

PRIMEIRA INFÂNCIA E POBREZA NO BRASIL: uma análise integrada a partir de indicadores em saúde, educação e desenvolvimento social

Rosane Luzia de Souza Morais

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Alysson Massote Carvalho

Instituto Presbiteriano Gamonn

Lívia de Castro Magalhães

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Priscilla Avelino Ferreira Pinto

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

PRIMEIRA INFÂNCIA E POBREZA NO BRASIL: uma análise integrada a partir de indicadores em saúde, educação e desenvolvimento social

Resumo: O presente estudo apresenta um panorama sobre a primeira infância no Brasil, destacando as políticas públicas voltadas para a sobrevivência, saúde e desenvolvimento infantil, a partir de uma análise integrada dos setores da saúde, educação e desenvolvimento social. Inicialmente expõe dados relacionados à pobreza no Brasil, tendo como foco a criança de 0 a 6 anos. Em seguida apresenta o índice de desenvolvimento infantil, bem como os avanços nos indicadores de sobrevivência e de saúde da criança brasileira nos últimos anos. Aborda, também, os programas de governo que beneficiam a saúde e a educação infantil. Ao final, enfatiza os aspectos que necessitam de maior atenção para o avanço nos investimentos voltados para o desenvolvimento infantil no Brasil.

Palavras-chave: Saúde da criança, educação infantil, pobreza, Brasil.

EARLY CHILDHOOD AND POVERTY IN BRAZIL: an analysis from integrated indicators in health, education and social development

Abstract: The present study aims to present an overview of early childhood in Brazil, highlighting the public policies for the survival, health and child development from an integrated analysis of the sectors of health, education and social development. Initially exposes data related to poverty in Brazil focusing on the child of 0- to 6-years-old. Then are introduces the child development index as well the advances in indicators of survival and child health in Brazil in recent years. Also are covered government programs that benefit the health and early childhood education. Finally, the aspects that need further attention to the advancement in investments level towards child development in Brazil are emphasized.

Key words: Child health, child rearing, poverty, Brazil.

Recebido em: 26.08.2014 Aprovado em: 15.01.2015.

1 INTRODUÇÃO

Crianças de zero a seis anos de idade, período considerado primeira infância no Brasil (BRASIL, 2010), equivalem a 11% da população brasileira, e cerca de 56% delas vivem em família com renda mensal abaixo da linha da pobreza (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008). Os estudos indicam que crianças economicamente desfavorecidas podem estar mais expostas a carências nutricionais, doenças e ambiente psicossocial de risco para o seu desenvolvimento (BLACK; MORRIS; BRYCE, 2003; ENGLE; BLACK, 2008).

Tradicionalmente, a pobreza é vista como um fenômeno primariamente econômico, definido por renda inferior a um patamar pré-estabelecido. No entanto, embora a renda ainda seja um indicador bastante utilizado, atualmente a pobreza tem sido vista como um fenômeno multidimensional, ou seja, envolve não apenas a dimensão econômica, mas também política, social, cultural e aspectos relativos ao conceito de qualidade de vida segundo a percepção do indivíduo (DINIZ; DINIZ, 2009). O conceito de pobreza tem sido influenciado pelas ideias de privação de capacidades, ou seja, uma série de restrições que não permitem ao indivíduo alcançar a vida almejada como, por exemplo, não ter acesso a bens e serviços ou à saúde e à educação (DINIZ; DINIZ, 2009).

A pobreza deve sempre ser analisada a partir da realidade de cada país considerando suas características históricas, culturais e contextuais (YAZBEK, 2012). No Brasil, historicamente, destaca-se a desigualdade na distribuição de renda. O coeficiente de Gini, bastante utilizado para indicar desigualdade, é baseado na renda *per capita* domiciliar. Quanto mais perto de zero estiver o coeficiente, menor a desigualdade. Embora recentemente tenha havido queda na desigualdade de renda medida pelo coeficiente Gini, ela ainda é considerada elevada, uma vez que 1% dos mais ricos da população detém uma renda equivalente à renda de 50% dos brasileiros mais

pobres (BRASIL, 2006). Incorporando esta realidade aos conceitos atuais de pobreza Van Eiken e Ribeiro (2012, p. 1086) afirmam que “[...] pobres são aqueles brasileiros cuja distribuição de renda os afasta de um desenvolvimento que alcance oportunidades.”

Nesse contexto de desigualdade encontra-se a criança brasileira. Segundo Rocha (2004), enquanto há 35% de pobres dentro do conjunto da população brasileira, a proporção de pobres entre crianças de 10 a 14 anos é de 46% e entre aquelas menores de um ano é de 51%.

O Brasil é conhecido por suas dimensões continentais e diversidade cultural, porém há discrepante desigualdade socioeconômica nas diferentes regiões (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2007). O Norte e o Nordeste destacam-se pelo elevado índice de crianças abaixo de seis anos vivendo em situação de pobreza, com 51,1 e 66,9% respectivamente, enquanto o índice do Sudeste é de 31,8% (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Ao se considerar as Unidades da Federação, aquela que possui a menor porcentagem de crianças e adolescentes abaixo da linha da pobreza é o estado de Santa Catarina (23,2%) e a de maior percentual é o Estado de Alagoas (78,4%). No cenário nacional o estado de Minas Gerais apresenta proporção intermediária, 47,3% de crianças e adolescentes vivendo em famílias consideradas pobres (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Os estados do Nordeste e Norte destacam-se nos relatórios de âmbito nacional como aqueles com os piores indicadores relacionados à pobreza no país. No entanto, iniquidades existem até mesmo dentro de uma Unidade Federativa. Por exemplo, em Minas Gerais, as regiões Norte de Minas, Jequitinhonha/Mucuri e Rio Doce apresentam juntas apenas 12,2% do Produto Interno Bruto (PIB) mineiro em oposição à região Central que responde por 46,6% do PIB estadual (MINAS GERAIS, 2011). A taxa de mortalidade infantil, em 2010, no Vale do Jequitinhonha era quase duas vezes maior em

relação à encontrada para o estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011).

O presente estudo apresenta um panorama das crianças na primeira infância no Brasil, destacando as políticas públicas voltadas para a sobrevivência, saúde e desenvolvimento infantil, a partir de uma análise integrada dos setores da saúde, educação e desenvolvimento social. Inicialmente pretende-se apresentar como estão os indicadores brasileiros dentro do índice formulado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) para monitorar a saúde e o desenvolvimento da criança. A seguir o estudo irá apresentar os avanços nos indicadores de sobrevivência e saúde da criança no Brasil nos últimos anos e os programas de governo que diretamente ou indiretamente beneficiam a criança no Brasil. Na próxima seção será discutida a vertente do desenvolvimento infantil. No final, serão apresentados os pontos mais importantes, com ênfase nos aspectos que necessitam de maior atenção para o avanço nos investimentos no desenvolvimento infantil no Brasil.

2 O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO BRASIL

Com objetivo de monitorar a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento de crianças na primeira infância no Brasil, o Unicef criou o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) que varia de 0 a 1, sendo 1 o valor máximo que o município/região pode atingir (UNICEF, 2006). O IDI é um índice sintético que considera o percentual de mães com cobertura pré-natal adequada; cobertura vacinal tetravalente¹ em crianças menores de um ano de idade; percentual de crianças menores que seis anos morando com pais com menos de quatro anos de estudo e a taxa de escolarização bruta da pré-escola (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

O Unicef ressalta a melhora no IDI nacional e dos estados da federação ao longo dos anos. Atualmente, o IDI nacional é de 0,73, no entanto, os dados detalhados por municípios brasileiros

demonstram que a maioria dos municípios brasileiros apresentam IDI baixo (UNICEF, 2006).

No tocante ao primeiro indicador, a cobertura pré-natal satisfatória melhora as condições de gestação, nascimento, puerpério e período neonatal saudável para a díade mãe-filho (a). O número de consultas pré-natais recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de no mínimo seis visitas. No Brasil, em 2005, apenas 53% das gestantes estavam dentro do número de visitas recomendado (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

No que se refere ao segundo indicador, sabe-se que no Brasil, até a década de 1970, quando o Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2003) foi criado, apenas uma pequena parcela de crianças era vacinada (BARROS, R et al., 2010). Segundo o Unicef (2008), em 1999 a cobertura vacinal atingia cerca de 90% das crianças brasileiras, mas com as regiões Norte e Nordeste abaixo dessa meta. Com as grandes campanhas nacionais de vacinação, em 2004, essa cobertura foi de 96,3% em todo território nacional com valor mínimo de 92,1% na região Norte.

O terceiro indicador é relativo à escolaridade dos pais. Vários estudos (HUNGERFORD; COX, 2006; BORNSTEIN; TAMIS-LEMONDA, 2010) indicam que o ambiente familiar exerce papel fundamental no desenvolvimento da criança. É amplamente exposta na literatura a relação positiva entre escolaridade materna e a saúde da criança (SILVESTRIN et al, 2013) e o desempenho nos diferentes domínios do desenvolvimento infantil (MARTINS et al., 2004; BARROS, A et al., 2010). No Brasil, em 2006, 23% dos pais e 16% das mães de crianças abaixo de seis anos de idade tinham menos do que quatro anos de estudo. Assim como os outros indicadores, há iniquidade entre os estados brasileiros. O Piauí, por exemplo, tem 51% de pais com escolaridade considerada precária, em contraste com apenas 9,35% de Santa Catarina.

Quanto ao quarto indicador, nas últimas décadas, ocorreram importantes mudanças na legislação brasileira referentes ao acesso à educação

infantil (BECKER, 2008, p. 141-155). A Constituição Federal define a educação infantil como um “[...] direito da criança, um dever do Estado e uma opção da família.” (BRASIL, 1988). Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente regulamentou artigos da Constituição Federal e explicitou mecanismos que possibilitaram a exigência legal dos direitos da criança (BRASIL, 1990). A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 1996 (BRASIL, 1996), incluiu a Educação Infantil no sistema educacional brasileiro, compondo a primeira parte da educação básica. Educação Infantil é uma etapa da educação básica que objetiva atender crianças de zero a seis anos visando favorecer o desenvolvimento físico, psicológico, social e intelectual. Os municípios passaram a ter a responsabilidade de integrar a educação infantil ao seu sistema de ensino (KRAMER, 2006).

Em 2000, o Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2001) previu a expansão da educação infantil em todo território nacional. A meta para 2011 seria de atendimento para 50% das crianças de zero a três anos e 80% para crianças de quatro a seis anos de idade. No entanto, apenas a meta para as crianças de quatro a seis anos foi alcançada, pois apenas 18,4% das crianças de até três anos frequentam a educação infantil no Brasil atualmente (VIEIRA, 2010). Em 2016, será obrigatório o ensino a partir de quatro anos de idade, segundo a Emenda Constitucional 59 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009a). É, na verdade, um novo desafio para os estados e municípios, pois será necessária a adequação de recursos físicos, materiais e humanos para acolher essas crianças e, ainda, garantir a qualidade do ensino (VIEIRA, 2010; CORREA, 2011).

3 OS INDICADORES DE SOBREVIVÊNCIA E SAÚDE INFANTIL NO BRASIL E OS INVESTIMENTOS GOVERNAMENTAIS

É indiscutível que, nas últimas décadas, vários indicadores relacionados à infância, principalmente relativos à sobrevivência, avançaram (BARROS, R et al., 2010). A desnutrição infantil tem

sofrido declínio no Brasil desde a década de 1980, mas de forma acelerada a partir da década de 2000 e, principalmente, nos estratos populacionais tradicionalmente mais afetados, ou seja, crianças do meio rural, aquelas residentes no norte e nordeste do Brasil e crianças pertencentes a famílias menos favorecidas economicamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Segundo um estudo recente (BRASIL, 2009b), que contou com uma amostra representativa da população brasileira, o déficit de peso-para-estatura foi de 1,3%, não passando de 3% em qualquer estrato da população. Isto indica controle de formas agudas da desnutrição infantil no país. A prevalência de déficit de altura-para-idade para as crianças de 0 a 59 meses participantes do estudo foi de 7%. O retardo no crescimento foi proporcionalmente maior em crianças de níveis econômicos mais baixos e para aquelas cujas mães apresentavam baixa escolaridade. O nordeste atingiu porcentagem semelhante ao sudeste e centro-oeste, porém, a população de crianças no meio rural apresenta ligeira diferença em relação ao meio urbano. No primeiro a porcentagem de crianças desnutridas é de 7,5% e no segundo é de 6,9% (BRASIL, 2009b). O norte do país ainda apresenta porcentagem discrepante com 14,7% das crianças, assim como outras áreas regiões vulneráveis. Um exemplo disso está no estudo de Silveira e Lamounier (2009) que encontraram prevalência de 14,8% de baixa estatura por idade em estudo realizado em municípios do Vale do Jequitinhonha.

Apesar da queda na desnutrição no Brasil, medida por dados antropométricos, há ainda regiões consideradas como áreas de risco para a deficiência de micronutrientes como vitamina A e Ferro (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008). Dessa forma, crianças residentes em alguns municípios do Nordeste, Vale do Jequitinhonha (MG) e Vale do Ribeira (SP) são contempladas pelo Programa de Suplementação de Vitamina A. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro para crianças de 0 a 18 meses é destinado para crianças

nessa faixa etária e distribuído pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (BARROS, R et al., 2010).

A taxa de mortalidade infantil, que indica o número de óbitos de crianças de até um ano de idade para cada 1000 nascidos vivos, e a taxa de mortalidade na infância que, por sua vez, indica o número de óbitos de crianças de até cinco anos em cada 1000 nascidos vivos, são indicadores básicos da sobrevivência e bem-estar da criança, assim como apontam a condição de saúde e vida das populações (GARCIA; SANTANA, 2011). No Brasil, a taxa de mortalidade infantil em 1990 era de 47,1/1000 e, em 2008, de 19/1000, significando uma queda de 59,7%. Os últimos dados coletados em 2010 registram uma taxa de 16,8/1000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Já a taxa de mortalidade na infância, teve queda de 57,5% entre 1990 e 2008, com taxas de 53,7% e 22,8%, respectivamente. Os dados de 2010 indicam uma taxa de mortalidade na infância de 19,4/1000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O desafio ainda são as taxas de mortalidade de crianças no norte e nordeste do Brasil e, principalmente, entre os indígenas, cuja taxa de mortalidade infantil é de 41,9/1000 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012). A taxa de mortalidade infantil dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri também é elevada, 19/1000, contrastando com a média do estado de Minas Gerais de 13,1/1000 (MINAS GERAIS, 2011).

A redução da mortalidade infantil está relacionada à queda na taxa de fecundidade associada às políticas voltadas para a infância, como atenção pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, divulgação da reidratação oral e intensificação dos programas de vacinação (BARROS, R et al., 2010). A mortalidade na infância está associada a doenças infecciosas ou típicas da infância, desnutrição, água de má qualidade, saneamento precário e condições de higiene inadequadas (BLACK; MORRIS; BRYCE, 2003). Portanto, a taxa de mortalidade na infância no Brasil tem caído ao longo dos anos em decorrência

de uma série de melhorias nas condições de vida e atenção à saúde da criança (BARROS, R et al., 2010).

Apesar da queda na taxa de mortalidade infantil, o valor considerado aceitável pela OMS é menos de 10 óbitos para cada mil nascidos vivos, e os países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico têm a média de 3,8 óbitos para cada mil nascidos vivos (MINAS GERAIS, 2011).

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) compõem o compromisso dos países membros da Organização das Nações Unidas estabelecido em 2000 para que o mundo globalizado se torne mais inclusivo e equitativo no novo milênio até o ano de 2015 (UNITED NATIONS, 2001). Impulsionados pelo compromisso de cumprir os ODM o governo brasileiro tem proposto e fortalecido vários programas que favorecem o acesso à saúde e a redução da pobreza dentro da população infantil brasileira (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010; OLIVEIRA et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

O Programa Bolsa Família (PBF), unificação, a partir de 2003, dos programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás, é um programa de transferência de renda, proposto pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), para aquelas famílias que vivem em situação de extrema pobreza (NASCIMENTO; REIS, 2009, p. 189). Em contrapartida, as famílias beneficiadas assumem o compromisso com o poder público de cumprir algumas metas como a manutenção de crianças e adolescentes na escola, acompanhamento da saúde das gestantes e nutrizes e monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças (LICIO; MESQUITA; CURRALERO, 2011).

O relatório da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) atribui quase um quarto da queda da desigualdade na distribuição de renda no Brasil, medida pelo coeficiente de Gini, desde 2001 (0,60) a 2009 (0,54), ao PBF (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012). O programa também tem sido indicado como importante estratégia para queda da desnutrição no país, não

apenas pelo impacto na renda familiar, mas também pelas exigências na participação em programas de monitoramento do crescimento das crianças (OLIVEIRA et al., 2011; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Nas últimas décadas, houve expansão do atendimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF), programa criado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, com o intuito de atenção à saúde focada nas famílias, prioritariamente, aquelas de baixa renda (BARROS, R et al., 2010, VICTORA et al., 2011). As ações do programa incluem promoção, prevenção e cuidado para mães e crianças como, por exemplo, aleitamento materno, cuidados pré-natais, imunização, ações contra doenças infecciosas e diarreia. Reforçando a ESF existe o Programa de Agentes Comunitários, constituído por funcionários selecionados entre os moradores da comunidade que são treinados para trabalharem na promoção de saúde de casa em casa (VICTORA et al., 2011).

Estudos recentes têm demonstrado associação entre maior cobertura das ESF e diminuição da mortalidade na infância por causas como diarreia e doenças respiratórias (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010; VICTORA et al., 2011) e também diminuição na mortalidade infantil (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008; VICTORA et al., 2011).

Outra estratégia do governo federal para diminuir a mortalidade e morbidade na infância tem sido a ampliação de saneamento básico no Brasil. Teixeira e Gomes (2011), utilizando o banco de dados *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde* (IDB), procuraram verificar se ocorreu a redução na mortalidade infantil, a partir de 2003, quando houve ampliação do serviço de saneamento no Brasil. Os autores encontraram indicadores relacionados negativamente com a queda na mortalidade infantil, como taxa de analfabetismo, desigualdade de renda e desnutrição crônica em menores de cinco anos. Encontraram ainda relação positiva com gastos públicos e cobertura por esgotamento sanitário. A mortalidade por doença diarreica esteve mais associada aos estados mais pobres do país, e as doenças infecciosas e parasitárias estão associadas

à menor cobertura por sistema de abastecimento de água.

Com o objetivo de fornecer elementos para a implantação de uma política nacional de atenção integral às crianças de zero a seis anos, o governo federal lançou, em 2007, a *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional* (BRASIL, 2010). A estratégia visa reforçar ações referentes à saúde integral de gestantes e crianças na primeira infância, além de auxiliar no cumprimento dos ODM. Entretanto, verifica-se também a inclusão de ações relacionadas ao desenvolvimento infantil. Com foco no desenvolvimento psicossocial da criança, a estratégia incentiva a promoção de ambiente facilitador para a formação do vínculo e laços familiares, além do enfoque na importância do brincar da criança. Inicialmente, essa estratégia tem sido aplicada em formato de projeto piloto e implantada apenas em alguns municípios-polo do Brasil (BRASIL, 2010).

Em 2012, o governo federal lançou o Programa *Brasil Carinhoso* beneficiando famílias que têm crianças de zero a seis anos em três vertentes: ampliação da transferência de renda do PBF; abertura de vagas e construção de novas creches; distribuição de remédios contra asma nas farmácias populares, além de garantia da suplementação de ferro e distribuição de vitamina A durante campanhas de vacinação (FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2014). No final de 2012, a transferência de renda do *Brasil Carinhoso* foi expandida para famílias com crianças de 7 a 15 anos de idade (FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2014).

4 DESENVOLVIMENTO INFANTIL E INVESTIMENTOS GOVERNAMENTAIS BRASILEIROS

Dessa forma, verifica-se que as ações do governo federal para crianças na primeira infância são mais voltadas para a sobrevivência e saúde da criança. Porém, uma vez que o país tem avançado nesses indicadores, é preciso avançar na formulação

de programas, estratégias e políticas públicas voltadas para o desenvolvimento infantil.

Os primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento humano em todos seus domínios: motor, psicossocial e cognitivo. Isso ocorre porque, mesmo após o nascimento, o cérebro encontra-se em intensa organização neurofisiológica propiciando um período de grande riqueza e potencialidade para o desenvolvimento (THOMPSON; NELSON, 2001). Todos os eventos neurofisiológicos desse período estão sob influência do contexto ambiental físico, social, econômico e emocional (HACKMAN; FARAH, 2008; BLAIR; RAVEN, 2012).

Por esse motivo, estudos indicam que os investimentos focados em crianças na primeira infância, mais do que outra fase do ciclo vital, trazem melhor retorno ao indivíduo e também à sociedade (HECKMAN, 2006; REYNOLDS et al., 2007; DUCAN; MORRIS; RODRIGUES, 2011). Políticas públicas voltadas para crianças desde os primeiros anos de vida proporcionam a interrupção da transmissão intergeracional da pobreza, favorecendo não apenas o indivíduo, mas promovendo retorno econômico e social para o país (BARNETT; BELFIELD, 2006).

No Brasil, embora desde a década de 80 o desenvolvimento infantil faça parte da agenda de prioridades do Ministério da Saúde na atenção à criança, este tem sido um aspecto pouco explorado. Em 1984, o Ministério da Saúde propôs cinco ações básicas de saúde na atenção à criança: uma delas foi o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2002). Desde então, as curvas de crescimento e os marcos do desenvolvimento foram incluídos na Caderneta de Saúde da Criança. Entretanto, Oliveira e outros (2012) ressaltam que os dados sobre desenvolvimento infantil geralmente são incorretamente preenchidos ou negligenciados. Além disso, há falhas no conhecimento e na atenção dispensada pelos profissionais ao abordar questões referentes ao desenvolvimento da criança no momento das consultas ou dificuldades por parte desses profissionais na implementação da vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da

saúde pública (REICHERT et al., 2012; RIBEIRO; SILVA; PUCCINI, 2010). Zepponne e outros (2012) concluem que há um desinteresse público e dos centros educacionais sobre o tema, gerando despreparo por parte dos profissionais de saúde que lidam diretamente na ação primária.

Ação do governo federal mais diretamente relacionada ao desenvolvimento infantil vem do Ministério da Educação (MEC) e consiste no aumento do número de vagas nas creches públicas (BRASIL, 2001). Apesar de insistentes metas quantitativas, em termos qualitativos, estudos em creches públicas brasileiras têm apontado diversos problemas como: qualificação dos profissionais; infraestrutura precária; poucos materiais e equipamentos adequados; falta de projeto pedagógico; pequena participação das famílias e adoção de práticas mais voltadas para o suprimento de necessidades básicas de higiene e alimentação (LIMA; BHERING, 2006; CARVALHO; PEREIRA, 2008). Há extensa literatura denunciando a questão da qualidade insatisfatória das creches no Brasil (VIEIRA, 2010; CAMPOS et al., 2011; CORREA, 2011; KAGAN, 2011).

Segundo Correa (2011), isso ocorre porque o tripé de sustentação da educação infantil - normas de caráter mandatório; financiamento e fiscalização - encontra-se em desequilíbrio. Existem as leis, mas o financiamento e a fiscalização são insuficientes.

Ao investir apenas em quantidade, ou seja, aumento no número de crianças na sala de aula, sem que se invista em qualidade, são questionáveis os benefícios para o desenvolvimento infantil (NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT, 2001).

O ambiente familiar exerce papel fundamental no desenvolvimento da criança (HUNGERFORD; COX, 2006; BORNSTEIN; TAMIS-LEMONDA, 2010). Cabe aos pais prover necessidades básicas como afeto, alimentação, condições adequadas de higiene e saúde, segurança, além de promover ambiente estimulante para o desenvolvimento infantil. São eles ainda que transmitem aos filhos valores culturais e educacionais que dão suporte às demandas de adaptação social (ENGLE; BLACK, 2008).

Existem no Brasil ações isoladas voltadas para o desenvolvimento físico² centradas na família. Como exemplos, o Programa Família Fortalecida (PFF) (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008) e a Primeira Infância Melhor (PIM) (VAN EYKEN; RIBEIRO, 2012). O PIM, política pública do governo do estado do Rio Grande do Sul, tem como objetivo central “[...] orientar famílias de maior vulnerabilidade social, a partir de suas culturas e experiências, para que haja o desenvolvimento integral de suas crianças de zero a seis anos de idade.” (VAN EYKEN; RIBEIRO, 2012, p. 1085-1099). Um visitador, previamente capacitado e remunerado visita as famílias para dar orientações e acompanhar o desenvolvimento das crianças. Já o PFF, patrocinado pelo Unicef e implantado em versão piloto nos estados do Piauí, Ceará e Paraíba, em 2005, tem por objetivo orientar a família sobre o desenvolvimento de crianças de zero a seis anos. Esse programa conta com material didático próprio e é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Embora esses programas signifiquem um avanço na valorização no desenvolvimento infantil por parte dos poderes públicos, seu formato tem suscitado críticas devido ao caráter assistencialista e que visualizam as famílias pobres, mais especificamente a mulher-mãe, como sujeitos que necessitam ser ensinados (CAMPOS; CAMPOS, 2009; KLEIN, 2012).

Em um estudo realizado por A. Barros e outros (2010), ao avaliar o desenvolvimento global de 4.231 crianças de dois anos, encontraram que o efeito das variáveis relacionadas à estimulação ambiental (como ter um livro, assistir TV, ir brincar em praças e parques) teve impacto mais positivo naquelas crianças cujas mães tinham menor escolaridade. Embora esses achados, a princípio, respaldem políticas públicas voltadas para orientações de famílias vulneráveis, compostas por mães com baixa escolarização, por outro lado eles indicam um caminho alternativo, o investimento no acesso ao ensino formal para jovens e adultos. Uma

vez tendo acesso à educação, mães e pais teriam a oportunidade de incorporar novos valores advindos da educação formal às suas experiências de vida e valores culturais.

5 CONCLUSÃO

A população brasileira é conhecida por sua diversidade geográfica e cultural, mas também por sua desigualdade socioeconômica. Dentro desta realidade vivem milhares de crianças brasileiras. Impulsionado pelos ODM o Brasil tem avançado em importantes indicadores relacionados à primeira infância, principalmente naqueles relacionados à sobrevivência e saúde. No entanto, em relação ao desenvolvimento infantil, muito ainda há em que se investir.

Os programas de transferência de renda têm se mostrado como importantes para crianças economicamente desfavorecidas no Brasil. Eles possibilitam, em tese, maior acesso à alimentação e a bens materiais. No entanto, também é importante o investimento em políticas públicas voltadas para o melhor acesso à educação de jovens e adultos, visto ser a escolaridade materna um importante indicador de saúde e desenvolvimento infantil. São os pais os principais responsáveis pelos valores, escolhas e estímulos que favorecem o desenvolvimento infantil, dentro do ambiente familiar. Dada a grande importância do ambiente familiar para o desenvolvimento infantil, abordagens centradas nas famílias são de fundamental importância. No entanto, pesquisadores ressaltam a importância de investigar e compreender previamente os valores e culturas de cada família.

Em uma abordagem coletiva, os ambientes educacionais de creche ou pré-escola são ambientes importantes para promover, em parceria com a família, estímulos adequados ao desenvolvimento infantil. No entanto, é importante que metas governamentais voltadas à qualidade destes ambientes sejam estabelecidas. É necessário maior investimento financeiro e estratégias fiscalizadoras para que se garanta o cumprimento legislativo e se estabeleça

um ensino de qualidade. É de conhecimento consagrado que aumentar a quantidade de crianças nestes ambientes educacionais, sem que se invista na qualidade, não significa investimento efetivo no desenvolvimento infantil.

Os investimentos voltados para crianças na primeira infância significam mais do que dar oportunidade para cada indivíduo atingir seu pleno potencial e romper com a pobreza intergeracional familiar, é, na verdade, investir no futuro econômico e social do país.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, Birmingham, AL, v. 99, p. 87-93, 2008.
- BARNETT, W. S.; BELFIELD, C. R. Early childhood development and social mobility. **The Future of Children**, Princeton, NJ, v. 16, n. 2, p. 73-98, 2006.
- BARROS, A. J. et al. Child development in a birth cohort: effect of child stimulation is stronger in less educated mothers. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 39, n. 1, p. 285-294, 2010.
- _____, R. P. et al. Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil. **Texto para discussão**, Brasília, DF, n. 1478, p. 7-31, 2010.
- BECKER, F. R. Educação infantil no Brasil: a perspectiva do acesso e do financiamento. **Revista Iberoamericana de Educação**, Madrid, v. 47, p. 141-155, 2008.
- BLACK, R. E.; MORRIS, S. S.; BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? **Lancet**, London, v. 361, n. 28, p. 2226-234, 2003.
- BLAIR, C.; RAVEN, C. C. Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. **American Psychological Association**, Washington, DC, v.67, n. 4, p. 309-318, 2012.
- BORNSTEIN, M. H.; TAMIS-LEMONDA, C. S. Parent-infant interaction In: BREMNER, J. G.; WACHS, T. D. **Blackwell Handbook of Infant Development**. 2. ed. Malden: Blackwell Publishing, 2010. p. 458-482.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1988.
- _____. Emenda Constitucional n. 59, de 11 de novembro de 2009. Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino, de que trata o art. 212 da Constituição Federal, dá nova redação aos incisos I e VII do art. 208, de forma a prever a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliar a abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da educação básica, e dá nova redação ao § 4º do art. 211 e ao § 3º do art. 212 e ao caput do art. 214, com a inserção neste dispositivo de inciso VI. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009a. p. 8.
- _____. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 3 fev. 2012.
- _____. Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 2 mar.2009.
- _____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Plano Nacional de Educação**: subsídios para a elaboração dos planos estaduais e municipais de educação. Brasília, DF: 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF, 2009b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional.** Brasília, DF, 2010. Volume IV.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília, DF: 2002.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunização: 30 anos.** Brasília, DF: 2003.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICA APLICADA. Comunicados do IPEA. **Sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil:** nota técnica. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em: 17 maio 2013.

CAMPOS, M. M. et al. Qualidade da educação infantil: um estudo em seis capitais brasileiras. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 142, p. 20-54, 2011.

_____, R.; CAMPOS, R. F. A educação das famílias pobres como estratégia política para o atendimento das crianças de 0 – 3 anos: uma análise do Programa Família Brasileira Fortalecida. **Pro-Posições**, Campinas, SP, v. 20, n. 1, p. 207-224, 2009.

CARVALHO, A. M.; PEREIRA, A. S. Qualidade em ambientes de um programa de educação infantil pública. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 24 n. 3, p. 269-277, 2008.

CORREA, B. C. Políticas de educação infantil no Brasil: ensaio sobre os desafios para a concretização de um direito. **Jornal de Políticas Educacionais**, Curitiba, v. 9, p. 20–29, 2011.

DINIZ, M. B.; DINIZ, M. M. Um indicador comparativo de pobreza multidimensional a partir dos objetivos do desenvolvimento do milênio. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 3, p. 399-423, 2009.

DUNCAN, G. J.; MORRIS, P. A.; RODRIGUES C. Does money really matter? Estimating impacts of

family income on young children's achievement with data from random-assignment experiments. **Developmental Psychology**, Michigan, v. 47, n. 5, p. 1263–1279, 2011.

ENGLE, P. L.; BLACK, M. M. The effect of poverty on child development and educational outcomes. **Annals of the New York Academy Sciences**, [S. l.], v. 1136, n. 243-256, 2008.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. **Diálogos sobre Avaliação na Primeira Infância.** São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Di%C3%A1logos-sobre-avaliacao-na-primeira-infancia.aspx>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Índice de Desenvolvimento Humano:** situação da criança brasileira. Brasília, DF, 2006, p. 108-229. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CEB20_1998.pdf>. Acesso em: 16 set. 2009.

_____. **Situação mundial da infância 2008:** caderno Brasil. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2010.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3717-3728, 2011.

HACKMAN, D. A.; FARAH, M. J. Socioeconomic status and the developing brain. **Trends in Cognitive Science**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 65-73, 2008.

HECKMAN, J. J. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged child. **Science**, Washington, DC, v. 312, n. 30, p. 1900-1992, 2006.

HUNGERFORD, A.; COX, M. J. Family factors in child care research. **Evaluation Review**, [S. l.], v. 30, p. 631-655, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares**

2008-2009 antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Tábuas abreviadas de mortalidade por sexo e idade:** Brasil, grandes regiões e unidades da federação, 2010. Rio de Janeiro, 2013.

KAGAN, S. L. Qualidade na educação infantil: revisão de um estudo brasileiro e recomendações. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 142, p. 57-66, 2011.

KLEIN, C. Educação de mulheres-mães pobres para uma infância melhor. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 510, p. 647-748, 2012.

KRAMER, S. As crianças de 0 a 6 anos nas políticas educacionais no Brasil: educação infantil e fundamental. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 96, p. 797-18, 2006.

LICIO, E. C.; MESQUITA, C. S.; CURRALERO, C. R. B. Desafios para a coordenação intergovernamental do programa bolsa família. **ERA – Revista de Administração de Empresas**, v. 51, n. 5, p. 458-470, 2011.

LIMA, A. B.; BHERING, E. Um estudo sobre creches como ambiente de desenvolvimento. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n.129, p. 573-596, 2006.

MARTINS, M. F. et al. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 710-718, 2004.

MINAS GERAIS. **Plano mineiro de desenvolvimento integrado (PMDI) 2011-2030:** gestão para a cidadania. Belo Horizonte, 2011.

NASCIMENTO, A. F.; REIS, C. N. Os programas de transferência condicionada de renda na América Latina: especificidades de uma realidade que se mantém. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 13, n. 2, p. 183-193, 2009.

NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT. Child care and family

predictors of preschool attachment and stability from infancy. **Developmental Psychology**, Michigan, v. 37, n. 6, p. 847-62, 2001.

OLIVEIRA, F. C. C. et al. Programa bolsa família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3307-3316, 2011.

_____, L. L. et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 479-85, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Saúde nas Américas:** panorama regional e perfis de países. Washington, DC, 2012. (Publicação Científica e Técnica, n. 636).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Desenvolvimento Humano Sustentável da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. **Coleção de estudos regionais sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio, Sudeste.** Belo Horizonte, 2007.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Infections in Brazil reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract. **Pediatrics**, [S. l.], v. 126, p. 534-540, 2010.

REICHERT, A. P. S. et al. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.5, p. 1049-1056, 2012.

REYNOLDS, A. J. et al. Effects of a school-based, early childhood intervention on adult health and well-being. **Archives Pediatrics e Adolescent Medicine**, [S. l.], v. 161, n. 8, p. 730-39, 2007.

RIBEIRO, A. M, SILVA, R. R. F.; PUCCINI, R. F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo v. 28, n. 2, p. 208-214, 2010.

ROCHA, S. Impacto sobre a pobreza dos novos programas federais de transferência de renda. In: Encontro Nacional de Economia, 32., 2004, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: ANPEC, 2004.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER J. A. Avaliação nutricional de crianças do Vale do Alto Jequitinhonha com a utilização das novas curvas de crescimento do NCHS e da OMS. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo v. 27, n. 2, p. 133-138, 2009.

SILVESTRIN, S. et al. Maternal education level and low birth weight: a meta-analysis. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v 89 n 4, p 339-345, 2013.

TEIXEIRA, J. C.; GOMES, M. H. R. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros – estudo comparativo entre 2001 e 2006. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 197-204, 2011.

THOMPSON, R. A.; NELSON, C. A. Developmental science and the media: early brain development. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 56, p. 5-15, 2001.

UNITED NATIONS. **United Nations Millennium Declaration**. Lisbon: United Nations Information Centre, 2001.

VAN EYKEN, E. D.; RIBEIRO, C. D. M. Desenvolvimento infantil: seus agentes e as políticas públicas do município do RJ. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1085-1099, 2012.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, London v. 377, n. 9708, p. 1863-1879, 2011.

VIEIRA, LMF. A educação infantil e o plano nacional de Educação: as propostas da conae 2010. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 112, p. 809-831, 2010.

YAZBEK, MC. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 110, p. 288-322, 2012.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A.

Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012.

NOTAS

¹ Difteria, tétano e coqueluche - e *Haemophilus influenzae*

² Aspectos relacionados à saúde, crescimento e desenvolvimento infantil

Rosane Luzia de Souza Morais

Fisioterapeuta

Doutora pelo Programa Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

E-mail: rosane.morais@ufvjm.com.br

Alysson Massote Carvalho

Psicólogo

Doutor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP)

Diretor Geral do Instituto Presbiteriano Gamonn

E-mail: alysson@ufmg.br

Livia de Castro Magalhães

Terapeuta Ocupacional

Doutora em Educação pela University of Illinois at Chicago

Professora Titular do Departamento de Terapia Ocupacional, Escola Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

E-mail: liviacmag@gmail.com

Priscilla Avelino Ferreira Pinto

Graduanda pelo Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Bolsista de Iniciação Científica

E-mail: priscillaafp@gmail.com

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

Av. Universitária, Unai - MG, 38610-000.

Instituto Presbiteriano Gamonn

Pca Neria Coelho Guimaraes, 36 - Centro, Guanhães – MG
CEP: 39740-000

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte – MG

CEP: 31270-901