crianças também foi demonstrada no Rio Grande do Sul (Victora et al, 1986). Crianças de uma região de minifúndios apresentavam menores índices de desnutrição do que aquelas de uma área de latifúndio, e filhos de assalariados sem terra apresentavam prevalências duas a três vezes maiores do que filhos de proprietários.

22. É interessante destacar que em ambas as séries históricas de Fortaleza e Recife as maternidades de classe média não registraram qualquer alteração significativa durante toda a década de 80, permanecendo em torno de 4% a 6% o percentual de crianças nascidas com baixo peso (Batista Filho, 1988).

23. Ver Nóbrega, (1985).

24. Levantamento abrangendo cerca de 10.000 partos ocorridos em 4 maternidades de Fortaleza em 1987-88 encontrou uma incidência do baixo peso ao nascer de 9%, sendo significativamente maior em mães jovens (11,7%), com baixa instrução (10,3%) ou que não tinham feito atendimento pré-natal (14,1%) (IPLANCE/NUINF/UNICEF, 1988).

25. A taxa de matrícula por grupo de idade apresenta grandes variações. Em São Paulo, entre todas as crianças matriculadas no pré-escolar, as crianças de idade entre 4 e 6 anos constituem a maioria das matrículas, se comparadas com outros grupos de idade, ou menos de 1 ano e entre 2 e 3 anos (Tabelas III.4 até III.4. E).

26. Em 1985, 23,2% das crianças de 0 a 6 anos que viviam em grandes áreas metropolitanas foram matriculadas em creches ou pré-escolas. Esse índice era de 16,8% em 1982, ou seja, houve um aumento de 38% em apenas 3 anos (Tabela III.2). Quanto a crianças na idade de 5 a 6 anos, os números indicam que a escolarização aumentou no País

de 23,5% em 1981 para 46,9% em 1987. No Nordeste, as taxas de freqüência foram ainda mais altas (Tabela III.3).

27. Embora a área urbana tenha historicamente mostrado maior taxa de matrícula de crianças na idade de 4 a 6 anos do que a área rural, esta última apresentou uma taxa de crescimento mais acentuada durante os anos 80. No Brasil e no Nordeste, entre 1981 e 1987, o aumento na matrícula de crianças de 5 ou 6 anos de idade na área rural foi de 150% e 120%, respectivamente (Tabela III.3).

28. Em São Paulo e Porto Alegre a taxa de matrícula na pré-escola era de 30%, enquanto em Recife, Fortaleza e Rio de Janeiro alcançava 45% das crianças de famílias com renda superior a um salário mínimo.

29. A despeito de ter havido aumento na demanda da educação pré-escolar, grande parte da população ainda não reconhece a pré-escola como necessária para suas crianças.

30. Na realidade, observa-se que a expansão relativa do sistema ocorreu com maior aceleração na faixa etária de 7 a 9 anos e na área rural. Na faixa etária de 7 a 9 anos houve um aumento de 13 pontos percentuais (Tabela III.6), enquanto na de 10 a 14 anos o ganho foi de apenas 3 pontos durante a década. A taxa de escolarização aumentou na área rural de 59% para 71%, portanto de forma muito mais expressiva do que na área urbana. Não obstante, a taxa anual média de crescimento da matrícula absoluta no período 1980-86 foi negativa na área rural (-2,66%), sendo que na área urbana foi de 3,43%.

31. As taxas específicas de atividades referentes à população jovem variam significativamente segundo o nível econômico das famílias. Das crianças de 10 a 14 anos provenientes das famílias que ganham até 1/4 salário mínimo familiar *per capita*, 23,8% trabalham, enquanto nas famílias com mais de 2 salários mínimos o índice é de 6,1% (FIBGE/UNICEF, 1989b). Além disso, a contribuição do trabalho infantil para a renda familiar é de especial importância nas famílias menos favorecidas. Das crianças que trabalham, 61% contribuem com 10% a 30% da renda familiar nas famílias mais pobres, e 25% contribuem com 30% ou mais.

32. As taxas de participação no setor agropecuário estão bem diferenciadas para a população de 10 a 17 anos. A agricultura representa mais da metade da força de trabalho na faixa de 10 a 14 anos, enquanto nos adolescentes cai para 35% (FIBGE/UNICEF, 1989a). Por outro lado, no Brasil vem-se verificando uma tendência decrescente do setor primário na PEA. Paralelamente, e para o Brasil como um todo, os setores da PEA infantil que mais cresceram no período 1981-87 foram os de Serviços (de 18,38% para 20,7%) e Indústria (de 11,4% para 14,6%).

33. A ocupação mais freqüente é "outros trabalhadores na agropecuária" (38,9%), seguida de "empregados domésticos" (13,9%), indicando as posições menos qualificadas na área rural e urbana, respectivamente. Para os meninos, a ocupação de "vendedor" tem uma presença de 5%.

34. Em mercados mais formalizados, as taxas de desemprego aberto têm tendência

a decrescer, bem como as diferenças entre as faixas etárias. Possivelmente esta seja a explicação mais aceitável para a interpretação dos dados apresentados na Tabela IV.3, de três grandes áreas metropolitanas com características diferentes.

35. Existem diferenças significativas nas proporções de crianças que trabalham com "carteira assinada" entre as várias áreas do País. Este é um bom indicador do nível de formalização do mercado de trabalho. Em São Paulo, 57% dos menores trabalhadores têm vínculo empregatício, enquanto no Recife eles não chegam a 8% (Tabela IV.4).

36. A queda abrupta observada em 1987 no percentual de crianças com 10 a 17 anos com rendimento inferior a 1/2 salário mínimo poderia ser explicada pela diminuição do valor real do salário mínimo nesse ano. Isto explicaria o deslocamento significativo de alguns segmentos de mão-de-obra para faixas superiores ao salário nominal.

37. No início da década, 68% das crianças ocupadas trabalhavam mais de 40 horas semanais, subindo para 71% em 1987, independentemente de faixa etária e localização urbano-rural.

38. A observação dos dados constantes das Tabelas IV.2-IV.5 permite confirmar a hipótese generalizada de que "a crise começa antes e acaba depois para o menino trabalhador" (Lima e Burger, 1988).

39. As faixas etárias mostram comportamentos diferentes. Das crianças de 10 a 14 anos, apenas 9,5% estudam e trabalham, enquanto para aquelas situadas na faixa etária superior o índice é de 18%.

40. A quantificação torna-se difícil na medida em que o "menino de rua" pode encontrar diversas opções como estratégia de sobrevivência e habitat. No Rio e em Fortaleza, foram realizadas duas experiências de contagem de crianças que dormiam na rua durante a noite. Na primeira cidade foram contados 429 meninos, estimando-se que o total se aproxime de 1.500 (IBASE, 1986). Em Fortaleza, o número dessas crianças foi de 1.172 (IBASE, 1988). Entretanto, as diferentes estratégias adotadas por essa população e o desenvolvimento de alguns programas oficiais e não-governamentais destinados a prestar assistência noturna aos "meninos de rua" podem tornar a contagem muito parcial.

41. Dados sobre alguns fatores relacionados à existência de "meninos de rua" podem ajudar a melhor dimensionar esse problema social. Do total de crianças urbanas de 10 a 17 anos que não freqüentam a escola (aproximadamente 3,8 milhões), apenas 14% não trabalham ou não têm afazeres domésticos (Tabela IV.10). Além disso, as crianças desempregadas ("procurando trabalho") também contribuem para a magnitude do problema. Em 1985, nas áreas metropolitanas, havia 95 mil crianças nessa situação (Tabela IV.8). Embora esses índices oscilem segundo a evolução do mercado de trabalho, deve-se levar em conta que as taxas de desemprego para esta faixa etária são as mais altas deste mercado.

42. Se a sub-remuneração for considerada como o principal indicador de "informalização", a diferença homem-mulher é expressiva (70% para 50%). No Nordeste a diferença se mantém, embora os níveis

de sub-remuneração sejam bem maiores. No caso de carteira assinada a distância é menor (apenas 7%).

43. Em 1987, mais de 27% das mulheres na PEA tinham mais de 9 anos de escolaridade, enquanto os homens nesse nível educacional eram 18,4%. No Nordeste essa diferença era ainda maior: 21,6% e 10,7%, respectivamente. Se, por um lado, a incorporação crescente da mulher no mercado de trabalho tem sido de fundamental importância para a diminuição dos níveis de pobreza familiar (Pastores e outros, 1989), por outro lado tem tido um impacto negativo sobre os níveis de desigualdade na distribuição da renda total. Isso porque a desigualdade na distribuição da renda da mulher é maior do que na do homem (Paes de Barros e Mendonça, 1989).

44. Do total de mulheres de 10 anos e mais, pouco mais de 12% são chefes de família, situação que prevalece na área urbana (13,8%) (Tabela V.2). Essa proporção aumentou na década de oitenta. Para o Nordeste o comportamento é similar, embora o fenômeno seja mais intenso na área urbana. Em cerca de 27% das famílias pobres a mulher é responsável pelo sustento da família devido a problemas de saúde, desemprego ou incapacidade do companheiro. As mulheres negras e as com filhos pequenos são as que enfrentam mais problemas. Representam a maioria dos "pobres mais pobres".

45. A educação e o nível de renda familiar incidem sobre a fecundidade de forma diferente, nas diversas regiões do País. As mulheres sem instrução do Nordeste mantinham ainda uma taxa de 6,63, enquanto esse mesmo grupo no Sul chegava apenas a 3,89. O grupo de menor renda familiar (1 salário mínimo) difere igualmente em ambas as regiões: 6,94 e 4,85, respectivamente (FIBGE/UNICEF, 1988). Esses dados demonstram que ainda são elevadas as taxas de fecundidade nos grupos menos favorecidos das regiões menos desenvolvidas.

46. A Região Nordeste, por exemplo, teve uma queda de 19% na fecundidade, enquanto no Sudeste essa queda foi de 14,2%. Também no caso do Nordeste, a aceleração foi menor na área rural do que na urbana, da mesma forma que no Sudeste (FIBGE/UNICEF, 1988).

47. Arruda et alii, 1987.

48. Para informações sobre fecundidade, mortalidade e anticoncepção, ver Oliveira & Simões (1989), assim como Arruda et alii (1987). As tendências gerais são as mesmas em ambos os estudos, embora existam diferenças quanto aos métodos anticoncepcionais usados. Em Arruda et alii (1987), pode-se observar que 40% das mulheres usam a esterilização como método anticoncepcional, seguida da pílula (38%).

49. As diferenças regionais na taxa de mortalidade materna são extremas. No Nordeste este coeficiente é estimado em 15,1, enquanto no Sudeste, em 7 (Becker e Lechtig, 1987).

50. O aborto é um dos fatores determinantes das altas taxas de mortalidade materna. No início da década, do total de mulheres que tiveram filhos nas áreas urbanas, mais de 20,5% declararam ter praticado aborto anteriormente, sendo que no grupo mais pobre a incidência foi maior (21,2%). Pesquisa realizada

em um hospital municipal no Rio de Janeiro indicou que o aborto representava 47% das causas de mortalidade materna, seguido da toxemia (19%) e da hemorragia (13%). A mortalidade devida ao aborto induzido aumentou em 172% nos 10 anos cobertos pelo estudo mencionado (LaGuardia, K. et al, 1989).

51. Nas últimas décadas a prática da cesariana tem-se expandido atingindo, em 1980, 31% do total de partos (Landmann, 1984). Nos partos hospitalares das áreas urbanas, esse percentual alcançava 27,7%. Na população de menor status sócio-econômico o percentual era de 25% (Nóbrega, 1985). A mudança na política de tarifas do INAMPS para o setor contratado em 1987 pode ter provocado algum impacto sobre tais níveis. Em Fortaleza, por exemplo, verificou-se um decréscimo trimestral nos partos por cesariana desde o final de 1987 até o final de 1988 (IPLANCE/NUINF/UNICEF, 1988).

52. No início da década, quase 20% dos partos hospitalares não foram antecedidos de atenção pré-natal (mais de 3 visitas), sendo que a maioria dos casos se referia ao grupo de menor renda (Nóbrega, 1985). Em 1987-88, em cidades como Fortaleza, verificaram-se ainda níveis similares (IPLANCE/NUINF, 1988).

53. A PNAD/84 demonstrou que a participação de adolescentes na fecundidade total passou de 6,5% em 1970 para 10,5% em 1984. Constatou-se também maior proporção de mães adolescentes na Região Nordeste e nas áreas rurais das regiões menos desenvolvidas. No início da década, do total de partos hospitalares na área urbana no Brasil, 14,5% eram de mães adolescentes (Nóbrega, 1985). Em 1988, em Fortaleza, essa proporção atingia 18%, sendo que para essas mães os percentuais de ausência de atenção pré-natal (25%) e de baixo peso ao nascer (12%) eram os mais altos.

54. Ver Guimarães, 1988.

55. Os domicílios considerados inadequados são os que não estão ligados à rede geral de água com canalização interna e/ou à rede de esgoto ou não dispõem de fossa séptica.

56. Pesquisa realizada em 31 municípios do Vale do Paraíba e a projeção de dados para 2010 indicam que a parte paulista dessa região deverá crescer em cerca de 73%, o que implicaria um incremento de 87% no consumo de água. A carga do esgoto doméstico também deverá aumentar. Em 1988, todos os municípios do Vale, em São Paulo, responderam por pouco mais de 74 toneladas de DBO (Demanda Biológica de Oxigênio) por dia, exclusive a poluição das indústrias. Em 2010, a quantidade de esgoto doméstico estará bem próxima de 130 toneladas diárias de DBO, 73% a mais do que o total atual (Jornal do Brasil, 30/08/88).

57. No período de 1978 a 1988, a quantidade remanescente de esgoto (a que é depositada nos rios) aumentou de 19 para 43 toneladas em São Paulo (Jornal do Brasil, 30/08/88).

58. O Rio de Janeiro coleta diariamente 4 mil toneladas de lixo. Mesmo assim, várias áreas densamente povoadas, como as favelas e a periferia urbana mais distante, não são atendidas pelo serviço

de limpeza pública. Segundo a Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB) — RJ, de 1984 a 1988 houve, na verdade, uma involução no sistema. Hoje, devido principalmente ao processo inflacionário, a COMLURB conta com menos da metade dos recursos de que dispunha há 4 anos (Forum 2000).

59. Ver FAO, (1988)

60. Entre 1977 e 1986 a produção de alimentos básicos (arroz, milho, feijão, batata e mandioca) sofreu uma queda média anual de 1,35%, enquanto os produtos de exportação subiram em média 1,98% ao ano (Homem de Melo, 1988).

61. Ver Homem de Melo (1988). Com base num enfoque diferente, kaleckiano, Delgado (1988) enfatiza "as políticas agrícolas e macroeconômicas que estimulam e financiam a geração de altos saldos de divisas" (p. 38), acompanhadas pela redução da massa interna de salários e da importação de alimentos, como fatores principais que explicam tanto o processo de queda quanto a manutenção estável da demanda do setor agrícola.

62. Na Tabela V.6 são apresentados três diferentes cenários para a demanda de grãos em 1989. O primeiro foi definido no Plano de Metas do Governo Federal em 1985. Os outros dois são propostos por Homem de Melo (1988). O Cenário II parece ser o mais realista, na medida em que leva em conta as novas estimativas de crescimento demográfico, previsões menos otimistas do crescimento do PIB e elasticidades-renda mais ajustadas. Além disso, poder-se-ia acreditar que as estimativas mais conservadoras de demanda do Cenário II foram ultrapassadas pela oferta. Por um lado, o crescimento médio anual do PIB no período 1986-88 foi bem menor do que o projetado (3,6%). Por outro, análises da conjuntura existente durante o Plano Cruzado mostram que a elasticidade-renda para os alimentos tradicionais (arroz, feijão, óleo de soja, macarrão) é baixa, enquanto parecem aumentar as elasticidades dos alimentos protéicos, bebidas, frutas, legumes, etc. (Perez, 1988).

63. As taxas de cobertura calórica (104,7%) e protéica (160%) para o conjunto da população do município de São Paulo estão bem distantes daquelas da população carente (até 1/2 salário familiar *per capita*): 71,1% e 103,7%, respectivamente (DIEESE, 1987). É evidente, contudo, que o problema principal reside no consumo calórico e não protéico.

64. O SUDS é uma proposta organizacional para eqüacionar os problemas relacionados com a dispersão de recursos e a falta de coordenação no sistema de saúde (Vianna, 1988). O SUDS pretende, também, proporcionar atendimento básico preferentemente em unidades de saúde mais simples e mais próximas do paciente, em substituição ao atendimento em hospitais de alto custo e, em geral, mais distantes. A nova proposta universalizou a atenção à saúde, abrindo o sistema público a todos, sejam ou não afiliados à Previdência Social. Finalmente, o SUDS deve levar a um equilíbrio mais adequado na alocação de recursos para serviços preventivos e curativos (World Bank, 1988).

65. De forma esquemática e bastante simplificada, pode-se dizer que o sistema de

saúde existente antes do SUDS e da Constituição de 1988 estava dividido entre o INAMPS, responsável pela assistência médica, e o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, que tinham a seu cargo as ações de controle de doenças.

66. Inicialmente, 11 estados foram incluídos nos convênios SUDS: Bahia, Goiás, Rondônia, Pernambuco, Alagoas, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Hoje, a cobertura é praticamente integral.

67. Embora os estados e municípios venham assumindo a responsabilidade pela operação do novo sistema de saúde, ainda estão longe de contar com autonomia gerencial e financeira compatível com a diretriz constitucional de descentralização.

68. A Constituição (Artigo 196) declara que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Os serviços e ações públicas de saúde deverão compor uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (Artigo 198). O sistema deverá ser organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas; e participação comunitária.

69. As consultas e internações pediátricas não incluem os atendimentos prestados às crianças até 12 anos em serviços especializados (cardiologia, oftalmologia, etc.). Acredita-se que, se esses atendimentos fossem contabilizados como "pediátricos", elevariam muito pouco a taxa de consultas *per capita* e a cobertura hospitalar desse grupo etário.

70. Trabalho apresentado na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, estimou em US$361,2 milhões os recursos necessários para prover atenção odontológica básica na rede oficial urbana de ensino de 1º grau (Vianna, 1986).

71. Estudo realizado sobre custos da educação demonstrou que o custo/aluno das áreas rurais de estados e municípios eram geralmente mais baixos do que nas áreas urbanas correspondentes (Marques e Xavier, 1985).

72. Em uma avaliação das condições de infra-estrutura da rede escolar constatou-se que no Nordeste apenas 22% das escolas poderiam ser consideradas em bom estado, enquanto no Sul o índice era de 46%. No Nordeste, em 34% das salas de aula não havia bancos, e 47% não dispunham de espaço suficiente (Moura Castro e Fletcher, 1986).

73. Do total de gastos em educação, o Governo Federal participa com 37%, enquanto os estados e municípios participam, respectivamente, com 52,3% e 10,4%. Dos gastos federais, cerca de 48% são aplicados no ensino de primeiro grau, o que representa aproximadamente 30% do total do gasto público nesse nível de ensino.

74. Na área federal observou-se uma queda em 1983 (ver Amaral Sobrinho). Após 1985, os gastos na educação primária por parte da União têm sofrido oscilações significativas, alcançando seu nível mais baixo em 1987, quando o setor absorveu 23% do total de gastos do Ministério da Educação. (IPLAN, 1988).

75. De acordo com o Ato das Disposições Transitórias da nova Constituição (art. 60), durante os próximos 10 anos o Poder Público deverá aplicar, pelo menos, 50% dos recursos na área de educação, para eliminar o analfabetismo e universalizar o ensino fundamental.

76. Ainda que a participação em nível do Governo Federal na área da pré-escola tenha aumentado em mais de 1.700% entre 1970 e 1987, isso correspondeu a menos de 1% do total. No Nordeste, os dados são ainda mais expressivos, mostrando aumento de mais de 7.000% do Governo Federal na área, embora isso represente apenas 1,2% das matrículas iniciais.

77. O Nordeste mostrou a maior concentração de estabelecimentos pré-escolares, respondendo por 43,4% de todos os estabelecimentos federais, 34,6% dos estaduais, 49,6 % dos municipais e 41,3% dos privados.

78. PNAD/85 — Suplemento: Situação do Menor — São 10 as regiões metropolitanas consideradas: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre e Distrito Federal.

TABELAS

TABELA I.1
POPULAÇÃO POR DIFERENTES ESTIMATIVAS, SEGUNDO ALGUNS GRUPOS DE IDADE - BRASIL - 1985 E 1990

(milhões hab.)

GRUPOS DE IDADE	PROJEÇÃO 1985		PROJEÇÃO 1985	
	IBGE/CELADE	IPLAN/IPEA	IBGE/CELADE	IPLAN/IPEA (1)
TOTAL	135,6	133,4	150,4	145,9
0-19 Anos	63,3 (47%)	63,0 (47%)	67,9 (45%)	64,9 (44%)
0-4 Anos	18,1	16,9	19,0	16,6
5-9 Anos	16,4	16,9	17,7	16,6
10-14 Anos	14,9	15,0	16,3	16,8
15-19 Anos	13,9	14,2	14,9	14,9

Fontes: FIBGE, 1988;
Fontes: Camarano et alii, 1989

(1) Taxa de fecundidade total 1985-90: 2,99

TABELA I.2
PROPORÇÃO DO RENDIMENTO DE ALGUMAS CLASSES, POBREZA, ÍNDICE DE GINI E DE SALÁRIO MÍNIMO REAL BRASIL E NORDESTE - 1970-1986

ANOS	PROPORÇÃO DO RENDIMENTO				ÍNDICE DE GINI (3)	% DE FAMÍLIAS QUE GANHAM: (4)		RAÇÃO/ SAL. MIN.(5)	ÍNDICE DO SAL. MIN.REAL (6)
	PESSOAS		FAMÍLIAS						
	-50 (1)	+10 (2)	-50 (1)	+10 (2)		1 SAL.	2 SALS.		
BRASIL									
1970	15,6	46,7	12,1	48,3	0,608	42,2	-	43,84	-
1979	13,7	47,3	12,6	46,1	0,588	20,9	43,6	63,78	90,00
1980	13,4	49,6	12,2	47,1	0,597	21,9	44,4	65,63	100,00
1986	13,3	47,8	12,9	45,6	0,586	16,8	36,0	78,83	82,00
NORDESTE									
1970	-	-	-	-	0,593	68,2	-	-	-
1979	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1980	-	-	11,9	50,0	0,614	43,9	70,4	-	-
1986	-	-	12,7	48,3	0,599	30,9	57,6	-	-

Fontes: DIEESE;
Fontes: Hoffman, 1989 e 1984
(1) 50% mais pobres do Brasil e do Nordeste.
(2) 10% mais ricos do Brasil e do Nordeste.
(3) Índice de Gini de distribuição das famílias conforme o seu rendimento mensal familiar.
(4) Pobreza entre as famílias, no Brasil e no Nordeste.
(5) DIEESE
(6) Estimativas do UNICEF a partir de Hoffmann R., 1989. (Agosto 80=100)

TABELA I.3
TAXA DE DESEMPREGO - BRASIL - 1985-1988

ANOS	TAXA DE DESEMPREGO			TAXA DE DESEMPREGO E SUBEMPREGO (3)
	ABERTO(1)	ABERTO(2)	TOTAL(2)	
1985	5.3	7.8	12.5	26.4
1986	3.6	6.1	9.8	20.3
1987	3.7	6.1	9.0	17.7
1988	3.8	7.0	9.7	18.8

Fontes: (1) FIBGE, Pesquisa Mensal de Emprego (PME)
Fontes: (2) DIEESE
Fontes: (3) FIBGE, PME

TABELA I.4
MENORES DE 0 A 17 ANOS, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE E SALÁRIO FAMILIAR PER CAPITA - BRASIL - 1980, 1981 E 1987

(milhões)

GRUPOS DE IDADE	1980		1981						1987					
	TOTAL		TOTAL		URBANO		RURAL		TOTAL		URBANO		RURAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL														
0-17 Anos	53,9	45,3	53,5	44,9	35,9	42,5	17,6	50,8	58,1	42,1	40,3	40,2	17,8	48,0
0-6 Anos	-	-	22,1	18,6	14,8	17,5	7,3	21,2	23,8	17,3	16,5	16,4	7,3	19,8
7-14 Anos	23,0	-	23,1	19,4	15,4	18,2	7,7	22,3	25,8	18,8	17,8	17,8	8,0	21,5
15-17 Anos	8,5	-	8,3	7,0	5,8	6,8	2,5	7,3	8,5	6,2	6,0	6,0	2,5	6,7
ATÉ 1/2 SM FAMILIAR (1) "PER CAPITA"														
0-17 Anos	32,7	60,0	30,4	56,9	16,1	44,7	14,4	82,1	29,9	51,4	15,9	39,6	13,9	78,3
0-6 Anos	-	-	13,1	59,1	6,8	46,0	6,3	85,2	12,7	53,4	6,8	41,3	5,9	80,5
7-14 Anos	14,2	-	13,5	58,6	7,2	46,8	6,3	82,8	13,5	52,5	7,3	40,7	6,3	78,8
15-17 Anos	4,2	-	3,9	46,7	2,0	35,1	1,9	73,1	3,6	42,7	1,9	31,5	1,7	69,9

Fontes: FIBGE, Censo 1980;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c
(1) Salário mínimo ajustado ao valor de 1981.

TABELA I.5
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FAMÍLIAS, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO O RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

FAMÍLIAS	TOTAL		URBANO		RURAL	
	1981	1987	1981	1987	1981	1987
BRASIL						
Total (1)	27.689,8	34.290,9	20.528,9	26.076,7	7.160,9	8.214,2
Até 1/4 SM per capita (2)	17,6	16,0	10,8	10,0	37,2	35,1
Até 1/2 SM per capita	38,4	35,7	28,3	26,5	67,5	64,9
NORDESTE						
Total (1)	7.508,6	9.133,2	4.139,5	5.347,1	3.369,1	3.786,2
Até 1/4 SM per capita (2)	35,9	34,1	24,5	23,8	50,0	48,9
Até 1/2 SM per capita	64,5	62,4	52,6	50,7	79,2	79,2

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

(1) mil pessoas
(2) Salário mínimo ajustado ao valor de 1981

TABELA I.6
MENORES DE 0 A 17 ANOS, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE E SALÁRIO FAMILIAR PER CAPITA - NORDESTE - 1981 E 1987

(milhões)

GRUPOS DE IDADE	1981						1987					
	TOTAL		URBANO		RURAL		TOTAL		URBANO		RURAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL												
0-17 Anos	18,0	50,6	9,1	48,3	8,9	53,2	19,4	48,1	10,2	45,4	9,2	51,4
0-6 Anos	7,7	21,7	3,8	20,2	3,9	23,4	8,1	20,1	4,1	18,5	4,0	22,0
7-14 Anos	7,7	21,7	3,9	20,7	3,8	22,8	8,7	21,5	4,6	20,4	4,1	23,0
15-17 Anos	2,6	7,2	1,4	7,4	1,2	7,0	2,6	6,5	1,5	6,5	1,2	6,5
ATÉ 1/2 SM FAMILIAR (1) "PER CAPITA"												
0-17 Anos	14,2	79,0	6,1	67,3	8,1	91,0	14,7	75,6	6,5	63,6	8,2	88,8
0-6 Anos	6,2	80,5	2,6	68,4	3,6	92,3	6,3	77,2	2,7	65,2	3,6	89,9
7-14 Anos	6,2	80,5	2,7	69,0	3,5	91,2	6,6	76,1	3,0	64,5	3,7	88,9
15-17 Anos	1,9	71,8	0,8	59,9	1,0	86,0	1,8	68,9	0,8	56,3	1,0	84,8

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c
(1) Salário mínimo ajustado ao valor de 1981.

TABELA I.7
GASTO SOCIAL FEDERAL - BRASIL - 1980 E 1987

ANOS	GASTO SOCIAL FEDERAL - GSF				PARTICIPAÇÃO % NO G.S.F. (1)		
	US$ PER CAPITA	CZ$ PER CAPITA	CRESC. REAL ANUAL	% PIB	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	SAÚDE	EDUCAÇÃO E CULTURA
1980	211,23	8.146,82	-	9,1	0,63	19,04	9,58
1981	212,60	8.226,81	3,1	10,1	0,64	17,18	11,30
1982	218,64	8.480,26	5,2	10,5	0,77	17,04	11,00
1983	181,18	7.046,23	15,1	9,2	1,00	16,05	10,74
1984	153,24	5.993,94	13,2	7,8	1,25	19,28	11,93
1985	166,91	6.864,40	16,9	8,2	1,96	18,98	13,66
1986	192,40	7.619,23	13,0	8,3	2,57	17,98	16,65
1987	-	8.082,38	8,0	8,8	2,55	24,09	18,26

Fonte: Vianna, 1988
(1) Tesouro, FPAS, FINSOCIAL, FGTS, FAS, e outras fontes.

TABELA I.8
DISTRIBUIÇÃO ATUAL E PREVISTA DA RECEITA TRIBUTÁRIA NO PROJETO CONSTITUCIONAL - BRASIL - 1988, 1989 E 1993

DISCRIMINAÇÃO	% DA RECEITA			
	1988(1)	1988(2)	1989(2)	1993(2)
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
UNIÃO	73,7	68,8	61,3	58,4
ESTADOS E MUNICÍPIOS	26,3	31,2	38,7	41,6

Fonte: IPEA/INOR/CAEF
(1) Constituição anterior
(2) Nova Constituição

TABELA II.1
PROBABILIDADE DE MORTE ANTES DE COMPLETAR O PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO AS GRANDES REGIÕES - 1940-1986

(mil)

GRANDES REGIÕES	TOTAL							URBANO				RURAL			
	1940	1950	1960	1970	1980	1984	1986	1970	1980	1984	1986	1970	1980	1984	1986
BRASIL	163,4	146,4	121,1	113,8	87,9	68,1	66,9	111,2	85,6	59,6	58,2	115,0	93,8	87,4	84,7
NORTE	167,3	150,3	114,2	109,1	74,3	58,5	-	94,4	74,4	51,0	50,3	116,6	74,1	-	-
NORDESTE	176,4	175,2	166,0	146,3	124,5	105,1	103,0	151,0	127,0	94,9	92,6	135,2	122,1	116,0	116,4
SUDESTE	154,1	131,5	100,6	98,3	71,6	49,1	45,3	96,7	72,4	48,4	42,0	103,1	68,7	53,2	47,3
SUL	131,1	116,3	87,0	88,1	60,9	45,6	43,1	88,7	62,3	42,0	41,7	87,8	58,9	52,6	47,1
CENTRO-OESTE	136,3	123,2	101,2	92,3	73,5	53,7	44,3	93,7	74,2	50,2	43,5	83,2	73,1	62,2	51,2

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1986;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989a

Tabela II.2
MORTALIDADE INFANTIL POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO - BRASIL E NORDESTE - 1980-1987

(por mil)

ANOS	BRASIL						NORDESTE					
	TOTAL (1)	TOTAL (2)	URBANA (2)	RURAL (2)	ANOS	PROB.DE MORTE(2)	TOTAL (1)	TOTAL (2)	URBANA (2)	RURAL (2)	ANOS	PROB.DE MORTE(2)
1980	75,0	87,9	85,6	93,8	1980,7	68,7	115,7	124,5	127,0	122,1	-	-
1981	68,4	-	-	-	1980,8	68,5	103,4	-	-	-	1980,9	105,9
1982	64,5	-	-	-	-	-	97,4	-	-	-	-	-
1983	66,7	-	-	-	1982,7	66,7	107,2	-	-	-	1982,9	107,2
1984	65,9	68,1	59,6	87,4	1984,5	65,3	103,3	105,1	94,9	116,0	1984,6	100,7
1985	58,1	-	-	-	-	-	88,3	-	-	-	-	-
1986	53,2	66,9	58,2	84,7	-	-	79,3	103,0	92,6	116,4	-	-
1987	51,0	-	-	-	-	-	76,6	-	-	-	-	-

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989a
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1986;
Fontes: Simões e Ortiz, 1988
1) Estimativas com base no Registro Civil e PNAD's (Simões e Ortiz, 1988)
2) Probabilidade de morte estimada o partir de dados da PNAD/84 e PNAD/86.

TABELA II.3
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL ESTIMADA, SEGUNDO DIFERENTES HIPÓTESES
BRASIL, NORDESTE E RESTANTE DO PAÍS - 1980-2000

HIPÓTESES	1980	TMI MÉDIAS ANUAIS				2000
		1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	
BRASIL - TENDÊNCIA	76,6	67,0	60,0	49,6	39,2	35,0
NORDESTE - TENDÊNCIA	115,2	101,5	101,5	92,9	84,4	81,0
NORDESTE - META	-	-	-	76,9	55,8	50,0
RESTANTE DO PAÍS	55,6	-	-	30,0	24,6	22,9
BRASIL C/ NORDESTE - META	-	-	-	46,4	34,4	31,2

TABELA II.4
NASCIMENTOS E ÓBITOS INFANTIS, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO
BRASIL E NORDESTE - 1980-1985

%

BRASIL E NORDESTE	NASCIMENTOS			ÓBITOS		
	TOTAL (1)	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL
BRASIL	100,0	67,1	32,9	100,0	58,3	41,7
NORDESTE	35,3	52,0	48,0	54,3	48,8	51,2

Fontes: (1) FIBGE, PNAD/86
Fontes: (2) Camarano, 1988

TABELA II.5
MORTALIDADE INFANTIL PROPORCIONAL, SEGUNDO ALGUNS GRUPOS DE CAUSAS DE ÓBITOS - BRASIL E ALGUMAS REGIÕES - 1979-1986

(%)

CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL PROPORCIONAL	BRASIL		NORDESTE		SUL		SUDESTE	
	1979	1986	1979	1986	1979	1986	1979	1986
Inf. Intestinais	26.2	16.6	44.0	29.9	17,0	8,8	18.5	10.4
Imuno-Preveníveis	2.1	1.1	1.7	1.6	4,0	0,7	2.2	0.9
Septicemia	5.4	8.5	4.6	8.5	5,4	6,4	5.9	8.6
Desnutrição	6.5	5.5	4.2	6.5	6,8	3,1	7.7	5.2
IRA	16.9	15.3	12.4	13.2	17,0	18,9	19.0	16.4
Congênitas	5.2	7.4	2.8	4.7	8,3	12,2	6.0	8.4
Prematuridade	7.5	6.2	7.4	7.5	10,5	4,7	7.3	5.6
Externas	0.5	1.0	0.5	0.7	1,2	2,9	0.4	1.0

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989a

TABELA II.5.A
MORTALIDADE PROPORCIONAL DE 1 A 4 ANOS, SEGUNDO ALGUNS GRUPOS DE CAUSAS DE ÓBITOS - BRASIL E ALGUMAS REGIÕES - 1979-1986

(%)

CAUSAS DE MORTALIDADE PROPORCIONAL - 1-4 ANOS	BRASIL		NORDESTE		SUL		SUDESTE	
	1979	1986	1979	1986	1979	1986	1979	1986
Inf. Intestinais	16.7	12.0	29.5	20.9	10,4	5,6	7.6	4.2
Imuno-Preveníveis	12.9	6.0	10.6	8.6	19,7	1,7	14.2	4.1
Septicemia	2.4	3.2	2.9	3.4	1,5	3,4	2.1	3.2
Desnutrição	6.9	6.3	6.0	8.4	10,9	7,7	7.4	4.6
IRA	26.5	23.3	24.5	23.0	19,2	14,6	28.6	24.6
Congênitas	3.6	4.6	1.9	3.0	6,5	12,0	4.8	5.7
Prematuridade	0.0	0.0	0.0	0.0	0,0	0,0	0.0	0.0
Externas	9.4	15.2	6.6	10.5	12,2	24,0	10.9	18.1

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989a

TABELA II.5.B
MORTALIDADE PROPORCIONAL DE 0 A 4 ANOS, SEGUNDO ALGUNS GRUPOS DE CAUSAS DE ÓBITOS - BRASIL E ALGUMAS REGIÕES - 1979-1986

(%)

CAUSAS DE MORTALIDADE PROPORCIONAL - 0-4 ANOS	BRASIL		NORDESTE		SUL		SUDESTE	
	1979	1986	1979	1986	1979	1986	1979	1986
Inf. Intestinais	25.0	16.0	41.6	28.2	16,2	8,4	17.3	9.7
Imuno-Preveníveis	3.5	1.8	3.2	2.9	6,0	0,8	3.5	1.3
Septicemia	5.0	7.8	4.3	7.5	4,9	6,0	5.5	8.0
Desnutrição	6.6	5.6	4.5	6.8	7,4	3,7	7.6	5.1
IRA	18.1	16.4	14.4	15.0	17,2	18,4	20.1	17.3
Congênitas	5.0	7.0	2.7	4.4	8,1	12,2	5.9	8.1
Prematuridade	6.5	5.3	6.2	6.1	9,2	4,2	6.5	4.9
Externas	1.6	2.9	1.5	2.5	2,6	4,5	1.6	2.9

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989a

TABELA II.5.C
MORTALIDADE INFANTIL ESPECÍFICA, SEGUNDO ALGUNS GRUPOS DE CAUSAS DE ÓBITOS - BRASIL E ALGUMAS REGIÕES - 1979 E 1986

(mil)

CAUSAS DE MORTALIDADE PROPORCIONAL	BRASIL		NORDESTE		SUL		SUDESTE	
	1979	1986	1979	1986	1979	1986	1979	1986
Inf. Intestinais	19,7	8,8	50,9	23,7	3,2	1,6	9,9	3,9
Imuno-Preveníveis	1,6	0,6	2,0	1,3	7,5	0,5	1,2	0,3
Septicemia	4,1	4,5	5,3	6,7	0,7	1,3	3,2	3,2
Desnutrição	4,9	2,9	4,9	5,2	3,2	1,3	4,1	2,0
IRA	12,7	8,1	14,3	10,5	8,7	5,3	10,1	6,2
Congênitas	5,9	3,9	3,2	3,7	2,5	2,4	3,2	3,2
Prematuridade	5,6	3,3	8,6	6,0	0,0	0,0	3,9	2,1
Externas	0,4	0,5	0,6	0,6	9,2	10,6	0,2	0,4

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989a

TABELA II.5.D
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR INFECÇÕES INTESTINAIS, POR FAIXA ETÁRIA E ALGUMAS GRANDES REGIÕES - 1979-1986

(%)

ANOS	BRASIL			NORDESTE			SUDESTE		
	0-1 ANO	1-4 ANOS	0-4 ANOS	0-1 ANO	1-4 ANOS	0-4 ANOS	0-1 ANO	1-4 ANOS	0-4 ANOS
1979	26,2	16,7	25,0	44,0	29,5	41,6	18,5	7,6	17,3
1980	24,4	16,3	23,4	40,4	26,3	38,1	17,0	8,5	16,1
1981	22,6	17,4	22,0	39,0	28,1	37,3	15,8	9,5	15,1
1982	21,1	15,7	20,5	36,9	27,7	35,5	14,9	8,3	14,2
1983	20,6	15,5	19,9	37,1	25,7	35,2	12,4	6,6	11,8
1984	19,8	19,9	19,1	34,2	22,7	32,2	13,1	8,7	12,6
1985	17,2	13,4	16,7	30,3	20,7	28,6	10,9	6,9	10,4
1986	16,6	12,0	16,0	29,9	20,9	28,2	10,4	4,2	9,7

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989a

TABELA II.5.E
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IRA, POR FAIXA ETÁRIA E ALGUMAS GRANDES REGIÕES - 1979-1986

(%)

ANOS	BRASIL			NORDESTE			SUDESTE		
	0-4 ANOS	0-1 ANO	1-4 ANOS	0-4 ANOS	0-1 ANO	1-4 ANOS	0-4 ANOS	0-1 ANO	1-4 ANOS
1979	18,1	16,9	26,5	14,4	12,4	24,5	20,1	19,0	28,6
1980	17,6	16,4	25,7	13,4	11,6	22,7	20,1	19,0	28,9
1981	18,1	17,3	24,1	14,5	13,0	22,5	20,2	19,6	25,6
1982	19,0	18,3	24,0	14,1	12,8	21,7	21,6	21,1	25,9
1983	16,3	15,4	22,6	13,6	11,8	22,8	18,1	17,5	22,9
1984	16,8	16,0	21,9	13,7	12,5	19,5	18,7	17,9	24,2
1985	15,6	14,7	21,7	14,3	12,6	22,2	16,5	15,9	21,9
1986	16,4	15,3	23,3	15,0	13,2	23,0	17,3	16,4	24,6

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989a

TABELA II.6
% DE CRIANÇAS DE 0-59 MESES ABAIXO DO DESVIO-PADRÃO 2 DE ALTURA PARA A IDADE, PESO PARA A ALTURA E PESO PARA A IDADE (INCLUSIVE A CLASSIFICAÇÃO DE GOMEZ), POR LUGAR DE RESIDÊNCIA, SEXO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA MÃE - NORDESTE - 1986

RESIDÊNCIA SEXO NÍVEL DE ESCOLARIDADE	% DE CRIANÇAS ABAIXO DO DP 2 PARA:			CLASSIFICAÇÃO DE GOMEZ			
	ALTURA PARA IDADE	PESO PARA ALTURA	PESO PARA IDADE	NORMAL	I	II	III
TOTAL	28,4	0,9	12,7	57,5	35,3	6,5	0,7
LUGAR DE RESIDÊNCIA							
Urbano	21,3	0,9	9,8	63,6	31,0	4,7	0,7
Rural	35,2	0,9	15,5	51,8	39,3	8,2	0,7
SEXO							
Meninos	31,2	1,2	12,4				
Meninas	28,9	0,5	13,0				
NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA MÃE							
Nenhum	41,1	1,4	34,2				
Primário incompleto	33,5	1,1	31,8				
Primário completo	18,5	1,4	23,4				

Fonte: Baez & Monteiro, 1987

TABELA III.1
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL E ÍNDICE DE CRESCIMENTO DA MATRÍCULA INICIAL DO ENSINO PRÉ-ESCOLAR POR DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA - BRASIL E NORDESTE - 1970-1987

REGIÃO/ ANOS	TOTAL	DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA					ÍNDICE DE CRESCIMENTO				
		TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PARTICULAR	TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PARTICULAR
BRASIL											
1970	374,267	100,00	0,42	45,12	13,61	40,84	100	100	100	100	100
1975	566,008	100,00	0,33	25,91	24,38	49,38	151	118	87	271	183
1980	1.335,317	100,00	0,65	24,55	28,57	46,24	357	547	194	749	404
1984	2.481,696	100,00	2,90	26,92	36,16	34,06	663	4,544	396	1,762	553
1987	2.934,070	100,00	0,92	20,88	42,24	35,95	784	1,707	363	2,433	690
NORDESTE											
1970	70,956	100,00	0,22	28,90	16,50	54,37	100	100	100	100	100
1975	103,310	100,00	0,53	15,75	18,51	65,21	146	345	79	163	175
1980	322;002	100,00	0,83	23,23	20,22	55,72	454	1,681	365	556	465
1984	850,074	100,00	1,32	22,95	40,17	35,57	1,198	7,036	951	2,916	784
1987	947,658	100,00	1,20	23,11	43,23	32,46	1,336	7,156	1,068	3,499	797

Fonte: SEEC/MEC

TABELA III.2
CARACTERÍSTICAS DA FREQUÊNCIA A CRECHE E PRÉ-ESCOLAR ENTRE CRIANÇAS DE 2 A 6 ANOS - REGIÕES METROPOLITANAS - 1985

(%)

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	BELEM	FOR.	REC.	SAL.	BHZ	RIO	S.P.	CUR.	P.A.	D.F.
Frequência à creche ou pré-escola	23,2	27,3	28,7	22,5	25,1	21,4	27,1	21,7	18,5	16,3	24,4
Tipo de creche/Pré-escola											
Particular	56,8	59,0	48,6	59,3	63,8	68,5	70,1	41,8	57,4	52,9	40,6
Pública	34,2	32,8	46,9	27,0	27,0	25,0	21,5	50,0	32,7	30,3	50,4
Paga para frequentar creche ou pré-escola	87,4	85,8	86,9	78,0	87,0	92,8	90,1	84,7	90,0	91,3	88,3
Porque não frequenta:											
não houve necessidade	70,0	77,8	73,0	67,6	69,6	67,1	64,9	71,9	64,9	75,2	68,4
falta de condições financ.	15,1	10,7	10,6	21,0	18,9	18,4	20,6	10,4	13,8	10,6	17,1
distante da residência	5,0	3,0	6,5	2,9	2,4	5,7	4,3	6,2	9,6	4,8	3,8
Não frequentam	76,8	72,7	71,3	77,5	74,9	78,6	72,9	78,3	81,5	83,7	75,6
Até 1/2 SM per capita	37,7	48,4	61,6	59,7	48,5	46,1	44,3	25,0	36,6	25,1	39,5
Mais de 2 SM per capita	13,2	10,3	7,2	5,0	10,9	15,4	10,1	15,8	13,1	18,7	18,2

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Tabulações Especiais

TABELA III.3
CRIANÇAS DE 5 A 6 ANOS DE IDADE QUE FREQUENTAM A ESCOLA, SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO E SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

(%)

RENDIMENTO E DOMICÍLIO	1981		1987 (1)	
	BRASIL	NORDESTE	BRASIL	NORDESTE
TOTAL	23,5	26,8	46,9	48,5
ATÉ 1/4 SM PER CAPITA	14,1	17,8	32,0	37,0
MAIS DE 2 SM PER CAPITA	59,8	76,8	79,6	90,0
URBANO				
TOTAL	30,0	38,8	54,8	62,1
ATÉ 1/4 SM PER CAPITA	19,9	26,4	41,2	48,2
MAIS DE 2 SM PER CAPITA	60,3	77,9	81,0	90,2
RURAL				
TOTAL	11,2	15,2	28,2	33,8
ATÉ 1/4 SM PER CAPITA	10,1	13,0	33,4	30,2
MAIS DE 2 SM PER CAPITA	43,6	54,1	46,2	86,3

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c
(1) Salário ajustado a 1981

TABELA III.4
CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE QUE FREQUENTAM A CRECHE OU A PRÉ-ESCOLA, POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA - SÃO PAULO - 1985

(%)

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL 0 - 6 ANOS	GRUPOS DE IDADE		
		ATÉ 1 ANO	2-3 ANOS	4-6 ANOS
Até 1/4 SM	7,7		4,0	15,9
1/4 a 1/2 SM	12,1	2,0	7,3	21,0
1/2 a 1 SM	15,6	2,6	7,4	30,3
Mais de 1 SM	30,3	5,4	18,7	53,7
TOTAL	21,7	3,7	12,7	39,7

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Suplemento "Situação do Menor", 1989

TABELA III.4.A
CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE QUE FREQUENTAM A CRECHE OU A PRÉ-ESCOLA, POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA - FORTALEZA - 1985

(%)

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL 0 - 6 ANOS	GRUPOS DE IDADE		
		ATÉ 1 ANO	2-3 ANOS	4-6 ANOS
Até 1/4 SM	25,2	2,1	9,6	47,6
1/4 a 1/2 SM	22,4		6,3	49,2
1/2 a 1 SM	28,8	1,0	12,1	60,6
Mais de 1 SM	44,6	1,1	28,3	84,2
TOTAL	28,7	0,9	12,9	58,5

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Suplemento "Situação do Menor", 1989

TABELA III.4.B
CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE QUE FREQUENTAM A CRECHE OU A PRÉ-ESCOLA, POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA - RECIFE - 1985

(%)

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL 0 - 6 ANOS	GRUPOS DE IDADE		
		ATÉ 1 ANO	2-3 ANOS	4-6 ANOS
Até 1/4 SM	12,7	1,4	2,6	24,7
1/4 a 1/2 SM	16,3	0,6	5,8	32,4
1/2 a 1 SM	22,6	0,4	10,9	42,5
Mais de 1 SM	44,3	6,1	36,4	73,5
TOTAL	22,5	2,0	12,8	41,4

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Suplemento "Situação do Menor", 1989

TABELA III.4.C
CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE QUE FREQUENTAM A CRECHE OU A PRÉ-ESCOLA, POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA - PORTO ALEGRE - 1985

(%)

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL 0 - 6 ANOS	GRUPOS DE IDADE		
		ATÉ 1 ANO	2-3 ANOS	4-6 ANOS
Até 1/4 SM	7,0	2,2	3,6	12,1
1/4 a 1/2 SM	7,0	1,3	5,7	11,6
1/2 a 1 SM	8,9	3,0	5,5	14,6
Mais de 1 SM	24,9	7,6	16,6	41,5
TOTAL	16,3	4,8	11,1	27,3

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Suplemento "Situação do Menor", 1989

TABELA III.4.D
CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE QUE FREQUENTAM A CRECHE OU A PRÉ-ESCOLA, POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA - RIO DE JANEIRO - 1985

(%)

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL 0 - 6 ANOS	GRUPOS DE IDADE		
		ATÉ 1 ANO	2-3 ANOS	4-6 ANOS
Até 1/4 SM	13,3	1,4	5,1	26,4
1/4 a 1/2 SM	15,3	1,2	3,8	29,3
1/2 a 1 SM	24,6	1,3	8,9	48,8
Mais de 1 SM	43,0	4,1	27,3	74,2
TOTAL	27,1	2,2	13,3	50,0

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Suplemento "Situação do Menor", 1989

TABELA III.4.E
CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE QUE FREQUENTAM A CRECHE OU A PRÉ-ESCOLA, POR ÁREAS METROPOLITANAS, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE - 1985

(%)

GRUPOS DE IDADE	ÁREAS METROPOLITANAS										
	TOTAL	BELEM	FOR.	REC.	SAL.	BHZ	RIO	S.P.	CUR.	P.A.	D.F.
0 - 6 ANOS	23,2	27,3	28,7	22,5	25,1	21,4	27,1	21,7	18,4	16,3	24,4
ATÉ 1 ANO	2,4	0,9	0,9	2,0	1,0	3,1	2,2	3,7	3,3	4,8	2,3
2 - 3 ANOS	11,7	11,8	12,9	12,8	7,6	11,4	13,3	12,7	11,3	11,1	11,7
4 - 6 ANOS	43,9	54,5	58,5	41,4	50,5	38,6	50,0	39,7	31,3	27,3	46,8

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Suplemento "Situação do Menor", 1989

TABELA III.5
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL E ÍNDICE DE CRESCIMENTO DA MATRÍCULA INICIAL DO ENSINO DE 1o. GRAU POR DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA - BRASIL E NORDESTE - 1970-1988

(%)

REGIÃO/ ANOS	TOTAL	DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA					ÍNDICE DE CRESCIMENTO				
		TOTAL	FED.	EST.	MUN.	PART.	TOTAL	FED.	EST.	MUN.	PART.
BRASIL											
1970	15,407	100,00	0,65	60,01	25,73	13,61	100	100	100	100	100
1975	19,556	100,00	1,51	55,36	30,28	12,85	127	295	117	149	120
1980	22,601	100,00	0,75	52,78	33,64	12,82	147	170	129	192	138
1985	24,769	100,00	0,47	57,25	30,21	12,07	161	117	153	189	143
1988	26,825	100,00	0,50	56,64	30,61	12,25	174	133	164	207	157
NORDESTE											
1970	3,754	100,00	0,68	39,44	44,45	15,44	100	100	100	100	100
1975	5,217	100,00	0,35	38,64	46,23	14,78	139	71	136	145	133
1980	6,757	100,00	0,21	32,67	52,83	14,29	180	56	149	214	167
1985	7,440	100,00	0,25	41,38	45,47	12,89	198	73	208	203	166
1988	8,305	100,00	0,25	41,09	45,42	13,24	221	82	231	226	190

Fonte: SEEC/MEC

TABELA III.6
TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE 7 A 14 ANOS, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO GRUPO DE IDADE E RENDA FAMILIAR PER CAPITA - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

(%)

GRUPOS DE IDADE	1981						1987					
	BRASIL			NORDESTE			BRASIL			NORDESTE		
	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL
7 - 14 ANOS	75,6	83,8	59,2	65,0	77,9	51,9	83,2	88,5	71,3	77,9	85,0	70,0
7 - 9 ANOS	70,7	79,3	53,9	57,3	71,3	43,5	84,5	89,6	72,9	76,1	84,5	66,9
10 - 14 ANOS	78,7	86,6	62,6	70,1	82,1	57,6	82,3	87,7	70,2	79,0	85,2	72,0
ATÉ 1/2 SM FAMILIAR PER CAPITA(1)												
7 - 14 ANOS	67,2	76,5	56,7	60,6	73,0	51,1	76,0	81,8	69,2	74,0	80,4	68,8
7 - 9 ANOS	60,7	69,8	50,6	52,2	64,9	42,7	76,4	81,9	70,0	71,7	79,3	65,7
10 - 14 ANOS	71,6	81,0	60,9	66,4	78,3	57,0	75,5	81,7	68,7	75,6	81,2	80,0

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

(1) Salário de 1987 ajustado para 1981

TABELA III.7
POPULAÇÃO DE 7 A 17 ANOS QUE NÃO FREQUENTA A ESCOLA, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO GRUPO DE IDADE E RENDA FAMILIAR PER CAPITA - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

(milhões)

GRUPOS DE IDADE	1981						1987					
	BRASIL			NORDESTE			BRASIL			NORDESTE		
	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL
TOTAL	9,5	4,6	4,9	3,9	1,3	2,7	8,3	4,4	4,0	3,1	1,2	1,9
7 - 9 ANOS	2,6	1,2	1,4	1,3	0,4	0,9	1,6	0,7	0,9	0,8	0,3	0,5
10 - 14 ANOS	3,0	1,3	1,8	1,4	0,4	1,0	2,7	1,3	1,4	1,1	0,4	0,7
15 - 17 ANOS	3,9	2,1	1,7	1,2	0,5	0,8	4,0	2,4	1,7	1,2	0,5	0,7
ATÉ 1/2 SM FAMILIAR PER CAPITA(1)												
TOTAL	6,7	2,6	4,1	3,4	1,1	2,4	5,3	2,2	3,2	2,7	0,8	1,7
7 - 9 ANOS	2,1	0,9	1,3	1,2	0,4	0,8	1,3	0,5	0,8	0,8	0,3	0,5
10 - 14 ANOS	2,3	0,8	1,5	1,2	0,4	0,9	1,9	0,8	1,2	1,0	0,4	0,6
15 - 17 ANOS	2,2	0,9	1,3	1,0	0,3	0,6	2,1	0,9	1,2	0,9	0,3	0,6

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

(1) Salário de 1987 ajustado para 1981

TABELA III.8
INDICADORES EDUCACIONAIS, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE - BRASIL E NORDESTE - 1981-1987

(%)

GRUPOS DE IDADE	TAXA DE ANALFABETISMO		ATÉ 1 ANO DE ESTUDO		NÃO FREQUENTAM MAS JÁ FREQUENTARAM A ESCOLA		ÁREA E SÉRIE	TAXA DE REPETÊNCIA		TAXA DE EVASÃO		EFICIÊNCIA	
	1979	1987	1981	1987	1981	1987		1979	1985	1979	1984	1973-80	1977-84
BRASIL							**BRASIL**						
7 - 14 ANOS	30,0	28,0	-	-	6,6	6,8	TOTAL	17,4	19,8	10,0	12,4	18,4	17,5
7 - 9 ANOS	47,6	44,3	-	-	1,0	1,2	1a. SÉRIE	22,5	24,5	12,0	14,4	-	35.0
10 - 14 ANOS	19,0	17,0	22,5	17,7	10,1	10,6							
NORDESTE							**NORDESTE**						
7 - 14 ANOS	53,5	51,1	-	-	4,5	4,6	TOTAL	13,9	21,2	11,5	14,4		
7 - 9 ANOS	73,2	71,6	-	-	1,2	1,4	1a. SÉRIE	14,4	25,5	11,9	15,4		
10 - 14 ANOS	41,3	37,4	42,8	35,6	6,7	6,8							

Fontes: FIBGE, PNAD/79-81-87;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: SEEC/MEC.

(*) Até a 4a. série

TABELA IV.1
POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA), TAXA DE PARTICIPAÇÃO E PROPORÇÃO DA PEA COM CARTEIRA ASSINADA - BRASIL - 1978-1987

ANOS	PEA POR FAIXA ETÁRIA (mil)		TAXA DE ATIVIDADE %			PROPORÇÃO COM CARTEIRA ASSINADA %	
	10 ANOS OU MAIS (A)	10 - 17 ANOS (B)	PROPORÇÃO (B/A)	10-14 ANOS	15-17 ANOS	10 ANOS OU MAIS	10-17 ANOS
1978	41,596	6,947	15,6	19,6	44,9	36,8	16,3
1979	43,027	6,837	15,9	20,7	50,2	37,2	15,9
1981	47,488	6,922	14,6	19,3	49,4	37,3	14,4
1982	49,885	7,187	14,4	20,6	51,2	36,3	12,7
1983	50,941	6,806	13,4	18,5	49,7	34,3	11,2
1984	52,443	6,855	13,1	18,5	49,8	35,0	10,8
1985	55,636	7,332	13,2	19,4	51,8	36,5	12,1
1986	56,816	7,318	12,9	18,8	51,3	38,2	16,1
1987	59,543	7,436	12,5	18,7	52,4	38,5	16,4
MÉDIAS							
1978-1979	-	-	15,8	20,2	47,6	37,0	16,1
1981-1984	-	-	13,9	19,2	50,0	35,7	12,3
1985-1986	-	-	13,1	19,1	51,6	37,4	14,1

Fonte: FIBGE, PNADs

TABELA IV.2
PESSOAS OCUPADAS DE 10-17 ANOS, POR RAMOS DE ATIVIDADE - BRASIL, NORDESTE E ALGUMAS REGIÕES METROPOLITANAS - 1981-1988

(%)

ANOS	AGRICULTURA		S.PAULO			RECIFE			SALVADOR		
	BRASIL	NORDESTE	IND.	SERV.	COM.	IND.	SERV.	COM.	IND.	SERV.	COM.
1981	49,8	63,5									
1982	-	-	35,3	37,1	20,4	11,9	40,2	24,8	6,5	54,4	25,6
1983	46,2	50,8	32,8	38,2	22,7	11,0	42,5	24,1	5,5	54,7	26,6
1984	-	-	27,8	39,9	25,8	7,9	45,1	25,8	5,6	59,4	22,3
1985	-		31,2	38,7	23,8	8,5	46,5	26,9	5,9	59,9	20,9
1986	42,9	62,9	36,1	36,7	21,9	10,8	46,1	22,3	6,4	58,4	19,9
1987	42,2	59,3	39,5	36,2	19,8	11,3	45,1	21,4	7,7	57,4	18,4
1988	-	-	34,9	39,9	19,4	10,8	46,9	22,0			

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989c

TABELA IV.3
TAXA DE DESEMPREGO ABERTO E SUBREMUNERAÇÃO DAS PESSOAS OCUPADAS DE 10 ANOS E MAIS DE IDADE, POR FAIXAS ETÁRIAS - ALGUMAS REGIÕES METROPOLITANAS - 1982-1988

(%)

ANOS	TAXA DE DESEMPREGO ABERTO DAS PESSOAS OCUPADAS						PESSOAS OCUPADAS SEM RENDIMENTO E COM RENDIMENTO ATÉ 1/2 SM (4)					
	10 A 17 ANOS			15 ANOS E MAIS			10 A 17 ANOS			18 A 24 ANOS		
	S.P.	REC.	SAL.	S.P.	REC.	SAL.	S.P.	REC.	SAL.	S.P.	REC.	SAL.
1982 (1)	11,8	8,9	6,2	5,0	6,4	5,3	17,4	57,6	57,6	3,1	14,8	12,8
1983	16,9	9,0	5,9	6,7	8,0	5,6	22,6	58,5	58,7	2,9	17,6	14,0
1984	18,6	11,4	7,0	6,8	8,9	7,7	23,7	72,3	69,2	4,5	25,1	19,5
1985	14,7	8,7	5,3	5,0	7,0	6,0	22,2	74,4	70,9	4,2	26,8	21,3
1986	9,3	5,0	3,7	3,3	4,4	4,2	13,2	62,7	61,4	2,3	18,6	15,8
1987 (2)	9,5	7,1	3,6	3,8	5,2	4,0	6,1	49,3	42,8	0,9	12,0	8,4
1988 (3)	11,1	8,4	-	4,2	5,8	4,9	-	-		-	-	-
MÉDIAS												
1984-1984	17,8	10,2	6,5	6,7	8,5	6,7	23,2	65,4	64,0	3,7	21,4	16,8
1985-1986	12,0	5,9	4,5	4,2	5,7	5,1	17,7	68,6	66,2	3,3	22,7	18,6
1987-1988	10,3	7,8	-	4,0	5,5	4,4	-	-	-	-	-	-

Fontes: FIBGE, PNADs;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

NOTA: (1) De julho a dezembro
NOTA: (2) De janeiro a setembro, exceto julho
NOTA: (3) De janeiro a setembro
NOTA: (4) Salário nominal não ajustado

TABELA IV.4
MENINO TRABALHADOR DE 10 A 17 ANOS NAS REGIÕES METROPOLITANAS DE SÃO PAULO E RECIFE - 1987

(mil)

GRUPOS DE IDADE	DO TOTAL DE MENINOS,	QUANTOS: TRABALHAM	COM CARTEIRA ASSINADA,	COM RENDIMENTO DE ATÉ 1/2 SAL.MÍNIMO, (*)	OU ESTÃO DESEMPREGADOS
TOTAL-SÃO PAULO	2.353,4	521,3	296,8	68,8	66,3
10-14 ANOS	1.484,8	103,2	27,6	-	18,4
15-17 ANOS	868,6	418,2	265,3	-	47,9
TOTAL-RECIFE	503,2	75,5	6,0	47,3	8,6
10-14 ANOS	314,3	24,0	0,4	-	0,4
15-17 ANOS	188,8	51,6	5,6	-	8,2

Fontes: FIBGE, PNAD/87;
Fontes: FIBGE, PME 1987
(*) PME/86

TABELA IV.5
O MENINO TRABALHADOR NA ÁREA URBANA DO BRASIL - 1981 E 1987

(milhoes)

TOTAL E GRUPOS DE IDADE	TOTAL DE MENINOS DA ÁREA URBANA NA PEA		DESSES MENINOS											
			VEM DE FLIAS POBRES ATÉ 1/2 SM (1)		ESTUDAM E TRABALHAM (1)		TRABALHAM MAIS DE 40 HS SEMANAIS (2)		GANHAM ATÉ 1/2 SM (2)		TRABALHAM EM INDÚSTRIA (2)		TRABALHAM EM SERVIÇOS (2)	
	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987
TOTAL	3,7	4,3	1,5	1,1	1,6	2,0	2,8	2,9	1,5	1,5	0,9	1,0	1,0	1,2
10-14 ANOS	1,1	1,4	0,6	0,5	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,2	0,2	0,4	0,5
15-17 ANOS	2,5	2,9	0,9	0,6	1,0	1,2	2,1	2,2	0,8	0,7	0,7	0,8	0,6	0,8

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF,1989c

(1) Com base na PEA
(2) Com base nas pessoas ocupadas

TABELA IV.6
PROPORÇÃO DE CRIANÇAS QUE TRABALHAM E ESTUDAM, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

GRUPOS DE IDADE	1981				1987			
	TOTAL(1)	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL(1)	TOTAL	URBANO	RURAL
BRASIL								
10 - 17 ANOS	2,584	11,4	10,6	13,0	3,042	12,6	11,7	14,6
10 - 14 ANOS	1,223	8,6	6,0	13,8	1,466	9,5	7,0	14,9
15 - 17 ANOS	1,351	16,0	18,0	11,4	1,576	18,2	19,9	14,0
NORDESTE								
10 - 17 ANOS	688	9,4	7,9	11,0	1,027	12,9	10,0	16,4
10 - 14 ANOS	351	7,5	4,9	10,2	576	11,0	6,5	16,1
15 - 17 ANOS	338	12,8	13,0	12,6	451	16,7	16,4	17,1

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

(1) mil pessoas

TABELA IV.7
PROPORÇÃO DE ESTUDANTES NO TOTAL DE CRIANÇAS TRABALHADORAS, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

GRUPOS DE IDADE	1981				1987			
	TOTAL(1)	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL(1)	TOTAL	URBANO	RURAL
BRASIL								
10 - 17 ANOS	2,584	37,3	44,5	29,0	3,042	40,9	45,9	34,1
10 - 14 ANOS	1,223	44,3	51,7	39,3	1,466	50,7	55,3	46,6
15 - 17 ANOS	1,351	32,4	41,2	18,2	1,576	34,7	41,5	22,0
NORDESTE								
10 - 17 ANOS	688	31,2	39,7	25,0	1,027	43,3	47,3	40,8
10 - 14 ANOS	351	33,8	42,2	30,6	576	52,8	54,3	52,1
15 - 17 ANOS	338	28,9	38,3	22,1	451	35,2	43,2	28,6

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

(1) mil pessoas

TABELA IV.8
PESSOAS DE 0 A 17 ANOS QUE NÃO RESIDEM COM A MÃE, POR REGIÕES METROPOLITANAS, SEGUNDO IDADE, MOTIVO DE NÃO-RESIDÊNCIA, RESIDÊNCIA ATUAL E ATIVIDADE - 1985

(mil)

RESIDÊNCIA	TOTAL		BELEM		FORTALEZA		RECIFE		SALVADOR		BELO HORIZONTE		RIO DE JANEIRO		SÃO PAULO		CURITIBA		PORTO ALEGRE		DISTRITO FEDERAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	16.239,8	100,0	462,3	100,0	816,5	100,0	1.164,8	100,0	894,1	100,0	1.257,3	100,0	3.562,9	100,0	5.751,4	100,0	724,0	100,0	921,2	100,0	685,3	100,0
NÃO MORAM C/ A MÃE	667,9	4,1	30,9	6,7	44,1	5,4	58,2	5,0	36,5	4,1	39,1	3,1	167,0	4,7	198,9	3,5	25,4	3,5	36,7	4,0	31,1	4,5
IDADE																						
0-6 ANOS	191,1	28,5	10,9	35,3	13,9	31,6	15,3	25,9	11,4	31,1	10,3	26,3	40,8	24,4	63,4	31,8	5,1	19,6	9,3	24,9	10,7	34,2
7-14 ANOS	320,2	47,7	13,7	44,3	20,0	45,3	30,0	51,0	16,7	45,5	19,7	50,3	84,7	50,7	93,4	46,9	12,6	48,5	16,5	44,0	12,9	41,2
15-17 ANOS	156,6	23,3	6,3	20,4	10,2	23,1	12,9	21,9	8,4	22,8	9,1	23,1	41,5	24,8	42,1	21,1	7,7	29,8	10,9	29,0	7,5	23,8
MOTIVO																						
ECONÔMICO	249,6	37,2	11,6	37,3	20,1	45,5	20,2	34,3	14,0	38,1	15,9	40,6	59,4	35,6	73,9	37,1	7,6	29,3	12,0	32,0	14,9	47,7
SEPARAÇÃO	193,1	28,8	9,9	31,8	11,4	25,7	19,6	33,3	10,3	28,0	9,3	23,7	53,7	32,1	55,4	27,8	6,8	26,4	10,3	27,5	6,4	20,4
ESTUDO, TRABALHO E/OU CASAMENTO	88,8	13,2	4,0	13,0	4,8	10,9	7,4	12,6	5,9	16,0	5,7	14,6	18,9	11,3	23,9	12,0	5,9	23,0	7,4	19,8	4,9	15,8
RESIDEM																						
OUTROS PARENTES	383,1	57,1	19,5	62,7	25,6	57,8	33,3	56,6	20,3	55,4	19,1	48,6	94,2	56,4	119,1	59,8	12,1	46,8	22,6	60,2	17,3	55,4
NÃO PARENTES	75,9	11,3	4,7	15,0	7,6	17,2	5,8	9,8	3,8	10,5	7,3	18,6	19,6	11,7	16,4	8,2	3,6	14,1	3,8	10,2	3,3	10,4
INSTITUIÇÃO	-	-	0,2	0,5	0,4	0,8	0,6	1,0	0,4	1,0	-	-	0,8	0,4	2,7	1,1	-	-	0,5	1,2	-	-
ATIVIDADE (1)																						
NENHUMA	169,7	2,6	5,4	2,6	11,8	3,6	21,1	4,3	7,5	0,2	17,4	3,4	41,9	2,8	47,3	2,1	3,3	1,2	8,4	2,3	5,6	2,1
PROCURAM TRABALHO E NÃO ESTUDAM	94,6	1,5	0,5	0,3	3,7	1,1	1,8	0,4	0,7	2,1	7,7	1,5	19,3	1,3	46,0	2,1	7,3	2,6	5,7	1,6	1,9	0,7

Fonte: FIBGE, PNAD/85, Tabulações Especiais
(1) Pessoas de 10 a 17 anos de idade.

TABELA IV.9
FILHOS DE 0 A 17 ANOS QUE NÃO RESIDEM COM A MÃE POR FALTA DE CONDIÇÕES FINANCEIRAS OU SEPARAÇÃO DOS PAIS E QUE RESIDEM ATUALMENTE COM OUTROS PARENTES, NÃO PARENTES E OUTROS, SEGUNDO REGIÕES METROPOLITANAS - 1985

REGIÕES METROPOLITANAS	TOTAL	%
TOTAL	300,902	44,8
BELEM	16,224	52,3
FORTALEZA	24,206	54,7
RECIFE	26,955	45,8
SALVADOR	15,360	41,9
BELO HORIZONTE	15,937	40,6
RIO DE JANEIRO	75,621	45,3
SÃO PAULO	85,040	42,7
CURITIBA	10,258	39,6
PORTO ALEGRE	16,724	44,6
DISTRITO FEDERAL	14,577	46,5

Fonte: FIBGE, PNAD/85 - Tabulações Especiais

TABELA IV.10
MENORES DE 10-17 ANOS, NA ÁREA URBANA, QUE NÃO FREQUENTAM A ESCOLA, POR TIPO DE ATIVIDADE, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE - BRASIL - 1981 E 1987

(milhões)

GRUPOS DE IDADE	1981			1987		
	SÓ TRABALHAM	AFAZERES DOMÉSTICOS	NENHUMA ATIVIDADE	SÓ TRABALHAM	AFAZERES DOMÉSTICOS	NENHUMA ATIVIDADE
TOTAL	2.048,0	975,0	512,0	2.336,0	943,7	528,7
10-14 ANOS	532,0	456,0	323,0	606,4	416,0	322,9
15-17 ANOS	1.516,0	519,0	189,0	1.729,7	527,7	205,9

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988

TABELA IV.11
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO ATENDIMENTO INDIRETO DA FUNABEM, POR MODALIDADES SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1987

BRASIL E GRANDES REGIÕES	TOTAL	CARENTES	AUTOR DE INFRAÇÃO	ABANDONADO	SITUAÇÃO DE RISCO	OUTROS
BRASIL	100,0	25,6	3,6	5,8	64,5	0,5
NORTE	100,0	30,7	1,3	1,9	65,0	1,1
NORDESTE	100,0	18,2	0,8	3,2	77,4	0,4
SUDESTE	100,0	15,2	12,3	15,5	56,6	0,4
SUL	100,0	54,9	-	1,3	43,4	0,4
CENTRO-OESTE	100,0	23,1	1,5	4,6	70,8	-

Fonte: FUNABEM - Relatório Anual 1987

TABELA IV.12
O MENINO DE RUA EM FORTALEZA E RECIFE, 1987-1988

CARACTERÍSTICAS	FORTALEZA (%)	RECIFE (%)	CARACTERÍSTICAS	FORTALEZA (%)	RECIFE (%)
SEXO			**ONDE DORME**		
Masculino	90,0	90,0	Em casa	87,0	77,0
Feminino	10,0	10,0	Outros	13,0	23,0
IDADE			**ATIVIDADES**		
7-10 anos	18,0	26,0	Trabalha	77,9	78,0
11-14 anos	53,0	61,0	Pedinte	13,0	14,0
15-18 anos	28,0	12,0	Brinca	6,7	5,0
N/S, outras	1,0	1,0	Perambula	2,4	3,0
GRAU DE INSTRUÇÃO			**DISTRIBUIÇÃO DO GANHO**		
Analfabeto	27,0	27,0	Família	70,0	69,0
Alfabetizado	10,0	12,0	Benefício próprio	30,0	26,0
1-4 série	-	53,0	Outros		5,0
5-8 série	12,0	8,0			
FREQUÊNCIA À ESCOLA			**SATISFAÇÃO NA RUA**		
Estuda	63,0	42,0	Sim	69,5	62,5
Não estuda	37,0	58,0	Não	22,2	34,7
			Inseguro	6,1	-
RESIDEM COM					
Pais	-	37,7			
Mãe	36,3	30,4			
Pai	8,7	3,3			

Fontes: Galiza de Oliveira, 1989;
Fontes: SAS/UNICEF/NUCEPEC-UFC, 1988

TABELA V.1
PARTICIPAÇÃO NA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA), CARTEIRA ASSINADA E RENDIMENTO DOS OCUPADOS SEGUNDO SEXO - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

(%)

INDICADOR	BRASIL							NORDESTE						
	PARTICIPAÇÃO NA PEA		OCUPADOS COM CARTEIRA ASSINADA		RENDIMENTO DOS OCUPADOS 1987			PARTICIPAÇÃO NA PEA		OCUPADOS COM CARTEIRA ASSINADA		RENDIMENTO DOS OCUPADOS 1987		
POR SEXO	1981	1987	1981	1987	REND. MÉDIO MENSAL FEM/ MASC	ATÉ 1/2 SM	ATÉ 2 SM	1981	1987	1981	1987	REND. MÉDIO MENSAL FEM/ MASC	ATÉ 1/2 SM	ATÉ 2 SM
TOTAL	100,0	100,0	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	-	-	-	-
MULHERES	31,3	34,7	54,1	53,6	52,1	28,9	70,1	29,9	34,0	43,5	42,4	55,9	51,1	84,9
HOMENS	68,7	65,3	60,0	60,8	-	13,4	49,9	70,1	66,0	39,2	39,5	-	24,6	72,3
URBANO														
Mulheres	33,6	37,1	-	-	-	-	-	34,2	38,3	-	-	-	-	-
Homens	66,4	63,0	-	-	-	-	-	65,8	61,7	-	-	-	-	-
RURAL														
Mulheres	25,7	28,3	-	-	-	-	-	25,3	28,7	-	-	-	-	-
Homens	74,3	71,7	-	-	-	-	-	74,7	71,3	-	-	-	-	-

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

TABELA V.2
SITUAÇÃO DAS MULHERES COMO CHEFE DE FAMÍLIA, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO - BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

(%)

SITUAÇÃO DA MULHER	BRASIL						NORDESTE					
	TOTAL		URBANO		RURAL		TOTAL		URBANO		RURAL	
	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987
Das mulheres, quantas são chefes de família (10 anos e mais)	10,3	12,2	11,6	13,8	6,6	7,5	10,7	12,3	12,7	14,7	8,0	8,7
De todos os chefes, quantos são mulheres (10 anos e mais)	16,9	19,1	19,0	21,5	10,8	11,7	18,5	20,4	22,6	24,9	13,4	14,1

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

TABELA V.3
FAMÍLIAS CHEFIADAS POR MULHERES SEM CÔNJUGE E COM FILHOS, POR CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, SEGUNDO NÚMERO DE PESSOAS QUE TRABALHAM - BRASIL - 1981 E 1987

(%)

No. DE PESSOAS QUE TRABALHAM NA FAMÍLIA	1981			1987		
	TOTAL	ATÉ 2 SM	MAIS DE 2 SM	TOTAL	ATÉ 2 SM	MAIS DE 2 SM
Nenhuma pessoa trabalha	22,2	22,5	6,7	20,3	22,0	5,8
Chefe	28,3	40,4	18,8	33,2	47,2	26,1
Chefe e filho	29,7	14,4	30,3	20,9	12,3	31,6
Qualquer outro pessoa	19,8	22,7	44,2	25,6	18,5	36,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989c

TABELA V.4
ALFABETIZAÇÃO E ANOS DE ESTUDO, POR SEXO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO
BRASIL E NORDESTE - 1981 E 1987

(%)

ALFABETIZAÇÃO E ANOS DE ESTUDO	BRASIL						NORDESTE					
	TOTAL		MULHERES		HOMENS		TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987	1981	1987
ALFABETIZADOS 15 ANOS E MAIS												
TOTAL	77,2	80,3	75,6	79,4	78,9	81,3	58,6	61,7	59,3	63,5	57,8	59,8
URBANO	84,0	86,3	81,7	84,6	86,5	88,2	71,0	73,5	70,1	73,6	71,2	73,5
RURAL	58,2	62,0	57,2	62,0	59,0	62,0	42,9	45,1	44,5	47,8	41,3	42,4
ANOS DE ESTUDO 10 ANOS E MAIS												
sem instrução e menos de 1 ano	23,1	19,7	23,7	19,9	22,4	19,5	40,9	36,6	39,1	34,1	42,9	39,3
1 - 4	44,8	41,4	44,2	40,8	45,4	42,0	38,5	37,7	39,1	38,0	37,9	37,3
5 - 8	19,2	22,4	19,0	22,4	19,4	22,5	12,5	15,0	13,1	16,0	11,8	13,9
mais de 9	12,7	16,3	12,9	16,7	12,6	15,9	7,8	10,6	8,5	11,7	7,2	9,3
ANOS DE ESTUDO - PEA 10 ANOS E MAIS												
sem instrução e menos de 1 ano	20,8	17,2	17,9	14,7	22,1	18,6	42,1	36,8	36,0	30,4	44,6	40,1
1 - 4	42,7	37,9	39,2	34,6	44,3	39,7	35,8	34,4	34,0	32,5	36,5	35,5
5 - 8	19,3	23,1	19,5	22,9	19,1	23,2	11,3	14,2	12,6	15,2	10,7	13,6
mais de 9	16,9	21,6	23,0	27,5	14,2	18,4	10,7	14,4	17,1	21,6	7,9	10,7

Fontes: FIBGE/UNICEF, 1988;
Fontes: FIBGE/UNICEF, 1989c

TABELA V.5
POPULAÇÃO DE 0-4 ANOS DE IDADE, RESIDENTES EM DOMICÍLIOS COM SANEAMENTO INADEQUADO, SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL PER CAPITA E SITUAÇÃO DE RESIDÊNCIA - BRASIL,NORDESTE E SUDESTE - 1987

RENDIMENTO	BRASIL				NORDESTE				SUDESTE			
	0-1 ANO		1-4 ANOS		0-1 ANO		1-4 ANOS		0-1 ANO		1-4 ANOS	
	No.(mil)	%	No.(mil)	%	No.(mil)	%	No.(mil)	%	No.(mil)	%	No.(mil)	%
TOTAL												
TOTAL	1.986,3	62,3	8.153,2	61,3	988,9	87,7	3.921,2	85,6	474,9	37,9	2.063,9	38,7
Até 1/4 SM	653,1	93,6	2.772,8	92,9	450,2	98,0	1.886,3	97,1	103,5	79,5	465,3	79,5
Até 1/2 SM	1.265,2	87,5	5.243,1	87,0	753,1	95,7	3.071,9	94,4	255,2	70,5	1.151,1	71,5
Mais de 2 SM	69,0	16,9	325,7	17,6	22,3	38,9	76,3	30,8	15,0	6,5	91,2	8,6
URBANO												
TOTAL	1.078,8	48,9	4.259,3	46,8	451,1	77,6	1.703,5	73,5	293,6	28,2	1.222,0	28,0
Até 1/4 SM	226,2	84,1	900,8	82,5	147,5	94,4	565,4	91,1	40,1	60,3	172,9	60,3
Até 1/2 SM	555,3	77,9	2.219,1	76,2	292,1	90,5	1.131,1	86,9	130,9	57,7	555,4	57,8
Mais de 2 SM	52,1	13,6	258,3	14,8	16,8	33,8	64,1	28,1	9,7	4,3	60,2	6,0
RURAL												
TOTAL	907,5	92,3	3.893,9	92,6	537,8	98,5	2.217,7	98,0	181,4	85,3	841,9	86,5
Até 1/4 SM	426,9	99,6	1.872,0	99,0	302,7	99,9	1.320,9	99,9	63,4	99,6	292,3	98,0
Até 1/2 SM	709,9	96,8	3.023,9	97,1	461,0	99,4	1.940,8	99,4	124,3	91,9	559,6	93,5
Mais de 2 SM	16,9	69,1	67,3	60,8	5,5	73,0	12,2	60,8	5,3	89,8	31,0	65,0

Fonte: FIBGE/UNICEF, 1989c

TABELA V.6
PRODUÇÃO NECESSÁRIA DE GRÃOS PARA O ATENDIMENTO DA DEMANDA EM 1989 - BRASIL - 1988 E 1989

(mil toneladas)

PRODUTOS	PRODUÇÃO 1988	PROJEÇÕES 1989					
		PL. METAS		CENÁRIO I		CENÁRIO II	
		PRODUÇÃO	e (1)	PRODUÇÃO	e (1)	PRODUÇÃO	e (1)
Arroz	11,710	11,819	0,60	11,155	0,60	10,078	0,00
Feijão	2,690	3,128	0,20	3,097	0,20	2,918	0,10
Milho	25,217	28,817	0,60	27,232	0,60	27,682	0,80
Soja	18,127	21,878	-	21,878	-	21,878	-
Trigo	6,100	5,997	-	5,997	-	5,997	-
TOTAL	63,844	71,639		69,359		68,553	
% PIB		7,0		5,6		4,8	
% POP		2,2		2,2		1,8	

Fontes: Homem de Melo, 1988
Fontes: Delgado, 1988
(1) e = elasticidade-renda

med1
dkt: imk 8 lt

TABELA V.7
CONSULTAS MÉDICAS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES PER CAPITA PRESTADAS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL, POR ALGUMAS GRANDES REGIÕES - 1980-1987

ANOS	CONSULTAS MÉDICAS/HABITANTE				ANOS	INTERNAÇÕES HOSPITALARES/100 HABITANTES			
	BRASIL	REGIÕES				BRASIL	REGIÕES		
		NORDESTE	SUDESTE	SUL			NORDESTE	SUDESTE	SUL
1980	1,54	0,91	1,97	1,66					
1981	1,69	1,03	2,13	1,75					
1982	1,68	1,06	2,09	1,81					
1983	1,75	1,06	2,24	1,77	1983	9,64	6,02	10,50	13,20
1984	1,84	1,20	2,36	1,70	1984	9,88	6,63	10,89	12,71
1985	1,81	1,28	2,25	1,72	1985	9,20	6,75	10,02	11,08
1986	1,75	1,21	2,13	1,86	1986	8,40	6,34	8,74	10,89
1987	1,78	1,09	2,32	1,81	1987	8,49	6,27	9,03	10,74

Fontes: MPAS/INAMPS - INAMPS em dados 1980 a 1987;
FIBGE, PNADs 81 a 87

TABELA V.8
CONSULTAS MÉDICAS PER CAPITA E COBERTURA HOSPITALAR, TOTAL E PEDIÁTRICA, PROPORCIONADA PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL - BRASIL E NORDESTE - 1980-1987

ANOS	CONSULTAS MÉDICAS PER CAPITA				ANOS	INTERNAÇÕES HOSPITALARES/100 HABITANTE			
	TOTAL		PEDIÁTRICA			TOTAL		PEDIÁTRICA	
	BRASIL	NORDESTE	BRASIL	NORDESTE		BRASIL	NORDESTE	BRASIL	NORDESTE
1980	1,54	0,91	0,89	0,41					
1981	1,69	1,03	0,90	0,52					
1982	1,68	1,06	0,85	0,55					
1983	1,75	1,06	0,77	0,57	1983	9,64	6,02	4,22	2,57
1984	1,84	1,20	0,83	0,62	1984	9,88	6,63	4,62	2,93
1985	1,81	1,28	0,86	0,69	1985	9,20	6,75	4,09	2,87
1986	1,75	1,21	0,92	0,68	1986	8,40	6,34	4,05	2,97
1987	1,78	1,09	0,89	0,58	1987	8,49	6,27	4,12	2,97

Fontes: MPAS/INAMPS - INAMPS em dados 1980 a 1987;
FIBGE, PNADs 81 a 87
Nota: Dados trabalhados (IPEA/IPLAN/CSP)

TABELA V.9
PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DAS CONSULTAS MÉDICAS E HOSPITALIZAÇÕES PEDIÁTRICAS NO TOTAL DE CONSULTAS E INTERNAÇÕES PROVIDAS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASIL E NORDESTE - 1980-1987

ANOS	CONSULTAS MÉDICAS PEDIÁTRICAS (%)		ANOS	HOSPITALIZAÇÕES DE CRIANÇAS (%)	
	BRASIL	NORDESTE		BRASIL	NORDESTE
1980	14,26	17,21			
1981	14,53	19,09			
1982	15,10	19,71			
1983	14,43	20,37	1983	14,38	16,12
1984	14,67	19,28	1984	15,23	16,57
1985	15,35	20,02	1985	14,34	15,83
1986	16,66	20,48	1986	15,31	17,23
1987	15,82	19,54	1987	15,35	17,42

Fontes: MPAS/INAMPS - INAMPS em dados 1980 a 1987;
FIBGE, PNADs 81 a 87
Nota: Dados trabalhados (IPEA/IPLAN/CSP)

TABELA V.10
COBERTURA DE VACINAÇÃO DE ROTINA DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO, SEGUNDO A VACINA - BRASIL - 1980-1988

(%)

VACINA	ANO								
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988 (1)
BCG	59,4	65,4	65,4	69,4	79,4	64,3	68,2	71,8	62,9
DPT	37,4	46,9	56,0	60,2	66,2	64,1	58,1	60,8	51,0
PÓLIO	69,2	38,4	51,0	54,6	54,9	50,2	50,6	56,5	48,7
SARAMPO	56,4	72,4	65,2	68,2	73,3	65,0	61,9	68,9	52,2

Fonte: Ministério da Saúde/SNABS/PNI
(1) Dados parciais atualizados até 03-03-89.

TABELA V.11
COBERTURA NO 3o. DIA DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE, CRIANÇAS DE 0 A 4 ANOS - ESTADOS DO NORDESTE - 1988

ESTADOS	POPULAÇÃO ESTIMADA	POPULAÇÃO VACINADA	%
MARANHÃO	854,087	801,899	93,9
PIAUÍ	420,645	373,727	88,8
CEARÁ	909,965	885,856	97,4
R.G. DO NORTE	319,134	332,521	100,0
PARAÍBA	467,401	435,808	93,2
PERNAMBUCO	1.035,538	1.107,419	100,0
ALAGOAS	380,806	395,754	100,0
SERGIPE	215,805	211,912	98,2
BAHIA	1.812,834	1.711,357	94,4
NORDESTE	6.416,215	6.256,253	97,5
BRASIL	19.520,308	18.041,714	92,4

Fonte: Ministério da Saúde

TABELA V.12
NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESTABELECIMENTOS PRÉ-ESCOLARES, POR ESFERA ADMINISTRATIVA - BRASIL E NORDESTE - 1984-1987

REGIÃO ANO	TOTAL	DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA				DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL			
		FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PARTICULAR	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PARTICULAR
BRASIL									
1984	37335	1907	10423	15289	9716	5,1	27,9	41,0	26,0
1986	41380	499	9963	14591	10725	1,2	24,1	35,3	25,9
1987	51108	646	11392	26214	12856	1,3	22,3	51,3	25,2
NORDESTE									
1984	15023	204	2783	8360	3676	1,4	18,5	55,6	24,5
1986	17300	154	3406	4069	4069	0,9	19,7	23,5	23,5
1987	22523	280	3938	12992	5313	1,2	17,5	57,7	23,6

Fonte: SEEC/MEC

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARAL SOBRINHO, J. (1988). "A Educação Básica e as Políticas de Ajuste". In: Chahad, J. et al *Crise e Infância no Brasil*, IPE/USP, São Paulo.

ARRUDA, J. M. et alii (1987). *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar — PNSMIPF — Brasil, 1986*. BEMFAM/IRD. Rio de Janeiro.

BAEZ, M. C. & Monteiro, E.A.A. (1987). "Estudo Antropométrico da Região Nordeste do Brasil". In: Arruda, J. M. et al. *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar — Brasil 1986*. BEMFAM, Rio de Janeiro.

BANCO CENTRAL DO BRASIL (1989). *Brasil: Programa Econômico*, vol. 21, junho de 89, Departamento Econômico, Brasília.

BASTOS DE SOUZA, E. (1989). *O Município na Constituição de 1988*, Série Acompanhamento de Políticas Públicas nº 7. IPEA/IPLAN, Brasília.

BATISTA FILHO, M. (1988). "A Crise e as Condições Nutricionais das Crianças no Nordeste". In: Chahad, J. et al. *Crise e Infância no Brasil*, IPE/USP, São Paulo.

BATISTA FILHO, M. (1987). *Nutrição, Alimentação e Agricultura no Nordeste Brasileiro; subsídios para uma política de extensão rural*. FAO/EMBRATER/ CODEPLAN, Brasília.

BECKER, R. A. & Lechtig, A. (1987). *Brasil: Aspectos da Mortalidade Infantil, Pré-Escolar e Materna* (mimeo). Ministério da Saúde, Brasília.

BECKER, R. A. & Lechtig, A. (1986). *Brasil: Evolução da Mortalidade Infantil no Período 1977-1984*. Ministério da Saúde, Brasília.

CAMARANO, A. et alii (1988). *Século XXI: A Quantas Andará e Onde Andará a População Brasileira?* (mimeo). Brasília.

CHAHAD, J. & Cervini, R. (1988). *Crise e Infância no Brasil*. IPE/USP, São Paulo.

DELGADO, G. (1988). "Tendências da Demanda Agrícola Face a Política Econômica". In: *Dados Conjunturais da Agropecuária* nº 157, Coordenadoria de Agricultura, IPLAN/IPEA, Brasília.

DIEESE (1987). *Consumo Alimentar, Familiar e Renda no Município de São Paulo* (mimeo). Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos, São Paulo.

FAO (1988). *Food Outlook*. Statistical Supplement. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome.

FIBGE (1988). *Anuário Estatístico — Brasil — 1987-1988*. IBGE, Rio de Janeiro.

FIBGE/UNICEF (1989 c) *Crianças e Adolescentes: Indicadores Sociais — Volume 1*. IBGE, Rio de Janeiro.

FIBGE/UNICEF (1982). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Aspectos Nutricionais 1974-75*. IBGE, Rio de Janeiro.

FIBGE/UNICEF (1986). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Aspectos Sócio-econômicos da Mortalidade Infantil em áreas Urbanas*. IBGE, Rio de Janeiro.

FIBGE/UNICEF (1989 a). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Mortalidade Infantil e Saúde da Criança na Década de 80*, IBGE, Rio de Janeiro.

FIBGE/UNICEF (1988). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Sistema de Acompanhamento da Situação Sócio-econômica de Crianças e Adolescentes — 1981-1983-1986*. IBGE, Rio de Janeiro.

FIBGE/UNICEF (1989 b). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: A Situação do Menor-1985*. IBGE, Rio de Janeiro (no prelo).

FIBGE/UNICEF/OPAS (1988). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: A Situação da Fecundidade; Determinantes Gerais e Características da Transição Recente*. IBGE, Rio de Janeiro.

FORUM RIO 2000 (1988). *Sobrevivência e Preservação do Meio Ambiente Urbano*, (mimeo), Conservation Foundation, Projeto Mega Cidades, Rio de Janeiro.

GALIZA DE OLIVEIRA, C. F. (1989). *Se Esta Rua Fosse Minha, um estudo sobre a trajetória e vivência dos Meninos de Rua do Recife*. UNICEF/ Fundação Joaquim Nabuco, Recife.

GUIMARÃES, R. (1988). *Ecologia e Política na Formação Social Brasileira*, (mimeo), trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre Mecanismos de Controle Social para a Preservação do Meio Ambiente, Rio de Janeiro, 28 a 29/10/88. CENDEC.

HOFFMANN, R. (1989). "Evolução da Distribuição da Renda no Brasil, Entre Pessoas e Entre Famílias, 1979/86". In: Sedlacek, G & Paes de Barros, R: *Mercado de Trabalho e Distribuição de Renda: Uma Coletânea*, IPEA/ INPES, Rio de Janeiro.

HOFFMANN, R. (1984). "A Pobreza no Brasil. Análise dos Dados dos Censos Demográficos de 1970 e 1980". Trabalho apresentado no *VI Encontro Brasileiro de Econometria* em São Paulo.

HOMEM DE MELO, F. (1988). "A Questão da Produção e do Abastecimento Alimentar no Brasil — Diagnóstico Macro". In: *A Questão da Produção e do Abastecimento Alimentar no Brasil*, SEPLAN/IPEA-IPLAN/ UNDP/ABC, Brasília.

IBASE (1986). *O Menor que Dorme na Rua do Rio de Janeiro* (mimeo). Rio de Janeiro.

IBASE (1988). *Relatório do Levantamento de Crianças de Rua — Município de Fortaleza, Ce* (mimeo). Rio de Janeiro.

IBASE/UNICEF/Pastoral da Criança (1988). *Pesquisa de Avaliação da Campanha do Soro Caseiro* (mimeo). IBASE, Rio de Janeiro.

IPLAN/IPEA (1989). *A Conta Social Revisitada — (1980-1987).* Coordenadoria de Saúde e Previdência Social. Série IPLAN. Acompanhamento de Políticas Públicas n.º 11. Brasília.

IPLAN/IPEA (1988). *Educação e Cultura — 1987: Situação e Políticas Governamentais.* Série Acompanhamento de Políticas Públicas n.º 4. Coordenadoria de Educação e Cultura. IPLAN/IPEA, Brasília.

IPLANCE/NUINF/UNICEF (1988). *Sistema de Informações das Maternidades do Ceará, Resultados I-IV Trimestres*, Fortaleza.

IPLANCE/Sec. Saúde/UNICEF (1989). *Boletim de Vigilância Nutricional.* Ano 1, n.º 1, Jan-Jun 89. Fortaleza.

IPLANCE/UNICEF (1989). *A Saúde das Crianças Cearenses: Um Estudo de 8. 000 Famílias* (mimeo). IPLANCE, Fortaleza.

JORNAL DO BRASIL (1988). Rio de Janeiro, 30 de agosto de 1988.

KOIFMAN, S. (1988). "Crise Econômica e Desnutrição. O Caso do Rio de Janeiro, Brasil, 1959-1986". In: Chahad, J. et al. *Crise e Infância no Brasil.* IPE/USP, São Paulo.

LAGUARDIA, K. (1989). *A Ten Year Review of Maternal Mortality in a Municipal Hospital in Rio de Janeiro: A Cause for Concern* (mimeo). Cornell University Medical Center, New York.

LIMA, R. & Burger, F. (1988). "O Menor e o Mercado de Trabalho no Brasil. Da Crise ao Cruzado". In: Chahad, J. et al. *Crise e Infância no Brasil*, IPE/USP, São Paulo.

MACEDO, R. & Chahad, J. (1988). "Ajuste Econômico e Impacto Social no Brasil: 1980-87. Os Efeitos sobre a População Infantil". In: Chahad, J. et al. *Crise e Infância no Brasil*, IPE/USP, São Paulo.

MALTA CAMPOS, M. (Coord.)(1989). *Aspectos Sócio-Educativos e Sugestões para uma Política Nacional de Educação da Criança de 0 a 6 Anos no Brasil.* Fundação Carlos Chagas/UNICEF, São Paulo.

MARQUES, A. & Xavier, A. C. (1985). *Custo/Aluno nas Escolas Públicas de 1.º Grau.*

MARTINE, G. (1987). *A Recente Dinâmica Populacional e as Políticas Sócio-Demográficas.* Brasília.

MARTINE, G. ; Camarano, A. A. ; Beltrão, K. ; Neupert, R. (1989). *A Urbanização no Brasil, Retrospectiva, Componentes e Perspectivas* (mimeo). IPEA/IPLAN, Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1989). *Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 1987.* Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988 a). *Levantamento Epidemiológico em Saúde Pública. Brasil, zona urbana, 1986.* Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988 b). *Política Nacional de Saúde Bucal.* SNPES/ DNSB. (mimeo) Brasília.

MONTEIRO, C. A. (1988). "Crescimento Econômico, Intervenções Médico-Sanitárias e Saúde Infantil na Cidade de São Paulo". In: Chahad, J. et al. *Crise e Infância no Brasil.* IPE/USP, São Paulo.

MOURA CASTRO, C. & Fletcher, P. (1986). *A Escola que os Brasileiros Frequentaram em 1985.* IPLAN/IPEA, Brasília.

MULLER, C. (1987). Censos Agropecuários in: *Agroanalysis.*

NEUPERT, R. (1987). *Nova Projeção da População Brasileira: Hipóteses Baseadas em Informações Recentes* (mimeo). IPLAN/IPEA, Brasília.

NÓBREGA, R. (Coord.)(1985). *Antropometria, Patologias e Malformações Congênitas do Recém-Nascido Brasileiro e Estudos de Associação com Algumas Variáveis Maternas.* Jornal de Pediatria, Vol. 59, Fasc. 2, agosto de 85. Suplemento nº 1. Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, L. A. & Simões, C. (1989). *As Informações sobre Fecundidade, Mortalidade e Anticoncepção nas PNADs.* IBGE, Rio de Janeiro.

OYA-SAWYER, D. ; Fernandez-Castilla, R. ; Monte-Mor R. L. M. (1987). *The Impact of Urbanization and Industrialization on Mortality in Brazil.* Wld. Hlth. Statist. Quart. 1987; 40:84-95.

PAES DE BARROS, R. & Mendonça, R. (1989). *Família e Distribuição de Renda: O Impacto da Participação das Esposas no Mercado de Trabalho.* Textos para Discussão Interna nº 164. IPEA/INPES, Rio de Janeiro.

PASTORE, J. ; Zylberstajn, H. ; Pagotto, C. S. (1983). *Mudança Social e Pobreza no Brasil: 1970-1980 (O que ocorreu com a família brasileira?).* Pioneira, FIPE, São Paulo.

PEREZ, L. H. (1988). "Política Agrícola e Seus Impactos no Abastecimento Alimentar, Brasil, 1964-88". In: *Informações Econômicas*, Vol. 18, nº 10, pag. 29-33, outubro de 1988, Secretaria da Agricultura do Governo de São Paulo.

SAS/UNICEF/NUCEPEC-UFC (1988). *Perfil do Menino e Menina de Rua de Fortaleza, levantamento de dados* (mimeo). Secretaria de Ação Social, Fortaleza.

SIMÕES, C. (1988). *Novas Estimativas da Mortalidade Infantil — 1980-1986* (mimeo). IBGE, Rio de Janeiro.

SIMÕES, C. & Ortiz, L. (1988). "A Mortalidade Infantil no Brasil dos Anos 80". In: Chahad, J. et al. *Crise e Infância no Brasil*, IPE/USP, São Paulo.

SOUZA, E. (1988). *O Município na Constituição de 1988* (mimeo). IPEA, Brasília.

THOMAS, D. ; Strauss, J. ; Henriques, M. H. (1987). *Child Survival, Nutritional Status and Household Characteristics: Some Results from Brazil* (mimeo).

UNICEF (1989). *Situação Mundial da Infância — 1989*. Brasília.

VIANNA, S. (1986). *Financiamento de Política de Saúde Bucal*. IPEA/ IPLAN/CSP. Documento apresentado na 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 10-12 de outubro de 1986.

VIANNA, S. (1988). *O Papel do Orçamento Fiscal no Financiamento do Sistema único de Saúde* (mimeo). IPEA, Brasília.

VICTORA, C. G. et al. (1986). *Child Malnutrition and Land Ownership in Southern Brazil*. Ecol. Food Nutr. 1986; 18:265-275.

VICTORA, C, Barros,F & Vaughan,P (1988). *Epidemiologia da Desigualdade*. Editora Hucitec, São Paulo.

WORLD BANK (1988). *Brazil — Public Spending on Social Programs; Issues and Options*. Relatório N.º 7086-BR. Vol. I. Washington, D.C.