



IJSN - Instituto Jones dos Santos Neves 2016

56

TEXTO PARA DISCUSSÃO

# Primeira Infância: Análise do Marco Legal e a situação no Espírito Santo

# **PRIMEIRA INFÂNCIA: ANÁLISE DO MARCO LEGAL E A SITUAÇÃO NO ESPÍRITO SANTO**

# Instituto Jones dos Santos Neves

TD – 56

## Diretora Presidente

Andrezza Rosalém Vieira

## Diretor de Estudos e Pesquisas

Ana Carolina Giuberti

## Coordenadora de Estudos Sociais

Sandra Mara Pereira

### Elaboração

Sandra Mara Pereira

Érico Jenz Santos

*Coordenação de Estudos Sociais*

### Colaboração

Thalita Matias Gonçalves

*Coordenação de Estudos Sociais*

Jhonny Lyrio Gomes

Leonardo Rangel Nascimento Miranda

*Estagiários da Coordenação de Estudos Sociais*

### Compilação dos dados Pnad/IBGE e

#### Censo Escolar/INEP

Cleverlano Silva Gomes

*Coordenação de Estatística*

### Compilação dos dados do CadÚnico

Marlon Neves Bertolani

*Coordenação de Estudos Sociais*

### Apoio Informações de Saúde

Secretaria de Estado de Saúde do

Espírito Santo

### Editoração

Lastênio João Scopel

*Assessoria de Relacionamento Institucional*

### Bibliotecária

Andrezza Ferreira Tovar

*Assessoria de Relacionamento Institucional*

Maria de Fátima Pessotti de Oliveira

*Assessoria de Relacionamento Institucional*

Instituto Jones dos Santos Neves

Primeira infância: análise do marco legal e a situação no Espírito Santo. Vitória, ES, 2016)

127p. il. tab. (Texto para discussão, 56)

1. Política Social. 2. Crianças. 3. Infância. 4. Espírito Santo (Estado).

I. Pereira, Sandra Mara. II. Santos, Érico Jenz. III. Título. IV. Série.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto Jones dos Santos Neves ou da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento do Governo do Estado do Espírito Santo.

# Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>08</b>
<b>2. O CONCEITO DE PRIMEIRA INFÂNCIA E SUA IMPORTÂNCIA</b> .....	<b>09</b>
<b>3. ANÁLISE DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1 Contexto de Mobilização</b> .....	<b>10</b>
<b>3.2 Marco Legal da Primeira Infância - Lei 13.257 de 08 de março de 2016</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Plano Nacional pela Primeira Infância</b> .....	<b>20</b>
<b>4. SITUAÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO ESPÍRITO SANTO</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1 Aspectos Demográficos</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2 Situação de Pobreza</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2.1 Situação de pobreza na Primeira Infância a partir do CadÚnico Espírito Santo</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2.2 Índice de Desenvolvimento da Família com as crianças na Primeira Infância - IDF, a partir do CadÚnico</b> .....	<b>31</b>
<b>4.3 Condição Domiciliar e Familiar</b> .....	<b>37</b>
<b>4.3.1 Infância e condição do domicílio</b> .....	<b>37</b>
<b>4.3.1.1 Proporção de crianças na Primeira Infância que vivem em domicílio com acesso inadequado a água</b> .....	<b>38</b>
<b>4.3.1.2 Proporção de crianças na Primeira Infância que vivem em domicílio com acesso inadequado a esgotamento sanitário</b> .....	<b>39</b>
<b>4.3.1.3 Proporção de crianças na Primeira Infância que vivem em domicílio onde as paredes externas e o piso foram construídos com materiais inadequados</b> .....	<b>40</b>
<b>4.3.1.4 Proporção de crianças na Primeira Infância que vivem em domicílio com densidade superior a 2 pessoas por domicílio</b> .....	<b>41</b>
<b>4.3.2 Estrutura e ambiente familiar</b> .....	<b>41</b>
<b>4.4 Acesso a Serviços Educacionais</b> .....	<b>45</b>
<b>4.5 Acesso à Saúde</b> .....	<b>53</b>
<b>4.5.1 Eixo I: Período Gestacional</b> .....	<b>61</b>
<b>4.5.2 Eixo II: Pós-Parto</b> .....	<b>69</b>
<b>4.5.3 Eixo III: Primeira Infância</b> .....	<b>82</b>
<b>5. CONSIDERAÇÃO FINAIS</b> .....	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>92</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>94</b>

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura 1</b> - População geral e primeira infância, Espírito Santo - 2014 .....	<b>23</b>
<b>Figura 2</b> - Crianças na primeira infância e faixa de idade (0 a 3 e 4 a 5), Espírito Santo, número absoluto e percentual .....	<b>24</b>
<b>Figura 3</b> - Proporção de crianças na primeira infância, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014 .....	<b>24</b>
<b>Figura 4</b> - Crianças na primeira infância, por situação de domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 e 2014 .....	<b>25</b>
<b>Figura 5</b> - População em geral, por situação de domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 e 2014 .....	<b>25</b>
<b>Figura 6</b> - Proporção de crianças na primeira infância, por situação de pobreza, Espírito Santo 2003-2014 .....	<b>26</b>
<b>Figura 7</b> - Proporção de pessoas, por situação de pobreza, Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>27</b>
<b>Figura 8</b> - Proporção de crianças na primeira infância, por situação de extrema pobreza, Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>28</b>
<b>Figura 9</b> - Proporção da população, por situação de extrema pobreza, Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>28</b>
<b>Figura 10</b> - Famílias inscritas no CadÚnico e famílias inscritas no CadÚnico com crianças na primeira infância, por situação de pobreza e extrema pobreza, Espírito Santo - 2015 .....	<b>30</b>
<b>Figura 11</b> - Crianças na primeira infância, por situação de trabalho da mãe, Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>43</b>
<b>Figura 12</b> - Crianças na primeira infância, por anos de estudo da mãe, Espírito Santo - 2014 .....	<b>44</b>
<b>Figura 13</b> - Crianças na primeira infância, por anos de estudo do responsável pelo domicílio, Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>44</b>
<b>Figura 14</b> - Frequência escolar, crianças na primeira infância, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014 .....	<b>45</b>
<b>Figura 15</b> - Frequência escolar, crianças até 3 anos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014 .....	<b>47</b>
<b>Figura 16</b> - Frequência escolar, crianças de 4 a 5 anos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014 .....	<b>47</b>
<b>Figura 17</b> - Proporção de crianças na primeira infância que frequentam a escola, dentro de cada decil de distribuição da população ordenada por renda, Espírito Santo, Sudeste e Brasil - 2014 .....	<b>49</b>
<b>Figura 18</b> - Proporção dentro de cada grupo étnico de crianças na primeira infância que frequentam à escola .....	<b>50</b>
<b>Figura 19</b> - Proporção de crianças na primeira infância, por anos de estudo da mãe, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 .....	<b>51</b>
<b>Figura 20</b> - Crianças na primeira infância, por frequência escolar e se a mãe trabalha ou não, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 (%) .....	<b>52</b>
<b>Figura 21</b> - Crianças na primeira infância, por frequência escolar e situação do domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 (%) .....	<b>53</b>
<b>Figura 22</b> - Eixos de indicadores para análise da primeira infância .....	<b>54</b>
<b>Figura 23</b> - Produção ambulatorial do SUS, Brasil (por faixa etária) - 2009-2015 .....	<b>54</b>
<b>Figura 24</b> - Produção ambulatorial da Região Sudeste no período de 2009 a 2015 .....	<b>58</b>
<b>Figura 25</b> - Produção ambulatorial do SUS, Espírito Santo (por faixa etária) - 2009 a 2015 .....	<b>58</b>
<b>Figura 26</b> - Nascidos vivos, Espírito Santo - 1994-2013 .....	<b>59</b>
<b>Figura 27</b> - Percentual do atendimento ambulatorial à população de 0-19 anos, em relação ao atendimento ambulatorial à população (todas as idades) .....	<b>60</b>
<b>Figura 28</b> - Taxa de prematuridade (abaixo de 37 semanas de gestação) .....	<b>60</b>
<b>Figura 29</b> - Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal .....	<b>61</b>
<b>Figura 30</b> - Produção de partos cesáreos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2000-2013 .....	<b>63</b>
<b>Figura 31</b> - Proporção de partos mães adolescentes (<19 a) .....	<b>64</b>
<b>Figura 32</b> - Razão da Mortalidade Materna no Brasil, para 100.000 nascidos vivos, 2000 a 2011 .....	<b>66</b>
	<b>67</b>

<b>Figura 33</b> - Número de nascidos vivos de mães adolescentes (Brasil e Região Sudeste) - 2000 a 2011 .....	<b>68</b>
<b>Figura 34</b> - Número de nascidos vivos x número de óbitos maternos/mães adolescentes no Espírito Santo - 2000 a 2013 .....	<b>68</b>
<b>Figura 35</b> - Razão entre número de óbitos maternos (mães adolescentes) e óbitos maternos todas as idades, em % .....	<b>69</b>
<b>Figura 36</b> - Taxa de mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos - Brasil, Sudeste e Espírito Santo .....	<b>70</b>
<b>Figura 37</b> - Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), Brasil e regiões - 1990/2008 e projeção até 2015 (Brasil) .....	<b>71</b>
<b>Figura 38</b> - Taxa de mortalidade neonatal precoce, por 1.000 nascidos vivos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo .....	<b>72</b>
<b>Figura 39</b> - Taxa de mortalidade pós-neonatal, Brasil, Sudeste e Espírito Santo .....	<b>74</b>
<b>Figura 40</b> - Razão de óbitos infantis por causas evitáveis (em menores de 1 ano), Brasil, Sudeste e Espírito Santo .....	<b>75</b>
<b>Figura 41</b> - Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, Brasil, Sudeste e Espírito Santo -2000 a 2013 .....	<b>76</b>
<b>Figura 42</b> - Prevalência de crianças com aleitamento materno exclusivo - percentual , Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2008 a 2014 .....	<b>77</b>
<b>Figura 43</b> - Relação entre o número de internações por condições sensíveis à atenção básica e o número de internações hospitalares por todas as causas, em crianças menores de 1 ano, em percentuais .....	<b>79</b>
<b>Figura 44</b> - Relação entre o número de internações por condições sensíveis à atenção básica e o número de internações hospitalares por todas as causas, em crianças menores de 5 anos, em percentuais .....	<b>80</b>
<b>Figura 45</b> - Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica e o número de internações hospitalares por todas as causas (crianças menores de 1 ano, crianças menores de 5 anos), Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2008 a 2015 .....	<b>80</b>
<b>Figura 46</b> - Imunizações - cobertura vacinal (crianças menores de 2 anos), Brasil, Sudeste e Espírito Santo .....	<b>82</b>
<b>Figura 47</b> - Taxa de mortalidade na infância (crianças de 0 a 5 anos), Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2000 a 2013 .....	<b>83</b>
<b>Figura 48</b> - Evolução da taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos), Brasil e regiões - 1990/2008 e projeção até 2015 (Brasil) .....	<b>84</b>
<b>Tabela 1</b> - Famílias inscritas no CadÚnico e famílias inscritas no CadÚnico com crianças na primeira infância, por situação de pobreza e extrema pobreza, Espírito Santo - 2014 .....	<b>29</b>
<b>Tabela 2</b> - Índice de Desenvolvimento da Família e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015 .....	<b>32</b>
<b>Tabela 3</b> - Índice de Desenvolvimento da Família (famílias com membros na PI) e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015 .....	<b>35</b>
<b>Tabela 4</b> - Proporção entre a população total e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio com acesso inadequado à água (domicílios onde não existe água canalizada em nenhum cômodo, nem na propriedade), Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>38</b>
<b>Tabela 5</b> - Proporção entre a população geral e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio com acesso inadequado a esgotamento sanitário (sem acesso a rede geral de esgoto ou pluvial ou fossa séptica), Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>39</b>
<b>Tabela 6</b> - Proporção entre a população total e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio onde as paredes externas e o piso foram construídos com materiais inadequados, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>40</b>
<b>Tabela 7</b> - Proporção entre a população total e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio com densidade superior a 2 pessoas por dormitório, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014 .....	<b>41</b>
<b>Tabela 8</b> - Crianças na primeira infância, se mora com a mãe, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 .....	<b>42</b>

<b>Tabela 9</b> - Crianças na primeira infância, por situação de trabalho da mãe, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 .....	<b>42</b>
<b>Tabela 10</b> - Crianças na primeira infância, por número de adultos no domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 .....	<b>43</b>
<b>Tabela 11</b> - Percentual de frequência escolar, crianças na primeira infância e faixas de idade, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 .....	<b>46</b>
<b>Tabela 12</b> - Crianças na primeira infância, por situação de extrema pobreza e frequência escolar, Espírito Santo - 2014 .....	<b>48</b>
<b>Tabela 13</b> - Proporção de crianças na primeira infância que frequentam à escola, por situação de pobreza, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 .....	<b>48</b>
<b>Tabela 14</b> - Variação do quantitativo de atendimento ambulatorial da população por faixa etária no Brasil, Sudeste e Espírito Santo, diferença percentual no período de 2009 a 2015 .....	<b>57</b>
<b>Tabela 15</b> - Variação do quantitativo de atendimento da população, todas as idades, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - Jan/2008 - Out/2015 .....	<b>57</b>
<b>Tabela 16</b> - Proporção de partos de mães adolescentes no Espírito Santo, Sudeste e Brasil .....	<b>66</b>
<b>Tabela 17</b> - Proporção entre número total de AIH por causas principais de internação hospitalar pelo CID10 (I, X e XVI) por todas as causas de internação (em valores%) Morbidade hospitalar do SUS - por local de residência, Brasil, Sudeste e Espírito Santo AIH aprovadas por faixa etária (< 1 ano e de 1 a 4 anos) e ano processamento (2008 e 2015) .....	<b>81</b>
<b>Tabela 18</b> - Crianças na primeira infância e população em geral, por dimensão da condição do domicílio - 2014 .....	<b>85</b>
<b>Tabela 19</b> - Posição do Estado do Espírito Santo pelos resultados dos indicadores analisados em relação a Região Sudeste e ao Brasil .....	<b>88</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente texto é resultado de parte dos estudos sobre infância e juventude, uma das linhas de pesquisa da Coordenação de Estudos Sociais (CES) do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN).

A percepção da primeira infância como uma área de estudo importante, em especial, por ser uma etapa estratégica para o investimento em políticas públicas, se coaduna com a mobilização social ocorrida no Brasil a partir da década de 2000 em torno do tema, que culminou com a aprovação recente do Marco Legal da Primeira Infância (Lei Ordinária 13.257/2016)<sup>1</sup>.

Embora os estudos sobre a primeira infância antecedam<sup>2</sup> as alterações legais relativas a esta faixa etária, introduzidas no país, essas se constituíram como uma motivação importante para a publicação deste texto, que tem dois objetivos principais, a saber: 1. Contribuir para o entendimento dos impactos do Marco Legal da Primeira Infância no Espírito Santo e seus Municípios e 2. Colaborar para a compreensão da situação da primeira infância no estado.

Para a análise do Marco Legal da Primeira Infância buscou-se ater-se não apenas ao texto da Lei Ordinária 13.257/2016 e do Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI)<sup>3</sup>, mas também ao contexto de construção destes dois documentos.

Para a construção do panorama sobre a situação da primeira infância no estado, utilizou-se os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico)<sup>4</sup>, assim como dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATA-SUS) e da Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. Basicamente essa parte foi estruturada em dois blocos. Um primeiro que traz aspectos demográficos; situação de pobreza; condição do domicílio e familiar; e acesso aos serviços educacionais; e um segundo voltado para análise do acesso à saúde, que traz indicadores relativos à gestação (proporção de partos cesários, taxa de prematuridade, proporção de mães adolescentes), ao pós-parto (aleitamento materno exclusivo, mortalidade infantil, proporção de nascidos vivos com baixo peso, entre outros) e à primeira infância propriamente dita (cobertura vacinal, taxa de internação hospitalar e taxa de mortalidade na infância).

Embora, entenda-se que nenhum estudo possa ser exaustivo no atendimento de seus propósitos - podendo ser sempre complementado a partir da prática concreta dos atores que atendem diretamente às crianças ou dos que formulam as ações, os programas e projetos -, espera-se que este trabalho possa contribuir para a formulação das políticas públicas voltadas à primeira infância.

<sup>1</sup> Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm)>. Acesso em 09/03/2016.

<sup>2</sup> Em 2011 o IJSN publicou o TD 21 com o título “Políticas sociais para a primeira infância: contexto e perspectivas” disponível em <<http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/836-td-21-politicas-sociais-para-a-primeira-infancia-contexto-e-perspectivas>>.

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Completo.pdf>> Acesso em 22/09/2015.

<sup>4</sup> O CadÚnico é um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no País. Devem ser cadastradas as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. Famílias com renda superior a esse critério poderão ser incluídas no CadÚnico, desde que sua inclusão esteja vinculada à seleção ou ao acompanhamento de programas sociais implementados pela União, estados ou municípios.

## 2. O CONCEITO DE PRIMEIRA INFÂNCIA E SUA IMPORTÂNCIA

O termo Primeira Infância (PI) de acordo com o Marco Legal da Primeira Infância (Lei Ordinária 13.257/2016), aprovado em 08 de março de 2016, corresponde ao período que abrange os primeiros seis (6) anos completos da vida da criança, mais precisamente os setenta e dois meses iniciais de vida<sup>5</sup>. Durante a Primeira Infância ocorrem o amadurecimento do cérebro, a aquisição dos movimentos, o desenvolvimento da capacidade de aprendizado, a iniciação social e afetiva, entre outros, e cada um desses aspectos é interligado com os demais e influenciado pela realidade na qual a criança vive.

As discussões sobre a Primeira Infância têm ganhado destaque na academia e na agenda governamental face ao reconhecimento, por diversos campos científicos e sociais, da relevância dos primeiros anos na formação humana, na constituição do sujeito e na construção das estruturas afetivas, sociais e cognitivas que dão sustentação a toda a vida posterior da pessoa.

Embora os campos da pedagogia e da psicologia, por exemplo, já assinalassem há mais tempo a extrema importância deste período da vida humana, pode-se afirmar que é relativamente recente no Brasil a compreensão da Primeira Infância como uma etapa estratégica para o investimento em políticas públicas. As duas afirmações seguintes de pesquisadores distintos, citadas na Justificação do Projeto de lei 6998/2013 que deu origem à Lei Ordinária 13.257/2016, sintetizam bem a compreensão corrente sobre a importância da atenção à Primeira Infância:

A sociedade vai pagar custos mais altos em educação corretiva, tratamento clínico, assistência social quando os circuitos neuronais não são formados apropriadamente no começo da vida e quando são ignoradas e negadas ações preventivas. (SHONKOFF, J.P. e FHILLIPS, D.A, eds. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press, 2000). (Apud Justificação do Projeto de lei 6998/2013).

Os primeiros anos constituem um período crítico para incutir nas crianças os fundamentos da sociabilidade: a partilha e o compromisso, a colaboração e a comunicação. A maioria das crianças que crescem num meio favorável, guiadas por seus pais e por aqueles que lhe são próximos, aprende a controlar suas emoções, a comunicar-se pela linguagem e a exprimir suas frustrações de maneira construtiva (TREMBLAY, R.E., GERVAIS, J. e PETITCLERC, A. *Prévenir la violence par l'apprentissage à la petite enfance*. Montreal (QC). Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2008, Traduzido para o português: *Prevenir a Violência pelo Aprendizado na Primeira Infância*). (Apud Justificação do Projeto de lei 6998/2013)

<sup>5</sup> Alguns documentos e instituições, como a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), que lidam com a primeira infância a definem a partir da concepção, ou seja incluem o período da gestação. A primeira formulação do Marco Legal da Primeira Infância incorporava este conceito. Entretanto, em sua versão final a Lei 13.257/2016 assumiu a definição dada acima: os primeiros seis anos de vida. Vale ressaltar, no entanto, que a lei traz vários artigos em sua formulação que protege a gestação por entender o vínculo deste período com a vida a partir do nascimento.

De forma geral, estudos diversos têm revelado que a evolução funcional do cérebro humano está diretamente associada à Primeira Infância e que as experiências desta fase da vida têm força singular no desenvolvimento humano, impactando tanto sobre o desenvolvimento físico e cognitivo, quanto sobre o desenvolvimento emocional e social dos indivíduos. Pesquisadores como James Heckman (Prêmio Nobel de Economia – 2000), entre outros, evidenciaram que a ausência de cuidados e incentivos corretos na PI liga-se a vários indicadores negativos como: evasão escolar, gravidez na adolescência, criminalidade, consumo de drogas, etc.

Os avanços da Neurociência deixam claro os impactos sobre a saúde física e mental e os correlatos desdobramentos para o indivíduo, ao longo de sua vida, e para a sociedade. Por este motivo, especialistas em infância, a sociedade civil e Gestores de uma forma em geral têm procurado debater a importância da Primeira Infância de modo acentuado nos últimos anos. A elaboração do Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), finalizada em 2010, e a aprovação em 2016 do Marco Legal da Primeira Infância (Lei Ordinária 13.257/2016) são fatos emblemáticos da importância deste tema. O item 3.1 deste texto traz um pouco deste cenário político e social, que antecede e configura a construção destes dois documentos de referência.

### **3. ANÁLISE DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

#### **3.1. Contexto de Mobilização**

Como afirmado anteriormente, o campo das políticas públicas focadas na primeira infância é relativamente recente no Brasil. As décadas de 1980 e 1990 trouxeram avanços importantes em termos de reconhecimento dos direitos das crianças, embora ainda sem focar na primeira infância. Este segmento começa a ser alvo de atenção da sociedade brasileira, dos governos e dos especialistas em desenvolvimento infantil particularmente a partir da década de 2000.

A compreensão desse processo histórico, que inclui mobilização coletiva e disseminação de conhecimentos específicos sobre o desenvolvimento infantil, auxilia a percepção da importância social do cuidado com a infância e, conseqüentemente, de políticas públicas voltadas à primeira infância. Por este motivo, será descrito a seguir, de modo sumarizado, aspectos gerais que compõem o quadro da compreensão da infância na sociedade brasileira.

A Constituição de 1988 trouxe a compreensão da criança como sujeito de direitos, concepção reafirmada no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 1990 - ECA), se distanciando de uma concepção clientelista e repressora. Com o ECA crianças e adolescentes passam legalmente a gozar de todos os direitos fundamentais e sociais, inclusive a prioridade absoluta decorrente de

situação peculiar de pessoas em desenvolvimento. O sistema de garantia de direitos (que compreende conselhos, promotorias, varas de infância, defensorias, delegacias e núcleos de assistência e atendimento) reflete esse paradigma inaugurado com a Constituição de 1988 e reafirmado no ECA.

Estudos recentes<sup>6</sup>, no entanto, ao ressaltar a importância da infância, em especial os primeiros seis anos de vida, fase denominada de primeira infância, têm impulsionado várias reflexões sobre a necessidade de políticas públicas específicas para esta fase da vida.

Observou-se no Brasil maior espaço para o tema primeira infância a partir da década de 2000. Exemplos dessa maior visibilidade para a primeira infância podem ser vistos na formulação do programa Primeira Infância Melhor – PIM, desenvolvido no Rio Grande do Sul, a atuação da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) e na constituição da Rede Nacional pela Primeira Infância (RNPI), referências importantes nesta área.

O Primeira Infância Melhor - PIM é desenvolvido desde de 2003 no Rio Grande do Sul, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, e tornou-se lei Estadual nº 12.544, em 03 de julho de 2006. O PIM tem como base visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, visando o fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças. O foco é o desenvolvimento das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais, tendo como eixos de sustentação a comunidade, a família e a intersectorialidade. O PIM é reconhecido como uma política pública pioneira no Brasil voltada à promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, assim como, uma das tecnologias sociais mais consistente para o cuidado com a infância na América Latina.

Embora o PIM se constitua como uma política de âmbito estadual, sua experiência é reconhecida em todo o território nacional como um exemplo positivo de formulação de políticas para a primeira infância<sup>7</sup>.

Outra instituição importante que compõe o cenário de atenção à primeira infância na década de 2000 é a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV)<sup>8</sup>. Criada em 1965, com foco inicial no incentivo e disseminação da pesquisa sobre hematologia, a FMCSV em 2005 redirecionou sua atuação para a promoção do desenvolvimento da primeira infância, a partir de um projeto científico apresentado pelo neuropediatra Saul Cypel, membro de seu Conselho de Curadores. Em 2007, a FMCSV realizou o I Workshop Internacional de Desenvolvimento Infantil e, em 2008, criou e implementou o Programa Primeiríssima Infância, em parceria com municípios do estado de São Paulo, que depois tornou-se o Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância. Trata-se de um projeto de promoção do desenvolvimento integral das crianças por meio da “melhoria da qualidade do atendimento e cuidado

<sup>6</sup> Ver por exemplo: CUNHA, Flavio; HECKMAN, James. **A Evidência sobre Formação de Capital Humano ao Longo da Vida**: Universidade de Pennsylvania e Universidade de Chicago, 2008; OLIVEIRA, João Batista Araújo de. **Políticas e práticas de atendimento à primeira infância: lições da experiência internacional**. Instituto Alfa e Beto, 2007, entre outros.

<sup>7</sup> Informações disponíveis em <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/o-que-e/> acesso em 18/04/2016.

<sup>8</sup> Sobre o histórico da atuação da FMCSV ver linha do tempo disponível em <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/sobre-nos/Paginas/default.aspx> Acesso em 14/04/2016.

às gestantes e crianças; promoção do trabalho intersetorial com os vários setores que atuam com crianças e gestantes; e mobilização da sociedade para a importância dessa fase da vida<sup>9</sup>.”

Outra instituição fundamental para a compreensão da história da atenção à primeira infância no Brasil é a Rede Nacional pela Primeira Infância – RNPI que iniciou suas atividades em 2007 e tem como missão a articulação e mobilização de organizações e pessoas para defender e garantir os direitos das crianças até seis anos de vida. Formada por organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, outras redes e organizações multilaterais que atuam pela promoção e garantia dos direitos da primeira infância, a RNPI hoje conta com mais de 160 organizações de todas as regiões do Brasil.

A RNPI é composta pela Assembleia Geral, um Grupo Gestor, Grupos de Trabalho e por uma Secretaria Executiva que, eleita a cada triênio, é a organização responsável pela coordenação das ações da Rede.

Os Grupos de Trabalho da RNPI estão estruturados nos seguintes eixos: Brincar, Proteção e Prevenção às Violências, Educação Infantil, Participação Infantil, Cultura, Saúde, Planos Municipais Pela Primeira Infância (PMPI) e Homens pela Primeira Infância. Temas que expressam de modo significativo uma mudança na compreensão da infância nos dias atuais, tanto em relação ao padrão prevalecente na legislação antes da Constituição de 1988, quanto em relação à própria compreensão expressa na Constituição. De uma visão repressora passamos à uma visão das crianças como sujeitos de direitos fundada na doutrina da proteção integral e, mais recentemente, a reafirmação desta perspectiva aliada à disseminação do conhecimento sobre a extrema importância de cuidados específicos na primeira infância, o que exige políticas públicas direcionadas a este segmento.

Em 2010, o Brasil, por meio de ampla mobilização social, elaborou o Plano Nacional pela Primeira Infância, que apresenta metas até 2022 para diversas áreas, com o objetivo de atendimento integral à primeira infância. Embora este plano não tenha assumido um caráter de lei, foi aprovado pelo CONANDA (Conselho Nacional pelos Direitos da Criança) e tem sido uma referência para a elaboração de políticas voltadas ao cuidado na primeira infância.

Um dos resultados deste contexto de mobilização e sensibilização da sociedade brasileira foi a realização, pela Secretaria de Assuntos Estratégicos e Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal, do Seminário Cidadão do Futuro: Políticas para o desenvolvimento da primeira infância, em outubro de 2011.

O Seminário Cidadão do Futuro: Políticas para o desenvolvimento da primeira infância reuniu especialistas nacionais e internacionais na área da infância para discutir temas relevantes como a proposta de uma política de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, a avaliação do desenvolvimento infantil, como assegurar condições mínimas às famílias para uma atenção adequada à primeira infância, o impacto do atendimento em creches sobre o desenvolvimento das

<sup>9</sup> Informação disponível em <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia/Paginas/default.aspx> Acesso em 15/04/2016.

crianças, a adoção de medidas de qualidade para os serviços de educação infantil e o estado nutricional na primeira infância, entre outros.

Ainda em 2011, viu-se a criação da Frente Parlamentar pela Primeira Infância (FPPI), com a integração de 200 parlamentares à Rede Nacional pela Primeira Infância – RNPI. Desde de 2012, 33 parlamentares da FPPI participaram do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, realizado em Harvard, em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e instituições de ensino superior como INSPER, Universidade de São Paulo (USP) e, na primeira edição, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

Em 2013, foi também realizado o I Seminário Internacional: Marco legal da Primeira Infância, que reuniu cerca de 500 participantes, com representantes de várias regiões do Brasil, assim como de países como Argentina, Chile, Paraguai, Peru, Colômbia, Equador, México, Canadá, EUA e Holanda. O Seminário contou com a participação da Red Hemisferica de Parlamentares e ex-Parlamentares por la Primeira Infancia, uma iniciativa da Organização dos Estados Americanos (OEA), na qual participam 17 países da América Latina<sup>10</sup>. Em 2014 e 2015 ocorreram, respectivamente, a II e a III edição do Seminário Internacional: Marco legal da Primeira Infância.

Observa-se a partir do exposto um amplo e intenso debate sobre a importância da primeira infância no país, assim como o envolvimento de várias organizações nas mobilizações relacionadas ao tema. É este o clima que antecede e alimenta a construção do marco legal para a primeira infância, que será analisado a seguir.

À medida que se ampliam os conhecimentos sobre o desenvolvimento humano, alarga-se também a compreensão da necessidade de políticas direcionadas à fase inicial da vida humana.

### **3.2. Marco legal da Primeira Infância - Lei 13.257 de 08 de março de 2016**

Em dezembro de 2013 foi apresentado ao Congresso Nacional o projeto de Lei nº 6998, de autoria do Deputado Osmar Terra e outros, que propunha a alteração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei ° 8069 de 1990), com o objetivo central dar a devida atenção à Primeira Infância no âmbito do ECA e, conseqüentemente, das políticas públicas.

Para análise do PL 6998/2013, foi criada a Comissão Especial da Primeira Infância, cuja maioria dos membros haviam participado do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, em Harvard, entre 2012 e 2014, citada anteriormente.

Ademais, o projeto contou com ampla participação social em sua formulação, por meio da realização de audiências públicas, do II Seminário Internacional Marco Legal da Primeira Infância, seminários

<sup>10</sup> Informação disponível em < <http://www.iin.oea.org/socios-estrategicos.html>>, acesso em

regionais, reuniões e grupos de estudo em vários estados brasileiros, promovidos tanto pela Comissão Especial da Primeira Infância do Congresso Nacional, quanto por iniciativa de entidades como a Rede Nacional pela Primeira Infância – RNPI, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, entre outras. A RNPI também incentivou a apresentação de sugestões pela internet, recebendo expressiva contribuição (análises, posicionamentos, questionamentos e sugestões). Contribuíram também dirigentes e técnicos do Poder Executivo (Ministérios da Educação, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Secretaria de Direitos Humanos e da Secretaria de Assuntos Estratégicos), do Ministério Público e a Mesa Diretora do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA. Toda essa participação implicou em sugestões de itens pontuais que foram modificados ou agregados, ajustes diversos, ora de forma, ora de conteúdo<sup>11</sup>.

A comparação entre o texto original do projeto e a versão final encaminhada para o Senado expressa bem a qualidade das intervenções recebidas. Em sua formulação original o PL 6998/2013 propõe basicamente a alteração do artigo 1º do ECA (Lei nº 8069 de 1990) e insere outros dispositivos nesta lei. O resumo inicial do PL era:

Altera o art. 1º e insere dispositivos sobre a Primeira Infância na Lei nº 8.069, de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Embora a primeira formulação já representasse avanços significativos em termos de concepção, a redação final que saiu do Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania do Congresso Nacional (PL 6998-B de 2013), foi aprovada e encaminhada para o Senado Federal, apresentou uma amplitude maior em sua formulação, como pode ser observado no texto resumo do PL:

Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Decreto Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

Em março de 2015, o PL 6998/2013 foi apresentado ao Senado federal, sendo indexado como Projeto de Lei da Câmara - PLC nº 014 de 2015. Em fevereiro de 2016, o Senado aprovou o projeto e, em 08 de março deste mesmo ano (2016), o Governo Federal sancionou a Lei Ordinária 13.257 conhecida como o Marco Legal da Primeira Infância, tornando-se o primeiro país da América Latina a construir uma legislação específica de proteção, valorização e promoção deste segmento etário.

Sem dúvida, o marco legal da primeira infância é fruto de ampla mobilização social e o resultado de um esforço conjunto do Congresso Nacional, do Governo Federal e da Sociedade Civil Organizada pelas crianças do Brasil.

<sup>11</sup> Para maior detalhamento da tramitação do projeto e participação social envolvida ver documento impresso publicado pelo Congresso Nacional com o título “Projeto de Lei 6.998/2013 – Marco Legal da Primeira Infância”, que traz um histórico inicial e a redação final da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania do Projeto de Lei Nº 6.998-B de 2013. Ver também informações disponíveis em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=604836>> acesso em 10/03/2016.

A Lei Ordinária 13.257/2016 “estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e na formação humana (...)” (Art. 1º). Como já assinalado na análise do projeto de lei que deu origem ao marco Legal da primeira infância, o texto dessa lei propõe alterações não apenas no ECA (Lei 8069/1990), mas também no Código de Processo Penal (Decreto Lei nº 3.689/1941), na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (Decreto Lei nº 5454 /1943), no Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença maternidade mediante incentivo fiscal (Lei 11.770/2008) e na Lei que regula a expedição e a validade da declaração Nacional de Nascidos Vivos (Lei 12.662/2012). Esse conjunto de leis alteradas parcialmente indica, já de início, a amplitude do escopo do marco legal da primeira infância.

Entre as áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância estão:

[...] a saúde, a alimentação e nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção frente a toda forma de violência e à pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce aos meios de comunicação. (Art.5º)

O Art. 5º amplia as áreas de cuidado para a primeira infância para além das já tradicionais e importantes áreas da saúde, da assistência e da educação. A ampliação das áreas prioritárias a serem consideradas na formulação das políticas públicas para a primeira infância indica a compreensão de que diversos fatores impactam no desenvolvimento infantil. O acesso ao brincar e ao lazer com qualidade, por exemplo, são fatores chaves para o desenvolvimento neurológico neste período da vida humana e a formulação da lei tenta não perder de vista esta dimensão já comprovada por diversos estudos acadêmicos.

Outro ponto importante está presente no Art. 4º do marco legal que traça um quadro geral da forma como as políticas públicas devem ser elaboradas e executadas, ou seja diretrizes a serem seguidas, a saber:

- I – atender ao interesse superior da criança e à sua condição de sujeito de direitos e cidadã;
- II – incluir a participação da criança na definição das ações que lhe dizem respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento;
- III – respeitar a individualidade e ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade das infâncias brasileiras, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais;
- IV – reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na Primeira Infância, priorizando o investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação das crianças;
- V – articular as dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância;

VI – adotar uma abordagem participativa, envolvendo a sociedade, por meio de suas organizações representativas, os profissionais, os pais e as crianças, no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços;  
VII – articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado;  
VIII – descentralizar as ações entre os entes da Federação;  
IX – promover a formação de uma cultura de proteção e promoção da criança, com o apoio dos meios de comunicação social.

Embora todos as diretrizes listadas no Art. 4º sejam igualmente importantes, algumas destacam-se pelo seu caráter inovador no cenário da cultura política brasileira. O primeiro destaque que pode ser feito refere-se à participação das crianças na definição das ações que lhe dizem respeito (item II). Numa cultura ainda marcadamente adultocêntrica<sup>12</sup>, que tradicionalmente tende a desqualificar a capacidade de agir e falar na infância<sup>13</sup>, garantir a participação das crianças em processos decisórios é certamente um desafio, tanto em termos de disponibilidade de escuta efetiva por parte dos atores diversos envolvidos, quanto em termos de viabilização do processo de participação das crianças (metodologia e organização).

Merece destaque também a indicação de articulação das dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância (item V). O artigo 9º reforça esta diretriz ao falar da articulação das políticas para a primeira infância com as instituições de formação profissional, assim como o Art. 10 ao enfatizar a necessidade de formação e qualificação em programas que contemplem a primeira infância aos profissionais que atuam nesta área. Nesta mesma perspectiva, o Art. 30 que altera o artigo 88 do ECA (Lei nº 8.069/1990), nos itens VIII e IX, volta a afirmar a especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham com a área de atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança, sobre desenvolvimento infantil integral e intersectorialidade. O item X do Art. 30 também ressalta a realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência. Todos os artigos citados (4º, 9º, 10 e 30) falam de algum modo da articulação entre ciência, política e as práticas profissionais. Embora esta articulação não seja uma discussão nova, ela ainda é uma tarefa desafiadora, principalmente quando nos referimos a áreas relativamente recente, como o desenvolvimento na primeira infância.

Outra mudança importante preconizada é a articulação e integração das ações setoriais com vistas a um atendimento integral e integrado da criança listado no item VII do Artigo 4º e reforçado nos artigos 6º e 7º:

**Art. 6º** A Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada pela abordagem e coordenação intersectorial, que articula as diversas políticas setoriais numa visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância. (grifo nosso)

<sup>12</sup> Por adultocêntrica entende-se a cultura que valoriza e centraliza as decisões nos sujeitos adultos em detrimento de outros grupos etários, como crianças e jovens, tendendo a desqualificar a participação destes últimos previamente.

<sup>13</sup> O próprio termo infância etimologicamente tem origem no latim *infantia*, do verbo *fari*=falar, onde *fan*=falante e *in* é a negação, portanto, *infans* refere-se ao indivíduo que ainda não é capaz de falar.

**Art. 7º** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir, nos respectivos âmbitos, comitê intersetorial de políticas públicas para a primeira infância com a finalidade de assegurar a articulação das ações voltadas à proteção e à promoção dos direitos da criança, garantida a participação social por meio dos Conselhos de Direitos. (grifo nosso)

Embora o Brasil já possua iniciativas interessantes na perspectiva do trabalho intersetorial, como o Programa Brasil Carinhoso que articula os Ministérios da Educação, Saúde e Assistência Social, pode-se afirmar que a lógica do trabalho setorizado e departamentalizado ainda predomina nas políticas públicas nacionais. Formular e implementar uma política pública para a primeira infância com abordagem e coordenação intersetorial certamente demanda muita disposição e comprometimento político e envolve um rico aprendizado. Entretanto, não há dúvidas de que o caminho é a atuação intersetorial, uma vez que o que está em jogo é o cuidado integral da criança.

Para que o cuidado seja integral é preciso que cada agente público que atenda uma determinada criança seja capaz de identificar não apenas a(s) demanda(s) imediata(s) que a levou até este serviço específico, mas o conjunto de serviços que podem contribuir com a promoção desta criança para que ela tenha de fato um desenvolvimento pleno. Isto implica certo grau de integração entre os diversos serviços públicos disponíveis no território, implica em ter o foco na criança em desenvolvimento e não apenas na especificidade de cada área de atuação de determinado serviço. Embora possa parecer uma mudança pequena, o que está em jogo é não apenas uma mudança de gestão, mas também uma mudança cultural no modus operandi de diversos atores sociais concretos.

Ainda em relação às diretrizes do Art. 4º, vale destacar a formação de uma cultura de proteção e promoção da criança, com o apoio dos meios de comunicação social (item IX). Mais uma vez fala-se aqui de uma mudança cultural. Como descrito sumariamente no item anterior, a Constituição de 1988 ao afirmar as crianças como sujeitos de direitos vai de encontro a uma concepção clientelista e repressora, que infelizmente ainda permeia a sociedade brasileira. Por isto a necessidade de se criar uma cultura de proteção e promoção. É preciso disseminar de forma contundente a compreensão da primeira infância como uma fase crítica do desenvolvimento humano que requer cuidados tanto da família quanto do Estado, sob o risco de, ao negar os cuidados necessários a elas, se comprometer sobremaneira o conjunto da sociedade.

Dentro da perspectiva do cuidado integral e integrado à criança, o Art. 14 salienta as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis como parte das políticas e programas governamentais de apoio às famílias, que devem buscar a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente, direitos humanos, entre outras.

A ideia da visita domiciliar tem sido destacada como uma estratégia importante a ser utilizada em diversas experiências de políticas voltadas à primeira infância. Pressupõe, no entanto, equipes qualificadas e bem remuneradas, mas estudos indicam que as relações custo benefício são positivas<sup>14</sup>. O Art. 14, em seu parágrafo 5º reforça a necessidade de qualificação:

§ 5º Os programas de visitas domiciliares voltados ao cuidado e educação na primeira infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada. (Art. 14, § 5º)

O Art. 14 preconiza ainda ações de orientação e formação às gestantes e às famílias sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos. O objetivo dessas ações é favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância (Art. 14, § 3º).

Outro aspecto a destacar é o art. 11 que afirma o monitoramento e coleta sistemática de dados como parte integrante das políticas públicas, com vistas à avaliação periódica dos serviços ofertados. Como as políticas públicas para a primeira infância, em sua maioria, estão em sua fase inicial de formulação, é fundamental que a avaliação e o monitoramento sejam pensados desde o início como parte integrante das mesmas para que de fato a avaliação e o monitoramento sejam viabilizados e tornem-se instrumentos de gestão. Trata-se de princípios básicos da gestão moderna que ainda encontram resistência em diversas áreas de atuação e, principalmente, encontram dificuldades operacionais de execução quando não pensados como parte integrante da política a ser desenvolvida.

Além do monitoramento e da avaliação das políticas e serviços públicos destinados às crianças, de forma geral, o Art. 11 preconiza a manutenção de um instrumento unificado de registro de dados do crescimento e desenvolvimento individual da criança, assim como a criação de um Sistema informatizado que inclua dados das redes públicas e privadas de saúde.

§ 1º A União manterá instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como sistema informatizado, que inclua as redes pública e privada de saúde, para atendimento ao disposto neste artigo. (Art. 11, § 1º)

O Marco Legal pela Primeira Infância não deixa claro a que instrumento se refere e nem as relações entre o referido instrumento e o Sistema informatizado também preconizado no mesmo texto. A Caderneta da Criança é um instrumento de registro de seu crescimento e desenvolvimento que já existe, entretanto este instrumento não se vincula com nenhum sistema informatizado, ficando as informações registradas restritas às famílias e aos profissionais de saúde que acessam a Caderneta da Criança em momentos pontuais de atendimento à criança/família (consultas médicas, por exemplo). Se o parágrafo 1º do Art. 11 está falando da integração entre o instrumento individual de registro e o Sistema informatizado, como o texto sugere, o país está diante de uma tarefa grandiosa, que demandará tempo e trabalho intenso.

<sup>14</sup> Em 2011 a Universidade de São Paulo (USP) promoveu o “Seminário Internacional sobre Visitação Domiciliar: Prevenção da Violência e Promoção do Desenvolvimento Saudável na Primeira Infância” que teve como objetivo principal discutir as políticas e programas de promoção do desenvolvimento saudável na primeira infância, com foco nas estratégias de visitação domiciliar. Neste evento diversos Programas apresentaram suas experiências com a utilização da estratégia de visitação domiciliar, como o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), no Rio Grande do Sul – Brasil, assim como Programas de outros países como Chile Cresce Contigo - Chile e Educa Tu Hijo – Cuba, por exemplos.

Certamente a criação desse Sistema auxiliará o monitoramento e avaliação das políticas e serviços públicos, mas vale ressaltar que o Sistema, em si, traz elementos que extrapolam estas ações, até porque envolve também as redes privadas de atendimento em saúde.

Entre as mudanças importantes previstas no Marco Legal para a Primeira Infância está a alteração da Lei nº 11.770 de 9 de setembro de 2008, que institui o Programa Empresa Cidadã, com vistas à ampliação da licença maternidade e paternidade. O artigo 1º da referida lei, então, passa a ter a seguinte redação:

**Art. 1º** É instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar:

I – por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do *caput* do art. 7º da Constituição Federal;

II - por 15 (quinze) dias a duração da licença-paternidade nos termos desta Lei, além dos 5 (cinco) dias estabelecidos no § 1º do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (Art. 1º da Lei 11.770/2008, alterado pelo Art. 38 da Lei Ordinária 13.257/2016)

A ampliação das licenças maternidade e paternidade configuram-se como um ganho num contexto onde os vínculos afetivos entre pais e filhos na primeira infância são assinalados como fundamentais para o desenvolvimento infantil. Vale ressaltar, entretanto, como assinalou Vidal Didonet, assessor legislativo da Rede Nacional Primeira Infância, em entrevista sobre o novo marco legal, que se observa neste ponto um desafio cultural a ser enfrentado:

O Brasil ainda vive uma cultura machista que, muitas vezes, diz que cuidar de filho não é 'coisa de homem'. Esse é um desafio grande e precisaremos promover discussões, divulgar mais pesquisas, compartilhar experiências<sup>15</sup>.

Por fim, ressalte-se o Art. 11, em seu parágrafo 2º, que estabelece que a União deverá informar à população sobre os recursos investidos em programas e serviços voltados à primeira infância e que também recolherá informações sobre os valores aplicados pelos Estados e Municípios.

§ 2º A União informará à sociedade a soma dos recursos aplicados anualmente no conjunto dos programas e serviços para a primeira infância e o percentual que os valores representam em relação ao respectivo orçamento realizado, bem como colherá informações sobre os valores aplicados pelos demais entes da Federação.

A transparência em relação ao orçamento destinado à primeira infância constitui-se como mais um elemento positivo introduzido no marco legal, por permitir maior controle social, por meio do monitoramento da sociedade sobre o valor destinado pelo poder público à primeira infância.

<sup>15</sup> Entrevista disponível em <http://primeirainfancia.org.br/novo-marco-legal-consolida-a-vancos-significativos-para-a-primeira-infancia-brasileira/>, acesso em 25/04/2016.

Por todas os pontos enumeradas aqui, percebe-se que o Marco legal pela Primeira Infância enuncia mudanças significativas na forma como a sociedade, o Estado e a família devem cuidar das crianças no Brasil. As mudanças legais, no entanto, por si só não asseguram mudanças estruturais e/ou culturais. Da mesma forma que a sociedade civil e diversos atores sociais colaboraram para a construção do texto legal, também deverão ficar atentos para a construção desta nova realidade desejada e necessária.

### 3.3. Plano Nacional pela Primeira Infância

Embora o Marco Legal da Primeira Infância tenha sido sancionado pela Presidência da República apenas em março de 2016, desde 2010 o Brasil possui um Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), elaborado pela Rede Nacional pela Primeira Infância (RNPI), com ampla participação social, e aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda (em 14 de dezembro de 2010).

A ideia de se ter um plano, com duração decenal ou superior, destinado a atender a especificidade de uma determinada área como a primeira infância, representa um avanço democrático e em termos de gestão pública, uma vez que objetivos e estratégias são estabelecidos, servindo de referência tanto para o governo quanto para os diversos atores da sociedade civil. A participação da sociedade na sua construção, o debate pluripartidário e o prazo que transcende os períodos administrativos de mandatos governamentais desvinculam o plano de um determinado governo ou partido e o colocam como uma tarefa do Estado, um dever político e um instrumento técnico.

O Plano Nacional pela Primeira Infância traz em sua formulação princípios, diretrizes gerais, objetivos e metas para o Brasil realizar por suas crianças em cada um dos direitos proclamados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pelas leis setoriais da educação, da saúde, da assistência, da cultura, dos direitos da criança e do adolescente, da convivência familiar e comunitária e de outros setores que lhe dizem respeito. Será listado a seguir apenas os princípios, as diretrizes (políticas e técnicas) e as ações finalísticas do PNPI.

Entre os princípios<sup>16</sup> afirmados no Plano Nacional pela Primeira Infância estão:

- Criança sujeito, indivíduo, único, com valor em si mesmo;
- A diversidade étnica, cultural, de gênero, geográfica;
- A integralidade da criança;
- A inclusão;
- A integração das visões científica e humanista;
- A articulação das ações (entre os entes federados; entre os setores da administração e entre Governo e Sociedade);

<sup>16</sup>Ver páginas 29-31 do PNPI.

- A sinergia das ações;
- A prioridade absoluta dos direitos da criança;
- A prioridade da atenção, dos recursos, dos programas e das ações para as crianças socialmente mais vulneráveis;
- Dever da família, da sociedade e do Estado.

As diretrizes políticas do plano são:

1. Atenção à prioridade absoluta da criança na Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO, no Plano Plurianual – PPA e no Orçamento. [...]
2. Articulação e complementação dos Planos nacional, estaduais, distrital e municipais pela primeira infância [...]
3. Manutenção de uma perspectiva de longo prazo [...]
4. Elaboração dos planos em conjunto pelo governo e sociedade, gerando corresponsabilidade do Estado, da sociedade e das famílias. [...]
5. Participação do Poder Legislativo no processo de elaboração do Plano. [...]
6. Atribuição de prioridade para regiões, áreas geográficas ou localidades com maior necessidade. (PNPI, p. 30-31)

Complementam as diretrizes políticas listadas acima, as denominadas diretrizes técnicas:

1. Integralidade do Plano, abrangendo todos os direitos da criança no contexto familiar, comunitário e institucional;
2. Multissetorialidade das ações, com o cuidado para que, na base de sua aplicação, junto às crianças, sejam realizadas de forma integrada;
3. Valorização dos processos que geram atitudes de defesa, de proteção e de promoção da criança;
4. Valorização e qualificação dos profissionais que atuam diretamente com as crianças [...];
5. Reconhecimento de que a forma como se olha, escuta e atende a criança expressa o valor que se dá a ela, o respeito que se tem por ela, a solidariedade e o compromisso que se assume com ela; reconhecimento, também, de que a criança capta a mensagem desses sentimentos e valores pela maneira com que é tratada pelos adultos;
6. Foco nos resultados: insistir e persistir no alcance dos objetivos e metas do PNPI e divulgar os avanços que se vão obtendo;
7. Transparência, disponibilidade e divulgação dos dados coletados no acompanhamento e avaliação do PNPI. (PNPI, p. 31)

Entre as ações finalísticas<sup>17</sup> previstas no plano estão contemplados os seguintes tópicos:

- Crianças com Saúde
- Educação Infantil
- A Família e a Comunidade da Criança
- Assistência Social a Crianças e suas Famílias

<sup>17</sup> PNPI, p.36-111.

- Atenção à Criança em Situação de Vulnerabilidade:  
Acolhimento institucional, Família acolhedora, Adoção
- Do Direito de Brincar ao Brincar de todas as Crianças
- A Criança e o Espaço – a Cidade e o Meio Ambiente
- Atendendo à Diversidade: Crianças Negras, Quilombolas e Indígenas
- Enfrentando as Violências contra as Crianças
- Assegurando o Documento de Cidadania a todas as Crianças
- Protegendo as Crianças da Pressão Consumista
- Controlando a Exposição Precoce das Crianças aos Meios de Comunicação
- Evitando Acidentes na Primeira Infância

Observa-se que todos os princípios, diretrizes políticas e técnicas, assim como as ações finalísticas afirmadas no PNPI estão em consonância com o Marco Legal pela Primeira Infância. O PNPI elenca ainda ações meios ou áreas estratégicas para a implementação do mesmo (formação dos profissionais para a primeira infância; o papel dos meios de comunicação; a atuação do poder legislativo; e a pesquisa sobre a primeira infância), assim como destaca questões relativas ao financiamento, ao acompanhamento e controle e à avaliação das ações do PNPI.

Tanto o PNPI quanto a Lei 13.257/2016 compõem instrumentos fundamentais para a elaboração e a implementação de políticas para a Primeira Infância.

O PNPI é um documento político e técnico cujo objetivo é orientar até o ano de 2022 a ação do governo e da sociedade civil na defesa, promoção e realização dos direitos da criança de até seis anos de idade. Coerente com o sistema federativo ele prevê a elaboração de planos correspondentes nas esferas estaduais, distrital e municipais.

Do mesmo modo a lei 13.257/2016 em seu Art. 3º afirma ser dever do Estado estabelecer políticas, planos e programas e serviços para a primeira infância visando garantir seu desenvolvimento integral e no Art. 8º, em seu parágrafo único, também faz referência à elaboração de planos estaduais, distrital e municipais para a primeira infância, articulando diferentes setores.

Entende-se, portanto, que os estados, o Distrito Federal e os municípios brasileiros devem elaborar seus planos estaduais, distrital e municipais, em consonância com a legislação vigente e o Plano Nacional pela Primeira Infância. A explicitação de objetivos, metas e estratégias para o atendimento à primeira infância nos diferentes níveis de governo será, certamente, um instrumento a mais para defesa, promoção e realização dos direitos da criança até seis anos de idade.

Cabe ressaltar que na construção do PNPI houve a preocupação dos formuladores de apresentar na redação final do documento, a cada ação finalística proposta, um panorama da situação vivenciada pelas crianças nas respectivas áreas focadas, uma análise da realidade da primeira infância no Brasil,

como um ponto de partida para a definição dos objetivos e metas formulados para cada ação finalística.

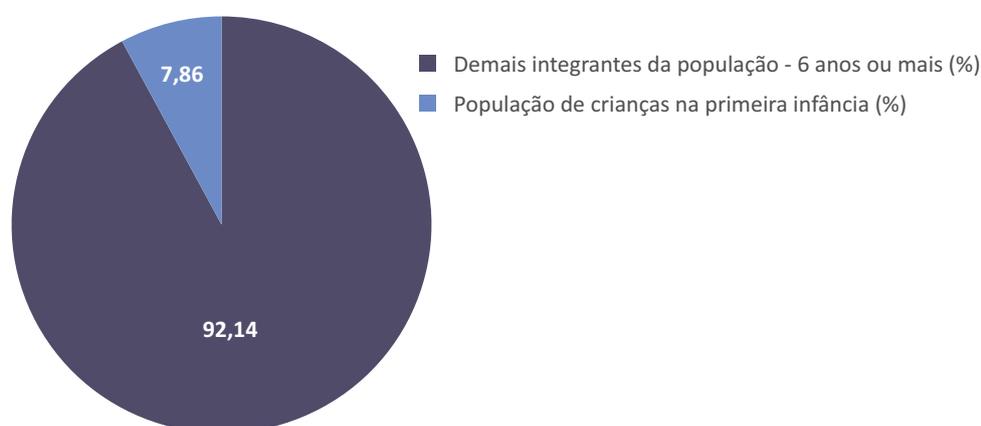
A próxima seção deste texto traz um panorama da situação da primeira infância no estado do Espírito Santo, em especial, aspectos demográficos, dados de pobreza e desigualdade, dados de educação e de saúde. A intenção é contribuir para uma leitura diagnóstica da realidade da primeira infância no estado, o que certamente sempre poderá ser complementado e atualizado a partir da contribuição dos profissionais que atuam nas diversas áreas de atenção à primeira infância.

## 4. SITUAÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO ESPÍRITO SANTO

### 4.1. Aspectos Demográficos

No Espírito Santo, em 2014, conforme a Pnad, a proporção de crianças na primeira infância correspondia a 7,86% do total da população (figura 1). Ou seja, dentre a população estimada de 3.894.266 indivíduos, **306.183** eram crianças na primeira infância.

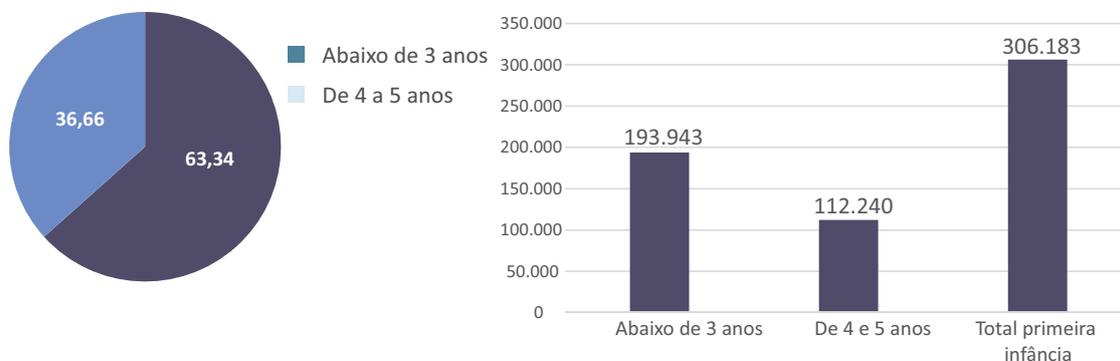
**Figura 1 - População geral e primeira infância, Espírito Santo - 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Do total de crianças na primeira infância em 2014, estima-se que 193.943 eram crianças de 0 e 3 anos e 112.240 estavam na faixa etária de 4 e 5 anos.

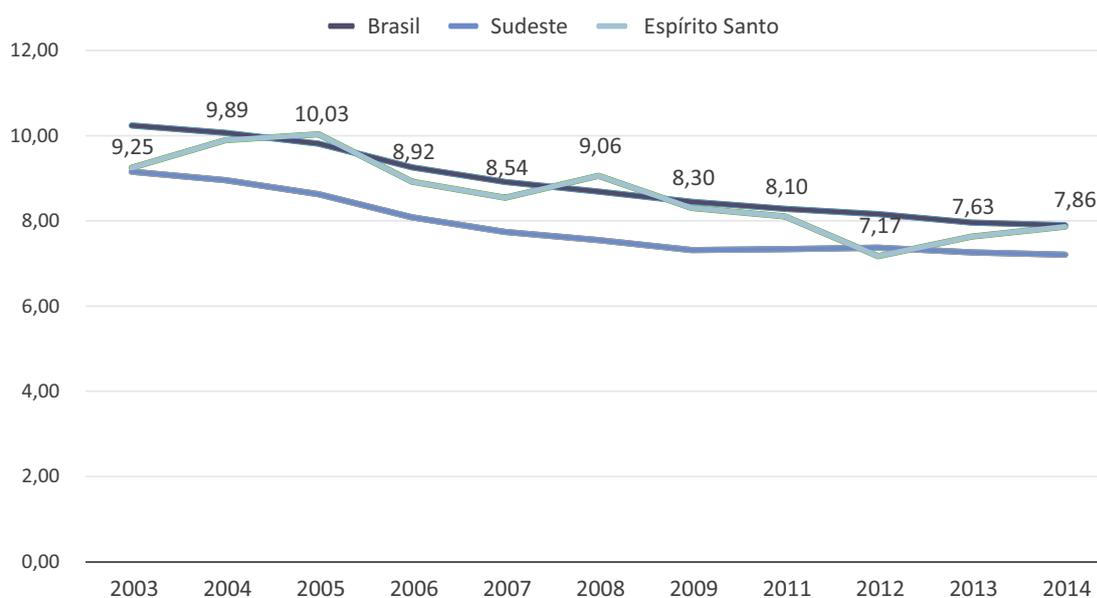
**Figura 2 - Crianças na primeira infância e faixa de idade (0 a 3 e 4 a 5), Espírito Santo - 2014, número absoluto e percentual**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

O ano de 2014, em comparação com 2003, apresentou uma redução de 1,4 pontos percentuais (pp) na proporção de crianças de 0 a 5 anos no conjunto da população do estado. A figura 3 a seguir mostra a evolução desta proporção para Brasil, Sudeste e Espírito Santo, de 2003 a 2014. Embora seja possível observar uma tendência de queda nas três regiões geográficas selecionadas, o número proporcional de crianças em relação ao restante da população, ainda é expressivo, como visto anteriormente, 7,86% no Espírito Santo em 2014 correspondia a uma estimativa de cerca de 306 mil crianças. A proporção de crianças na primeira infância no estado é semelhante à proporção nacional (BR: 7,90%).

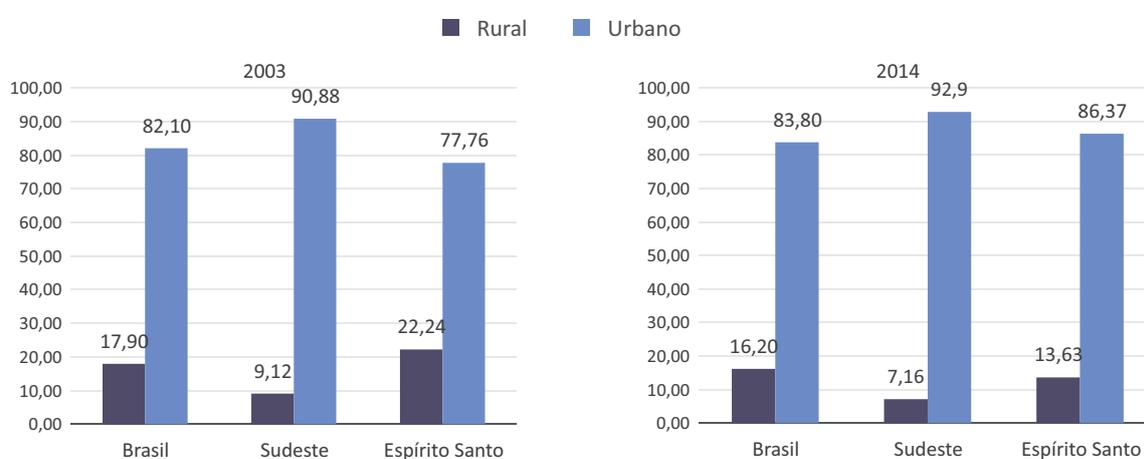
**Figura 3 - Proporção de crianças na primeira infância, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

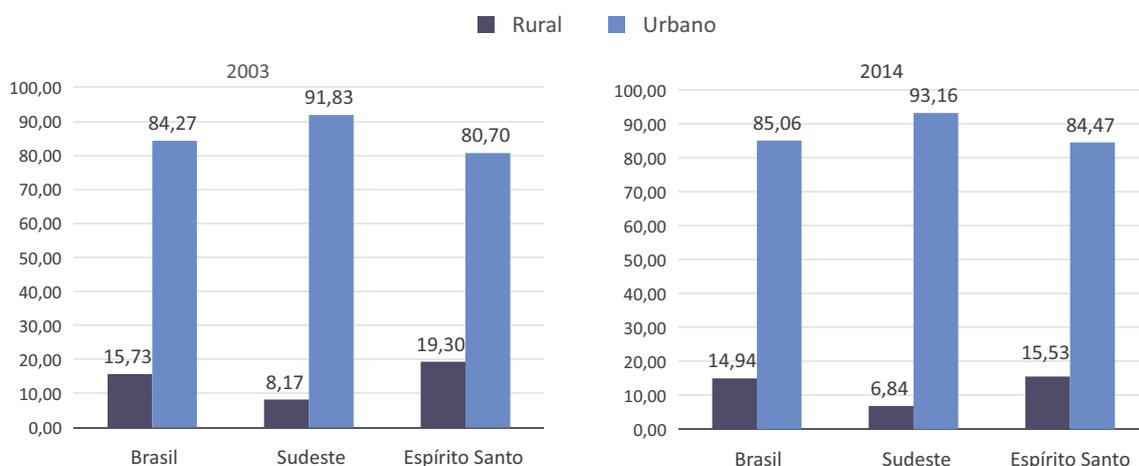
Em 2014, 13,6% das crianças na primeira infância do Espírito Santo estavam no meio rural (41.732 crianças) e 86,37% estavam no meio urbano (264.451 crianças). Em comparação com 2003, observa-se uma redução de 8,61 pp na proporção de crianças que viviam no espaço rural no Espírito Santo. Brasil e Sudeste também apresentam uma redução de 1,7 e 1,96 pp, respectivamente, conforme podemos depreender da figura 4. Em relação à população em geral, a redução dos indivíduos que viviam no meio rural, entre 2003 e 2014, foi: Brasil (0,79 pp), Sudeste (1,33 pp) e Espírito Santo (3,77 pp), conforme figura 8.

**Figura 4 - Crianças na primeira infância, por situação de domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 e 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2003 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

**Figura 5 - População em geral, por situação de domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 e 2014**



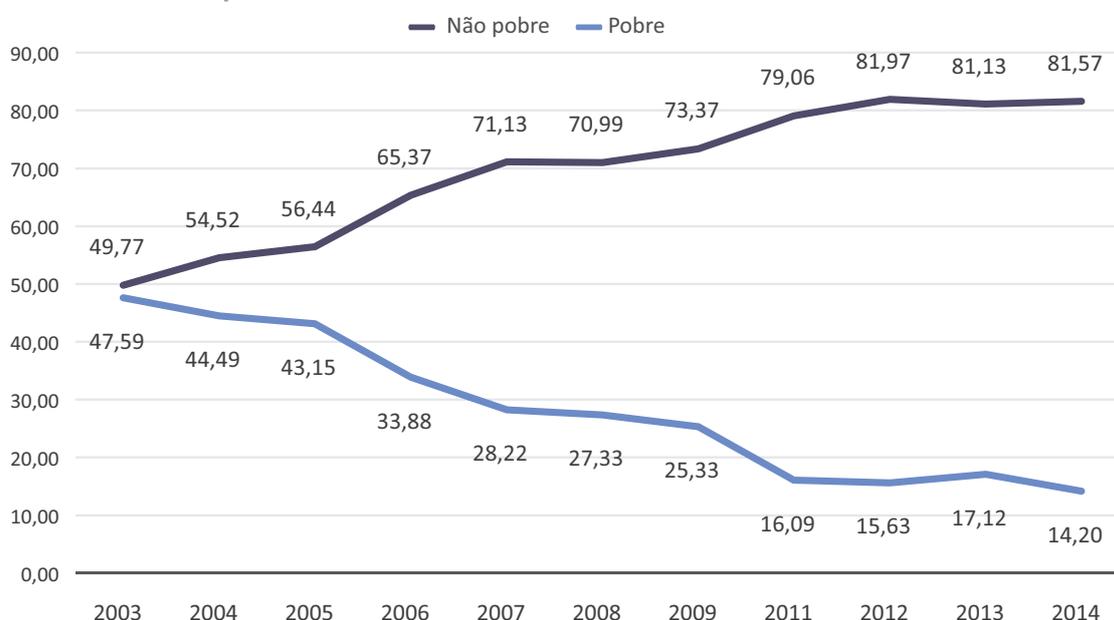
Fonte: IBGE/Pnad 2003 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

## 4.2. Situação de pobreza

Entre as crianças na primeira infância, em 2014 no estado, 14,20% estavam em famílias em situação de pobreza<sup>18</sup>, conforme ilustra a figura 6. Ou seja, entre o número estimado de 306.183 crianças nesta faixa etária (menor ou igual a 5 anos), 43.492 crianças viviam na pobreza.

Em 2003, a proporção de crianças na primeira infância pobres era quase metade da população da faixa etária considerada (47,59%), o que significa uma redução de 33,38 pp entre os anos de 2003 e 2014.

**Figura 6 - Proporção de crianças na primeira infância, por situação de pobreza, Espírito Santo - 2003-2014**

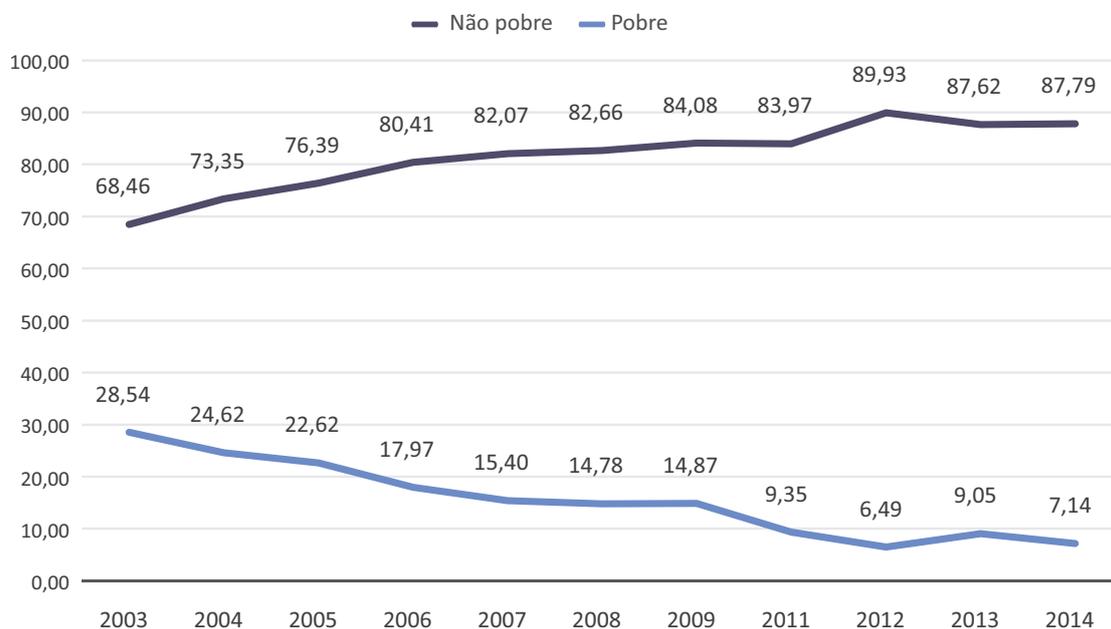


Fonte: IBGE/Pnad 2003 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Quando consideramos a população total do Espírito Santo, observa-se que em 2014 o número de pobres correspondia a 7,14%, enquanto que no ano de 2003 correspondia a 28,54%, conforme pode ser observado na figura 7. Em 11 anos a redução no número de pobres no conjunto da população do estado foi de 21,4 pp.

<sup>18</sup> Considerou-se como pobres pessoas com renda domiciliar per capita menor ou igual a R\$210,63, na área urbana, e menor ou igual a R\$179,76, na área rural. E extremamente pobres pessoas com renda menor ou igual a R\$102,31, na área urbana, e R\$89,88, na área rural.

**Figura 7 - Proporção de pessoas, por situação de pobreza, Espírito Santo - 2003-2014**

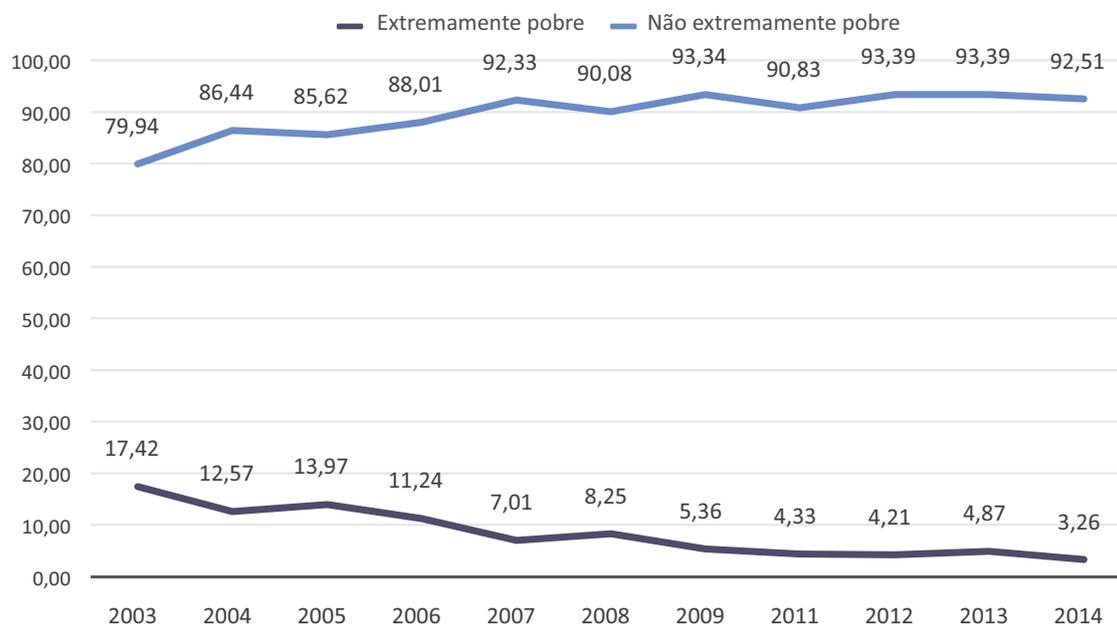


Fonte: IBGE/Pnad 2003 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Pode-se afirmar que no estado há uma incidência proporcionalmente maior da pobreza entre a população de crianças na primeira infância (14,20%) do que entre a população em geral (7,14%), embora entre as crianças a redução da pobreza tenha sido também proporcionalmente maior nos últimos 11 anos (-33,38 pp).

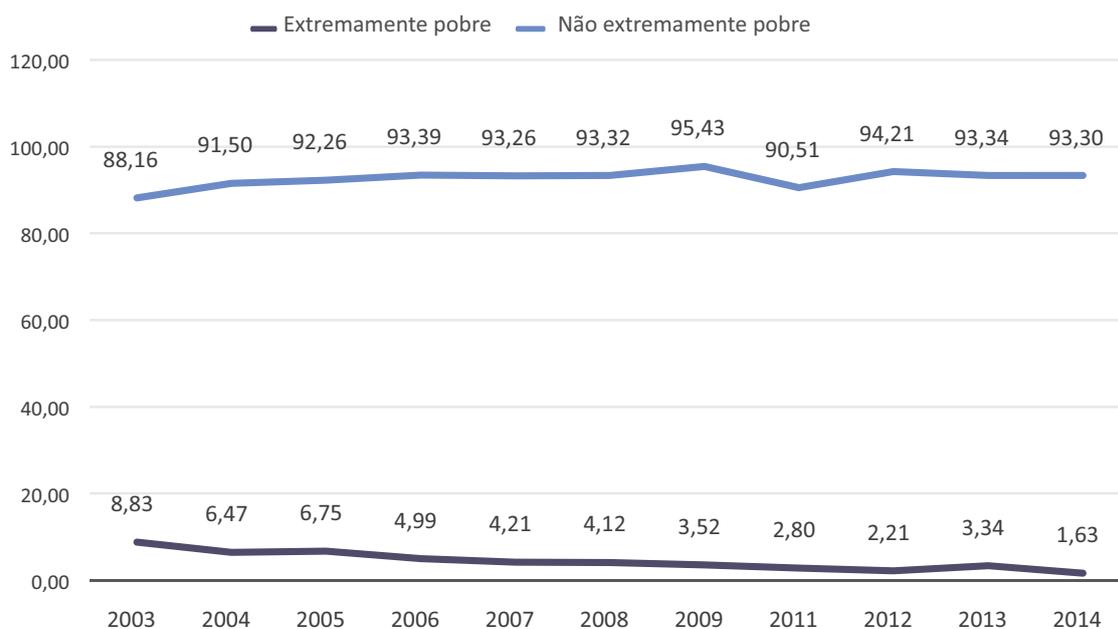
Também em relação à extrema pobreza, observa-se um índice um pouco mais elevado entre as crianças do que entre a população em geral, conforme as figuras 8 e 9. Em 2014, a proporção de extremamente pobres entre as crianças foi 3,26%, enquanto entre a população geral foi 1,63%.

**Figura 8 - Proporção de crianças na primeira infância, por situação de extrema pobreza, Espírito Santo - 2003-2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2003 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

**Figura 9 - Proporção da população, por situação de extrema pobreza, Espírito Santo - 2003-2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2003 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

#### 4.2.1 Situação de pobreza na primeira infância a partir do CadÚnico Espírito Santo

Outra abordagem interessante para a compreensão da situação de pobreza é a análise dos dados do Cadastro Único de Programas Sociais – CadÚnico, cujo objetivo central é cadastrar e manter atualizadas as informações das famílias pobres. Por ser a porta inicial de acesso dos indivíduos aos equipamentos sociais dos territórios, o CadÚnico assume um carácter quase censitário, tornando-se uma base de dados importante na compreensão dos grupos sociais mais pobres.

A seguir serão apresentados alguns dados do CadÚnico sobre a primeira infância, no Espírito Santo, em especial, dados relativos à transferência de renda.

No Espírito Santo, em agosto de 2015, haviam 181.743 famílias inscritas no CadÚnico que eram beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), destas 84.342 (46,41%) possuíam crianças na primeira infância (ver informações desagregadas por municípios no anexo 1).

Do total de famílias inscritas no CadÚnico (324.621), 59,82% eram pobres (194.174) e 36,36% eram extremamente pobres (118.029). Entre as famílias inscritas no CadÚnico que possuíam crianças na primeira infância, 88.490 eram pobres (79,35%) e 55.677 eram extremamente pobres (50,18%), conforme informam a tabela 1 e a figura 4 (ver informações desagregadas por municípios no anexo 2). Vale ressaltar que entre as famílias com crianças na primeira infância, a incidência da pobreza é proporcionalmente maior, o que indica uma situação de maior vulnerabilidade<sup>19</sup>.

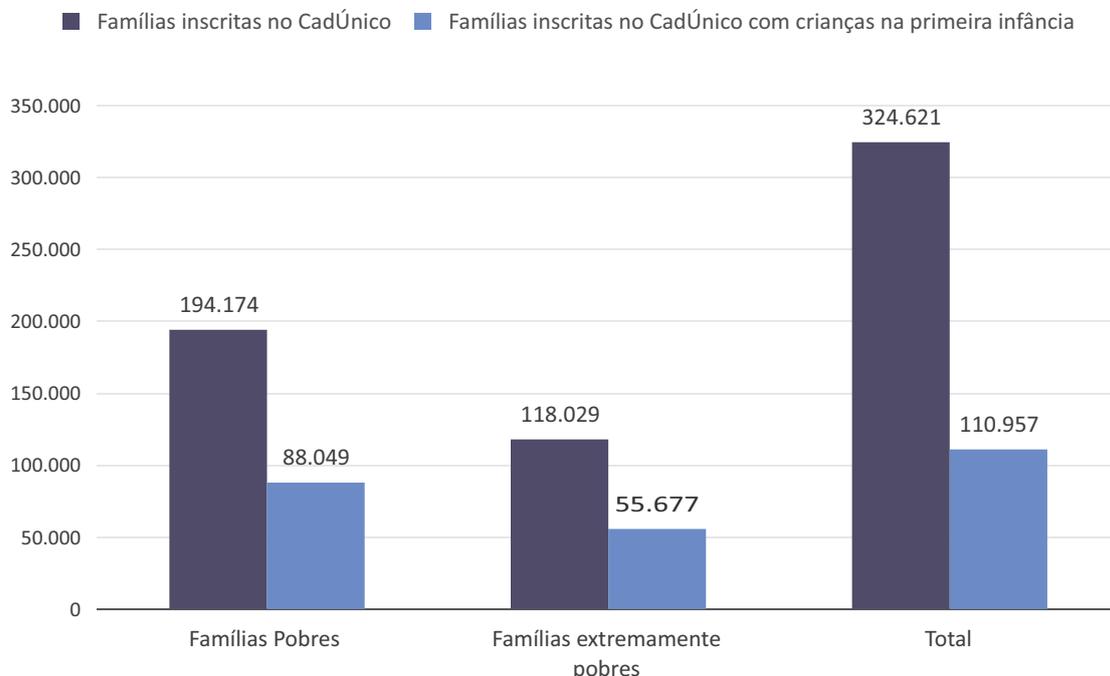
**Tabela 1 - Famílias inscritas no CadÚnico e famílias inscritas no CadÚnico com crianças na primeira infância, por situação de pobreza e extrema pobreza, Espírito Santo - 2015**

	Famílias pobres	Famílias extremamente pobres	Total	Proporção de famílias pobres	Proporção de famílias extremamente pobres	Total
Famílias inscritas no CadÚnico	194.174	118.029	324.621	59,82	36,36	100,00
Famílias inscritas no CadÚnico com crianças na primeira infância	88.049	55.677	110.957	79,35	50,18	100,00

Fonte: CadÚnico 08-2015. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

<sup>19</sup> Destaque-se também que, a partir de 2013, o Projeto Bolsa Capixaba (instituído pelo Governo do Espírito Santo, em 2012), que prevê um complemento financeiro para famílias do estado inscritas no Projeto Bolsa Família, cuja renda domiciliar per capita seja inferior a linha de extrema pobreza (considerando o benefício do PBF), passou a ter como público alvo famílias com crianças na primeira infância.

**Figura 10 - Famílias inscritas no CadÚnico e famílias inscritas no CadÚnico com crianças na primeira infância, por situação de pobreza e extrema pobreza, Espírito Santo - 2015**



Fonte: CadÚnico 08-2015. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Se observadas apenas as famílias pobres ou as extremamente pobres inscritas no CadÚnico, cerca de metade de cada uma delas possuíam crianças na primeira infância (45,35% e 47,17%, respectivamente).

Em relação especificamente ao número de crianças na primeira infância, em 2015, na base de dados do CadÚnico do Espírito Santo haviam 143.655 crianças, sendo que 81,95% destas viviam na condição de pobreza (117.719 crianças) e 53,05% na condição de extremamente pobres (76.203 crianças). Entre as crianças na primeira infância cadastradas no CadÚnico, 78,65% eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, ou seja, 112.982 crianças (ver informações desagregadas por municípios no anexo 3).

Do total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com crianças na primeira infância no estado, 78,11% estavam no espaço urbano e 21,89% estavam no meio rural (ver informações desagregadas por municípios no anexo 4).

Outro dado relevante a ser considerado é o quantitativo de mães inscritas no CadÚnico que possuíam filhos na primeira infância em 2015, por situação de trabalho. No Espírito Santo, o total de mães com filhos na primeira infância que não trabalhavam era de 67,32% (72.544) e 32,68% (35.216) trabalhavam (ver informações desagregadas por municípios no anexo 5).

A maioria (74,54%) dos responsáveis pelas famílias com crianças na primeira infância, no Espírito Santo em 2015, eram negros (pardos:63,60% e pretos: 10,95%) e 24,03% eram brancos, enquanto amarelos e indígenas eram, respectivamente, 1,13% e 0,30%.

#### 4.2.2 Índice de Desenvolvimento da Família com crianças na Primeira Infância – IDF, a partir do CadÚnico

O índice de desenvolvimento da família (IDF) consiste em um indicador sintético que aglutina diferentes dimensões da pobreza, tendo como unidade de análise a família. O IDF tem a grande vantagem de permitir o cálculo e análise por grupos sociais e demográficos específicos, como o recorte feito nesta seção, que analisará o IDF para as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico.

Conforme descrição da publicação Perfil da Pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico (IJSN:2015, p.67), o IDF é composto por seis (6) dimensões, 27 componentes e 68 indicadores.

Os 68 indicadores obedecem à sistemática de respostas sim ou não. Cada sim é computado como algo positivo e aumenta a pontuação da família na direção de um maior índice de desenvolvimento. O IDF pode variar entre 0 (para as famílias que se encontram na pior situação possível) e 1 (para as famílias que alcançam uma situação menos vulnerável no contexto do CadÚnico). (IJSN:2015, p.67)

As dimensões que compõem o IDF são: Ausência de vulnerabilidade, Acesso ao conhecimento, Acesso ao trabalho, Disponibilidade de recursos, Desenvolvimento infantil e Condições habitacionais. Cada uma destas seis (6) dimensões possui componentes e indicadores específicos, que fornecem um quadro sintético do contexto vivido pelas famílias<sup>20</sup>.

A dimensão de vulnerabilidade apreende aspectos como a presença de jovens, pessoas com deficiência e idosos, dependência econômica, migração e pertencimento a comunidades tradicionais. A dimensão acesso ao conhecimento identifica a presença de analfabetismo e a escolaridade. A dimensão acesso ao trabalho capta basicamente a disponibilidade de trabalho, a qualidade ou grau de precariedade do mesmo e a remuneração. A dimensão disponibilidade de recursos capta aspectos como renda e despesas, situação de extrema pobreza ou pobreza e capacidade de geração de renda. A dimensão desenvolvimento infantil indica a ocorrência de trabalho precoce, acesso à escola e progresso escolar (atraso e analfabetismo). Por fim, condições habitacionais busca apreender desde a posse ou não do domicílio até a densidade de pessoas por dormitório, características da construção, até o acesso a água, esgotamento sanitário, rede elétrica e pavimentação.

<sup>20</sup> Para uma descrição mais detalhada do IDF ver o item “Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) com base no CadÚnico” e Anexo I da Publicação **Perfil da Pobreza no Espírito Santo: Famílias inscritas no CadÚnico** (Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4319-perfil-da-pobreza-no-espírito-santo-famílias-inscritas-no-cadunico-de-2014> Acesso em 02/02/2016, ver páginas 67-70 e 73-76)

O IDF do Espírito Santo tem apresentado crescimento contínuo de 2013 até 2015 conforme dados a seguir: 2013 (0,581)<sup>21</sup>; 2014 (0,613) e 2015 (0,649)<sup>22</sup>. A tabela 2 traz as informações do IDF e seus componentes para o Espírito Santo e municípios, em 2015. Observa-se que as dimensões com pior desempenho para o estado são acesso ao trabalho (0,412), disponibilidade de recursos (0,464) e acesso ao conhecimento (0,478), nas quais o estado e vários municípios tiveram desempenho abaixo de 0,5. As dimensões com melhor índice no estado foram ausência de vulnerabilidade (0,703), condições habitacionais (0,864) e desenvolvimento infantil (0,994). Nestas dimensões todos municípios apresentaram índice superior à 0,5.

Em relação ao IDF das famílias com crianças na primeira infância, inscritas no CadÚnico, no ano de 2015 o desempenho foi 0,699 para o estado conforme demonstra a tabela 3, melhor do que o IDF do conjunto das famílias do estado (0,649). O componente que teve pior desempenho no estado foi “disponibilidade de recursos” (0,481).

Os municípios do Espírito Santo, em 2015, que apresentaram melhor IDF entre as famílias com crianças na primeira infância foram Colatina (0,753), Venda Nova do Imigrante (0,745), Alfredo Chaves (0,738) e Castelo (0,738). O IDF dos municípios da região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) foram: Guarapari – 0,717 (15°); Vila Vela – 0,717 (16°); Vitória – 0,688 (44°); Serra - 0,687 (45°); Fundão – 0,682 (51°); Cariacica – 0,675 (57°) e Viana – 0,673 (62°).

**Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento da Família e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015**

Unidade territorial	Rank IDF Total 2010	IDF	Ausência de Vulnerabilidade	Acesso ao conhecimento	Acesso ao trabalho	Disponibilidade de recursos	Desenvolvimento infantil	Condições habitacionais
<b>Espírito Santo</b>		<b>0,649</b>	<b>0,703</b>	<b>0,478</b>	<b>0,412</b>	<b>0,464</b>	<b>0,994</b>	<b>0,864</b>
Venda Nova do Imigrante	1º	0,746	0,746	0,577	0,680	0,614	0,995	0,863
Marilândia	2º	0,702	0,719	0,508	0,549	0,603	0,995	0,861
Colatina	3º	0,695	0,727	0,499	0,480	0,555	0,997	0,932
Guarapari	4º	0,690	0,714	0,536	0,518	0,523	0,995	0,865
Aracruz	5º	0,689	0,714	0,533	0,494	0,528	0,998	0,879
São Roque do Canaã	6º	0,688	0,692	0,508	0,526	0,566	0,997	0,852
João Neiva	7º	0,687	0,722	0,496	0,455	0,543	0,999	0,927
Piúma	8º	0,687	0,702	0,539	0,494	0,506	0,997	0,887
Ibiraçu	9º	0,686	0,691	0,500	0,482	0,535	0,998	0,932
Iconha	10º	0,685	0,748	0,510	0,517	0,525	0,992	0,826

Continua

<sup>21</sup> Dados do IDF de 2013 e 2014 extraídos de IJSN:2015, pg. 69 disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4319-perfil-da-pobreza-no-espírito-santo-famílias-inscritas-no-cadunico-de-2014>, acesso em 02/02/2016.

<sup>22</sup> Microdados do CadÚnico, extraídos pelo IJSN/CES.

**Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento da Família e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015**

Continuação

Unidade territorial	Rank IDF Total 2010	IDF	Ausência de Vulnerabilidade	Acesso ao conhecimento	Acesso ao trabalho	Disponibilidade de recursos	Desenvolvimento infantil	Condições habitacionais
Baixo Guandu	11º	0,685	0,728	0,523	0,470	0,507	0,998	0,892
São Gabriel da Palha	12º	0,681	0,731	0,467	0,501	0,544	0,996	0,862
Itaguaçu	13º	0,679	0,743	0,558	0,455	0,499	0,995	0,836
Vila Velha	14º	0,679	0,699	0,550	0,474	0,474	0,993	0,907
Mucurici	15º	0,674	0,748	0,504	0,415	0,516	0,997	0,881
Montanha	16º	0,672	0,734	0,492	0,416	0,507	0,998	0,904
Domingos Martins	17º	0,672	0,736	0,489	0,522	0,539	0,993	0,770
Santa Teresa	18º	0,672	0,725	0,509	0,480	0,523	0,992	0,819
São José do Calçado	19º	0,672	0,736	0,511	0,451	0,462	0,997	0,887
Cachoeiro de Itapemirim	20º	0,671	0,722	0,496	0,451	0,484	0,997	0,909
Nova Venécia	21º	0,671	0,731	0,507	0,466	0,507	0,998	0,838
Santa Maria de Jetibá	22º	0,667	0,721	0,487	0,529	0,544	0,993	0,752
Alegre	23º	0,666	0,739	0,527	0,442	0,448	0,997	0,866
Bom Jesus do Norte	24º	0,666	0,682	0,508	0,450	0,463	0,991	0,923
Linhares	25º	0,666	0,721	0,473	0,462	0,483	0,991	0,884
Anchieta	26º	0,665	0,705	0,497	0,444	0,512	0,997	0,844
Barra de São Francisco	27º	0,665	0,743	0,492	0,455	0,487	0,996	0,824
Iúna	28º	0,664	0,727	0,465	0,510	0,477	0,993	0,824
Rio Bananal	29º	0,663	0,715	0,496	0,480	0,516	0,990	0,787
Alfredo Chaves	30º	0,663	0,715	0,511	0,443	0,471	0,994	0,848
Marechal Floriano	31º	0,662	0,687	0,455	0,481	0,530	0,997	0,827
Castelo	32º	0,662	0,722	0,450	0,443	0,523	0,996	0,861
Conceição da Barra	33º	0,661	0,704	0,510	0,483	0,463	0,997	0,829
Guaçuí	34º	0,659	0,730	0,483	0,429	0,457	0,992	0,879
Águia Branca	35º	0,656	0,714	0,518	0,473	0,536	0,991	0,711
Mimoso do Sul	36º	0,655	0,766	0,481	0,394	0,477	0,995	0,833
Jerônimo Monteiro	37º	0,655	0,697	0,502	0,424	0,457	0,994	0,868
Serra	38º	0,654	0,673	0,512	0,392	0,451	0,991	0,923
Vargem Alta	39º	0,654	0,698	0,488	0,504	0,486	0,991	0,764
São Mateus	40º	0,654	0,719	0,488	0,427	0,472	0,995	0,840
Viana	41º	0,653	0,668	0,522	0,460	0,423	0,990	0,881
Atilio Vivacqua	42º	0,652	0,688	0,476	0,440	0,490	0,995	0,844
Vila Pavão	43º	0,650	0,708	0,494	0,460	0,528	0,995	0,728
São Domingos do Norte	44º	0,649	0,710	0,491	0,451	0,514	0,993	0,753

Continua

**Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento da Família e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015**

Unidade territorial	Rank IDF Total 2010	IDF	Ausência de Vulnerabilidade	Acesso ao conhecimento	Acesso ao trabalho	Disponibilidade de recursos	Desenvolvimento infantil	Conclusão
								Condições habitacionais
Conceição do Castelo	45º	0,649	0,710	0,466	0,439	0,479	0,995	0,819
Rio Novo do Sul	46º	0,646	0,692	0,473	0,451	0,456	0,994	0,836
Pinheiros	47º	0,646	0,722	0,478	0,297	0,506	0,993	0,892
Mantenópolis	48º	0,645	0,740	0,462	0,395	0,457	0,995	0,833
Vila Valério	49º	0,644	0,701	0,485	0,458	0,521	0,993	0,716
Divino de São Lourenço	50º	0,644	0,704	0,470	0,438	0,459	0,993	0,812
Muniz Freire	51º	0,643	0,734	0,457	0,425	0,481	0,992	0,787
Pancas	52º	0,642	0,746	0,473	0,435	0,478	0,994	0,738
Brejetuba	53º	0,642	0,695	0,467	0,519	0,484	0,992	0,704
Ecoporanga	54º	0,641	0,750	0,472	0,401	0,446	0,996	0,803
Presidente Kennedy	55º	0,640	0,718	0,494	0,407	0,453	0,996	0,785
Afonso Cláudio	56º	0,640	0,755	0,456	0,414	0,444	0,993	0,794
Boa Esperança	57º	0,639	0,706	0,468	0,367	0,474	0,996	0,843
Cariacica	58º	0,638	0,667	0,513	0,426	0,411	0,990	0,854
Laranja da Terra	59º	0,638	0,719	0,466	0,425	0,470	0,994	0,770
Apiacá	60º	0,637	0,723	0,478	0,332	0,447	0,996	0,857
Alto Rio Novo	61º	0,636	0,717	0,493	0,410	0,423	0,995	0,799
Jaguaré	62º	0,636	0,693	0,474	0,413	0,445	0,995	0,809
Marataizes	63º	0,635	0,686	0,470	0,417	0,437	0,994	0,817
Santa Leopoldina	64º	0,633	0,731	0,479	0,411	0,465	0,994	0,739
Água Doce do Norte	65º	0,631	0,713	0,482	0,389	0,459	0,995	0,762
Sooretama	66º	0,630	0,668	0,459	0,398	0,459	0,994	0,820
Dores do Rio Preto	67º	0,629	0,698	0,440	0,387	0,446	0,995	0,830
Ibatiba	68º	0,628	0,693	0,429	0,417	0,436	0,994	0,819
Fundão	69º	0,627	0,672	0,449	0,390	0,461	0,996	0,816
Pedro Canário	70º	0,626	0,705	0,453	0,328	0,450	0,994	0,839
Ponto Belo	71º	0,618	0,697	0,494	0,253	0,417	0,994	0,871
Irupi	72º	0,616	0,686	0,423	0,406	0,445	0,986	0,767
Itapemirim	73º	0,615	0,709	0,411	0,390	0,411	0,993	0,806
Ibitirama	74º	0,614	0,682	0,432	0,382	0,430	0,992	0,791
Vitória	75º	0,510	0,645	0,211	0,017	0,289	1,000	0,932
Itarana	76º	0,504	0,648	0,219	0,035	0,326	1,000	0,809
Muqui	77º	0,502	0,662	0,244	0,053	0,277	0,999	0,801
Governador Lindenberg	78º	0,489	0,645	0,210	0,019	0,309	1,000	0,759

Fonte: Estimativas produzidas com base no CadÚnico, 2015. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

**Tabela 3 - Índice de Desenvolvimento da Família (famílias com membros na PI) e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015**

Unidade territorial	Rank IDF Total 2010	IDF	Ausência de Vulnerabilidade	Acesso ao conhecimento	Acesso ao trabalho	Disponibilidade de recursos	Desenvolvimento infantil	Condições habitacionais
Espírito Santo		0,699	0,648	0,631	0,616	0,481	0,984	0,837
Colatina	1º	0,753	0,689	0,663	0,706	0,553	0,992	0,916
Venda Nova do Imigrante	2º	0,745	0,671	0,630	0,762	0,576	0,988	0,843
Alfredo Chaves	3º	0,738	0,662	0,676	0,734	0,532	0,985	0,839
Castelo	4º	0,738	0,692	0,602	0,747	0,563	0,990	0,833
João Neiva	5º	0,737	0,653	0,645	0,670	0,554	0,996	0,905
Ibiraçu	6º	0,737	0,610	0,651	0,712	0,551	0,995	0,901
São Gabriel da Palha	7º	0,736	0,684	0,606	0,730	0,552	0,986	0,859
Aracruz	8º	0,731	0,668	0,673	0,674	0,538	0,995	0,840
Bom Jesus do Norte	9º	0,730	0,616	0,678	0,687	0,506	0,980	0,914
Marilândia	10º	0,728	0,621	0,623	0,724	0,585	0,986	0,829
Cachoeiro de Itapemirim	11º	0,726	0,691	0,645	0,657	0,491	0,993	0,882
Nova Venécia	12º	0,722	0,683	0,653	0,667	0,523	0,994	0,812
Baixo Guandu	13º	0,720	0,664	0,663	0,626	0,497	0,994	0,875
Anchieta	14º	0,718	0,661	0,638	0,652	0,538	0,996	0,819
Guarapari	15º	0,717	0,648	0,643	0,680	0,513	0,986	0,833
Vila Velha	16º	0,717	0,640	0,676	0,651	0,475	0,981	0,877
São Roque do Canaã	17º	0,714	0,616	0,619	0,696	0,550	0,994	0,812
São José do Calçado	18º	0,714	0,667	0,656	0,642	0,466	0,992	0,863
Montanha	19º	0,713	0,671	0,658	0,596	0,487	0,994	0,875
Linhares	20º	0,713	0,686	0,609	0,663	0,496	0,973	0,852
Barra de São Francisco	21º	0,710	0,690	0,641	0,657	0,480	0,988	0,807
São Mateus	22º	0,710	0,679	0,635	0,656	0,501	0,985	0,805
Atilio Vivacqua	23º	0,710	0,606	0,637	0,666	0,514	0,992	0,845
Piúma	24º	0,710	0,612	0,622	0,674	0,492	0,992	0,866
Domingos Martins	25º	0,707	0,692	0,575	0,682	0,562	0,987	0,742
Santa Teresa	26º	0,706	0,671	0,619	0,651	0,526	0,985	0,786
Marechal Floriano	27º	0,705	0,615	0,581	0,720	0,529	0,992	0,796
Alegre	28º	0,705	0,698	0,652	0,607	0,442	0,993	0,840
Lúna	29º	0,705	0,696	0,563	0,677	0,509	0,983	0,802
Santa Maria de Jetibá	30º	0,704	0,677	0,595	0,700	0,557	0,985	0,712
Conceição da Barra	31º	0,703	0,624	0,645	0,668	0,493	0,992	0,795
Itapemirim	32º	0,702	0,668	0,589	0,681	0,493	0,976	0,803
Jerônimo Monteiro	33º	0,701	0,624	0,650	0,609	0,482	0,988	0,855

Continua

**Tabela 3 - Índice de Desenvolvimento da Família (famílias com membros na PI) e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015**

Continuação

Unidade territorial	Rank IDF Total 2010	IDF	Ausência de Vulnerabilidade	Acesso ao conhecimento	Acesso ao trabalho	Disponibilidade de recursos	Desenvolvimento infantil	Condições habitacionais
Afonso Cláudio	34º	0,701	0,732	0,609	0,628	0,483	0,984	0,770
Guaçuí	35º	0,700	0,697	0,585	0,602	0,474	0,982	0,863
Itarana	36º	0,699	0,613	0,594	0,652	0,508	1,000	0,830
Mucurici	37º	0,699	0,663	0,662	0,557	0,474	0,993	0,845
Iconha	38º	0,698	0,661	0,602	0,628	0,486	0,985	0,825
Ibatiba	39º	0,698	0,671	0,569	0,638	0,509	0,986	0,812
Muniz Freire	40º	0,692	0,704	0,580	0,616	0,503	0,979	0,771
Ecoporanga	41º	0,691	0,693	0,636	0,576	0,458	0,990	0,791
Mantenópolis	42º	0,689	0,677	0,593	0,593	0,478	0,989	0,806
Itaguaçu	43º	0,689	0,645	0,664	0,563	0,452	0,990	0,820
Vitória	44º	0,688	0,655	0,597	0,568	0,444	0,985	0,880
Serra	45º	0,687	0,610	0,646	0,534	0,455	0,978	0,900
Conceição do Castelo	46º	0,685	0,646	0,561	0,619	0,489	0,988	0,809
Laranja da Terra	47º	0,684	0,634	0,608	0,635	0,509	0,983	0,737
Boa Esperança	48º	0,684	0,654	0,621	0,531	0,476	0,989	0,832
Mimoso do Sul	49º	0,683	0,702	0,605	0,557	0,463	0,985	0,788
Rio Novo do Sul	50º	0,683	0,632	0,574	0,595	0,474	0,992	0,830
Fundão	51º	0,682	0,608	0,613	0,613	0,477	0,992	0,790
Vila Pavão	52º	0,682	0,616	0,630	0,621	0,522	0,987	0,715
Marataízes	53º	0,680	0,617	0,588	0,641	0,474	0,985	0,777
Pancas	54º	0,678	0,680	0,592	0,601	0,491	0,985	0,721
Santa Leopoldina	55º	0,678	0,671	0,616	0,586	0,492	0,981	0,723
Rio Bananal	56º	0,676	0,643	0,559	0,607	0,507	0,973	0,765
Cariacica	57º	0,675	0,604	0,647	0,577	0,421	0,977	0,826
Vila Valério	58º	0,675	0,619	0,590	0,636	0,524	0,984	0,699
Divino de São Lourenço	59º	0,675	0,636	0,568	0,611	0,481	0,981	0,772
Águia Branca	60º	0,675	0,628	0,640	0,613	0,503	0,983	0,679
Vargem Alta	61º	0,673	0,625	0,557	0,650	0,479	0,985	0,745
Viana	62º	0,673	0,590	0,638	0,586	0,399	0,976	0,849
Apiacá	63º	0,671	0,641	0,634	0,495	0,432	0,990	0,833
Dores do Rio Preto	64º	0,669	0,624	0,568	0,571	0,462	0,981	0,806
Jaguaré	65º	0,667	0,641	0,590	0,554	0,447	0,990	0,782
São Domingos do Norte	66º	0,667	0,620	0,587	0,598	0,504	0,981	0,714
Água Doce do Norte	67º	0,664	0,618	0,626	0,544	0,465	0,984	0,748

Continua

**Tabela 3 - Índice de Desenvolvimento da Família (famílias com membros na PI) e componentes, Espírito Santo e municípios - 2015**

Conclusão

Unidade territorial	Rank IDF Total 2010	IDF	Ausência de Vulnerabilidade	Acesso ao conhecimento	Acesso ao trabalho	Disponibilidade de recursos	Desenvolvimento infantil	Condições habitacionais
Governador Lindenberg	68º	0,662	0,619	0,546	0,604	0,469	0,986	0,750
Brejetuba	69º	0,662	0,630	0,550	0,637	0,486	0,977	0,690
Ibitirama	70º	0,661	0,633	0,559	0,583	0,459	0,980	0,753
Sooretama	71º	0,659	0,590	0,573	0,535	0,471	0,985	0,802
Presidente Kennedy	72º	0,659	0,610	0,629	0,516	0,426	0,989	0,782
Alto Rio Novo	73º	0,658	0,635	0,596	0,523	0,405	0,993	0,794
Pinheiros	74º	0,657	0,654	0,599	0,381	0,455	0,986	0,865
Irupi	75º	0,656	0,640	0,511	0,575	0,483	0,978	0,749
Pedro Canário	76º	0,655	0,646	0,587	0,435	0,458	0,985	0,820
Ponto Belo	77º	0,643	0,597	0,672	0,351	0,394	0,985	0,859
Muqui	78º	0,631	0,679	0,576	0,403	0,344	0,977	0,809

Fonte: Estimativas produzidas com base no CadÚnico, 08- 2015. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

### 4.3 Condição do domicílio e familiar

Ainda na perspectiva de tentar captar o contexto vivido pela primeira infância no Espírito Santo, será abordado nesta seção aspectos gerais dos domicílios e do ambiente familiar. Dois pressupostos básicos são assumidos aqui: a) as condições específicas do domicílio, impactam diretamente sobre o bem-estar e a qualidade de vida dos agrupamentos humanos e, portanto, das crianças; b) a estrutura familiar e os recursos ali disponíveis, como presença da mãe, a escolaridade da mãe e dos responsáveis pelo domicílio, têm um peso direto sobre a vida e desenvolvimento infantil.

#### 4.3.1 Infância e condição do domicílio

Importa salientar as condições do domicílio em que vivem as crianças de 0 a 5 anos, uma vez que tais condições impactam diretamente sobre o bem-estar e à qualidade de vida dos agrupamentos humanos. Entre os indicadores básicos que informam sobre a condição do domicílio estão: acesso inadequado a água; acesso inadequado ao esgotamento sanitário (rede geral de esgoto ou pluvial ou fossa séptica); paredes externas e piso do domicílio construídos com materiais inadequados e domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório. Será descrito a seguir o quantitativo de crianças e da população total que vivenciam cada um destes aspectos.

#### 4.3.1.1 Proporção de crianças na primeira infância que vivem em domicílio com acesso inadequado a água

A tabela 4 informa a proporção de indivíduos entre a população total e entre as crianças na primeira infância com acesso inadequado a água, ou seja, indivíduos que vivem em domicílios onde não existe água canalizada em nenhum cômodo, nem na propriedade.

Destaca-se que considerando-se apenas a população de crianças, estimou-se segundo a Pnad que, no Espírito Santo, o acesso a água canalizada correspondeu a 100% no ano de 2014, índice superior às estimativas relativas ao Sudeste (98,42%) e ao Brasil (92,77%). Ou seja, pode-se afirmar que, em 2014, todas as crianças na primeira infância no estado tiveram acesso à água canalizada em seus domicílios. Entre a população total do estado o percentual de não acesso à água canalizada foi de 0,17%.

No Brasil, em 2014, estimou-se que 5,08% da população total não tinha acesso a água canalizada (mais de 10 milhões de pessoas), assim como cerca de 6,97% das crianças na primeira infância (mais de 1 milhão de crianças). No Sudeste a proporção da população total e de crianças sem acesso a água canalizada foi estimada em aproximadamente 1% (em números absolutos cerca de 975.598 indivíduos da população total e 83.466 crianças na primeira infância).

**Tabela 4 -** Proporção entre a população total e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio com acesso inadequado a água (domicílios onde não existe água canalizada em nenhum cômodo, nem na propriedade), Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014

Ano	População geral			Crianças na primeira infância		
	Brasil	Sudeste	Espírito Santo	Brasil	Sudeste	Espírito Santo
2003	12,13	2,53	<b>3,15</b>	16,68	3,51	<b>4,51</b>
2004	12,41	2,06	<b>2,18</b>	17,43	2,80	<b>3,11</b>
2005	11,67	2,03	<b>1,06</b>	16,87	2,97	<b>1,51</b>
2006	10,49	1,81	<b>2,69</b>	15,36	2,87	<b>4,80</b>
2007	9,53	1,52	<b>0,93</b>	13,32	1,78	<b>0,33</b>
2008	8,53	1,69	<b>1,29</b>	12,09	2,12	<b>1,37</b>
2009	7,87	1,44	<b>0,28</b>	11,39	1,62	<b>0,16</b>
2011	6,58	1,15	<b>0,48</b>	9,32	1,36	<b>0,17</b>
2012	5,95	1,37	<b>0,36</b>	8,11	1,69	<b>0,60</b>
2013	5,75	1,24	<b>0,64</b>	7,83	1,35	<b>0,39</b>
2014	5,08	1,14	<b>0,17</b>	6,97	1,36	<b>0,00</b>

Fonte: IBGE/Pnad 2003-2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Em relação à 2003, as três regiões geográficas analisadas apresentaram redução expressiva do acesso inadequado à água, sendo a variação mais expressiva a do Brasil, com uma diminuição de 7,05 pp em relação à população total e 9,71 pp em relação às crianças. O Sudeste reduziu 1,39 pp na população total e 2,15 pp entre as crianças e o Espírito Santo reduziu 2,98 pp na população total e 4,51 pp entre as crianças, zerando o acesso inadequado entre as crianças.

Observa-se que as proporções da população total que acessavam inadequadamente a água, no caso do Brasil, são em todos os anos considerados (2003-2014), superiores às proporções da população de crianças na primeira infância na mesma condição, apresentando em 2014 uma diferença entre estes dois grupos de 1,89 pp (população total: 5,08%; Primeira infância: 6,97%). No caso da região Sudeste e do Espírito Santo essa diferença tende a ser menor, chegando o Espírito Santo a apresentar percentuais menores para as crianças em relação à população total em alguns anos (2007, 2009, 2011, 2013, 2014), conforme tabela 4.

#### 4.3.1.2 Proporção de crianças na primeira infância que vivem em domicílio com acesso inadequado a esgotamento sanitário

Considera-se como inadequado o esgotamento sanitário que não possui ligação nem à rede geral de esgoto ou à rede pluvial, nem à fossa séptica. A tabela 5 informa as proporções entre a população total e entre as crianças na primeira infância que viviam em domicílios com acesso inadequado a esgotamento sanitário, no período de 2003 a 2014, para o Brasil, a região Sudeste e o Espírito Santo.

**Tabela 5 - Proporção entre a população geral e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio com acesso inadequado a esgotamento sanitário (sem acesso a rede geral de esgoto ou pluvial ou fossa séptica), Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014**

Ano	População geral			Crianças na primeira infância		
	Brasil	Sudeste	Espírito Santo	Brasil	Sudeste	Espírito Santo
2003	39,27	17,52	<b>40,95</b>	43,43	21,46	<b>48,21</b>
2004	40,05	16,98	<b>34,84</b>	44,56	20,69	<b>36,58</b>
2005	40,25	16,97	<b>36,05</b>	44,80	20,34	<b>40,96</b>
2006	39,91	16,32	<b>36,01</b>	44,59	19,53	<b>38,98</b>
2007	38,67	15,30	<b>37,11</b>	43,60	17,86	<b>40,13</b>
2008	38,69	15,07	<b>36,88</b>	43,43	18,06	<b>38,63</b>
2009	39,18	14,52	<b>33,01</b>	43,97	16,79	<b>34,90</b>
2011	36,19	13,22	<b>24,16</b>	40,41	14,42	<b>25,78</b>
2012	36,02	12,41	<b>24,08</b>	39,79	13,77	<b>26,05</b>
2013	35,89	11,75	<b>18,91</b>	39,46	12,96	<b>20,62</b>
2014	35,95	12,44	<b>23,47</b>	39,85	14,29	<b>22,08</b>

Fonte: IBGE/Pnad 2003-2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Em 2014, estimou-se segundo a Pnad, que 35,95% da população total do Brasil e 39,85% das crianças na primeira infância viviam em domicílios com acesso inadequado à rede de esgotamento sanitário. Embora estes indicadores tenham sido proporcionalmente menores no Sudeste (pop. total: 12,44%; crianças na primeira infância: 14,29%) e no Espírito Santo (pop. total: 23,47%; crianças na primeira infância: 22,08%), pode-se afirmar que, só no estado capixaba, cerca de 67.590 crianças na primeira infância viviam em condições inadequadas de esgotamento sanitário, um quantitativo bastante expressivo.

Tanto no Brasil quanto no Sudeste e no Espírito Santo, em todo o período considerado (2003-2014), as proporções dos que viviam nessa condição entre as crianças era maior do que as proporções observadas no conjunto da população total (com exceção do ano de 2014 para o Espírito Santo).

Embora as três regiões consideradas tenham apresentado redução nas proporções de indivíduos que viviam em domicílios sem acesso à rede de esgotamento sanitário, vale destacar que o Espírito Santo apresentou em onze anos (2003-2014) uma redução de 17,48 pp na população total e 26,34 pp entre as crianças (Brasil - população total: -3,32 pp; crianças: -3,58 pp; Sudeste - população total: -5,08 pp; crianças: -7,17 pp).

#### 4.3.1.3 Proporção de crianças na primeira infância que vivem em domicílio onde as paredes externas e o piso foram construídos com materiais inadequados

Quanto à proporção da população total e de crianças que viviam em domicílios onde as paredes e o piso foram construídos com materiais inadequados, em 2014, o Espírito Santo apresentou as seguintes estimativas: população total: 0,20% e crianças na primeira infância: 0%, índices menores do que o Sudeste (população total: 0,26% e crianças na primeira infância: 0,52%) e do que o Brasil (população total: 1,29% e crianças na primeira infância: 2,03%), conforme indica a tabela 6.

**Tabela 6 - Proporção entre a população total e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio onde as paredes externas e o piso foram construídos com materiais inadequados, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014**

Ano	População geral			Crianças na primeira infância		
	Brasil	Sudeste	Espírito Santo	Brasil	Sudeste	Espírito Santo
2003	2,82	0,66	1,41	4,40	1,01	2,49
2004	3,23	0,85	0,87	5,07	1,30	1,13
2005	2,80	0,64	0,66	4,40	0,84	1,23
2006	2,63	0,42	1,07	4,35	0,69	1,05
2007	2,35	0,40	0,78	3,79	0,54	0,82
2008	2,11	0,32	0,48	3,32	0,53	0,61
2009	1,96	0,28	0,97	3,08	0,21	0,81
2011	1,95	0,27	0,21	3,13	0,34	0,52
2012	1,41	0,21	0,03	2,12	0,31	0,00
2013	1,52	0,20	0,16	2,42	0,40	0,19
2014	1,29	0,26	0,20	2,03	0,52	0,00

Fonte: IBGE/Pnad 2003-2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

#### 4.3.1.4 Proporção de crianças na primeira infância que vivem em domicílio com densidade superior a 2 pessoas por dormitório

A tabela 7 traz a proporção entre a população total e entre as crianças na primeira infância que viviam em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório, de 2003 a 2014, para Brasil, Sudeste e Espírito Santo. Os dados apresentados evidenciam proporções bem mais elevadas de crianças nessa condição do que as proporções da população total. Em 2014, no Espírito Santo cerca de um terço das crianças na primeira infância (34,17%) viviam em domicílios com densidade inadequada, enquanto no Brasil este índice chegou a 42,59% e no Sudeste, 40,96%.

Entre 2003 e 2014, esse indicador, no Espírito Santo, apresentou uma redução de 13,37pp para a população total e 25,24pp para as crianças na primeira infância, variações superiores às observada no Brasil (população total: 11,31pp; crianças na primeira infância: 13,73pp) e no Sudeste (população total: 9,76pp; crianças na primeira infância: 13,55pp).

**Tabela 7 - Proporção entre a população total e entre crianças na primeira infância que vivem em domicílio com densidade superior a 2 pessoas por dormitório, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003-2014**

Ano	População geral			Crianças na primeira infância		
	Brasil	Sudeste	Espírito Santo	Brasil	Sudeste	Espírito Santo
2003	32,13	29,54	<b>29,23</b>	56,32	54,51	<b>59,41</b>
2004	32,22	29,63	<b>27,07</b>	56,68	54,58	<b>52,97</b>
2005	31,29	28,72	<b>27,31</b>	56,01	54,22	<b>53,56</b>
2006	29,72	27,21	<b>25,06</b>	54,05	52,34	<b>52,02</b>
2007	27,68	24,98	<b>22,66</b>	50,97	48,38	<b>45,84</b>
2008	26,44	24,20	<b>23,05</b>	50,45	48,57	<b>48,09</b>
2009	25,98	24,00	<b>23,17</b>	49,54	47,75	<b>45,29</b>
2011	23,74	22,31	<b>18,99</b>	45,60	44,20	<b>42,22</b>
2012	22,67	21,37	<b>16,29</b>	44,64	43,57	<b>37,87</b>
2013	22,13	21,10	<b>17,38</b>	43,92	42,84	<b>38,33</b>
2014	20,82	19,78	<b>15,86</b>	42,59	40,96	<b>34,17</b>

Fonte: IBGE/Pnad 2003-2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

#### 4.3.2 Estrutura e ambiente familiar

Do total de crianças na primeira infância em 2014, no Espírito Santo, 4,03% não morava com a mãe, o que correspondia a uma estimativa de 12.338 crianças, conforme tabela 8. No Brasil e no Sudeste os percentuais estimados foram, respectivamente, 4,66% (ou 747.439 crianças) e 3,27% (200.739 crianças).

**Tabela 8 - Crianças na primeira infância, se mora com a mãe, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014**

Se mora ou não com a mãe	Total de crianças na primeira infância (Nº abs.)			Proporção de crianças na primeira infância (%)		
	Espírito Santo	Sudeste	Brasil	Espírito Santo	Sudeste	Brasil
Mora com a mãe	293.845	5.910.955	15.231.983	95,97	96,22	94,91
Não mora com a mãe	12.338	200.739	747.439	4,03	3,27	4,66
Sem informação	0	31190	69217	0,00	0,51	0,43
<b>Total geral</b>	<b>306.183</b>	<b>6.142.884</b>	<b>16.048.639</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

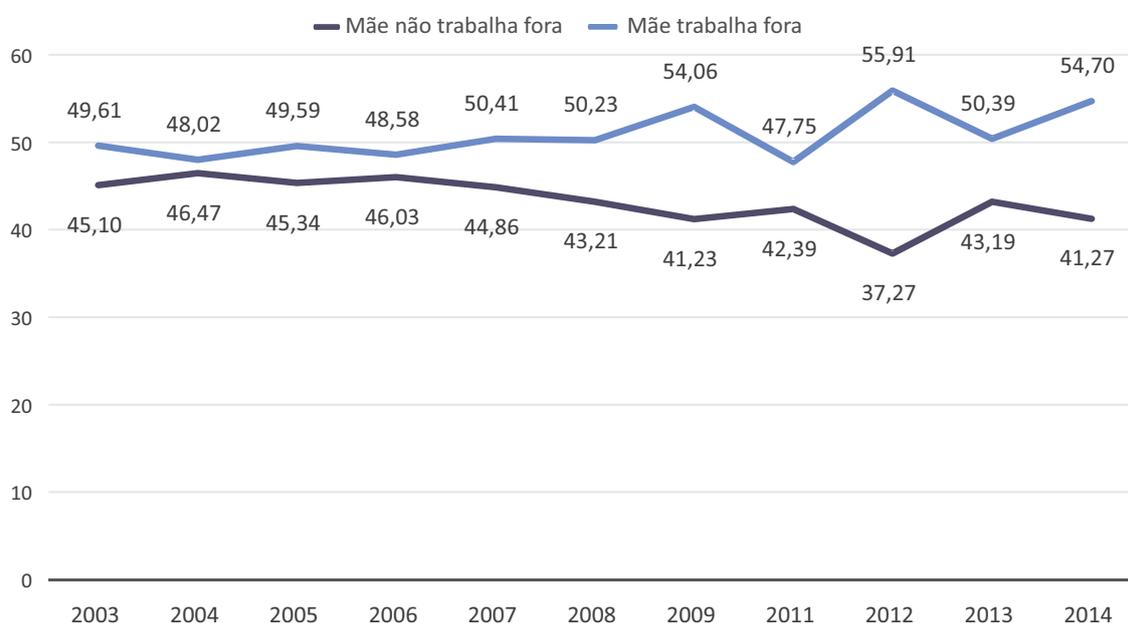
A tabela 9 indica o quantitativo de crianças na primeira infância, pela situação de trabalho de suas mães, no Espírito Santo, em 2014. Observa-se que 41,27% das crianças do Espírito Santo tinham mães que não trabalhavam fora e 54,70% tinham suas mães trabalhando fora. Para o Brasil e o Sudeste, no mesmo ano, as proporções de crianças cujas mães não trabalhavam foram, respectivamente, 45,53% (7.306.419 crianças) e 44,04% (2.705.373 crianças).

**Tabela 9 - Crianças na primeira infância, por situação de trabalho da mãe, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014**

Se a mãe trabalha fora	Total de crianças na primeira infância			Proporção de crianças na primeira infância (%)		
	Espírito Santo	Sudeste	Brasil	Espírito Santo	Sudeste	Brasil
Não trabalha fora	126.351	2.705.363	7.306.419	41,27	44,04	45,53
Trabalha fora	167.494	3.205.592	7.925.564	54,70	52,18	49,38
Sem informação	12.338	231.929	816.656	4,03	3,78	5,09
<b>Total geral</b>	<b>306.183</b>	<b>6.142.884</b>	<b>16.048.639</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

A figura 11 ilustra a evolução da proporção de crianças na primeira infância, por situação de trabalho da mãe. Embora seja possível perceber uma tendência de aumento da proporção de crianças cujas mães trabalhavam fora, a diferença deste indicador entre os anos 2003 e 2014 foi de apenas 5,01 pp.

**Figura 11 - Crianças na primeira infância, por situação de trabalho da mãe, Espírito Santo - 2003-2014**


Fonte: IBGE/Pnad 2003 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Do total de crianças no estado, em 2014, 9,40% moravam em domicílios com apenas um adulto residente e 90,40% moravam em domicílios com 2 ou mais adultos, conforme demonstra a tabela 10.

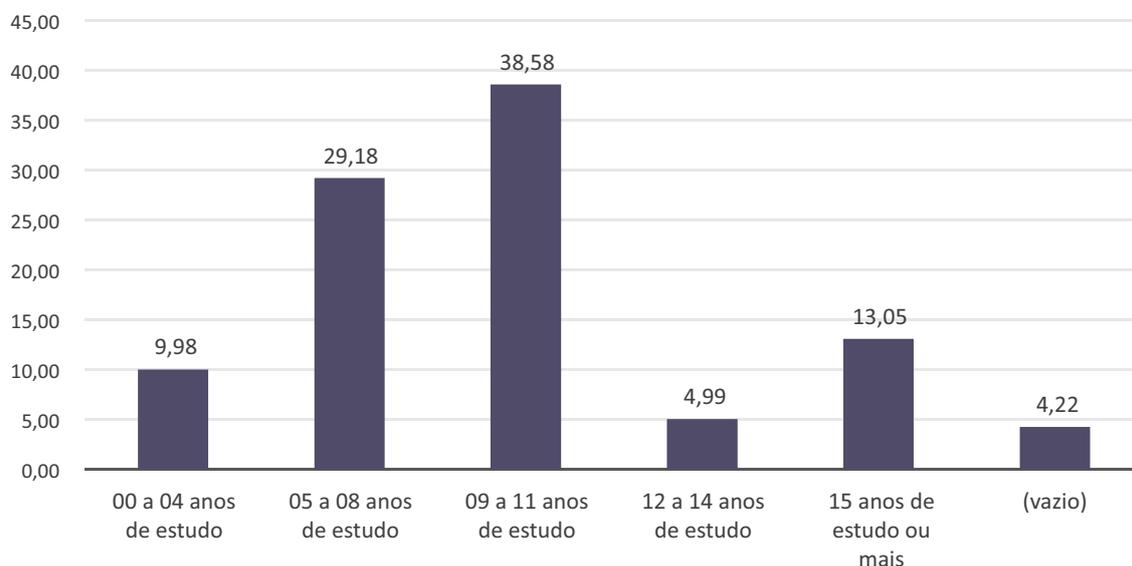
**Tabela 10 - Crianças na primeira infância, por número de adultos no domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014**

Nº de adultos nos domicílios	Total de crianças na primeira infância			Proporção de crianças de 0 a 6 anos (%)		
	Espírito Santo	Sudeste	Brasil	Espírito Santo	Sudeste	Brasil
Apenas 1 adulto	28.796	511.090	1.449.435	9,40	8,32	9,03
2 ou mais adultos	276.799	5.619.901	14.554.188	90,40	91,49	90,69
Sem informação	588	11.893	45.016	0,19	0,19	0,28
<b>Total geral</b>	<b>306.183</b>	<b>6.142.884</b>	<b>16.048.639</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

A figura 12 ilustra a distribuição das crianças na primeira infância no estado, em 2014, por anos de estudo das mães. Observa-se que 38,58% das crianças tinham mães que estudaram de 9 a 11 anos de e 29,18% tinham mães com 5 a 8 anos de estudo e 9,98% das crianças tinham mães com até 4 anos de estudo, o que corresponde a situação de analfabetismo funcional. Apenas 4,99% das crianças tinham mães com 12 a 14 anos de estudo, enquanto 13,05% das crianças possuíam mães com mais de 15 anos de estudo, somadas estas duas últimas categorias, observa-se que cerca de 18% das mães tiveram acesso ao ensino superior.

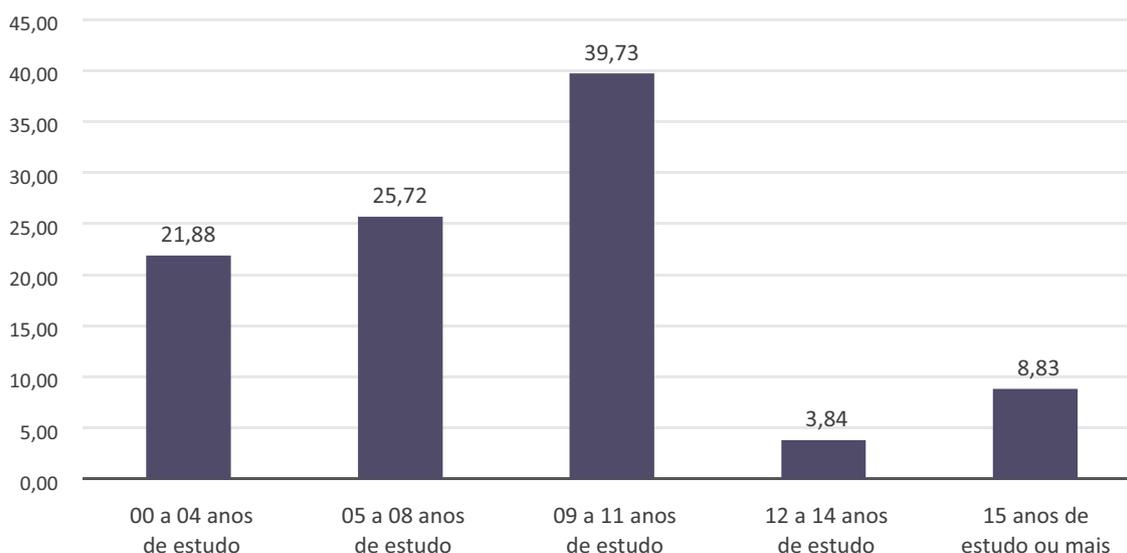
**Figura 12 - Crianças na primeira infância, por anos de estudo da mãe, Espírito Santo - 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

A figura 13 traz a escolaridade dos responsáveis pelo domicílio. Observa-se que 21,88% das crianças na primeira infância viviam em famílias cujo responsável pelo domicílio tinha até 4 anos de estudo, ou seja era considerado analfabeto funcional. 39,73% das crianças viviam em famílias cujo responsável tinha entre nove e 11 anos de estudos.

**Figura 13 - Crianças na primeira infância, por anos de estudo do responsável pelo domicílio, Espírito Santo - 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

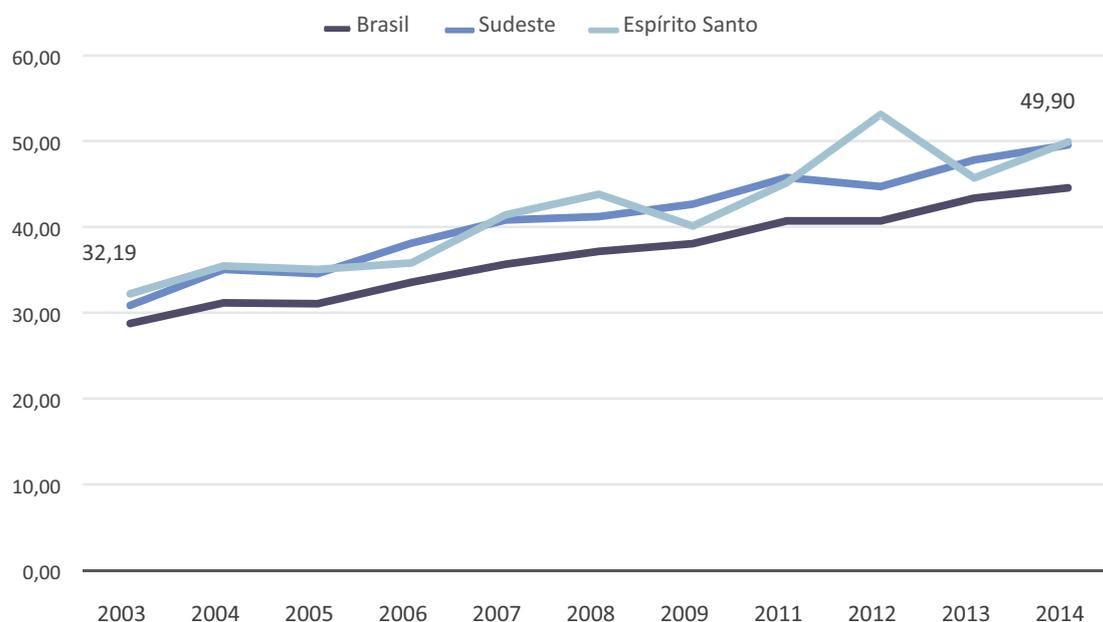
#### 4.4 Acesso a Serviços Educacionais

Os dados de acesso à educação podem ser trabalhados a partir de duas fontes: O Censo Escolar, realizado anualmente pelo INEP, e a Pnad, realizada também anualmente pelo IBGE. Entre os resultados de cada uma destas fontes existem diferenças que derivam, primeiramente, do fato de uma fonte ser um censo, a partir de um registro administrativo, e a outra ser uma estimativa a partir de declarações coletadas em uma pesquisa amostral. Também impactam nestas diferenças aspectos como a data de coleta da informação e a data que é usada para registro da idade.

Esta seção apresentará os dados de frequência escolar apurados a partir da Pnad. Em anexo a este texto o leitor poderá encontrar os dados de matrícula apurados a partir do Censo Escolar para Brasil, Sudeste e Espírito Santo, assim como a desagregação por municípios do estado.

Segundo estimativas da Pnad, no Espírito Santo em 2014, 49,90% (152.790) das crianças na primeira infância frequentavam a escola. A figura 14 mostra a curva das estimativas de atendimento escolar para esta faixa etária de 2003 a 2014. Observa-se que houve um crescimento em 17,71 pp no atendimento a esta faixa etária no Espírito Santo neste período. Brasil e Sudeste apresentam trajetórias semelhantes à do estado, com índices um pouco menores para o Brasil, conforme evidencia a figura 14.

**Figura 14 - Frequência escolar, crianças na primeira infância, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2003-2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

A tabela 11 traz o percentual de frequência escolar na primeira infância, para o ano de 2014, segmentado por faixas etárias, para o Espírito Santo, Sudeste e Brasil.

Estima-se que 86,39% das crianças entre 4 e 5 anos e apenas 28,79% das crianças que estavam abaixo de 3 anos tiveram acesso à educação escolar. Observa-se que entre as crianças de 4 a 5 anos o percentual de frequência do estado é maior que o Brasil e Sudeste e entre as crianças até 3 anos é acima do Brasil e abaixo do Sudeste.

**Tabela 11 - Percentual de frequência escolar, crianças na primeira infância e faixas de idade, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014**

Faixa etária	Percentual de frequência escolar		
	Brasil	Sudeste	Espírito Santo
Abaixo de 3 anos	24,61	31,26	28,79
De 4 a 5 anos	82,68	85,88	86,39
Total primeira infância	44,55	49,58	49,90

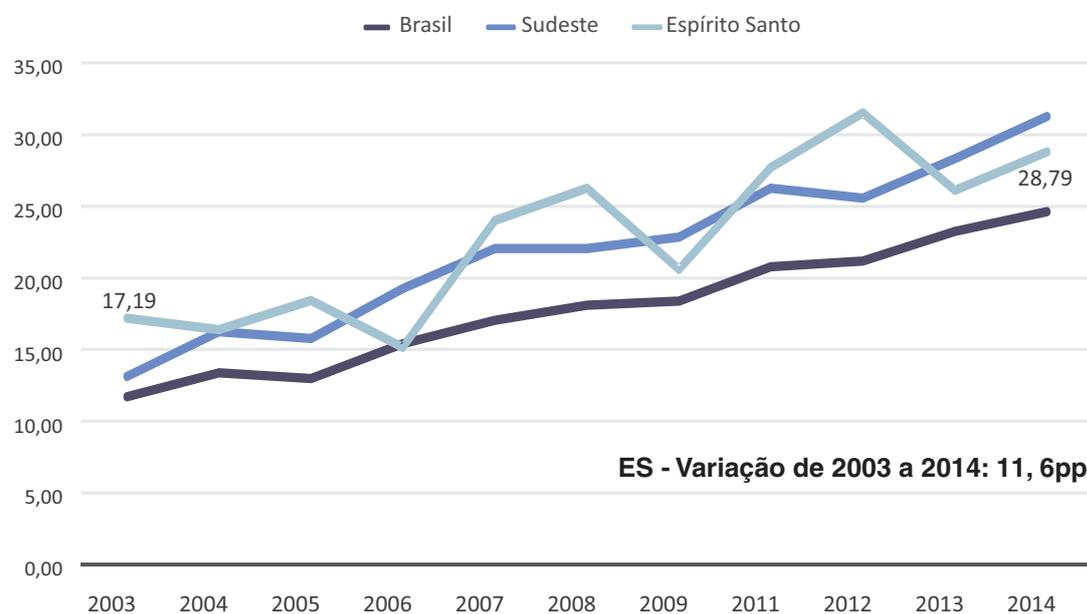
Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

As figuras 15 e 16 trazem a evolução das estimativas de frequência escolar para as crianças de 0 a 3 anos, na creche, e de 4 e 5 anos na pré-escola, respectivamente, para Brasil, sudeste e Espírito Santo entre os anos 2003 e 2014.

Observa-se que, embora o atendimento às crianças de a 0 a 3 anos nas creches em 2014 ainda seja de apenas 28,79% no Espírito Santo, entre os anos considerados houve uma variação positiva de 11,6 pp neste indicador. Destaque-se que a meta estabelecida pelo Plano Nacional de Educação (PNE) é atender até 50% dessa população até 2024, o que significa que, em 2014 o estado estava 21,21pp distante da meta.

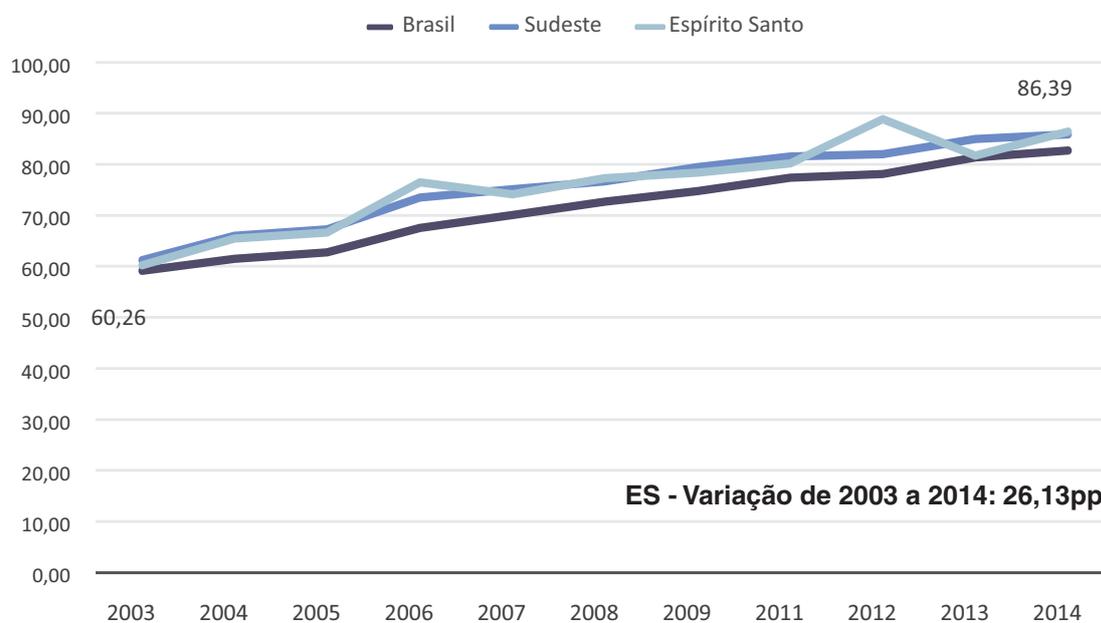
Entre as crianças de 4 e 5 anos a variação positiva no atendimento entre os anos observados foi de 26,13 pp. A meta estabelecida pelo PNE para esta faixa etária é universalizar o atendimento na pré-escola até 2016, o que significa que, em 2014, o estado estava 13,61pp distantes da meta.

**Figura 15 - Frequência escolar, crianças até 3 anos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2003-2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

**Figura 16 - Frequência escolar, crianças de 4 a 5 anos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2003 a 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2003-2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

A tabela 12 informa sobre a frequência escolar por situação de pobreza e extrema pobreza, para o Espírito Santo, em 2014. Observa-se neste indicador pequenas diferenças positivas nas proporções de crianças na primeira infância extremamente pobres (52,93%) e pobres (51,35%), se comparadas à frequência entre as crianças não pobres (49,64%) ou ao conjunto das crianças na primeira infância (49,90%). Isso indica que a condição de pobreza, no Espírito Santo, não se configura necessariamente como um fator que limita o acesso à educação infantil, diferentemente do que pode ser observado em relação ao Brasil e ao Sudeste, conforme indica a tabela 13, adiante.

**Tabela 12 - Crianças na primeira infância, por situação de extrema pobreza e frequência escolar, Espírito Santo - 2014**

Condição de pobreza e extrema pobreza	Total de crianças na primeira infância	Crianças que frequentam escola	Crianças que não frequentam	Proporção de crianças que frequentam escola	Proporção de crianças que não frequentam escola	Total
Primeira infância extremamente pobre	9.991	5.288	4.703	52,93	47,07	100,00
Primeira infância pobre	43.492	22.332	21.160	51,35	48,65	100,00
Primeira infância não pobre	249.762	123.994	125.768	49,64	50,36	100,00
Crianças na primeira infância	306.183	152.790	153.393	49,90	50,10	100,00

Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Em relação à frequência escolar, em 2014, no Brasil e no Sudeste, entre as crianças pobres (BR: 36,28%; SE: 40,80%) e extremamente pobres (BR: 35,15%; SE: 39,49%), a proporção era menor do que a observada entre as crianças do total da população da primeira infância (BR: 44,55%; SE: 49,58%). Entre as crianças não pobres, a proporção das que frequentavam a escola (BR: 47,72%; SE: 51,20%) foi acima da observada na população total de crianças na primeira infância, um indício importante do papel da situação de pobreza como limitador do acesso à escola (tabela 13).

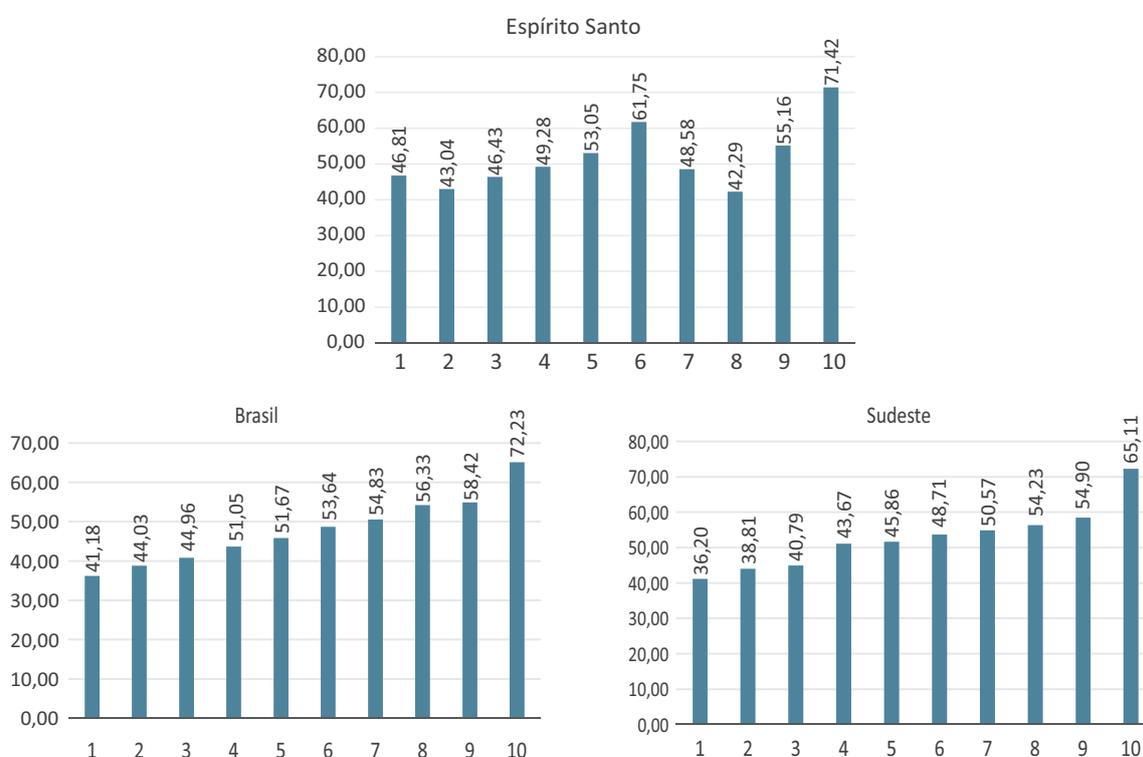
**Tabela 13 - Proporção de crianças na primeira infância que frequentam a escola, por situação de pobreza, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014**

Condição de pobreza e extrema pobreza	Proporção de crianças que frequentam à escola		
	Brasil	Sudeste	Espírito Santo
Primeira infância extremamente pobre	35,15	39,49	52,93
Primeira infância pobre	36,28	40,80	51,35
Primeira infância não pobre	47,72	51,20	49,64
Crianças n primeira infância pobre	44,55	49,58	49,90

Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

A figura 17 mostra a proporção de crianças que frequentam a escola, dentro de cada decil de distribuição da população ordenada por renda. Observa-se que enquanto para Brasil e Sudeste há uma tendência de aumento gradativo das proporções de crianças na primeira infância que frequentam a escola à medida que aumenta os decis de distribuição da população ordenada por renda, no Espírito Santo, a curva desta distribuição não é uniforme e ascendente, embora a frequência maior também ocorra no último decil. Este dado corrobora a afirmação anterior de que a condição de pobreza, assim como a desigualdade de renda, não são fatores determinantes no acesso à escola na primeira infância no Espírito Santo.

**Figura 17 - Proporção de crianças na primeira infância que frequentam a escola, dentro de cada decil de distribuição da população ordenada por renda, Espírito Santo, Sudeste e Brasil - 2014**



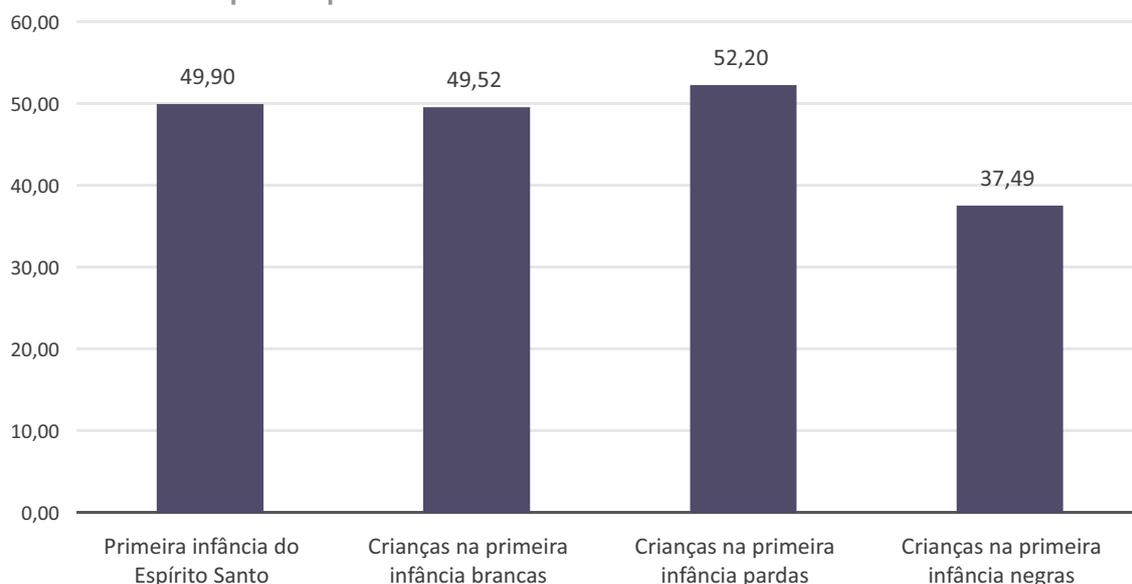
Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Outra análise necessária no que diz respeito ao acesso escolar, refere-se à questão etnicorracial. A figura 18 informa a proporção dentro de cada grupo etnicorracial de crianças na primeira infância que frequenta à escola para o Espírito Santo, em 2014<sup>23</sup>. Destaca-se no conjunto dos dados apresentados a proporção de crianças pretas que frequentam a escola que corresponde a apenas 37,49%, ou seja, -12,41 pp distante da proporção que frequenta a escola no conjunto da população em geral de crianças na primeira infância no estado (49,90%). Importa salientar que as crianças que frequentam a

<sup>23</sup> Os grupos étnicos raciais indígenas e amarelos, embora igualmente importantes, não foram considerados devido a limites técnicos da base de dados utilizada: o tamanho da amostra da Pnad para o estado do Espírito Santo não permite estimar com segurança informações para estes grupos com sobreposição de recortes como grupos etários, gênero, entre outros.

escola na primeira infância dentro do grupo etnicorracial pretos, no Brasil (47,58%) e no Sudeste (49,50%), apresentam proporções de frequência escolar superiores ou muito próximas à apresentada pelo conjunto da população da primeira infância (Brasil: 44,55%; SE: 49,58%), sendo as diferenças entre os dois grupos referidos de crianças (pretas e população total) de 3,02 pp e -0,08 pp para Brasil e Sudeste, respectivamente.

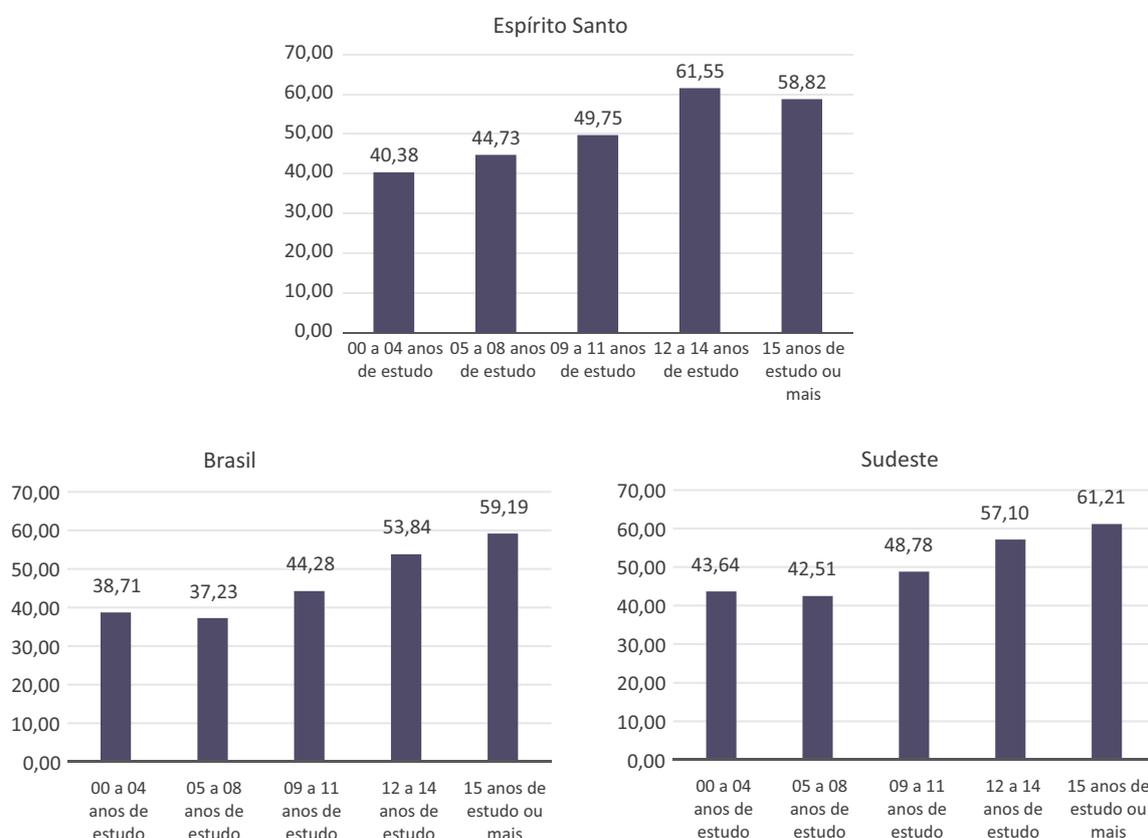
**Figura 18 - Proporção dentro de cada grupo étnico de crianças na primeira infância que frequentam à escola**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Outro fator que interfere no acesso escolar é a escolaridade da mãe: quanto maior o número de anos de estudo da mãe maior será também a tendência de que as crianças sejam matriculadas na escola. A figura 18 mostra a frequência escolar das crianças na primeira infância associada aos anos de estudo de suas mães, para o Espírito Santo, Brasil e Sudeste, em 2014. Enquanto cerca de 40,38% das crianças filhas de mães que estudaram até 4 anos frequentavam a escola, as crianças cujas mães estudaram 15 anos ou mais alcançaram o índice de frequência de 58,82% para o Espírito Santo. Brasil e Sudeste apresentam tendência semelhante, como pode ser observado na figura 19.

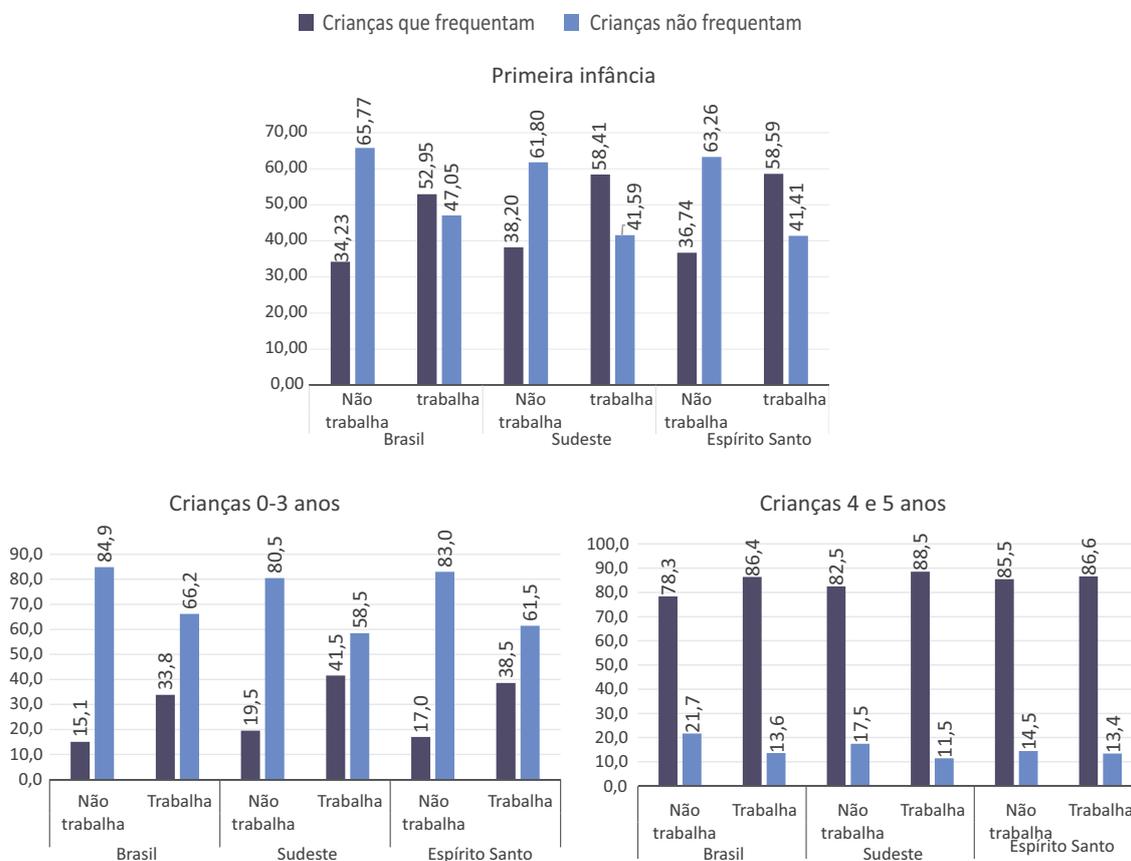
**Figura 19 - Proporção de crianças na primeira infância, por anos de estudo da mãe, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

Entre as crianças na primeira infância cujas mães trabalham, a frequência escolar tende a ser mais elevada, conforme evidencia a figura 20, o que confirma que o atendimento escolar na primeira infância assume também o caráter de política de gênero, uma vez que beneficia as mulheres inseridas ou que pretendem se inserir no mercado de trabalho. Entre as crianças de 4 e 5 anos, o percentual de frequência escolar é maior tanto entre as mães que trabalham quanto entre as que não trabalham. O que se inverte entre as crianças de 0 a 3 anos, onde a frequência escolar tende a ser menor nos dois grupos (mães que trabalham e mães que não trabalham).

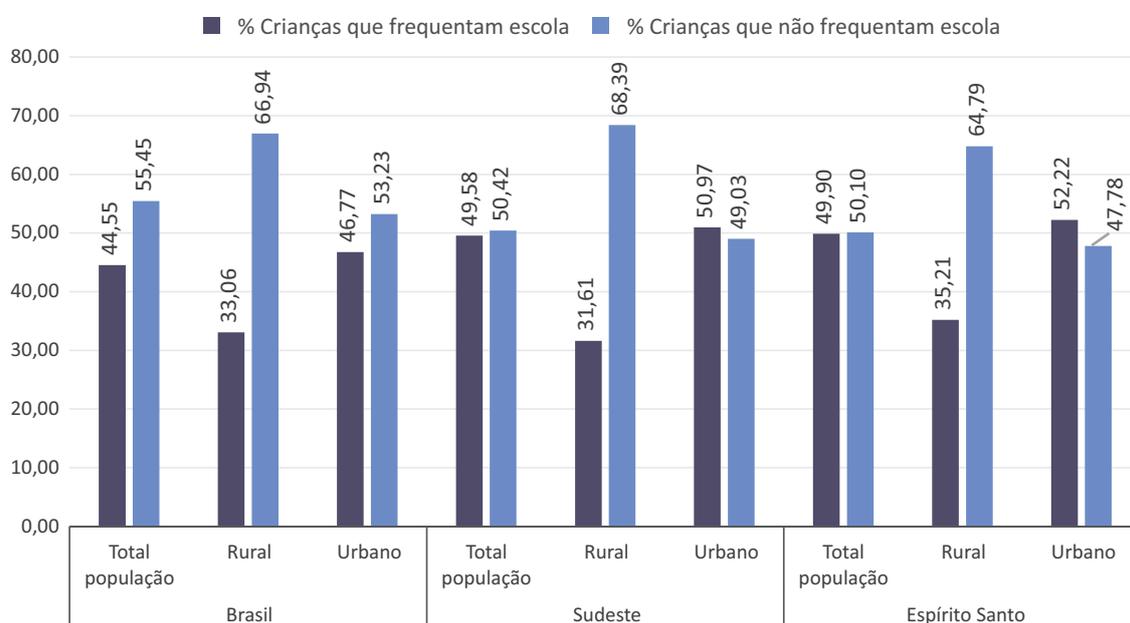
**Figura 20 - Crianças na primeira infância, por frequência escolar e se a mãe trabalha ou não, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 (%)**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

A frequência à escola das crianças do meio rural, tanto no Espírito Santo (35,21%), quanto no Brasil (33,06%) e no Sudeste (31,61%), é inferior às proporções observadas no meio urbano, como indica a figura 21.

**Figura 21 - Crianças na primeira infância, por frequência escolar e situação do domicílio, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2014 (%)**



Fonte: IBGE/Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

## 4.5 Acesso à Saúde

Para melhor avaliação do acesso à saúde na primeira infância, optou-se por agrupar os indicadores básicos para análise em três (3) eixos, conforme mostra a figura 22.

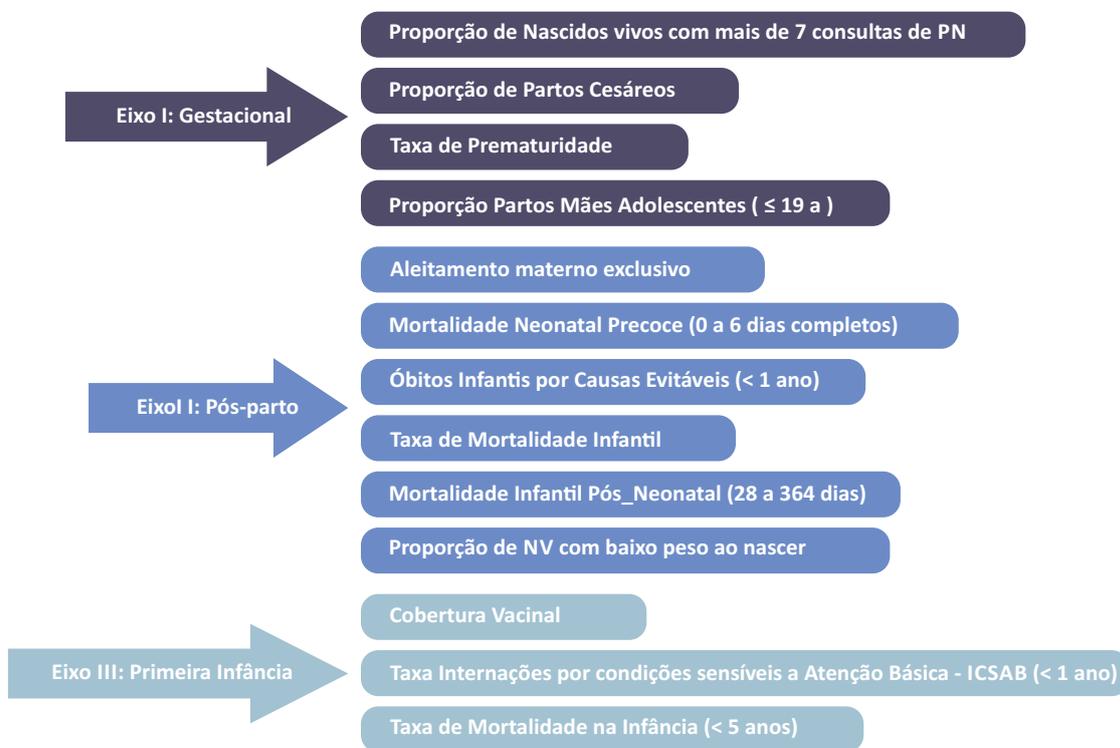
O primeiro eixo, chamado gestacional, foi assim incluído por se saber que os cuidados no período que antecede o nascimento da criança são de extrema importância nos anos subsequentes, e até, pode-se dizer, por toda a vida. Os cuidados compreendem a assistência pré-natal através do número de consultas médicas, o tipo de parto e ainda a incidência de prematuridade. Outro indicador pertinente é o que traça a proporção de partos de mães adolescentes, uma vez que as gestações nessa fase da vida geralmente são acompanhadas de vários outros fatores que interveem tanto no tipo de gestação como no desenvolvimento futuro do recém-nascido, em especial nos primeiros anos de vida subsequentes ao parto, e quando sobrevivem.

No período imediatamente após o parto (segundo eixo), chamado pós-parto, muitos são os indicadores que refletem o cuidado e o acolhimento da criança. Mais uma vez, o indicador envolve aspectos ligados à preparação da mãe ocorrida no período anterior, como o incentivo e conscientização sobre aleitamento materno. Esse, muito dependente de um trabalho elaborado diretamente com as mães, e desde o início da gestação. Excluindo-se os casos nos quais patologias congênitas estão envolvidas nos óbitos, sabe-se que a atenção primária à mãe e à criança se

refletirão nesses indicadores. Complementado esse eixo, temos os indicadores padrões como mortalidade infantil, mortalidade pós-neonatal precoce e pós neonatal, bem como a proporção de crianças com baixo peso ao nascer, essa última ligada em sua maioria às condições que vigoraram durante toda a gestação, e mesmo anteriores à mesma.

No último eixo, chamado de primeira infância, temos os indicadores usuais de avaliação: Cobertura Vacinal, Internação Hospitalar de crianças menores de 1 ano e por causas sensíveis a atenção primária (AP) - ICSAP, além da taxa de mortalidade na infância que compreende óbitos ocorridos até os 5 anos de vida, fase crítica para o desenvolvimento da criança e que acaba sendo sensível a todos os cuidados da assistência em saúde na fase que vai de 0 aos 5 anos.

**Figura 22 - Eixos de indicadores para análise da primeira infância**



Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Inúmeras são as proposições para a melhoria do atendimento e do padrão de atenção à população de 0 a 5 anos de idade, ou mais especificamente, de 0 a 5 anos e 364 dias de vida. Como sinalizado anteriormente, o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI) propôs ações amplas e articuladas para o período de 2011 a 2022 atingindo as várias esferas de governo, a partir de um compromisso com a assistência em diversas áreas. Entretanto, são grandes as dificuldades de se articular áreas tão complexas como saúde, educação, assistência social, dentre outras, já desarticuladas individualmente, e com grandes desafios em suas áreas específicas de atuação. No PNPI previu-se cumprir a determinação da Carta Magna que estabelece que os direitos da criança e do adolescente devem ser assegurados com absoluta prioridade, e “a garantia a esta prioridade” compreende:

- Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias,
- Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública,
- Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas
- Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Apesar desta “garantia formal”, na prática, mesmo diante de tantos esforços, a primeira infância está longe de atingir de fato a primazia esperada, levando a que as variáveis de avaliação se tornem bastante complexas, inclusive com alto grau de interdependência com fatores externos. De qualquer forma, sabe-se que os cenários possíveis de análise envolvem impreterivelmente a família, como célula inicial de princípios e condutas básicas, a sociedade, com os seus aspectos culturais, sociais, econômicos, dentre outros, e o Estado que deve primar pela manutenção do direito de seus cidadãos aos serviços de saúde, mobilizando recursos vários de forma a melhorar o atendimento da população. Cabe, então, primordialmente a esse último, buscar elaborar e implementar políticas públicas, com suas ações, planos e programas, e permitir a integração dos vários serviços de saúde, da família e da comunidade, por intermédio da capacitação e educação continuada de seus agentes e dos gestores.

Em 2015, o Ministério da Saúde (MS) divulgou portaria<sup>24</sup> criando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que sintetiza os eixos de atuação dos gestores estaduais, municipais e profissionais envolvidos na saúde. Observa-se então uma política estruturada em 7 eixos estratégicos:

- Atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido;
- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral;
- Atenção às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- Atenção às crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

As ações da prestação de serviços de saúde vêm sendo transversais, integrando todos os níveis de atenção de forma a permitir que todas as etapas de desenvolvimento sejam respeitadas. Isso se inicia desde a atenção básica, passando pelo acompanhamento de pré-natal às gestantes, a atenção e assistência ao parto e ao pós-parto ou puerpério e, na sequência, o acompanhamento da criança em relação ao seu desenvolvimento, cuidados especializados, nutrição, dentre outros.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança considera como criança a pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos, e a primeira infância de 0 a 5 anos. Para atendimento em serviços de pediatria no Sistema Único de Saúde (SUS), são contempladas crianças e adolescentes menores de 16 anos,

<sup>24</sup> Portaria N° 1.130, de 05 de agosto de 2015. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em 27 de abril de 2016.

sendo que este limite etário pode ser alterado conforme as normas e rotinas de cada estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. Os dados oficiais trabalhados, disponíveis no banco de dados do DATASUS, contém recortes etários diferentes, ou seja, os dados são na maior parte das vezes disponibilizados por faixas etárias de menores de 1 ano, de 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, sendo essa última faixa mais próxima da juventude e não de primeira infância.

Embora o foco deste estudo seja a primeira infância, para obter uma maior abrangência dos dados e suas análises, optou-se em vários momentos pela apresentação dos dados para a faixa de 0 a 19 anos, respeitando as faixas disponíveis oficialmente pelo MS, o que, numa análise de séries históricas de dados, e em alguns indicadores, se mostra pertinente. Alguns dados e suas variações, ocorridas num dado ano e nas faixas realmente da primeira infância vão, ao longo das séries históricas construídas, se refletir nas populações seguintes e dentro dos intervalos subsequentes de faixa etária. Por exemplo, há séries iniciadas em 2000 e com dados até 2013. As populações presentes nos dados em 2000, pelo menos teoricamente, estarão em 2013 com óbvios 13 anos a mais de idade, ou seja, se tinham 3 anos, já terão 16 anos e estarão na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Assim, o dado contido no início da série, vai refletir alterações nos anos e nas faixas seguintes de idade. Outra justificativa para se considerar a faixa de 0 – 19 anos reside no fato de que no caso específico do indicador que avalia a incidência de gravidez na adolescência, dado às comorbidades e necessidades especiais que essa faixa de gestantes requisita do sistema, há reflexos diretos também para seus filhos.

Cabe informar que, dentre os indicadores buscados com intuito de avaliar a atenção dos sistemas de saúde à primeira infância, aqueles referentes ao estado nutricional, que seriam de extrema relevância, só estão disponíveis no site oficial do MS até 2007. Isso acabou por inviabilizar a sua inclusão no rol de indicadores básicos a serem estudados, mesmo considerando que seria uma informação de grande importância para o contexto da saúde e da primeira infância.

Notou-se que, no Espírito Santo, grandes foram os avanços no sentido de estruturação dos serviços de atenção materno-infantil. Além da ampliação das equipes e do acompanhamento por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), ressalta-se um acréscimo por parte dos municípios da cobertura dos programas de saúde da família. Tais esforços se refletem nos números de atendimento à população dessa faixa etária, notadamente aqueles na primeira infância.

A tabela 14, contém dados quantitativos de atendimento ambulatorial (porta de acesso ao sistema de saúde) no Estado nos últimos anos.

**Tabela 14 - Variação do quantitativo de atendimento ambulatorial da população por faixa etária no Brasil, Sudeste e Espírito Santo, diferença percentual no período de 2009 a 2015**

Faixa etária	Sudeste	Brasil	Espírito Santo
Menor 1 ano	15,4	42,4	73,2
1 a 4 anos	0,8	0,5	97,1
5 a 9 anos	3,1	-0,5	88,4
10 a 14 anos	1,9	4,6	115,4
15 a 19 anos	30,5	20,0	60,7

Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Observa-se que o Espírito Santo, em comparação ao Sudeste e Brasil, teve um maior percentual de aumento no atendimento ambulatorial da população de 0 a 19 anos de 2009 para 2015. No geral, o aumento ocorreu no atendimento ambulatorial a todas as idades. Dados obtidos no período de 2008 a 2015 (tabela 15) mostram que o crescimento foi de 80,1%, enquanto que no Sudeste e Brasil, o aumento registrado foi de 34,5% e 17,9%, respectivamente. Houve ainda, uma aproximação do número de atendimentos à população em geral e à população específica (de 0 – 19 anos), o que demonstra que os esforços foram empreendidos de forma a ampliar os serviços para o atendimento de pessoas de todas as idades, de uma maneira global, e não particularizados por faixa etária ou por programas e/ou ações específicos, mesmo quando existentes.

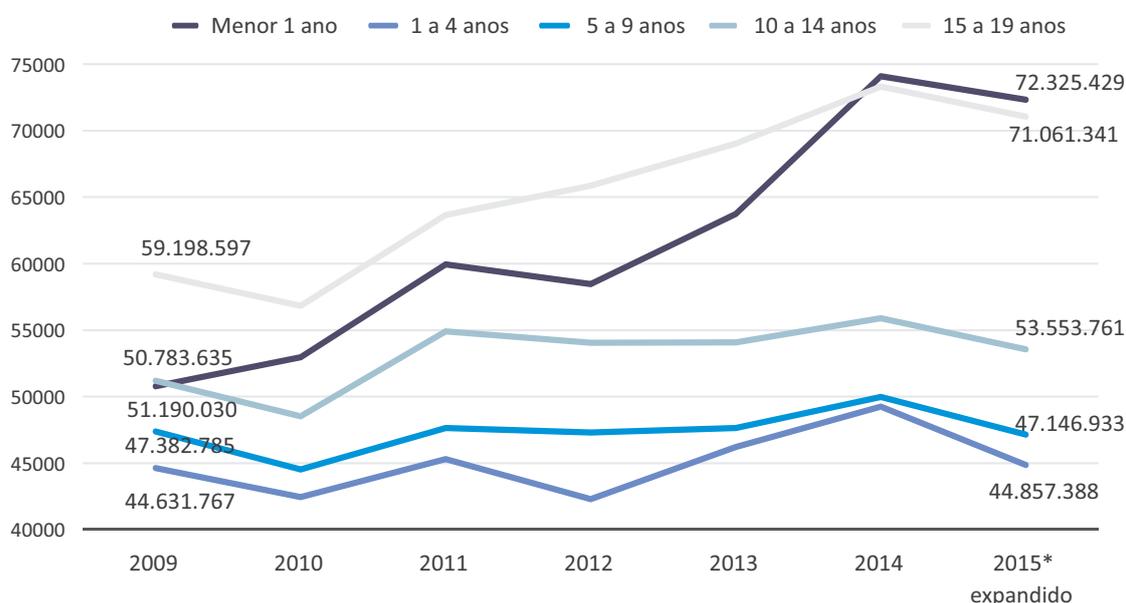
**Tabela 15 - Variação do quantitativo de atendimento da população, todas as idades, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - Jan/ 2008 - out/2015**

Região/UF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% 2008/2015
Sudeste	388.644.096	4.60.683.169	452.224.692	477.151.657	528.564.417	563.917.035	616.633.963	522.708.261	34,5
Brasil	2.914.303.591	3.246.439.600	3.363.761.138	3.578.193.153	3.684.394.148	3.797.916.707	4.088.408.653	3.436.349.580	17,9
Espírito Santo	14.085.286	16.754.971	18.748.924	21.889.704	23.821.169	25.369.518	28.804.971	25.362.744	80,1

Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

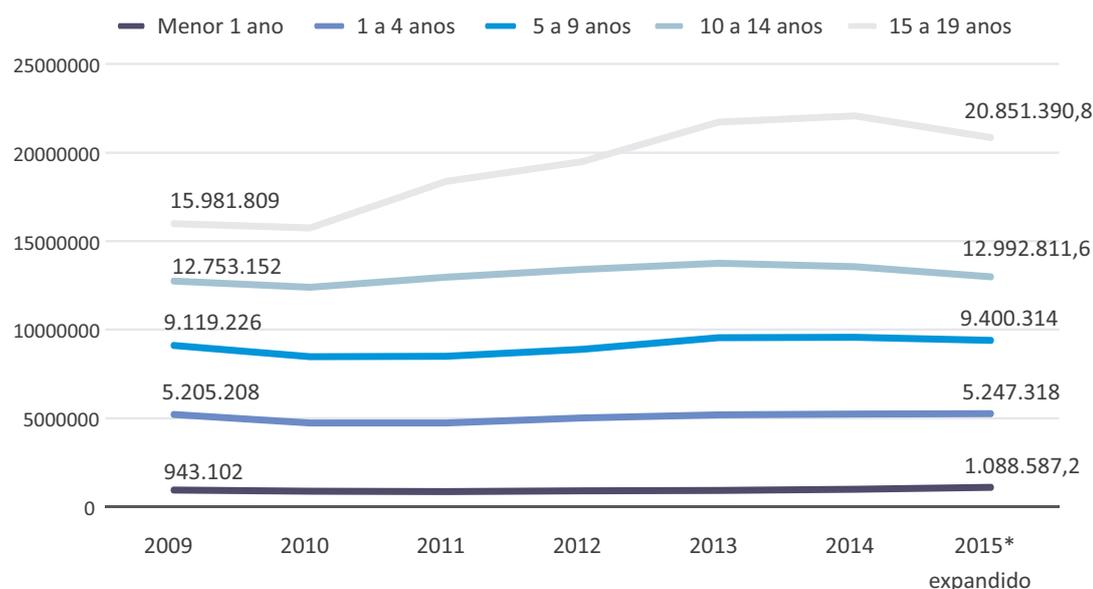
Os avanços foram obtidos na primeira infância devido aos programas estruturados e em andamento para atendimento a essa população; entretanto, fica claro que os outros setores também foram beneficiados com ações de planejamento e gestão, o que acabou por levar ao fortalecimento da atenção básica.

**Figura 23 - Produção ambulatorial do SUS, Brasil (por faixa etária) - 2009-2015**



No Brasil, e de forma geral, verificou-se uma expansão do atendimento à população de menores de 1 ano muito superior ao atendimento de outras faixas etárias (figura 23). Entretanto, isso reflete a implementação de ações em *áreas específicas do cuidado da saúde* e em determinadas regiões do Brasil, antes bastante precárias no atendimento à população pela atenção primária<sup>25</sup>. Isso veio impactar os resultados quando se trabalha com dados relativos a todo o território nacional.

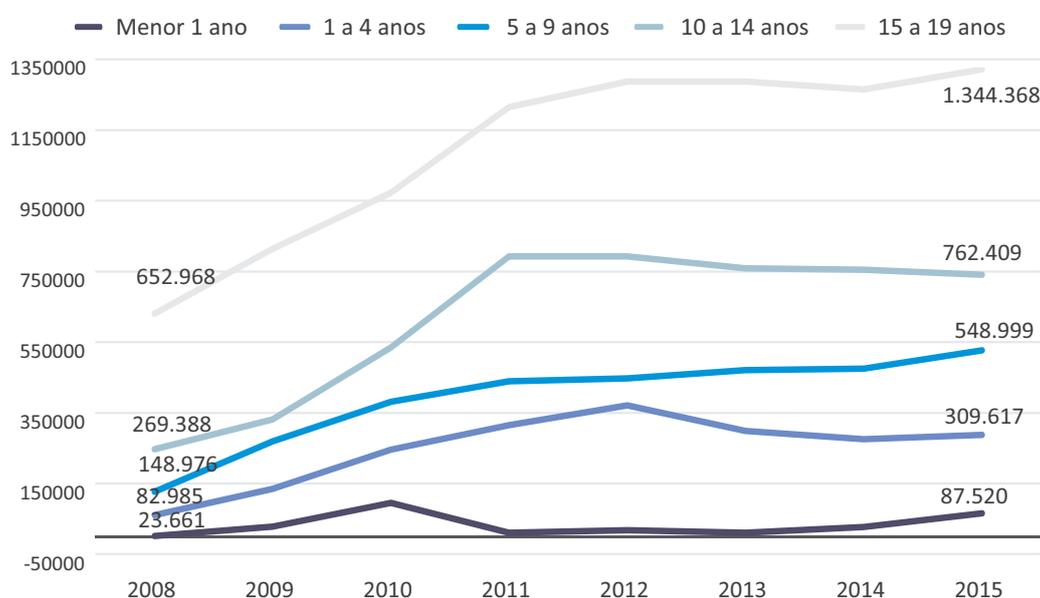
**Figura 24 - Produção ambulatorial da Região Sudeste no período de 2009 a 2015**



<sup>25</sup> Nas regiões norte e nordeste ocorreu um implemento de ações, dentre outras, voltadas especificamente a atenção materno-infantil de forma a reduzir índices importantes como o de mortalidade infantil e o de mortalidade materna. Essa iniciativa do MS acabou por refletir-se nos indicadores de todo o país, numa visão mais geral dos indicadores.

Na evolução do atendimento na região Sudeste e no Espírito Santo (figuras 24 e 25), a expansão mais ou menos igualitária no que se refere à distribuição entre faixas etárias parece ser uma tendência. Isso se deve às inúmeras ações não necessariamente focadas em programas e investimentos específicos, mas na abordagem mais ampla que vem sendo adotada, como a expansão do número postos de atendimento à população, incremento e capacitação de equipes de saúde e de gestão, maior interação entre núcleos centrais de gestão e outras esferas de governo, incentivos ao fortalecimento de polos para o atendimento especializado incluindo até ações de aumento da oferta de serviços de saúde da média e alta complexidades, dentre outros. Assim, todos os setores, incluindo os que atendem à população específica da primeira infância foram beneficiados.

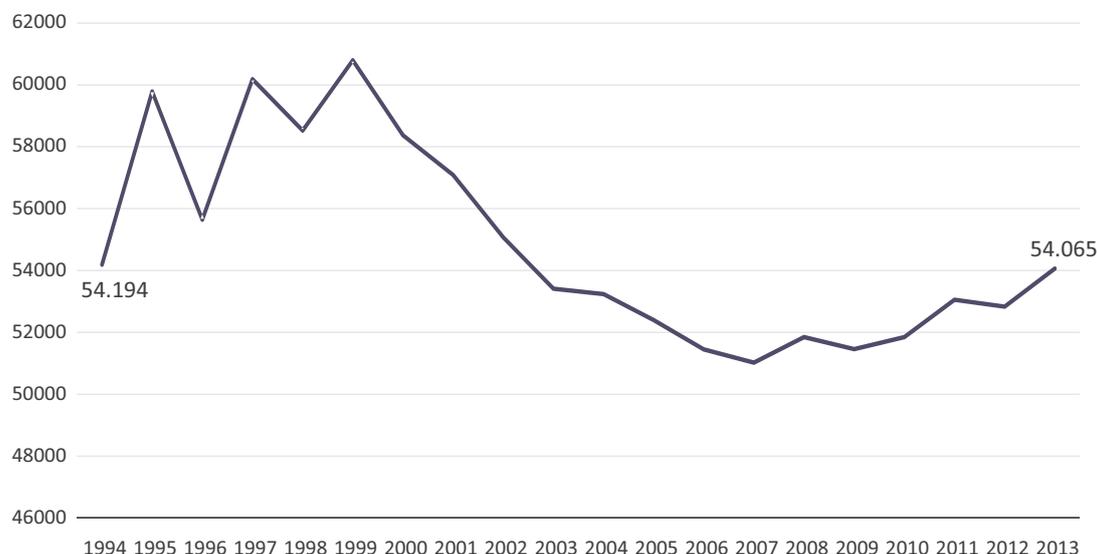
**Figura 25 - Produção ambulatorial do SUS, Espírito Santo (por faixa etária) - 2009-2015**



Fonte: DATASUS

Percebe-se ao analisar o gráfico contendo a série histórica do número de nascidos vivos no Espírito Santo, no período de 1994 a 2013 (figura 26), três picos importantes de nascimentos, quais sejam, os anos de 1995, 1997 e 1999. Isso explica porque a curva praticamente se estabiliza a partir de 2011 para a faixa de acima de 15 anos, onde se observa ainda o aumento do volume dos atendimentos nessa mesma faixa etária (figura 25). A população a partir de 15 anos que hoje aparece em maior número sendo atendida, é a população nascida nesses períodos anteriores.

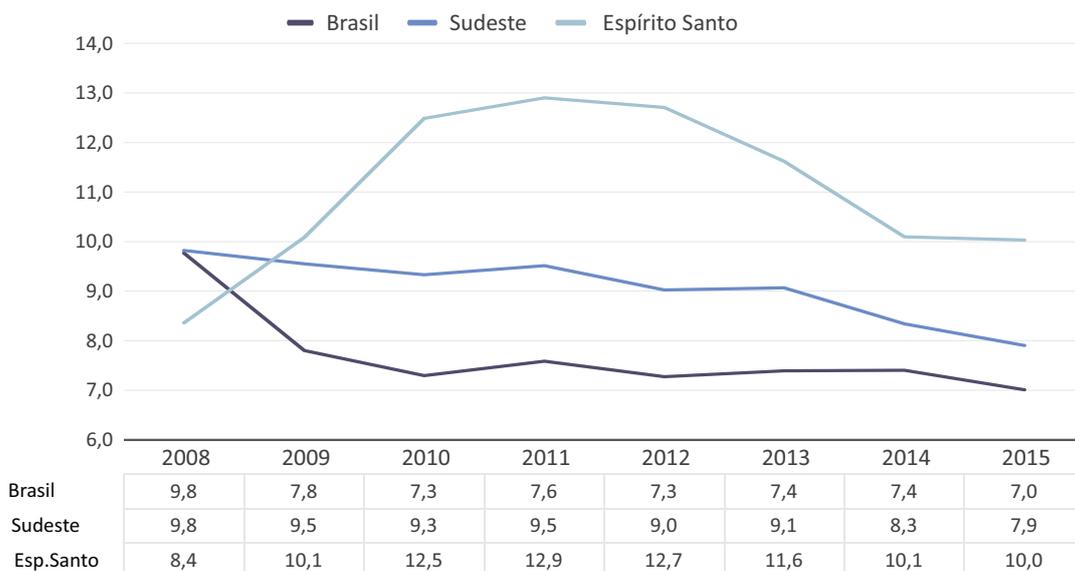
**Figura 26 - Nascidos vivos, Espírito Santo - 1994-2013**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

De qualquer forma, percebe-se pela proporção entre o total de atendimentos e o atendimento à população de 0 a 19 anos que o Espírito Santo apresenta um total de 10% dos atendimentos voltados à faixa etária em questão, maior que o verificado no Sudeste e no Brasil, que foram 7,9% e 7,0% respectivamente (figura 27). Repara-se que, em 2008, a situação era o inverso, ou seja, o Espírito Santo tinha a menor taxa de atendimento à população abaixo dos 19 anos, o que sinaliza também para uma melhora não só de acessibilidade, mas também de condições de acolhimento e de atendimento oferecidas à população, significando uma expansão quantitativa e qualitativa da rede de atenção à saúde.

**Figura 27 - Percentual do atendimento ambulatorial à população de 0 -19 anos, em relação ao atendimento ambulatorial à população (todas as idades)**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

### 4.5.1 Eixo I: Período Gestacional

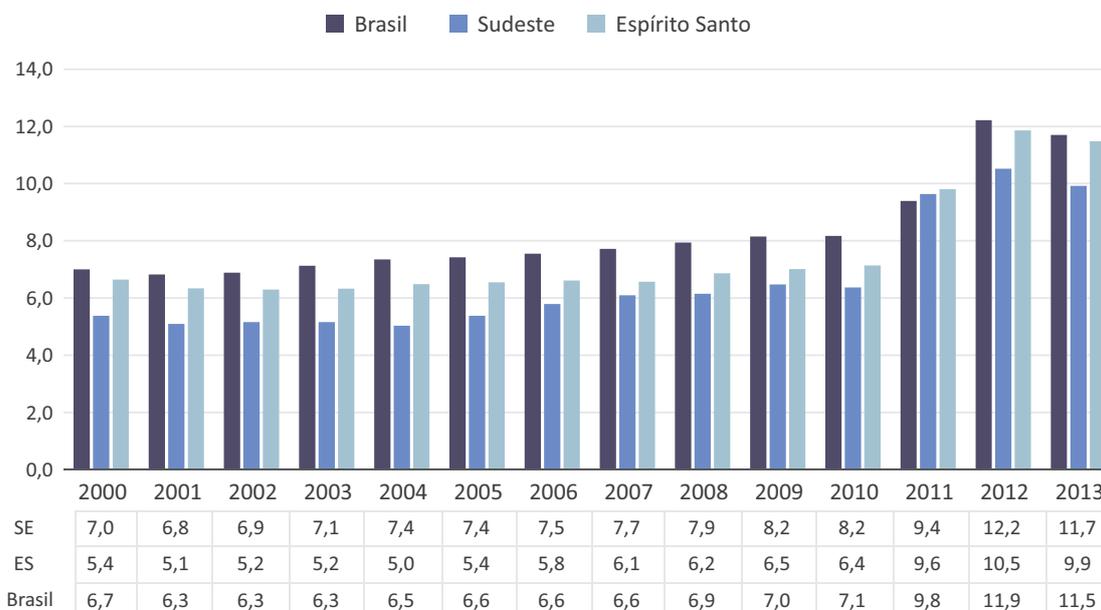
#### Taxa de Prematuridade

Esse indicador guarda estreita relação com a mortalidade infantil. Sabe-se que cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade. É definido como o número de nascidos vivos antes de 37 semanas de gestação, em relação ao total de nascidos (vivos e mortos) numa determinada região e num determinado ano. Permite, de forma indireta, que se avalie a disponibilidade de ações de saúde em diversos níveis de atenção para a saúde materno-infantil: educação, saúde, promoção e prevenção da saúde, diagnóstico precoce e condições de tratamento.

Segundo dados do MS, a prematuridade é a principal causa de morte de crianças abaixo de 1 mês de vida; cerca de 70% das mortes acontecem nos 28 primeiros dias de vida. Dentre as causas perinatais de mortalidade infantil, a maioria associa-se com a prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios.

Em 2013, a prevalência de partos de crianças prematuras em relação ao total de partos realizados no país é de 11,7%, colocando o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8%. Naqueles países onde a renda é considerada média, a prevalência é de 9,4%, de acordo com relatório divulgado pela ONU em 2012<sup>26</sup>.

**Figura 28 - Taxa de prematuridade (abaixo de 37 semanas de gestação)**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

<sup>26</sup> Informação disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_25849.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm) acesso em 06/05/2016. Ver também Relatório “Born too Soon”- OMS: 2012, disponível em [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf) acesso em 06/05/2016.

A prevenção da prematuridade e de suas conseqüentes implicações ou complicações, deveria ocorrer predominantemente no período de assistência pré-natal. Além de se estar associado ao baixo peso ao nascer, o menor tempo de gestação traz repercussões sobre as funções biológicas da criança, com possíveis complicações sobre o ponto de vista clínico, sejam ligadas ao desenvolvimento neuronal ou a questões ligadas ao desenvolvimento comportamental, dentre outros. Assim, essa população de recém natos vai acabar demandando dos serviços de saúde uma maior atenção e complexidade no atendimento, em função das comorbidades obtidas a partir da sua condição gestacional de tempo reduzido.

Segundo a OMS, a partir de dados de 2010, o Brasil ocupava a décima posição entre os nascimentos prematuros comparando-o a outros países. A figura 28 mostra o aumento no percentual de prematuridade no Brasil e no Sudeste em relação a 2010. No Estado, apesar desta taxa ser abaixo da registrada no Sudeste e no Brasil, ela ainda pode ser considerada elevada e aponta para a necessidade de se investir mais no acompanhamento e na orientação das gestantes. Em 2011, o MS instituiu no âmbito do SUS a rede Cegonha que visa melhorar o atendimento a mães e a seus filhos, impactando positivamente, dentre outras coisas, sobre a questão da prematuridade, levando à redução da incidência de partos prematuros e de todas as suas conseqüências.

### **Proporção de nascidos vivos com mais de 7 consultas de pré-natal**

O indicador proporção de nascidos vivos com mais de 7 consultas de pré-natal é calculado pela relação entre o número de crianças nascidas vivas de mães residentes e assistidas com mais de 7 consultas de pré-natal, pelo número total de nascidos vivos em determinado local e período, independentemente do número de consultas realizadas, para cada 1000 nascidos vivos.

Este indicador auxilia na análise de variações geográficas e temporais do atendimento pré-natal, tornando-se também importante por estar intimamente associado a outros indicadores como a mortalidade materna e mortalidade infantil. Assim, tem papel de subsidiar os processos de planejamento e a gestão de ações voltadas para a saúde materno infantil, o parto, a atenção pré-natal, e ainda promover a proteção da saúde infantil.

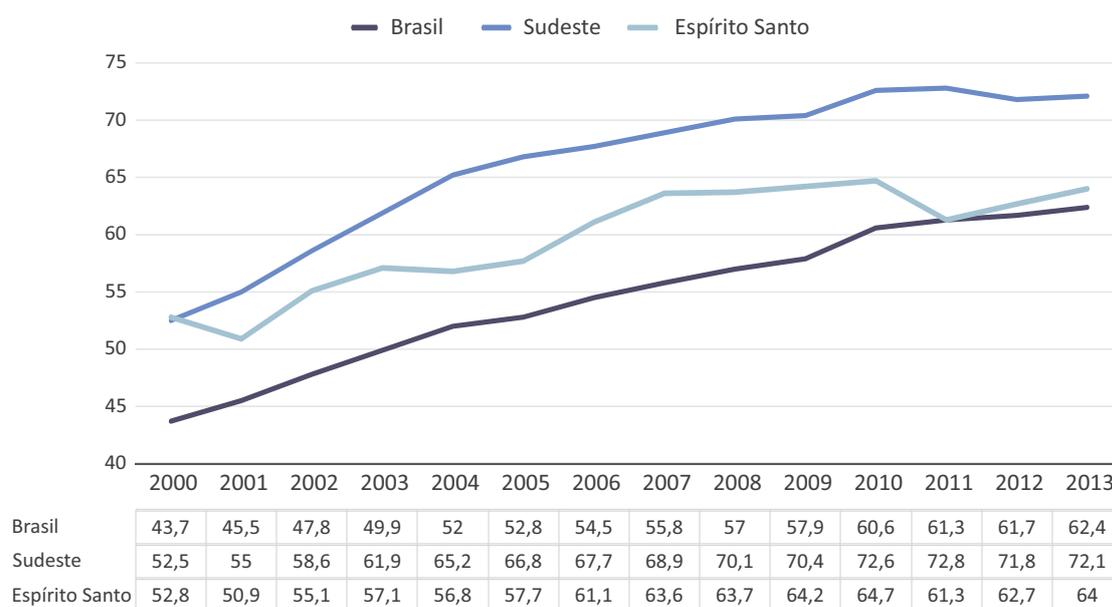
Existe uma relação clara entre o número insuficiente de consultas de pré-natal e óbito neonatal precoce. O número maior de consultas no pré-natal se torna um fator protetor contra o óbito neonatal, indicando a relevância de se cercar a mãe de todos os cuidados possíveis durante a gestação, buscando assim identificar, o mais precocemente, possíveis problemas, caso existam, prevenindo ocorrências danosas à criança e também para a mãe.

Sem dúvida alguma, esse foi um dos parâmetros de melhor desempenho nos últimos anos. Inúmeros programas<sup>29</sup> foram implementados buscando conscientizar as gestantes da importância do

<sup>29</sup> Um dos mais importantes programas implantados se refere ao REDE CEGONHA, do MS. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em 06/05/2016.

acompanhamento médico durante a gestação, e ainda da montagem e capacitação de equipes para empreenderem busca ativa pelas gestantes dentro de suas áreas de atuação. O Plano Nacional pela Primeira Infância definiu linhas e ações para o acompanhamento estratégico das gestantes. Dentre essas ações, temos o fortalecimento das equipes com capacitação técnica específica, a garantia de 6 ou mais consultas de pré-natal, a realização de exames complementares necessários e etapas de imunização, além do acolhimento psicossocial específico para as gestantes.

**Figura 29 - Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Observa-se que na região Sudeste, em treze anos, houve 37,3 % de aumento no número de nascidos vivos com mais de 7 consultas de pré-natal, enquanto que no Espírito Santo o aumento foi de 21,2%, e no Brasil 42,7%. O Espírito Santo passou de uma taxa de 52,8% em 2000 para 64% em 2013, o que reflete os esforços empreendidos para a melhoria do atendimento às mulheres gestantes pelas redes de atenção dispostas dentro do território do Estado (figura 29).

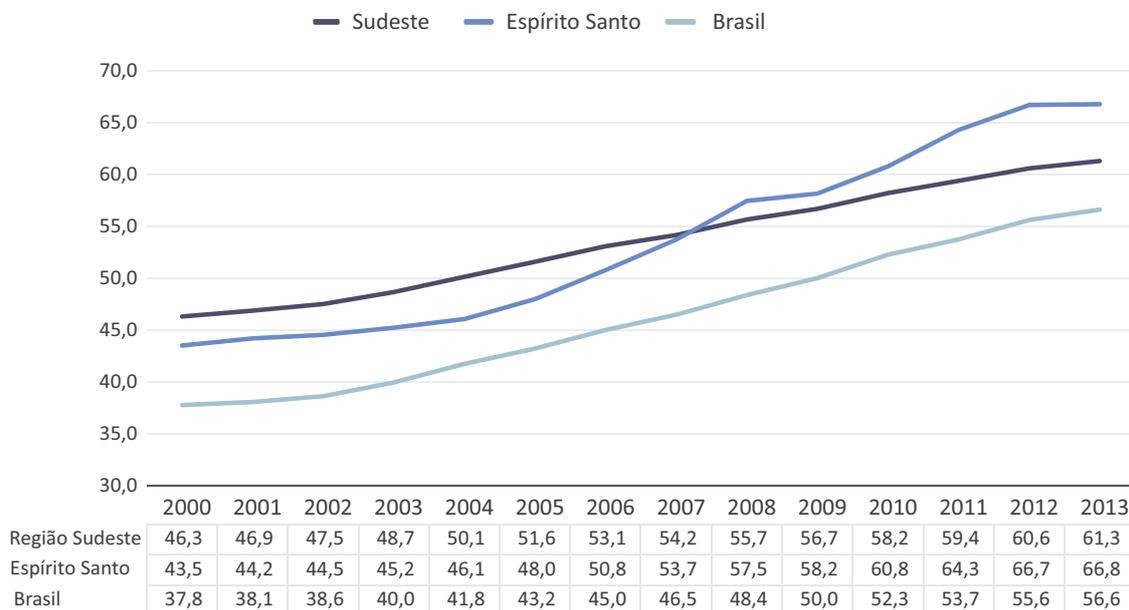
### Proporção de Partos Cesáreos

Esse indicador apresenta o percentual de partos cesáreos no total de partos ocorridos, numa dada população e espaço geográfico, num determinado ano. Apesar das diversas campanhas já realizadas no sentido a incentivar o parto normal e mostrar que o excesso de cesarianas está ligado, dentre outras coisas, à mortalidade materno infantil, o Brasil apresenta as mais altas taxas de cesarianas do mundo. Sua frequência aumentou de 37,8% no ano de 2000 para 56,6% em 2013, sendo que a OMS preconiza que a taxa de cesariana não ultrapasse 15% (figura 30). No Espírito Santo e no Sudeste, a situação é ainda mais agravante, tendo sido verificadas taxas de 66,8% e 61,3%, respectivamente.

Atualmente, segundo a Agência Nacional de Saúde - ANS<sup>30</sup>, o percentual de partos cesáreos chega a 84% na saúde suplementar. No setor público esse valor é um pouco menor, mas ainda preocupante. O parto cesáreo, quando não tem uma indicação precisa, expõem a gestante e o bebê a riscos desnecessários, como por exemplo, aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido (RN) e triplica o risco de óbito da mãe. As mães também ficam mais sujeitas a complicações como perda maior de sangue, acidentes decorrentes do uso de anestésicos e a infecções puerperais. Existem vários fatores envolvidos, como a questão cultural que associa o parto normal a uma situação de extrema dor e, por isso, intolerável. Entretanto, medidas vêm sendo tomadas para mudar esse conceito e reverter um quadro onde as cesarianas acabam sendo indicadas não por sua real necessidade, mas em função do poder econômico ou por comodidade.

O incentivo ao parto normal permanece como meta do Ministério da Saúde e da ANS<sup>31</sup>, tanto por entender os riscos que o parto cesáreo representa para a mãe e o RN, como também pela necessidade de se buscar ações que possam apoiar o parto normal, humanizado, como a participação da família e dos agentes públicos de saúde. O propósito é mudar a realidade de excessos de cesarianas, incentivando um comportamento mais propício à promoção da saúde e a melhoria da assistência a o parto.

**Figura 30 - Produção de partos cesáreos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo, 200-2013**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

<sup>30</sup> Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar> acesso em 06/05/2016.

<sup>31</sup> Idem.

Por uma questão cultural brasileira, cuja origem remonta há mais de três décadas, o acompanhamento e os procedimentos ligados ao parto estão todos centrados unicamente na figura do profissional médico. A equipe deveria ser montada com características próprias e específicas, respeitando a multidisciplinaridade da questão e envolvendo, além do médico, outros profissionais que representem uma segurança para a gestante no período anterior ao parto, durante, e também no pós-parto. Indiscutivelmente, a cesariana é uma conquista da medicina, um avanço da técnica médica e da ciência; isso é indiscutível. Entretanto, tem suas indicações precisas e que não deveriam ser desconsideradas. O excesso de procedimentos cesáreos acaba trazendo consequência a curto, médio e longo prazos para ambos, mãe e filho.

### **Proporção Partos Mães Adolescentes (<19 a)**

Segundo a OMS, considera-se gravidez na adolescência todo parto ocorrido em mulheres até 19 anos de idade. A proporção de partos de mães adolescentes é um indicador calculado pela razão entre o número de partos realizados em mães com idade menor ou igual a 19 anos, pelo número total de partos realizados em todas as mulheres, num determinado ano e espaço geográfico ou local.

Sabe-se que uma em cada cinco mulheres no mundo tem filhos entre 15 e 19 anos e que, a cada ano, nascem 16 milhões de crianças filhas de mães adolescentes. Nas regiões mais pobres, o índice é maior: uma em cada 3 mulheres são mães no período de adolescência. Dentre inúmeros problemas que essa situação acarreta, ressalta-se a interrupção da gestação que é bastante prevalente nessa fase da vida, aumentando os casos de abortamento e todas as repercussões que acarreta para a saúde da mãe<sup>32</sup>.

Quanto mais novas forem as mães, maiores serão as possíveis sequelas de uma gestação. Trata-se de uma fase de crescimento e desenvolvimento, marcada por grandes alterações anatômicas, fisiológicas, mentais e de inserção na sociedade. A gestação nessa fase, pelas mudanças que impõem à mulher pode acarretar múltiplas consequências sociais, econômicas e emocionais, além da própria evolução gestacional e do ato obstétrico em si, no momento específico do parto.

Alguns impactos são irreparáveis, trazendo consequências danosas a saúde da mãe e da criança; danos esses que, quando instalados, vão representar problemas de saúde para essa população logo, e principalmente, no período perinatal. Outras complicações se ligam diretamente ao processo gestacional, como os dados que apontam que mães adolescentes têm 75% mais chances de ter um parto prematuro que mulheres adultas, crianças nascidas com peso abaixo do que seria considerado normal, dentre outras coisas<sup>33</sup>.

Apesar da taxa de mortalidade infantil apresentar redução no Brasil, 20% dessas mortes ainda são de crianças nascidas de mães adolescentes, na faixa de 10 – 14 anos<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> Informações disponíveis em < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> >. Acesso em 04/05/2016.

<sup>33</sup> Informações disponíveis em < <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf> >. Acesso em 04/05/2016.

<sup>34</sup> Idem.

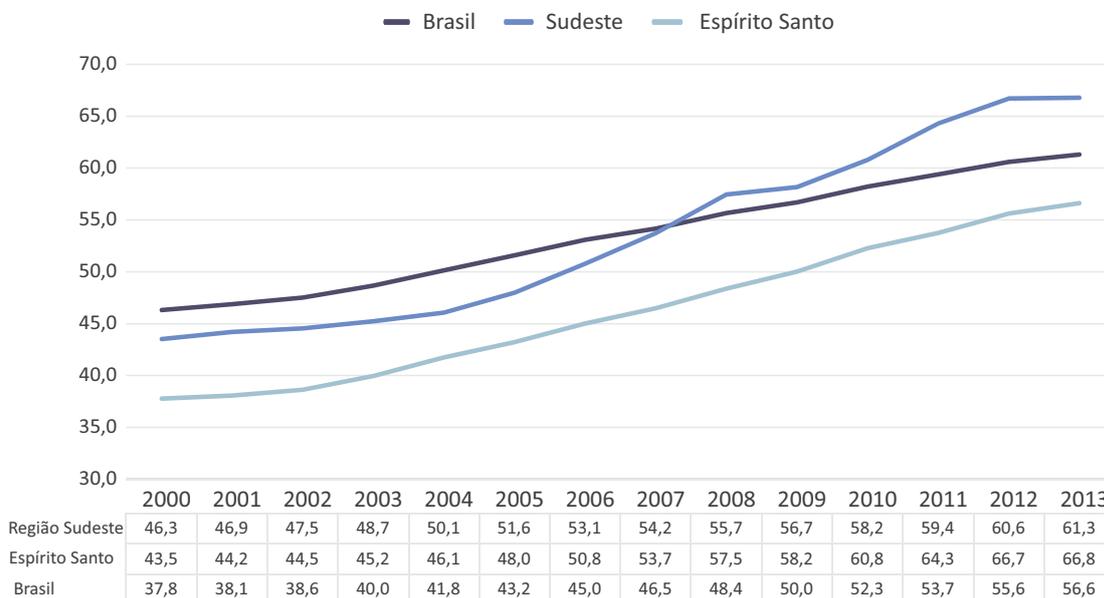
Outro dado a considerar é que a incidência de baixo peso ao nascer é 2 vezes maior entre os filhos nascidos de mães adolescente, além da mortalidade neonatal que é 3 vezes mais incidente. Sabe-se ainda que, a gravidez antes dos 15 anos aumenta em 5 vezes o risco de morrer de causas ligadas diretamente à própria gestação, ao parto e ao pós-parto quando comparado a gestação em mulheres com mais de 20 anos<sup>35</sup>. Já em 2010, no Brasil, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos já tem pelo menos 1 filho<sup>36</sup>.

**Tabela 16 - Proporção de partos de mães adolescentes no Espírito Santo, Sudeste e Brasil**

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sudeste	22,9	23,1	21,9	21	20,8	20,6	20,6	20	19	18,3	17,5	17,1	17,7	
Brasil	23,4	23,3	22,7	22,2	21,8	21,8	21,5	21,1	20,4	19,9	19,3	19,3	19,3	19,3
Espírito Santo	21,2	21,1	20,5	19,8	19,4	19,5	19,3	18,9	18,4	18,1	17,5	17,1	17,1	17,0

Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

**Figura 31 - Proporção partos mães adolescentes (<= 19 a)**



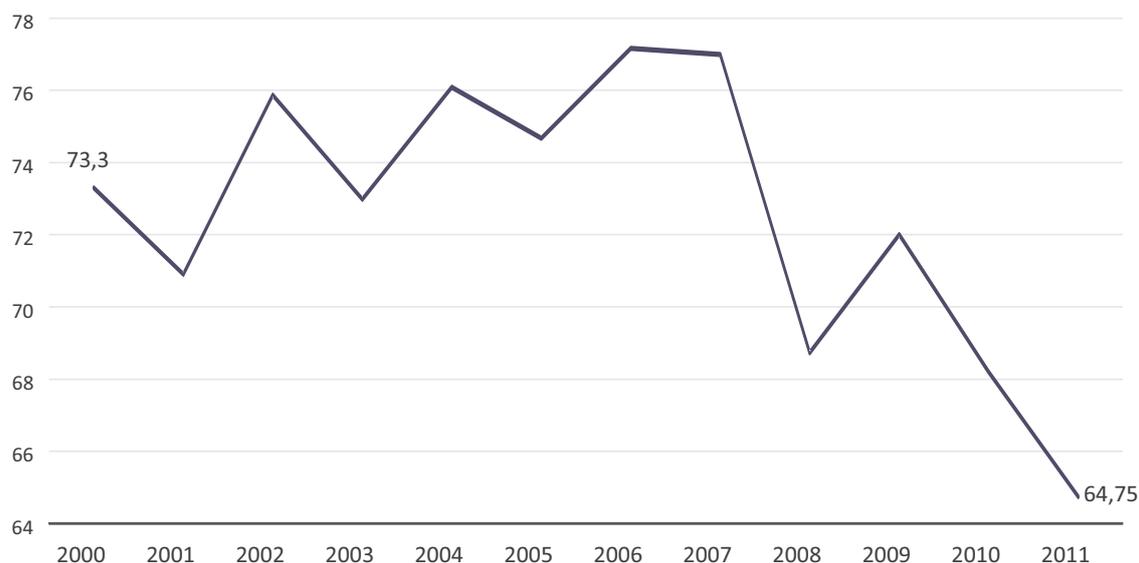
Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

<sup>35</sup> Informações disponíveis em <<http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>>. Acesso em 04/05/2016.

<sup>36</sup> Disponível em <<http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/noticias/article.php?storyid=633>>. Acesso em 11/05/2016.

Quando se analisa a proporção de partos realizados em mães adolescentes, verifica-se, no período de 2000 a 2013, uma redução de 21,8%, 19,8% e 17,5%, respectivamente no Espírito Santo, Sudeste e Brasil (tabela 16 e figura 31). O estado teve um bom desempenho comparativamente ao Sudeste e ao país como um todo. Mas, quando se avalia a mortalidade materna no Brasil, verifica-se que, mesmo com redução de 73,3 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos em 2000, para 64,8 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (figura 32), a meta do Objetivos do Milênio - ODM ainda é mais audaciosa, ou seja, redução de 3/4 na mortalidade materna de 1990 até 2015, o que representa dizer que nesse ano a meta é alcançar a taxa de 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos entre mulheres brasileiras. Apesar de programas e ações votadas para a redução desse indicador, sabe-se que nos países desenvolvidos a Relação de Mortalidade Materna (RMM)<sup>37</sup> fica em torno de 15 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, muito abaixo das taxas encontradas no Brasil.

**Figura 32 - Razão da mortalidade materna no Brasil, para 100.000 nascidos vivos, 2000 a 2011**

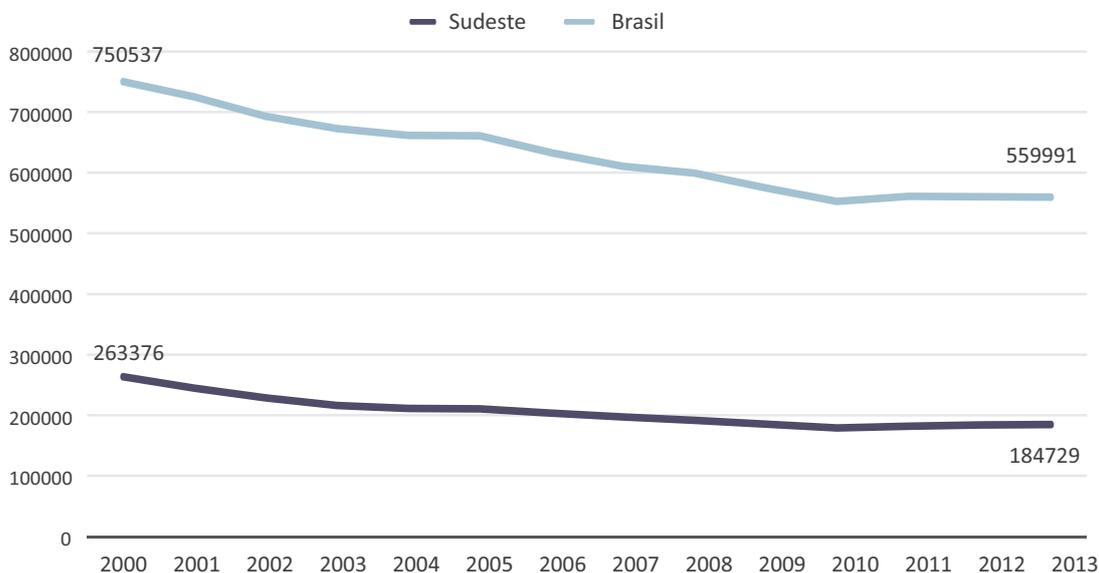


Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Observa-se uma redução de 25,3% no número de nascidos vivos de mães adolescentes no Brasil, no período de 2000 a 2013, segundo dados do DATASUS, e, no Sudeste, essa redução foi ainda maior, de 29,9%. Isso denota que a situação está se modificando, pelo menos no que se refere ao contingente de mães adolescentes. Entretanto, ao avaliar o número de óbitos de mães adolescentes no ES, percebe-se que o cenário é exatamente o oposto, ou seja, a taxa de óbitos nessa faixa etária, e por motivos relacionados ao parto e puerpério, apresentou aumento. Se, em números absolutos passou de 140 em 2000 para 127 em 2013, na proporção entre óbitos maternos de mães adolescentes e óbitos maternos no total, mães de todas as idades, a taxa subiu de 21% para 23% (figuras 33 e 34).

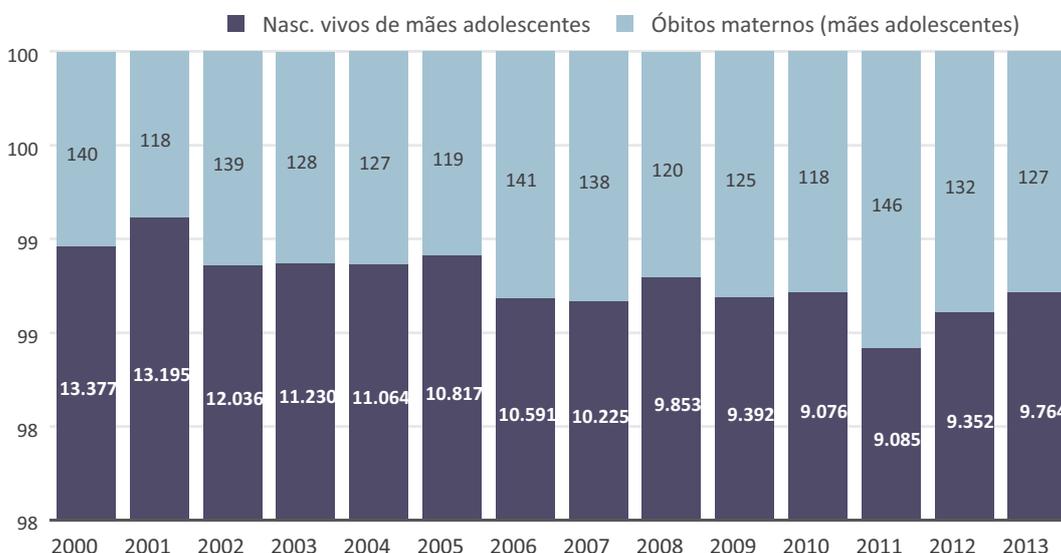
<sup>37</sup> Relação de Mortalidade Materna (RMM): óbitos de gestantes por cada 100 mil nascidos vivos.

**Figura 33 - Número de nascidos vivos de mães adolescentes (Brasil e Região Sudeste) - 2000 a 2013**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

**Figura 34 - Número de nascidos vivos X número de óbitos maternos / mães adolescentes no Espírito Santo - 2000 a 2013**

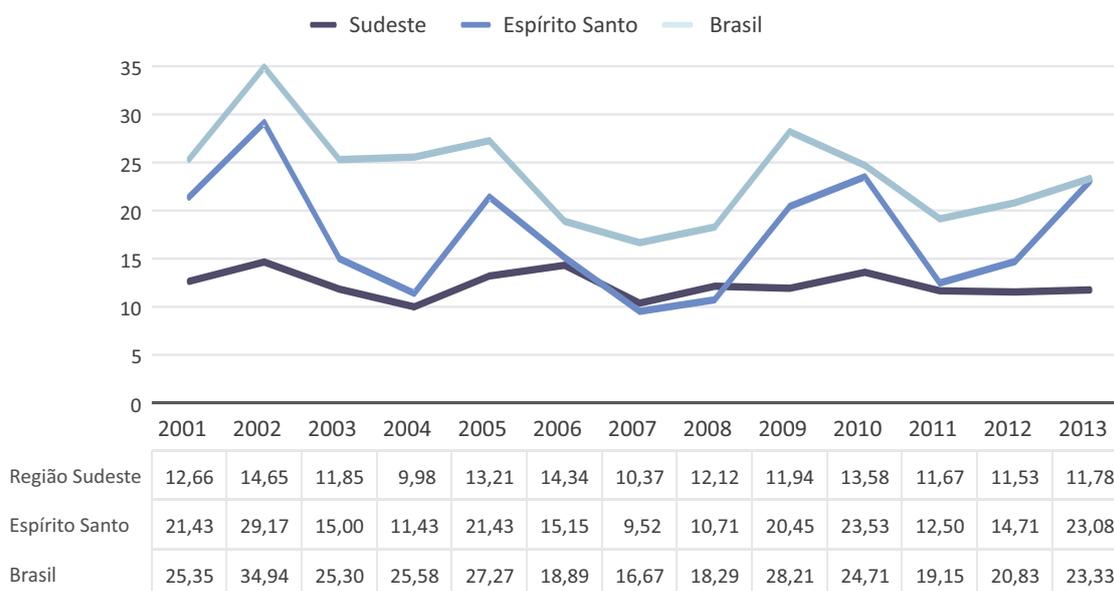


Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Os programas de acompanhamento das gestantes são de extrema importância na busca de reduzir, independentemente da idade da mãe, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) em todo o território nacional. Entretanto, pelo caráter das ações ser multifatorial, necessitando de políticas integradas, talvez seja este o maior óbice ao pleno resultado dos esforços que, sem dúvida, vem sendo feitos nesse sentido. Mesmo com a redução de adolescentes grávidas, o número de óbitos maternos de mães adolescentes pouco se alterou, ou se alterou numa taxa bastante reduzida comparativamente aos resultados esperados.

A mortalidade materna no Brasil, independentemente da idade da mãe, ainda possui valores elevados, chegando em alguns locais a ser até 4 vezes maior que a que se encontra nos países mais desenvolvidos (15 por 100 mil nascidos vivos)<sup>38</sup>. Observa-se pela figura 35 que apenas a região sudeste apresenta uma RMM de mães adolescentes, inferior a 15,0. O Espírito Santo e o Brasil apresentaram uma taxa em 2013 de 23,08 e 23,33 respectivamente.

**Figura 35 - Razão entre número óbitos maternos (mães adolescentes) e óbitos maternos todas as idades, em %**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

## 4.5.2 Eixo II: Pós-Parto

### Mortalidade infantil

Indicador calculado pela relação entre número de óbitos de crianças até 1 ano de idade e o número de nascidos vivos, para cada 1.000 habitantes em determinado ano e local. Pode ser considerado como o indicador de maior sensibilidade para medir o nível de saúde de uma população. No Brasil, houve redução de 73% de 1990 a 2015, colocando-o entre os 62 países que alcançaram a meta estipulada pela ONU<sup>39</sup>, segundo os Objetivos do Milênio (ODM). Os dados já finalizados do MS, em 2013<sup>40</sup>, mostram para o Brasil, Sudeste e Espírito Santo taxas de mortalidade infantil (TMI) de 13,42, 11,98 e 11,04, respectivamente.

<sup>38</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_saude\\_sup/pdf/Atenc\\_saude3fase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf)

<sup>39</sup> Informação disponível em

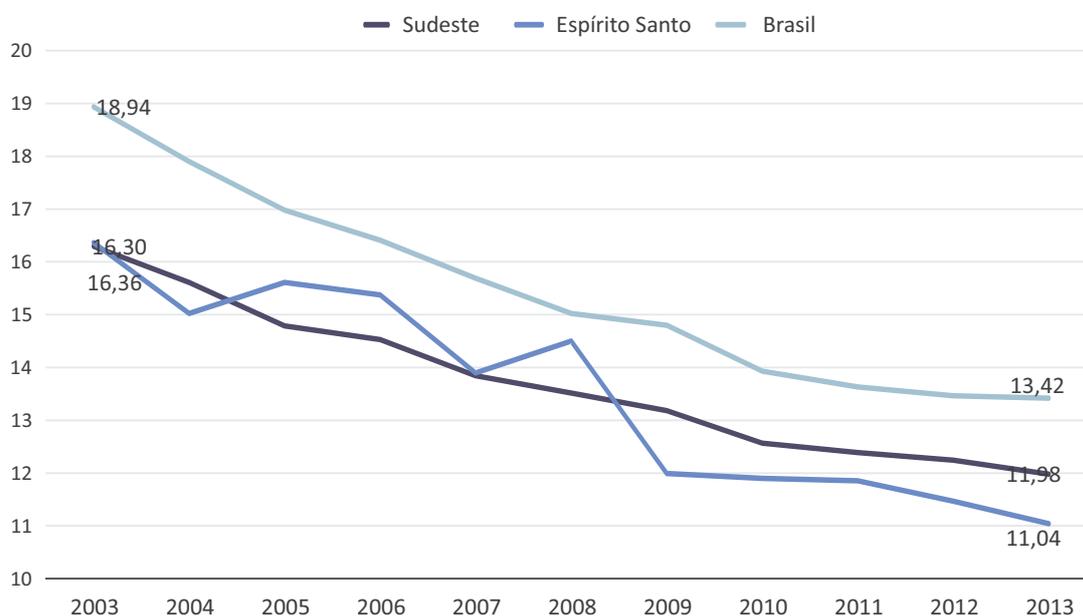
<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>

<sup>40</sup> A ONU divulgou esses dados quando apresentou em 2015 o relatório: “Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil 2015”; entretanto, dados finalizados e revisados só estão disponíveis, até o momento, para até o ano de 2013, oficialmente pelo site do MS.

Os avanços obtidos nas condições de saúde das crianças brasileiras se devem ao aumento da cobertura da atenção básica que ampliou o acesso a programas como vacinação, aleitamento materno, além de ações para redução da pobreza como aquelas do Programa Bolsa Família - PBF, por exemplo. Essas ações acabam se somando a outras políticas como a redução da desnutrição, e doenças evitáveis pela vacinação da população alvo, como sarampo, difteria, tétano neonatal, poliomielite, varíola, rubéola, meningites, além de diarreia e desidratação, sabidamente doenças sensíveis a atuação da atenção básica e com alto grau de morbimortalidade.

O compromisso com as condicionalidades do PBF acabou por diminuir em 19% a taxa de mortalidade infantil no país<sup>41</sup>. Sabe-se que vacinação e avaliação nutricional são condições para o recebimento do benefício, e isso levou a redução de 50% dos óbitos por causas como diarreia e de 51% dos casos de desnutrição. Pelo mesmo programa, houve um acréscimo de 60% dos casos de gravidez sendo atendidos nos três primeiros meses da gestação, o que garantiu um melhor acompanhamento para a mãe e os seus bebês, interferindo na redução da mortalidade infantil (figura 36).

**Figura 36 - Taxa de mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos - Brasil, Sudeste e Espírito Santo**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

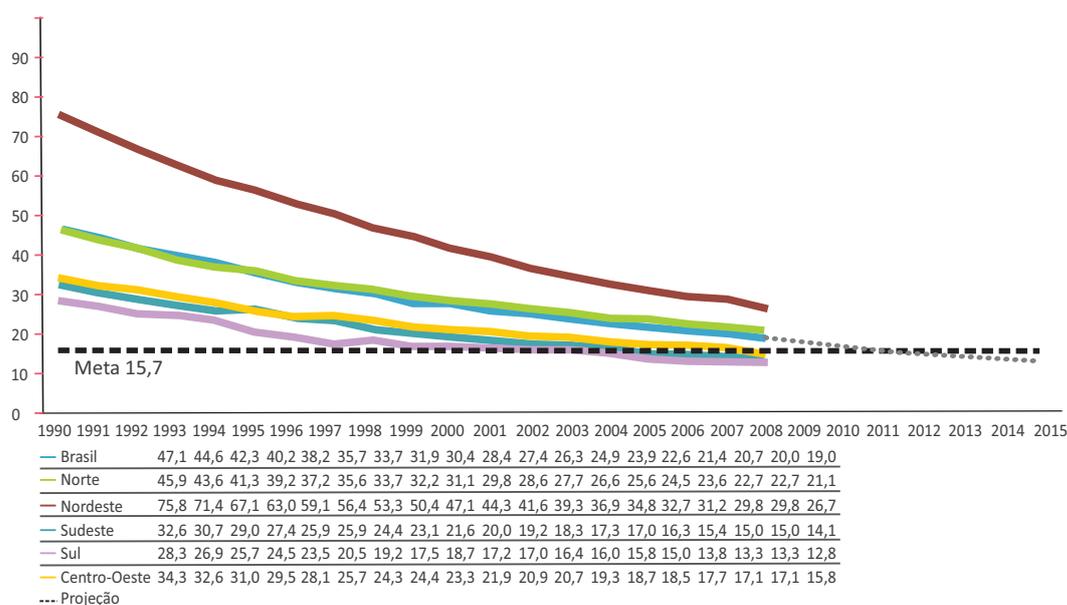
**Observação:** Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrendo más condições de vida em segmentos sociais específicos<sup>42</sup>.

<sup>41</sup> Informação disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>

<sup>42</sup> Nota disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c01.pdf>

O Espírito Santo conseguiu em 2013 taxa de mortalidade infantil abaixo da meta contida no Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio (ODM) 2010<sup>43</sup> (figuras 36 e 37), o que coloca o estado numa posição de relativo conforto para ir se ajustando as demandas mais específicas da primeira infância, com relação a esta taxa.

**Figura 37 - Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), Brasil e regiões - 1990/2008 e projeção até 2015 (Brasil)**



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE

Fonte: Relatório Nacional de Acompanhamento - ODM/2010.

Poder se ajustar quer dizer poder dar continuidade no foco já definido de melhoria da atenção primária, o atendimento materno-infantil, a ampliação da assistência no nível comunitário com observância a aspectos sanitários, orientações com vistas ao aleitamento materno, ampliação das campanhas de vacinação e implementação de ações buscando dar proteção social a grupos mais suscetíveis, isso em conjunto com outras secretarias e políticas associadas. Isso, e na verdade, reflete a importância, além da clara necessidade, de termos políticas integradas e articuladas em todos os níveis, numa visão matricial das ações na saúde da população como um todo.

### Mortalidade Infantil Pós-Neonatal Precoce

Outra questão relacionada à mortalidade infantil, como um todo, é a prevalência da mortalidade neonatal precoce durante a primeira semana de vida, medida pelo indicador que calcula o número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em

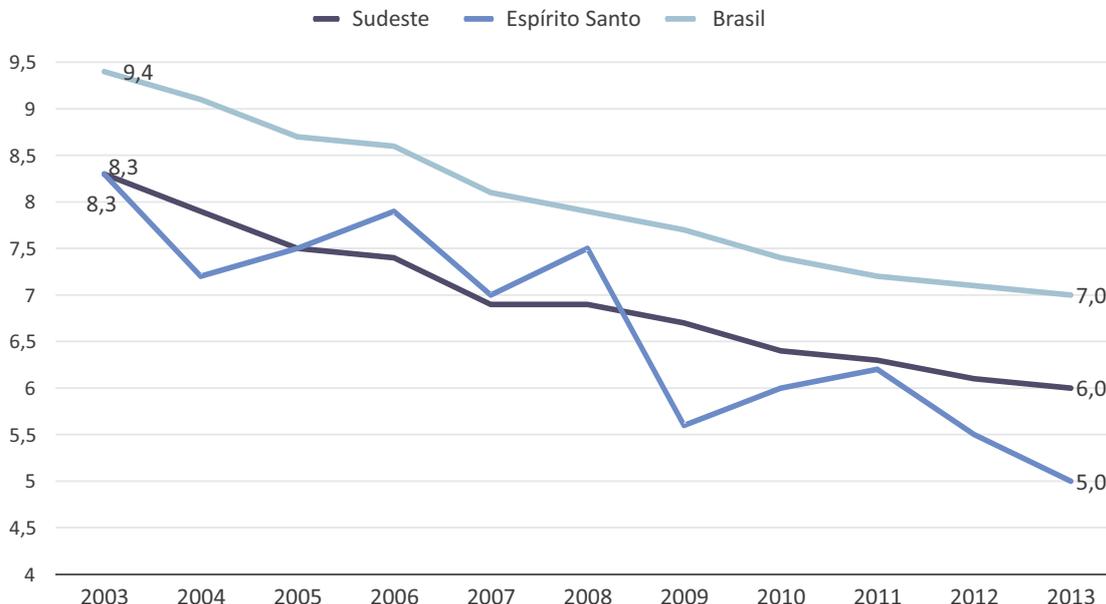
<sup>43</sup>Informação disponível em [http://www.pnud.org.br/docs/4\\_relatorionacionalacompanhamentoodm.pdf](http://www.pnud.org.br/docs/4_relatorionacionalacompanhamentoodm.pdf)

Poder se ajustar quer dizer poder dar continuidade no foco já definido de melhoria da atenção primária, o atendimento materno-infantil, a ampliação da assistência no nível comunitário com observância a aspectos sanitários, orientações com vistas ao aleitamento materno, ampliação das campanhas de vacinação e implementação de ações buscando dar proteção social a grupos mais suscetíveis, isso em conjunto com outras secretarias e políticas associadas. Isso, e na verdade, reflete a importância, além da clara necessidade, de termos políticas integradas e articuladas em todos os níveis, numa visão matricial das ações na saúde da população como um todo.

### Mortalidade Infantil Pós-Neonatal Precoce

Outra questão relacionada à mortalidade infantil, como um todo, é a prevalência da mortalidade neonatal precoce durante a primeira semana de vida, medida pelo indicador que calcula o número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, e num determinado ano. O indicador dessa fase tem como objetivo avaliar o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. Acaba por refletir, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a assistência pré-natal que foi prestada, as condições de assistência durante o parto, e imediatamente após o parto à mãe e o

**Figura 38 - Taxa de mortalidade neonatal precoce, por 1.000 nascidos vivos, Brasil, Sudeste e Espírito Santo**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Além dos fatores proximais (baixo peso ao nascer, gestações de pré-termo, problemas no parto e intercorrências durante e imediatamente seguinte à gestação), identifica-se a participação de outras variáveis que se referem à exclusão social, e até fatores psicossociais, que acabam por interferir na mortalidade infantil pós-neonatal precoce.

A complexidade de todos os fatores sociais envolvidos, e a forma como se articulam, acaba interferindo nas condições biológicas da mãe e da criança e, por consequência, no desempenho final da atenção básica por intervir no desenvolvimento da gestação a partir do momento que dificulta a acessibilidade das gestantes aos serviços de saúde existentes. A assistência pré-natal, nessas condições, acaba minimizando parte do efeito das variáveis envolvidas se colocando como instrumento capaz de identificar e permitir o tratamento de condições adversas da gestação. Excetuando-se as malformações congênitas, todos os demais agravos que incidem nos seis primeiros dias de nascimento, poderiam, a princípio, sofrer redução com a maior participação da assistência.

Apesar da redução de 39,8% no número de óbitos para cada 1000 nascidos vivos no ES, de 2003 a 2013, período em que houve redução de 8,3 para 5,0 óbitos para cada 1000 nascidos vivos (figura 38), ainda não se conseguiu o controle de fatores externos, mas de grande importância, no controle geral da mortalidade infantil imediatamente após o parto, como os fatores sociais e aqueles diretamente relacionados à infraestrutura urbana. Entretanto, é clara a tendência à redução da taxa, o que reflete o empenho das equipes da atenção básica do estado, em parcerias com os governos Federal e Municipal na assistência ao recém-nato e às suas respectivas famílias.

### **Mortalidade Infantil Pós-Neonatal**

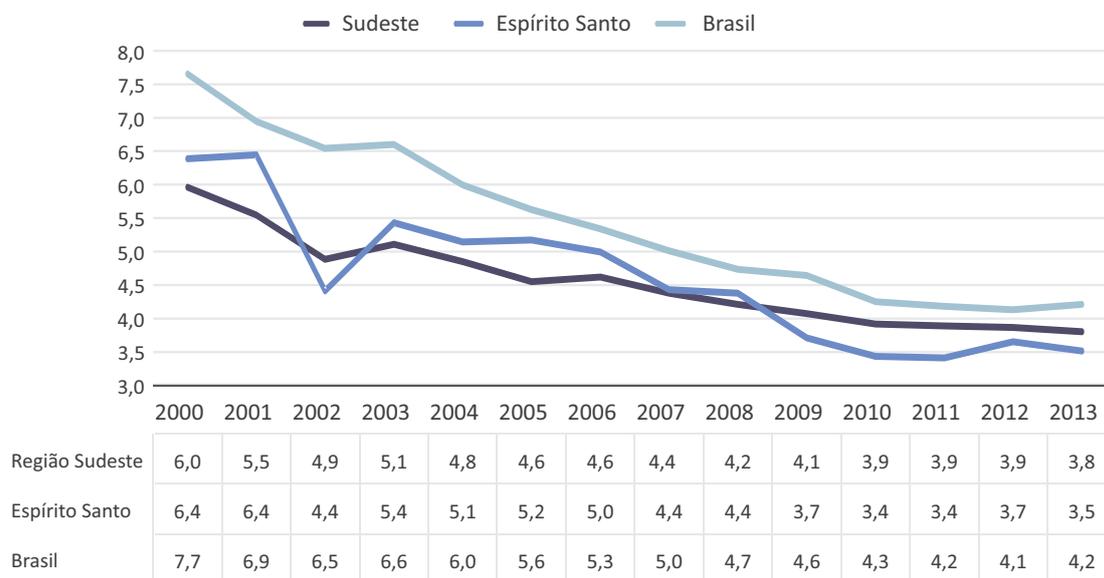
Indicador que estima o risco de morte tardia dos nascidos vivos, após 28 dias de vida e até 1 ano de idade, sendo assim conhecida também como mortalidade neonatal tardia. É também sensível a questões ligadas ao desenvolvimento econômico e infraestrutura socioambiental por serem esses fatores determinantes de características nutricionais e a incidência de casos de infecções. A qualidade e a acessibilidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes de eventos desse grupo etário. Passada a fase crítica (parto/cuidados vitais), encontra-se uma outra fase de vida, e com demandas específicas já envolvendo um aporte de recursos diferente. É a fase na qual a criança, a partir da orientação às famílias, passa a receber os cuidados que serão decisivos para o seu desenvolvimento, nesta e em todas as outras fases da vida.

Na análise da questão, sabe-se que uma boa parte dos óbitos seriam evitados se houvesse uma boa assistência à gestante, no parto e ao recém-nascido no período pós-parto; o que, infelizmente, não ocorre ou ocorre com deficiências ligadas aos escassos recursos disponíveis para os trabalhos de assistência e de acompanhamento da mãe, seu filho e suas famílias.

Sabe-se que quando ocorre elevações na TMI, o componente de maior elevação é aquele ligado à mortalidade pós-neonatal. Sendo uma fase que exige um acompanhamento mais estreito, o indicador representa a persistência do acesso aos serviços de saúde, numa visão mais ampla de cuidados, ou seja, os cuidados passam a demandar um aporte de recursos mais amplo no que tange à própria comunidade, à acessibilidade, ao preparo das equipes, e condições de se efetuarem buscas ativas nos locais de residência, dentre outros.

Felizmente, a taxa de mortalidade pós-neonatal sofreu decréscimo considerável nos últimos anos, passando, no caso do ES, de 6,4 para 3,5 óbitos para cada 1000 nascidos vivos (figura 39).

**Figura 39 - Taxa de mortalidade pós-neonatal, Brasil, Sudeste e Espírito Santo**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

### Óbitos infantis por causas evitáveis (em menores de 1 ano)

Dentre os vários determinantes associados à Mortalidade Infantil, temos como principais a assistência pré-natal e hospitalar à mãe e ao recém nato, as características da gestante como escolaridade, idade e patologias associadas, tipo de gestação e do parto, e condições do recém nato como, por exemplo, peso ao nascer e a idade gestacional. É clara a associação, nesse caso, numa visão de complementaridade, de fatores relacionados às políticas públicas em geral e ações específicas dos serviços de saúde na prevenção de óbitos infantis.

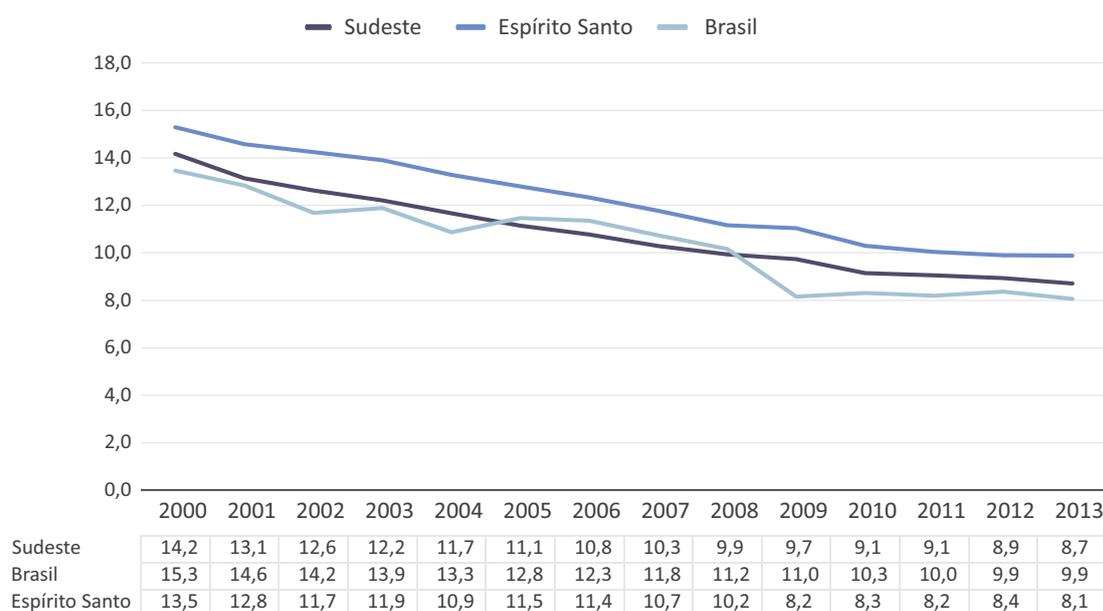
Segundo a Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth (GAPPS)<sup>44</sup>, um terço dos óbitos fetais no mundo ocorrem durante o parto e são passíveis de prevenção. Estudo realizado no Brasil identificou que 46% dos óbitos perinatais em crianças maiores que 1.500 gramas seriam evitáveis, principalmente se houvesse cumprimento de medidas integradas pelos diversos setores intervenientes na questão, mesmo entre aqueles que não são diretamente ligados à saúde.

São considerados óbitos evitáveis, aqueles que, pelo menos teoricamente, poderiam ser reduzidos ou evitados por ações efetivas dos serviços de saúde ofertados para uma população em determinados ano e local. É determinada pela razão de óbitos infantis por causas evitáveis, pelo número de nascidos vivos, por 1000 habitantes, sempre num dado ano e local.

<sup>44</sup>Ver Nota Técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS: Vigilância epidemiológica de óbitos infantis e fetais disponível em: [http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema\\_Informacao/Sim/Portarias/Nota\\_tecnica\\_Portaria\\_72\\_Vig\\_ob\\_infantil.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Portarias/Nota_tecnica_Portaria_72_Vig_ob_infantil.pdf) acesso em 06/05/2016.

Para a definição das referidas causas, utiliza-se a classificação proposta pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE)<sup>45</sup>, que categoriza os óbitos infantis por causas evitáveis em: redutíveis por imunoprevenção (vacinas); por adequado controle na gravidez e adequada atenção ao parto; por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e por intermédio de parcerias com outros setores.

**Figura 40 - Razão de óbitos infantis por causas evitáveis (em menores de 1 ano), Brasil, Sudeste e Espírito Santo**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Observando-se os dados contidos na figura 40, tem-se que no Espírito Santo essa taxa passou de 13,5 para 8,1 óbitos evitáveis por 1000 nascidos vivos no período de 2000 a 2013, correspondendo a uma redução de 40% da taxa neste intervalo. Da mesma forma, e nesse último ano (2013), o Brasil e a região sudeste apresentaram taxas de 9,9 e 8,7 óbitos evitáveis por 1000 nascidos vivos, respectivamente.

### Proporção de nascidos com baixo peso (< 2,5 kg)

Define-se o indicador proporção de nascidos com baixo peso pelo percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, em relação ao total geral de nascidos vivos, nas mesmas condições de espaço e de tempo.

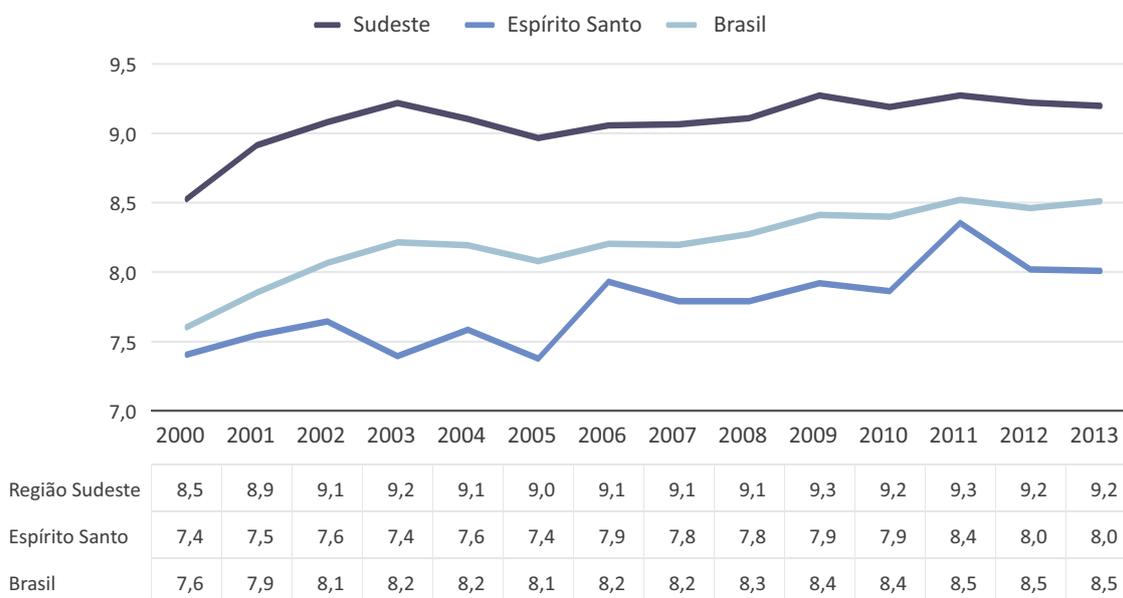
<sup>45</sup> Manual de Vigilância do Óbito infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, MS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf) acesso em 06/05/2016.

Sabe-se que a sobrevivência infantil é diretamente ligada ao peso ao nascer, e que a probabilidade de óbito em crianças cresce na proporção que o peso ao nascer diminui, ou seja, quanto menor o peso ao nascer maior a probabilidade de morte precoce. As causas de baixo peso são variadas, podendo significar alguma restrição ao crescimento intrauterino, uma gestação de pequena duração, ou a combinação de ambas as coisas, só para exemplificar.

Os recém-nascidos com baixo peso são mais sujeitos à imaturidade pulmonar e transtornos metabólicos, o que está por trás das causas de óbito precoce pós nascimento. E valores altos dessa proporção geralmente estão associados também a baixos índices de desenvolvimento e de assistência social e econômica, e uma baixa assistência materno infantil. Em países mais desenvolvidos, esse indicador se situa na faixa de 5 a 6%. Infelizmente, os dados indicam que no Brasil, em 2013, essa proporção chegou a 8,5%, o que é elevado pelos padrões comparativos com outras realidades (figura 41).

Entre 2000 e 2013, os valores subiram 11,8%, 8,1% e 8,2% para cada 100 nascidos vivos no Brasil, Espírito Santo e região Sudeste, nessa ordem. Entretanto, sabe-se também que valores até 10% são aceitáveis internacionalmente, o que não significa que não se deva buscar aprofundar-se nas causas dessa elevação para reduzir ainda mais o número de baixos pesos ao nascer com medidas de apoio nutricional adequado, acompanhamento pré-natal mais estreito nas áreas de maior vulnerabilidade, entre outras.

**Figura 41 - Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2000 a 2013**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

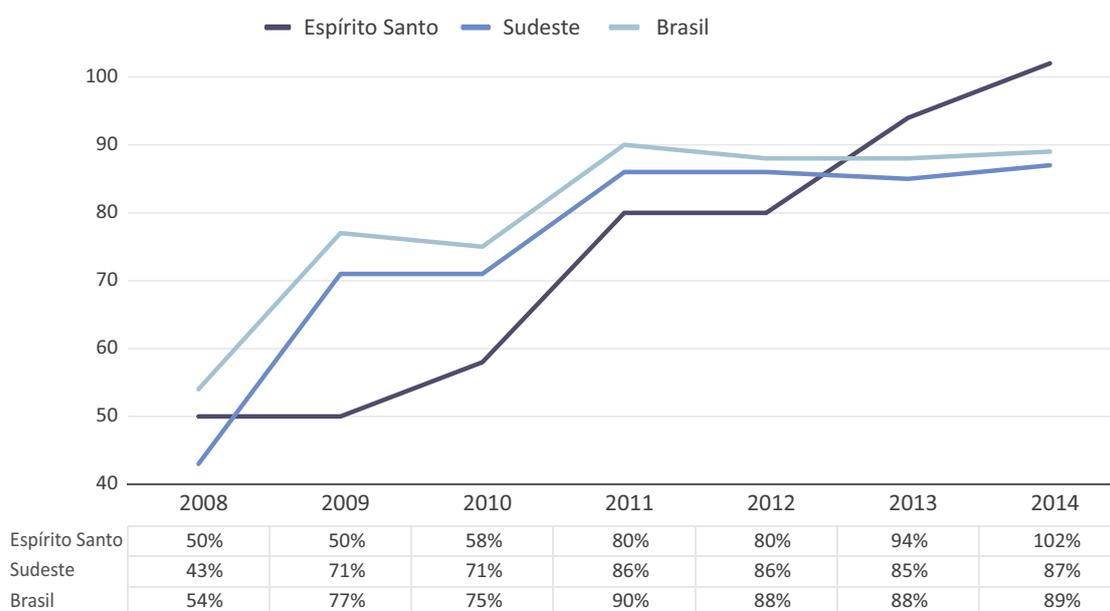
## Percentual de aleitamento materno exclusivo

O aleitamento materno é crucial para o desenvolvimento dos bebês, dentre outras coisas por conter o leite da mãe inúmeros componentes capazes de proteger a criança de várias doenças, além de fortalecer o vínculo materno-infantil. Os níveis de prevalência refletem as boas condições de saúde de forma geral, além de associar-se a parâmetros nutricionais essenciais. Por esse motivo, a OMS recomenda que a criança seja alimentada com leite materno pelo menos até os 2 anos de idade, e exclusivamente até os 6 meses.

Assim, e por tudo, incentivar o aleitamento materno é uma das ações mais eficazes na redução da mortalidade infantil. É claro que isso envolve ações que extrapolam o ambiente da assistência à saúde, como o respeito e ampliação da licença à maternidade, o apoio às mães do aleitamento complementar a partir dos 6 meses de vida, além, é claro, da ampliação do número de bancos de leite em hospitais e maternidades, da ampliação dos serviços de coleta de leite materno, dentre outras questões.

Define-se a prevalência de aleitamento materno exclusivo pelo percentual de crianças residentes de 0 a 6 meses que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (figura 42). O conceito de aleitamento materno exclusivo pressupõe que a criança receba apenas o leite materno, sem adição de água, chás, sucos e outros líquidos ou sólidos (exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou outros medicamentos).

**Figura 42 - Prevalência de crianças com aleitamento materno exclusivo - percentual, Brasil, Sudeste e Espírito Santo, 2008 a 2014**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Felizmente, a prevalência de aleitamento materno cresceu muito nos últimos anos, no Brasil, no Sudeste e no Espírito Santo. Nesse último, verificou-se que entre 2008 e 2014, a prevalência de aleitamento subiu de 50 para 102%<sup>46</sup>, ou seja, mais que dobrou. Isso reflete a qualidade das campanhas desenvolvidas, da capacitação técnica e da aderência que houve aos programas materno-infantis iniciados nesse período.

O atendimento à saúde na primeira infância, mais que todas as outras etapas da vida, passa por questões ligadas não apenas à saúde, mas também a questões ambientais, culturais, sociais, e de infraestrutura básica como esgoto, água tratada, e outros. Daí todas as análises passam por estreitar o olhar sobre várias áreas de atuação do poder público e da sociedade, e da forma como esses agentes interagem para proporcionar o bem-estar da população.

No âmbito da saúde, a atenção básica passa a ser o termômetro para a avaliação de todas essas áreas pelo contato que deveria ter, pelo menos em tese, diretamente com a população das áreas atendidas. A atenção básica, em todos os seus níveis, é também o local onde se percebe outras formas de enfermidades: sociais, culturais e urbanas.

Nos aspectos específicos do aleitamento, há que se pensar nas várias interfaces do acolhimento e da atenção à gestante, e da importância de se manter os programas voltados para essa população de forma a garantir a manutenção dos serviços, recursos humanos e financeiros para que sejam também mantidos, e em algumas situações ampliados, os índices alcançados.

### **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica - ICSAB (menores de 1 ano de idade)**

As internações hospitalares (IH) na infância, nos períodos de < 1 ano e < 5 anos, podem ser avaliadas em conjunto. Isto se deve ao fato de que as causas mais prevalentes observadas de internação são as mesmas, 51,93% das IH na primeira fase e 72,13% das IH na fase de 1 a 5 anos estão relacionadas, no seu maior contingente, a infecções parasitárias e a doenças do aparelho respiratório. Os aumentos verificados na segunda fase ocorreram em razão dos esforços terem sido concentrados mais na primeira, até 1 ano de idade, o que se confirma também pela redução ocorrida na taxa de mortalidade infantil, associado ao fato de que não estão computadas nessa última as afecções próprias do período pós-parto imediato, ou afecções perinatais.

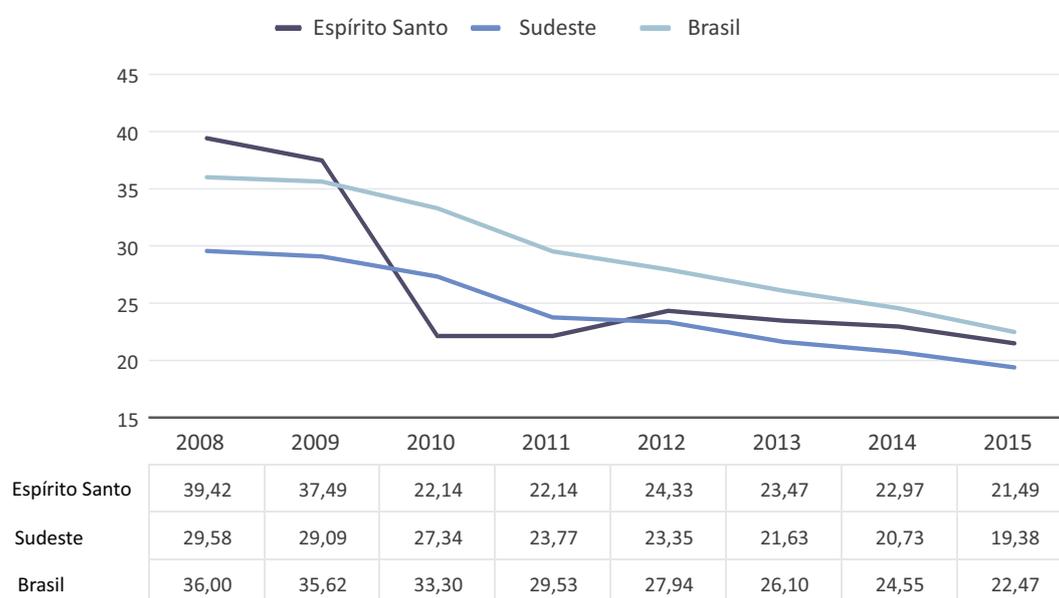
A análise da evolução das internações hospitalares de menores de 5 anos no Espírito Santo, Sudeste e no Brasil, de 2008 a 2015, segundo grupos de causas (CID -10), indica que houve um decréscimo do percentual das internações nessa faixa etária em relação ao total de internações, em 2011, e, logo a seguir, um aumento que acabou por se estabilizar até 2015. As figuras 43 e 44 mostram que as curvas são muito semelhantes, tanto na fase de crianças de até 1 ano como na fase seguinte de crianças de até 5 anos de idade. Isso ocorre porque as causas de IH se mantêm inalteradas.

<sup>46</sup> Existem metas traçadas para a prevalência do aleitamento materno numa determinada população e em determinada região. Quando o alcance extrapola a meta, ou seja, o alcance é maior que o previsto, temos taxas de prevalência acima de 100%.

O excesso de IH concentradas numa mesma categoria de causas serve de alerta para a inter-relação que existe com questões que podem estar extrapolando o sistema de saúde em si.

A região Sudeste reduziu em 34,22% o número de IH em crianças menores de 1 ano de idade, enquanto que o Espírito Santo reduziu em 45,48%, nessa faixa etária no período de 2008 a 2015. Apesar de no último ano a taxa ser maior em valores relativos ao total de internações quando comparados com os da região Sudeste (21,49%), a redução foi significativa e reflete os esforços na ampliação e melhoria dos programas voltados para a faixa materno-infantil (figura 43).

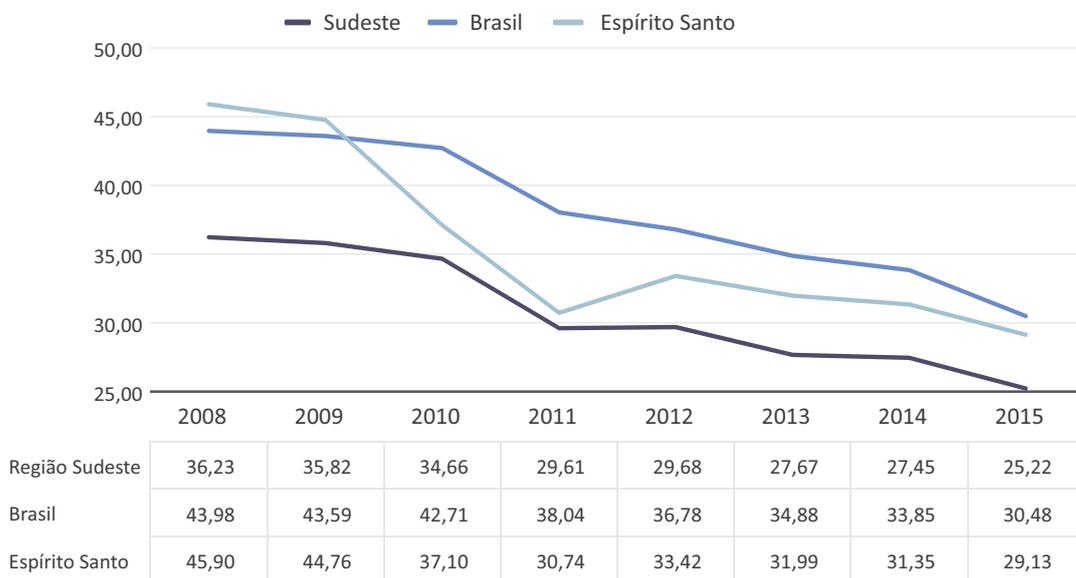
**Figura 43 - Relação entre o número de internações por condições sensíveis à atenção básica e o número de internações hospitalares por todas as causas, em crianças menores de 1 ano, em percentuais**



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Em crianças menores de 5 anos, e no período de 2008 a 2015, a região Sudeste reduziu em 30,38 % o número de IH enquanto que o ES reduziu em 36,53% (figura 44). Apesar da proporção de redução ser um pouco menor que a verificada na faixa de menores de 1 ano, pode se concluir que os esforços no acompanhamento da primeira acabaram por se refletir na segunda.

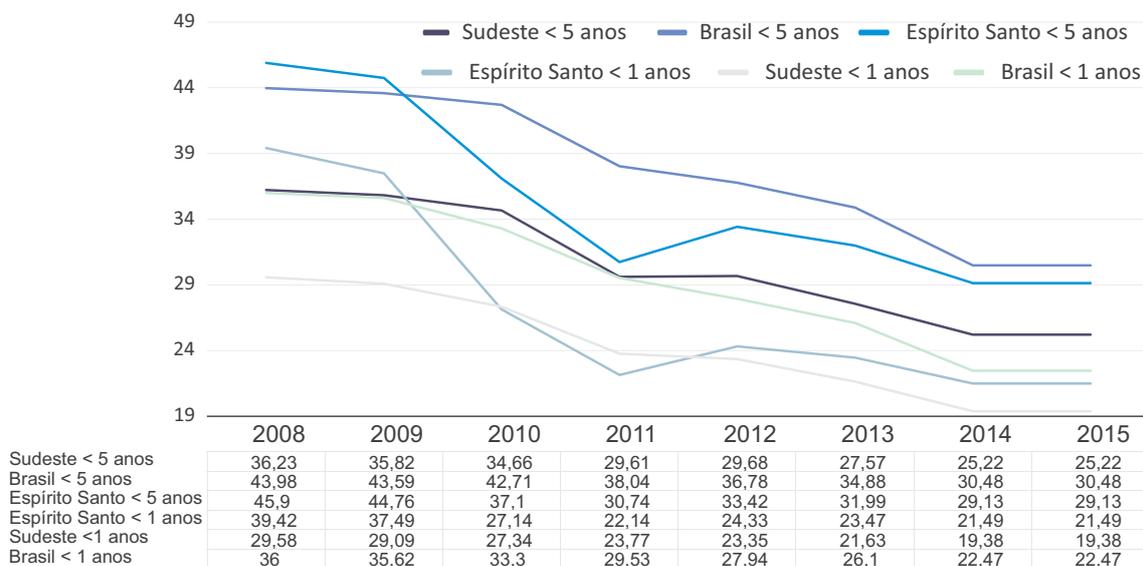
**Figura 44 -** Relação entre o número de internações por condições sensíveis à atenção básica e o número de internações hospitalares por todas as causas, em crianças menores de 5 anos, em percentuais



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

As curvas relativas às IH de crianças menores de 1 ano e menores de 5 anos, no período de 2008 a 2015, são muito semelhantes em termos de evolução ao longo dos anos analisados. A figura 45, foi incluída por apresentar, ao mesmo tempo, a plotagem das curvas representativas das duas fases, de forma a permitir a visualização da semelhança entre as evoluções das IH verificadas nas fases analisadas.

**Figura 45 -** Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica e o número de internações hospitalares por todas as causas (crianças menores de 1 ano, crianças menores de 5 anos), Brasil, Sudeste e Espírito Santo – 2008 a 2015



Fonte: DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

As causas analisadas, e consideradas sensíveis à atenção básica, são as descritas pelo CID -10, quais sejam: diarreia e gastroenterite origem infecciosa presumível, outras doenças infecciosas intestinais, outras doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição, sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais, depleção de volume, outros transtornos endócrinos nutricionais metabólicos, pneumonia, outras doenças do aparelho respiratório.

Buscando-se as principais causas de internação, verifica-se a não alteração ao longo do tempo do quadro em termos da proporção de internações pelas principais causas e as internações por todas as causas ou todos os agravos. Os agravos incidentes na primeira fase (até 1 ano) são bastante ligados aos cuidados recebidos no parto e no pós-parto, além, é claro, do acompanhamento no período pré-natal. Algumas afecções próprias dessa etapa da vida se mantêm prevalentes e refletem a necessidade, ainda, de se implementar políticas específicas para minimizar essa questão.

Na fase seguinte, referente a IH em crianças menores de 5 anos, observa-se uma mudança de comportamento, mas ainda assim as patologias ligadas a cuidados básicos e à infraestrutura dos locais de moradia permanecem nos primeiros lugares em termos de ocorrência.

Mais uma vez cabe ressaltar que a permanência de algumas situações pode significar a necessidade de ações que extrapolem o âmbito da saúde, *esbarrando* em ações, programas e políticas ligadas a outras áreas como educação, assistência e infraestrutura urbana. A articulação e o crescimento de ações integradas com o setor de atenção à saúde ao longo do tempo, poderá representar um avanço na redução de agravos que deveriam estar cada vez mais reduzidos.

**Tabela 17 - Proporção entre número total de AIH por causas principais de internação hospitalar pelo CID10 (I, X e XVI)<sup>47</sup> por todas as causas de internação (em valores %)**  
**Morbidade hospitalar do SUS - por local de residência, Brasil, Sudeste e Espírito Santo**  
**AIH aprovadas por faixa etária (< 1 ano e de 1 a 4 anos) e ano processamento (2008 a 2015)**

Braisl/Região/UF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Braisl < 1 ano	82,4	83,2	82,9	82,9	82,6	82,7	82,1	81,5
Brasil de 1 a 4 anos	70,5	69,7	69,3	66,9	65,5	64,5	63,0	60,2
Sudeste < 1 ano	80,9	81,6	81,5	81,6	81,9	81,8	81,4	80,7
Sudeste de 1 a 4 anos	61,6	60,2	59,6	56,6	57,0	55,8	54,8	53,1
Espírito Santo < 1 ano	82,0	82,2	81,8	81,9	83,8	84,1	82,6	80,0
Espírito Santo de 1 a 4 anos	69,1	67,7	66,9	64,8	67,9	64,6	64,5	61,0

Fonte: DATASUS/SIH/IJSN-CES. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

<sup>47</sup>Capítulo CID-10: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias, X. Doenças do aparelho respiratório, XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal.

### 4.5.3 Eixo III: Primeira Infância

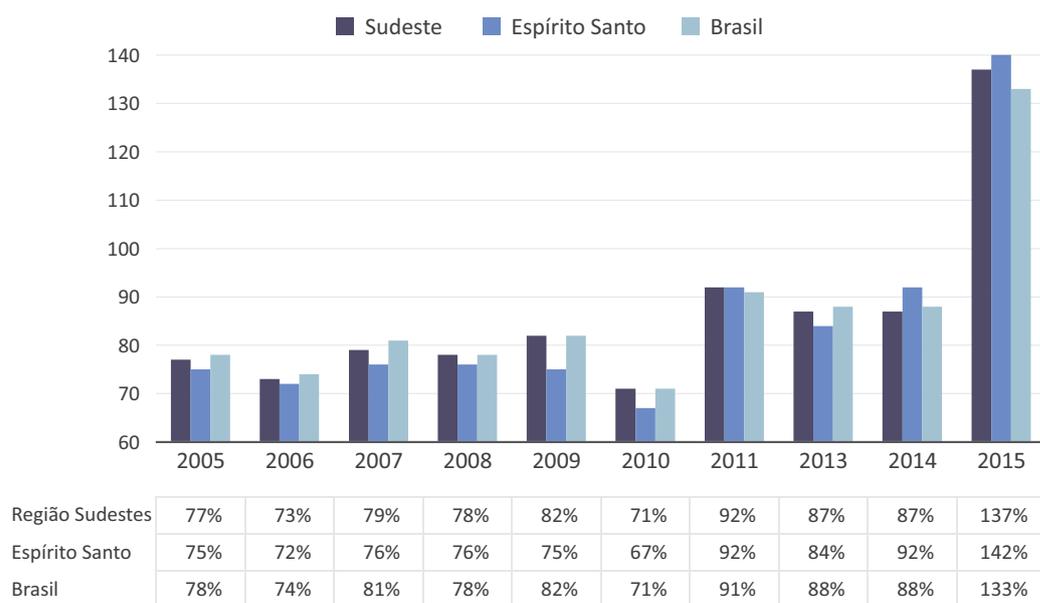
#### Cobertura vacinal

A cobertura vacinal do Brasil tem atingido a média de vacinação da população alvo em torno de 95%, o que representa um ótimo resultado e coloca o país como um dos que possui programa de imunização dos mais completos no mundo. Alguns imunobiológicos atingiram coberturas excelentes, como, por exemplo, a BCG que atingiu 107,7%, a tríplice viral 102,2%, e até a meningocócica inserida a partir de 2011 já chega a 105,5% de cobertura. Em 2012, a campanha contra poliomielite atingiu 98% de abrangência vacinando mais de 14 milhões de crianças menores de 5 anos de idade.

O governo disponibiliza 43 tipos diferentes de imunobiológicos: 26 vacinas, 13 soros heterólogos (imunoglobulinas animais) e quatro soros homólogos (imunoglobulinas humanas), utilizadas na prevenção e/ou tratamento de doenças. Em 2010, duas novas vacinas foram introduzidas no calendário vacinal: a pneumo 10 valente e a meningocócica conjugada. Com o objetivo de ampliar o uso das vacinas combinadas, o Ministério da Saúde incluiu, em 2012, no calendário de vacinação da criança, a vacina pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo b e hepatite B), visando diminuir o número de aplicações de injeções nas crianças; e em 2013, incluiu-se a varicela e a hepatite A.

A figura 46, apresenta a cobertura vacinal para os seguintes imunobiológicos: BCG, Hepatite B em < 1mês, Rotavírus Humano, Meningococo C, Penta, Pneumocócica, Poliomielite, Febre Amarela, Hepatite A, Pneumocócica (1º ref.), Meningococo C (1º ref.), Poliomielite (1º ref.), Tríplice Viral D1, Tetra Viral (SRC+VZ).

**Figura 46 - Imunizações - Cobertura vacinal (crianças menores de 2 anos) - Brasil, Sudeste e Espírito Santo**



Fonte: PNI/DATASUS. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Nesse sentido, o Espírito Santo apresenta cobertura vacinal superior à média da região Sudeste e ao Brasil. Em 10 anos, o estado aumentou em 90% a sua cobertura vacinal para a imunização de crianças de 0 a 2 anos.

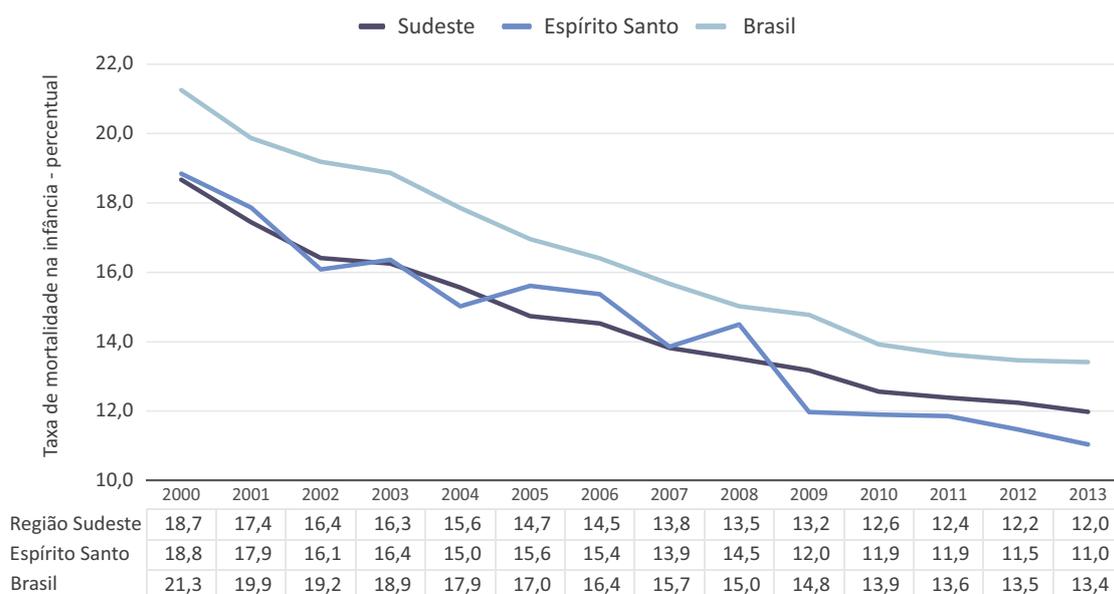
### Taxa de Mortalidade na Infância - TMI (< 5 anos)

O Brasil alcançou no ano de 2012, segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio (ODM) 2013, a meta internacional fixada para a redução da mortalidade na infância (óbitos de crianças até 5 anos de idade).

A ONU (Organização das Nações Unidas) previu que entre 2008 e 2015 deveria ocorrer uma redução de 2/3 da mortalidade desse público alvo; e, no caso do Brasil, só no período de 2000 a 2013 a redução foi de 37,1%, passando de 21,3 para 13,4 óbitos de menores de cinco anos de idade, para cada 1000 nascidos vivos (figura 47). No Espírito Santo e na Região Sudeste, em 2013, a TMI foi de 11,0 e 12,0 óbitos por cada 1000 nascidos vivos, respectivamente. Essa redução expressiva no período analisado deveu-se ao acréscimo do número ofertado de consultas de pré-natal pelo MS junto a ações dos estados e municípios, o que acabou por impactar a mortalidade materna, que também reduziu.

Olhando levantamentos mais recentes do MS, somente em 2014 foram realizadas 20 milhões de consultas de pré-natal, o que, comparado ao total de consultas realizadas em 2007, que foi de 12,7 milhões de consultas, representa um aumento de 57% no número total de consultas em dez anos.

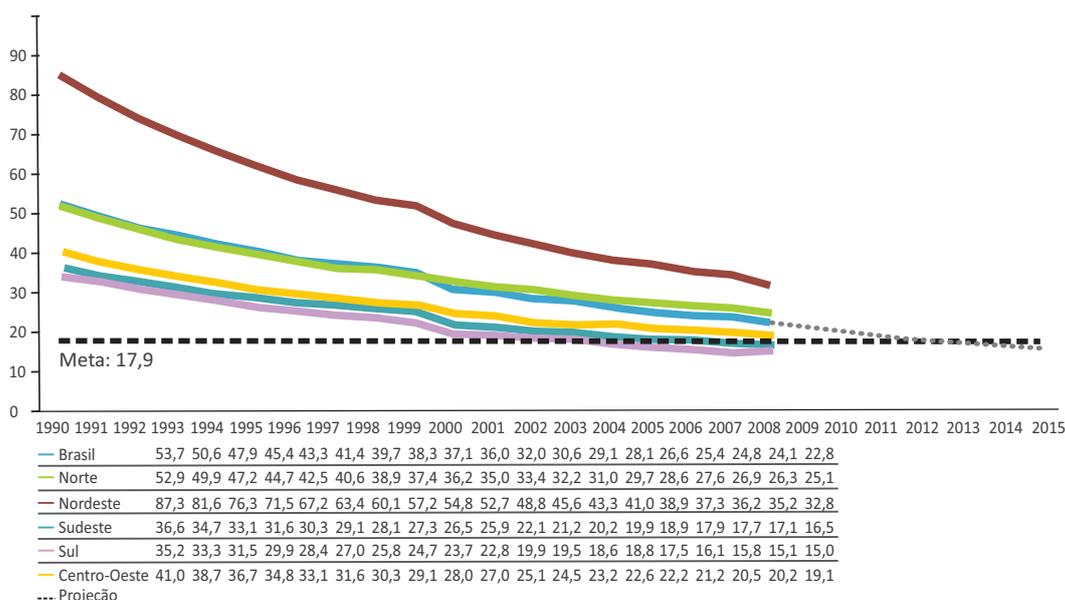
**Figura 47 - Taxa de mortalidade na infância (crianças de 0 a 5 anos) - Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2000 a 2013**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Entretanto, e mais uma vez, a não articulação ou a insuficiente articulação dos diversos setores que intervêm nesse indicador faz com que a tendência seja que as taxas se estabilizem, como pode ser observado na figura 48, só voltando a reduzir a partir da real integração e articulação das políticas públicas.

**Figura 48 - Evolução da taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos), Brasil e regiões - 1990/2008 e projeção até 2015 (Brasil)**



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE

Fonte: Relatório Nacional de Acompanhamento - ODM/2010.

Apesar do alcance da meta, o caminho ainda a ser percorrido para alcançar menores taxas ainda é grande, e passa pela concentração de esforços maiores nas populações de maior vulnerabilidade, convergindo para ações conjuntas com outros setores a partir do estabelecimento de políticas públicas articuladas com o objetivo de melhoria da qualidade de vida dessas populações.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentou-se até aqui traçar dois panoramas: primeiramente, as implicações no âmbito dos estados, distrito federal e municípios da aprovação do marco legal da primeira infância e, num segundo momento, a situação da primeira infância no estado do Espírito Santo.

Em relação à situação da infância, observou-se que o estado, nos últimos anos, conseguiu reduzir significativamente a condição de pobreza da primeira infância: em 2003, quase metade (47%) das

crianças estavam em estado de pobreza, quadro que se alterou para 14% em 2014. Entretanto, estimou-se segundo a Pnad que cerca de 43 mil crianças na primeira infância estavam nessa condição em 2014.

Em comparação com a média do estado (7,14%), viu-se que havia uma incidência proporcionalmente maior da pobreza na primeira infância (14,20%), embora neste grupo a redução da pobreza tenha sido também proporcionalmente maior nos últimos 11 anos (-33,38 pp).

Em relação às condições de domicílio, a tabela 18 traz um quadro síntese da situação da primeira infância e da população em geral por dimensão analisada a partir do que foi exposto ao longo do texto. Estimou-se que nenhuma criança na primeira infância se encontrava em 2014, em situação inadequada em relação ao acesso à água e ao material de construção de paredes e piso das residências. Quanto ao esgotamento sanitário, 22,08% das crianças tinham acesso inadequado, assim como 34,17% moravam em domicílio com densidade superior a 2 pessoas por dormitório.

Em todos os indicadores relativos às condições do domicílio observados, a situação da primeira infância encontrava-se proporcionalmente melhor que o conjunto da população, com exceção da densidade superior a 2 pessoas por dormitório, cujo percentual de crianças na primeira infância em situação inadequada é superior ao dobro do percentual da população em geral (tabela 18).

**Tabela 18 - Crianças na primeira infância e população em geral, por dimensão da condição do domicílio - 2014**

Dimensões relativas à condição do domicílio	Crianças na primeira infância	População em geral (%)
Acesso inadequado à água	0	0,17
Domicílios com paredes e pisos construídos com materiais inadequados	0	0,2
Acesso inadequado ao esgotamento sanitário	22,08	23,47
Domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório	34,17	15,86

Fonte: Pnad 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Obs: A cor mais clara em cada linha sinaliza situação melhor em relação ao indicador em foco

Em relação ao ambiente familiar vivido pela primeira infância, destacou-se que cerca de 10% das crianças na primeira infância tinham mães com até 4 anos de estudo e 21,88% das crianças nesta faixa etária viviam em famílias cujo responsável pelo domicílio tinha até 4 anos de estudo, o que corresponde a situação de analfabetismo funcional. Este dado é importante quando se tem em mente o papel chave desempenhado pela mãe e/ou pelo responsável pelo domicílio no processo de desenvolvimento infantil. Exemplo disso é o impacto que a escolaridade da mãe tem sobre desempenho escolar das crianças, conforme já evidenciado em vários estudos<sup>49</sup>.

<sup>49</sup> Ver, por exemplo, MENEZES-FILHO, Naercio. Os Determinantes do Desempenho Escolar do Brasil. Instituto Futuro Brasil, Ibmec-SP e FEA-USP. Disponível em <<http://www.todospelaeducacao.org.br/arquivos/biblioteca/f4e8070a-8390-479c-a532-803bbf14993a.pdf>>. Acesso em 17/05/2016; REZENDE, W. S., CANDIAN, J. F. A família, a escola e o desempenho dos alunos: notas de uma interação cambiante. Disponível em <[http://www.anpae.org.br/iberoamericano2012/Trabalhos/WagnerSilveiraRezende\\_res\\_int\\_GT5.pdf](http://www.anpae.org.br/iberoamericano2012/Trabalhos/WagnerSilveiraRezende_res_int_GT5.pdf)>. Acesso em 17/05/2016.

Quanto ao acesso escolar, cabe anteriormente ressaltar que a educação infantil é a primeira etapa da educação básica e desde a aprovação da Emenda Constitucional nº 59/2009, considera-se como obrigatória a educação para a faixa etária de 4 a 17 anos. Reconhece-se que a Educação Infantil é um dos suportes básicos que a sociedade pode oferecer ao desenvolvimento das estruturas psicomotoras, afetivas, sociais e cognitivas das crianças em seus primeiros anos de vida. Conforme assinala o PNPI é nesse período da vida que se constroem as estruturas do aprender, que abrem vias para as aprendizagens seguintes (PNPI, pag. 47).

A Meta 1 do Plano Nacional de Educação – PNE preconiza a universalização, até 2016, da educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 a 5 anos de idade e a ampliação da oferta de educação infantil em creches, de forma a atender, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das crianças de até 3 (três) anos até 2024, final da vigência do PNE.

[...]. Estabelecer metas de alcance progressivo da universalização do direito universal, como faz o Plano Nacional de Educação, é uma estratégia que compatibiliza dever e esforço, desejo e compromisso. Pois o dever do Estado não está condicionado às disponibilidades de recursos, antes deve providenciar formas de cumpri-lo. (PNPI, p. 47)

Em 2014, estimou-se, a partir da Pnad, que 86,39% das crianças entre 4 e 5 anos estavam na educação infantil, o que significa que naquele ano o estado ainda estava 13,61 pp distante da universalização do atendimento escolar para esta faixa etária, meta prevista para o ano de 2016, conforme o PNE.

De modo ainda mais restrito, apenas 28,79% das crianças abaixo de 3 anos tiveram acesso à educação escolar em 2014, conforme estimativa da Pnad, o que indica uma distância de 21,21 pp da meta de atendimento de 50% até o ano de 2024. Observa-se que o atendimento escolar às crianças até 3 anos de idade está muito distante de um atendimento universalizado, o que não significa necessariamente que não haja demanda por parte das famílias para este público.

Vale destacar que tanto o PNPI quanto o Marco Legal da Primeira Infância sinalizam que o Estado deve oferecer apoio e orientação técnica às famílias que optem por cuidar e educar seus filhos de até três anos em casa (PNPI, p. 49). Também o PNE afirma entre as suas estratégias que cabe ao Estado:

1.12) implementar, em caráter complementar, programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças de até 3 (três) anos de idade;

A fase de 0 a 3 anos é uma fase crucial para o desenvolvimento infantil, o que reforça a importância de políticas públicas voltadas ao cuidado nesta faixa etária.

Ainda em relação ao acesso à educação infantil, importa destacar que no Espírito Santo a condição de pobreza não se configurou necessariamente como um fator limitador do acesso à educação

infantil, diferentemente do que foi observado em relação ao Brasil e ao Sudeste (tabela 13). Ao analisar a frequência escolar por situação de pobreza e extrema pobreza, para o Espírito Santo, em 2014, identificou-se pequenas diferenças positivas nas proporções de crianças na primeira infância extremamente pobres (52,93%) e pobres (51,35%), se comparadas à frequência entre as crianças não pobres (49,64%) ou ao conjunto das crianças na primeira infância (49,90%).

Também a análise da proporção de crianças que frequentavam a escola, dentro de cada decil de distribuição da população ordenada por renda, corroborou a afirmação anterior de que a condição de pobreza, assim como a desigualdade de renda, não foram fatores determinantes no acesso à escola na primeira infância no Espírito Santo, em 2014. Enquanto para Brasil e Sudeste observou-se uma tendência de aumento gradativo das proporções de crianças na primeira infância que frequentavam a escola à medida que aumentavam os decis de distribuição da população ordenada por renda, no Espírito Santo a curva desta distribuição não foi uniforme e ascendente, embora a frequência maior também tenha ocorrido no último decil.

Entretanto, a despeito dessa constatação positiva e importante assinalada anteriormente, é preciso afirmar que certas desigualdades históricas na sociedade brasileira, ainda permanecem no estado como a desigualdade etnicorracial. A análise da frequência escolar na primeira infância por grupo etnicorracial, em 2014, no estado, revelou que a proporção de crianças pretas que frequentavam a escola correspondeu a apenas 37,49%, ou seja, -12,41 pp distante da proporção que frequentava a escola no conjunto da população em geral de crianças na primeira infância no estado (49,90%), diferença mais ampla do que as observadas para Brasil (3,02 pp) e Sudeste (-0,08 pp).

Importa salientar que as crianças que frequentavam a escola na primeira infância dentro do grupo etnicorracial pretos, no Brasil (47,58%) e no Sudeste (49,50%), apresentaram proporções de frequência escolar superiores ou muito próximas à apresentada pelo conjunto da população da primeira infância (Brasil: 44,55%; SE: 49,58%), sendo as diferenças entre os dois grupos referidos de crianças (pretas e população total) de 3,02 pp e -0,08 pp para Brasil e Sudeste, respectivamente.

Destaque-se que o Marco legal da Primeira Infância, em seu Art. 4º, que versa sobre como as políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos da criança na primeira infância devem ser elaboradas e executadas, afirma no inciso IV o seguinte princípio:

IV - reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na primeira infância, priorizando o investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação da criança; (Lei 13.257/2016)

O PNPI também destaca a importância da inclusão e a necessidade de priorizar atenção, recursos, programas e ações voltadas para as crianças mais vulneráveis (PNI, p. 30), assim como o PNE preconiza que o estado garanta que até 2024, seja inferior a 10% (dez por cento) a diferença entre as taxas de frequência à educação infantil das crianças de até 3 (três) anos oriundas do quinto de renda

familiar per capita mais elevado e as do quinto de renda familiar per capita mais baixo (PNE, Meta 1, Estratégia 1.2).

Quanto ao diagnóstico da saúde empreendido neste texto, considerando-se os 3 eixos de análise - gestacional, pós-parto e primeira infância -, pode-se dizer que a situação do Espírito Santo é bastante favorável, haja visto que na maioria dos casos apresenta indicadores melhor posicionados em relação aos calculados para a Região Sudeste e para o Brasil (tabela 19). Em nove indicadores, o Espírito Santo ocupa o primeiro lugar, ou seja, tem a melhor avaliação; em três, ocupa a segunda colocação; e, em apenas um, fica atrás e em última colocação, comparativamente aos demais avaliados. Isso representa uma conquista, uma vez que os programas têm sido estruturados de forma a atingir e extrapolar as metas propostas para os diversos setores de atuação da saúde no estado.

**Tabela 19 - Posição do Estado do Espírito Santo pelos resultados dos indicadores analisados em relação a Região Sudeste e ao Brasil**

Eixos	Indicadores	Espírito Santo	Sudeste	Brasil
Gestacional	Aleitamento materno exclusivo	2º	1º	3º
	Proporção de nascidos com baixo peso (<2,5 kg)	1º	3º	2º
	Óbitos infantis por causas evitáveis (em menores de 1 ano)	1º	2º	3º
	Mortalidade infantil pós-neonatal (28 dias a 34 dias)	1º	2º	3º
	Mortalidade infantil pós-neonatal (0 a 6 dias)	1º	2º	3º
	Mortalidade infantil	1º	2º	3º
Pós-parto	Proporção de nascidos vivos com mais de 7 consultas de pré-natal	1º	3º	2º
	Taxa de prematuridade	1º	3º	2º
	Proporção partos mães adolescentes (≤ 19 a)	2º	1º	3º
	Proporção de partos cesáreos	3º	2º	1º
Primeira infância	Cobertura vacinal	1º	2º	3º
	IH por condições sensíveis à atenção básica - ICSAB (menores de 1 ano de idade)	2º	1º	3º
	Taxa de mortalidade na infância (< 5 anos)	1º	2º	3º

Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES

Obs: A cor mais clara em cada linha sinaliza melhor em relação ao indicador em foco

Em relação ao único indicador que apresentou resultados pouco favoráveis, proporção de partos cesáreos, registre-se que há uma cultura a ser desconstruída em relação ao parto normal, de que é ruim, que há sofrimento excessivo, dentre outras coisas, em todo o território nacional. Há que se considerar que o Brasil tem números elevados de partos cesáreos, muito acima da média preconizada por organismos que avaliam a questão<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> Informação disponível <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais> acesso em 09/05/2016.

Amplo estudo realizado pela Fiocruz em 2014 sobre parto e nascimento realizados no Brasil<sup>51</sup>, mostrou que no setor público 52% dos partos são cesarianas e, na rede privada, 88%. Índice altíssimo quando se sabe que a Organização Mundial de saúde preconiza que somente 15 % dos partos sejam realizados a partir de procedimento cirúrgico, isto é, via cesariana.

Apesar de haver uma cobertura universal dos programas de assistência materno-infantil no país, no geral, a atenção pré-natal ainda é abaixo do esperado, ou do necessário, com 60% das gestantes iniciando tardiamente o pré-natal, e cerca de 1/4 ainda não tem qualquer assistência de pré-natal. Isso acaba impactando em vários indicadores no país, entre eles no que avalia a quantidade de partos cesarianas ou normais.

De qualquer maneira, destaca-se a necessidade de empreender esforços no sentido de mudar essa realidade, reforçando e divulgando em todos os níveis de atenção os benefícios possíveis alcançados com a redução do número de partos cesáreos: menor tempo de internação da mãe e do filho, menores riscos em gestações posteriores, redução da taxa de prematuridade, maior integração de núcleos de atendimento materno-infantil, redução do número de nascidos com baixo peso, redução da mortalidade materna e infantil, redução óbitos perinatais, dentre outros benefícios.

A mortalidade neonatal está muito ligada ao baixo peso ao nascer, e os partos cesáreos acabam por criar uma geração de crianças nascidas em torno de 37 semanas em função do prévio agendamento do dia do parto, mas nem por isso consideradas a termo, ou no tempo normal de gestação.

Uma hipótese também se refere ao receio das mães em se submeterem ao parto normal, diante de uma realidade na qual o padrão assistencial vigente em determinados locais acaba, pela inadequação da assistência, expondo a gestante a um alto risco gestacional. Esse quadro de não assistência ou de inadequada atenção denota a baixa qualidade dos serviços, com precários esquemas de assistência pré-natal.

Segundo o citado estudo da Fiocruz<sup>52</sup>, as cesarianas foram frequentes em 42% de partos de mães adolescentes no Brasil, impactando outros indicadores aqui analisados como prematuridade, maior incidência de morbidades e comorbidades em mães adolescentes e seus filhos, dentre outros.

Entretanto, voltando-se para o Espírito Santo, diante de um cenário onde vários indicadores estão na ponta em relação ao Sudeste e ao país, onde várias metas foram alcançadas ou estão próximas de se conseguir atingi-las, acredita-se que a questão do número de partos cesáreos se resolva com o tempo, e a partir de uma nova abordagem da questão no que tange reverter conceitos arraigados há algum tempo na sociedade. É evidente que há que se continuar trabalhando no sentido de melhorar e aprimorar os programas, integrando-os cada vez mais aos outros serviços e áreas de atuação dentro da saúde. No entanto, é sabido também que uma maior abrangência dos serviços, em especial no que

<sup>51</sup> Informação disponível <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais> acesso em 09/05/2016.

<sup>52</sup> Idem, ibdem.

se refere ao alcance de populações específicas, só será alcançada a partir de incrementos e capacitação das equipes, ampliação de espaços específicos para o acolhimento e atenção específica à gestante e à família, ampliação de campanhas de esclarecimento que possam abranger várias outras interfaces da assistência pré-natal, durante e após o parto.

Fora as ações estritamente ligadas às equipes de saúde e assistência, reforça-se também, e cada vez mais, a necessidade de promoção da integralidade de setores outros, como o da educação e o de serviços básicos e essenciais ao fomento da saúde como o saneamento, por exemplo. Ações isoladas não acabam alcançando os objetivos que as motivaram, ao passo que a integralidade com respeito a multifatorialidade de agentes, sempre acabará por apresentar melhores resultados, alcançando assim metas propostas previamente.

Face ao panorama apresentado, impõem-se diversas tarefas preconizadas, tanto pelo Marco Legal pela Primeira Infância, quanto pelo PNPI, que foram destacadas no início deste texto. Entre elas: a criação de um comitê intersetorial, com vistas à integração e articulação de ações, programas e áreas diversas; a articulação entre produção científica, ações e projetos de atendimento à criança e formação profissional contínua e qualificada; a inclusão de programas de visita domiciliar como estratégia para potencializar a formação e a consolidação de vínculos afetivos e o desenvolvimento integral na primeira infância, entre outras.

Todas as ações listadas envolvem uma complexidade. Entretanto, talvez o desafio maior seja enraizar e fortalecer uma cultura de proteção e promoção da primeira infância. Mais do que um compromisso legal é preciso que se estabeleça um compromisso ético e político entre os formuladores das políticas públicas, os profissionais que atendem diretamente à primeira infância e toda a sociedade com o desenvolvimento infantil integral e integrado.

Outro desafio igualmente importante refere-se à participação das crianças na formulação das políticas públicas. Se a escuta da população de um modo geral nos processos políticos esbarra constantemente em uma perspectiva tecnocrata, que tende a valorizar o saber técnico em detrimento do saber popular – como se fossem dimensões irreconciliáveis -, a ideia de envolvimento das crianças na formulação das políticas públicas para a primeira infância enfrentará certamente, além desta perspectiva tecnocrata, a tendência adultocêntrica que tanto caracteriza as sociedades contemporâneas como a brasileira.

Por fim, vale destacar a importância do monitoramento e coleta sistemática de dados como parte integrante das políticas públicas, com vistas à avaliação periódica dos serviços ofertados (Lei 13.257/2016, Art. 11). As ações de monitoramento e avaliação são pressupostos básicos para a consecução de políticas que, de fato, promovam o desenvolvimento infantil.

O marco legal pela primeira infância traz uma nova perspectiva para a construção do cuidado com a infância, resta saber o quanto os atores sociais deste processo estão comprometidos com a proposta em curso. Entende-se que houve um avanço em termos de mobilização social e em termos de

construção política. Admite-se também o pressuposto de que a história não tende a retroceder. Resta aos estados e municípios trabalharem intensamente para responderem aos desafios colocados.

É preciso que as áreas da educação, saúde e assistência, assim como outras áreas de formulação de políticas públicas (como cultura, esporte e lazer, meio ambiente, direitos humanos, meios de comunicação, nutrição, entre outras) assumam para si o debate da primeira infância e compreendam

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 59 de 11 de novembro de 2009. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc59.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc59.htm) >. Acesso em 06/05/2016.

\_\_\_\_\_. Lei N° 13.005 de 25 de junho de 2014. Plano Nacional de Educação. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm)>. Acesso em 03/05/2016.

\_\_\_\_\_. Lei Ordinária 13.257 de 08 de março de 2016. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm)>. Acesso em 09/03/2016.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei 6.998/2013 – Marco Legal da Primeira Infância. Autoria o Deputado Osmar Terra e outros. Impresso s/d.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei 6.998 de 18 de dezembro de 2013. 1º versão. Disponível em < [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=FD4EF039A460D80FF5E3EB8523DD2366.proposicoesWeb1?codteor=1214724&filename=PL+6998/2013](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=FD4EF039A460D80FF5E3EB8523DD2366.proposicoesWeb1?codteor=1214724&filename=PL+6998/2013) >. Acesso em 01/09/2015.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei 6.998-B de 2013. Redação Final encaminhada para o Senado em 18/03/2015. Disponível em < [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=FD4EF039A460D80FF5E3EB8523DD2366.proposicoesWeb1?codteor=1306744&filename=Tramitacao-PL+6998/2013](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=FD4EF039A460D80FF5E3EB8523DD2366.proposicoesWeb1?codteor=1306744&filename=Tramitacao-PL+6998/2013) > Acesso em 10/03/2016.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. Perfil da Pobreza no Espírito Santo: Famílias inscritas no CadÚnico. 2015. Disponível em <<http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4319-perfil-da-pobreza-no-espírito-santo-familias-inscritas-no-cadunico-de-2014>> Acesso em 02/02/2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.459 de 24 de junho de 2011. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) >. Acesso em 06/05/2016.

\_\_\_\_\_. Portaria 1.130, de 05 de agosto de 2015. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em 27 de abril de 2016.

\_\_\_\_\_. Vigilância Epidemiológica de Óbitos Infantis e Fetais (Nota Técnica). Brasília, 2009. Disponível em < [http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema\\_Informacao/Sim/Portarias/Nota\\_tecnica\\_Portaria\\_72\\_Vig\\_ob\\_infantil.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Portarias/Nota_tecnica_Portaria_72_Vig_ob_infantil.pdf) > Acesso em 06/05/2016.

\_\_\_\_\_. Manual de Vigilância do Óbito infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2 ed. Brasília, 2009. Disponível em:  
< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf) > Acesso em 06/05/2016.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. Plano Nacional pela Primeira Infância 2011-2022. Proposta elaborada pela Rede Nacional Primeira Infância com ampla participação social. 2010. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Completo.pdf>> Acesso em 22/09/2015.

\_\_\_\_\_. Primeira Infância e Gravidez na Adolescência. s/d. Disponível em <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf> >. Acesso em 04/05/2016.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, se possuem crianças na primeira infância, Espírito Santo e seus municípios, dados absolutos e relativos - 2015

Município	Total de famílias beneficiárias do PBF sem crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF	Proporção de famílias beneficiárias do PBF sem crianças na primeira infância (%)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (%)	Total
Afonso Cláudio	1.659	1.128	2.787	59,53	40,47	100,00
Água Branca	515	338	853	60,38	39,62	100,00
Água Doce do Norte	1.190	476	1.666	71,43	28,57	100,00
Alegre	891	932	1.823	48,88	51,12	100,00
Alfredo Chaves	319	273	592	53,89	46,11	100,00
Alto Rio Novo	614	336	950	64,63	35,37	100,00
Anchieta	661	590	1.251	52,84	47,16	100,00
Apiacá	556	288	844	65,88	34,12	100,00
Aracruz	1.781	1.977	3.758	47,39	52,61	100,00
Atílio Vivacqua	308	204	512	60,16	39,84	100,00
Baixo Guandu	1134	1.026	2.160	52,50	47,50	100,00
Barra de São Francisco	2.419	1.359	3.778	64,03	35,97	100,00
Boa Esperança	702	510	1.212	57,92	42,08	100,00
Bom Jesus do Norte	355	268	623	56,98	43,02	100,00
Brejetuba	654	457	1.111	58,87	41,13	100,00
Cachoeiro de Itapemirim	2.761	3.163	5.924	46,61	53,39	100,00
Cariacica	9.328	9.736	19.064	48,93	51,07	100,00
Castelo	576	564	1.140	50,53	49,47	100,00
Colatina	2.667	2.494	5.161	51,68	48,32	100,00
Conceição da Barra	1.639	937	2.576	63,63	36,37	100,00
Conceição do Castelo	442	391	833	53,06	46,94	100,00
Divino de São Lourenço	242	195	437	55,38	44,62	100,00
Domingos Martins	853	664	1.517	56,23	43,77	100,00
Dores do Rio Preto	294	232	526	55,89	44,11	100,00
Ecoporanga	1.714	794	2.508	68,34	31,66	100,00
Fundão	521	499	1.020	51,08	48,92	100,00
Governador Lindenberg	22	7	29	75,86	24,14	100,00
Guaçuí	1058	981	2.039	51,89	48,11	100,00
Guarapari	2.052	2.042	4.094	50,12	49,88	100,00
Ibatiba	1.221	851	2.072	58,93	41,07	100,00

Continua

**Anexo 1 - Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, se possuem crianças na primeira infância, Espírito Santo e seus municípios, dados absolutos e relativos - 2015**

Continuação

Município	Total de famílias beneficiárias do PBF sem crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF	Proporção de famílias beneficiárias do PBF sem crianças na primeira infância (%)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (%)	Total
Ibiraçu	265	275	540	49,07	50,93	100,00
Ibitirama	468	545	1.013	46,20	53,80	100,00
Iconha	287	167	454	63,22	36,78	100,00
Irupi	701	580	1.281	54,72	45,28	100,00
Itaguaçu	653	407	1.060	61,60	38,40	100,00
Itapemirim	1.575	1.236	2.811	56,03	43,97	100,00
Itarana	42	9	51	82,35	17,65	100,00
Lúna	1.262	1.032	2.294	55,01	44,99	100,00
Jaguaré	1.372	1.089	2.461	55,75	44,25	100,00
Jerônimo Monteiro	499	367	866	57,62	42,38	100,00
João Neiva	310	250	560	55,36	44,64	100,00
Laranja da Terra	608	271	879	69,17	30,83	100,00
Linhares	4.007	4.121	8.128	49,30	50,70	100,00
Mantenópolis	945	607	1.552	60,89	39,11	100,00
Marataízes	1.303	1.041	2.344	55,59	44,41	100,00
Marechal Floriano	243	285	528	46,02	53,98	100,00
Marilândia	344	270	614	56,03	43,97	100,00
Mimoso do Sul	1.586	842	2.428	65,32	34,68	100,00
Montanha	1.013	573	1.586	63,87	36,13	100,00
Mucurici	522	210	732	71,31	28,69	100,00
Muniz Freire	719	693	1.412	50,92	49,08	100,00
Muqui	179	45	224	79,91	20,09	100,00
Nova Venécia	1.838	1.295	3.133	58,67	41,33	100,00
Pancas	1.342	723	2.065	64,99	35,01	100,00
Pedro Canário	1.412	864	2.276	62,04	37,96	100,00
Pinheiros	1.335	894	2.229	59,89	40,11	100,00
Piúma	305	345	650	46,92	53,08	100,00
Ponto Belo	584	341	925	63,14	36,86	100,00
Presidente Kennedy	720	415	1.135	63,44	36,56	100,00
Rio Bananal	787	690	1.477	53,28	46,72	100,00
Rio Novo do Sul	267	262	529	50,47	49,53	100,00

Continua

**Anexo 1 - Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, se possuem crianças na primeira infância, Espírito Santo e seus municípios, dados absolutos e relativos - 2015**

Conclusão

Município	Total de famílias beneficiárias do PBF sem crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF	Proporção de famílias beneficiárias do PBF sem crianças na primeira infância (%)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (%)	Total
Santa Leopoldina	557	391	948	58,76	41,24	100,00
Santa Maria de Jetibá	811	735	1.546	52,46	47,54	100,00
Santa Teresa	672	481	1.153	58,28	41,72	100,00
São Domingos do Norte	387	253	640	60,47	39,53	100,00
São Gabriel da Palha	602	573	1.175	51,23	48,77	100,00
São José do Calçado	568	361	929	61,14	38,86	100,00
São Mateus	3.927	2.861	6.788	57,85	42,15	100,00
São Roque do Canaã	190	168	358	53,07	46,93	100,00
Serra	10.203	11.255	21.458	47,55	52,45	100,00
Sooretama	1083	1.036	2.119	51,11	48,89	100,00
Vargem Alta	547	478	1.025	53,37	46,63	100,00
Venda Nova do Imigrante	498	460	958	51,98	48,02	100,00
Viana	1.868	2.082	3.950	47,29	52,71	100,00
Vila Pavão	560	337	897	62,43	37,57	100,00
Vila Valério	665	411	1.076	61,80	38,20	100,00
Vila Velha	7.289	7.775	15.064	48,39	51,61	100,00
Vitória	333	229	562	59,25	40,75	100,00
Total - Espírito Santo	97.401	84.342	181.743	53,59	46,41	100,00

Fonte: CadÚncio 08 - 2015. Elaboração: Coordenação de Estudos Sociais - CES/IJSN

**Anexo 2 - Família inscritas no CadÚnico, por situação de pobreza ou extrema pobreza, se possuem crianças na primeira infância, Espírito Santo e municípios, dados absolutos e relativos - 2015**

Município	Famílias pobres com crianças na primeira infância	Famílias extremamente pobres com crianças na primeira infância	Famílias com crianças na primeira infância	Total de famílias pobres	Total de famílias extremamente pobres	Total de famílias	Percentual de famílias pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias extremamente pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias com crianças até na primeira infância entre as famílias pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias com crianças na primeira infância entre as famílias extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias pobres e com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico (em relação ao total de famílias inscritas no CadÚnico)	Percentual de famílias extremamente pobres e com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico
Afonso Cláudio	1.051	781	1.232	2.536	1.871	3.636	85,31%	63,39%	41,44%	41,74%	28,91%	21,48%
Água Branca	326	231	443	771	565	1.592	73,59%	52,14%	42,28%	40,88%	20,48%	14,51%
Água Doce do Norte	644	587	688	2.026	1.748	2.559	93,60%	85,32%	31,79%	33,58%	25,17%	22,94%
Alegre	951	576	1.123	1.895	1.087	3.045	84,68%	51,29%	50,18%	52,99%	31,23%	18,92%
Alfredo Chaves	274	129	376	581	291	1.152	72,87%	34,31%	47,16%	44,33%	23,78%	11,20%
Alto Rio Novo	438	296	465	1.187	788	1.529	94,19%	63,66%	36,90%	37,56%	28,65%	19,36%
Anchieta	591	346	832	1.271	722	2.386	71,03%	41,59%	46,50%	47,92%	24,77%	14,50%
Apiacá	312	224	356	965	651	1.330	87,64%	62,92%	32,33%	34,41%	23,46%	16,84%
Araucáz	2.321	1.327	3.462	4.687	2.624	9.462	67,04%	38,33%	49,52%	50,57%	24,53%	14,02%
Atílio Vivacqua	214	105	321	541	276	1.095	66,67%	32,71%	39,56%	38,04%	19,54%	9,59%
Baixo Guandu	1.046	551	1.410	2.245	1.119	4.493	74,18%	39,08%	46,59%	49,24%	23,28%	12,26%
Barra de São Francisco	1.333	841	1.686	3.677	2.232	6.540	79,06%	49,88%	36,25%	37,68%	20,38%	12,86%
Boa Esperança	583	412	698	1.369	915	2.140	83,52%	59,03%	47,59%	45,03%	27,24%	19,25%
Bom Jesus do Norte	266	174	332	616	378	941	80,12%	52,41%	43,18%	46,03%	28,27%	18,49%
Brejetuba	472	211	525	1.182	473	1.611	89,90%	40,19%	39,93%	44,61%	29,30%	13,10%
Cachoeiro de Itapemirim	3.069	1.801	4.129	5.972	3.302	11.562	74,33%	43,62%	51,39%	54,54%	26,54%	15,58%
Cariacica	9.845	7.194	11.589	19.667	13.911	27.966	84,95%	62,08%	50,06%	51,71%	35,20%	25,72%
Castelo	490	150	850	908	258	2.690	57,65%	17,65%	53,96%	58,14%	18,22%	5,58%
Colatina	2.488	1.137	3.767	5.172	2.211	11.946	66,05%	30,18%	48,11%	51,42%	20,83%	9,52%
Conceição da Barra	905	541	1.219	2.385	1.419	3.908	74,24%	44,38%	37,95%	38,13%	23,16%	13,84%
Conceição do Castelo	395	259	483	837	507	1.366	81,78%	53,62%	47,19%	51,08%	28,92%	18,96%
Divino de São Lourenço	198	104	232	445	212	659	85,34%	44,83%	44,49%	49,06%	30,05%	15,78%

Continua

**Anexo 2 - Família inscritas no CadÚnico, por situação de pobreza ou extrema pobreza, se possuem crianças na primeira infância, Espírito Santo e municípios, dados absolutos e relativos - 2015**

Município	Continuação											
	Famílias pobres com crianças na primeira infância	Famílias extremamente pobres com crianças na primeira infância	Famílias com crianças na primeira infância	Total de famílias pobres	Total de famílias extremamente pobres	Total de famílias	Percentual de famílias pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias extremamente pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias com crianças até na primeira infância entre as famílias pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias pobres e com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico (em relação ao total de famílias inscritas no CadÚnico)	
Domingos Martins	635	263	1.027	1.422	608	3.118	61,83%	25,61%	44,66%	43,26%	20,37%	8,43%
Dores do Rio Preto	225	145	257	500	308	804	87,55%	56,42%	45,00%	47,08%	27,99%	18,03%
Ecoporanga	842	595	1.019	2.636	1.869	3.919	82,63%	58,39%	31,94%	31,84%	21,49%	15,18%
Fundão	527	347	633	1.151	720	1.763	83,25%	54,82%	45,79%	48,19%	29,89%	19,68%
Governador Lindenberg	7	3	8	25	10	44	87,50%	37,50%	28,00%	30,00%	15,91%	6,82%
Guaçu	1.116	706	1.247	2.350	1.398	3.336	89,49%	56,62%	47,49%	50,50%	33,45%	21,16%
Guarapari	2.389	1.367	3.276	5.188	2.791	10.013	72,92%	41,73%	46,05%	48,98%	23,86%	13,65%
Ibatiba	792	376	1.047	1.721	806	2.560	75,64%	35,91%	46,02%	46,65%	30,94%	14,69%
Ibiraçu	288	115	457	598	253	1.381	63,02%	25,16%	48,16%	45,45%	20,85%	8,33%
Ibitirama	522	303	573	993	565	1.330	91,10%	52,88%	52,57%	53,63%	39,25%	22,78%
Iconha	174	81	232	442	203	905	75,00%	34,91%	39,37%	39,90%	19,23%	8,95%
Irupi	708	593	780	1.536	1.253	1.967	90,77%	76,03%	46,09%	47,33%	35,99%	30,15%
Itaguaçu	499	331	630	1.227	735	2.361	79,21%	52,54%	40,67%	45,03%	21,14%	14,02%
Itapemirim	1.059	529	1.510	2.343	1.125	4.261	70,13%	35,03%	45,20%	47,02%	24,85%	12,41%
Itarana	8	4	11	37	12	75	72,73%	36,36%	21,62%	33,33%	10,67%	5,33%
Lúna	1.020	426	1.405	2.147	899	3.557	72,60%	30,32%	47,51%	47,39%	28,68%	11,98%
Jaguaré	1.185	781	1.432	2.483	1.616	3.617	82,75%	54,54%	47,72%	48,33%	32,76%	21,59%
Jerônimo Monteiro	397	263	507	919	545	1.488	78,30%	51,87%	43,20%	48,26%	26,68%	17,67%
João Neiva	278	120	453	650	283	1.705	61,37%	26,49%	42,77%	42,40%	16,30%	7,04%
Laranja da Terra	256	144	319	828	470	1.408	80,25%	45,14%	30,92%	30,64%	18,18%	10,23%
Linhares	4.156	2.512	5.330	8.410	4.872	14.729	77,97%	47,13%	49,42%	51,56%	28,22%	17,05%

Continua

**Anexo 2 - Família inscritas no CadÚnico, por situação de pobreza ou extrema pobreza, se possuem crianças na primeira infância, Espírito Santo e municípios, dados absolutos e relativos - 2015**

Município	Continuação											
	Famílias pobres com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Famílias extremamente pobres com crianças na primeira infância	Famílias com crianças na primeira infância	Total de famílias pobres	Total de famílias extremamente pobres	Total de famílias	Percentual de famílias pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias extremamente pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias até na primeira infância entre as famílias extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias com crianças na primeira infância entre as famílias inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias pobres e com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico em relação ao total de famílias inscritas no CadÚnico	
Mantenópolis	718	592	776	1.823	1.410	2.539	92,53%	76,29%	39,39%	41,99%	28,28%	23,32%
Marataizes	976	520	1.166	2.287	1.120	3.561	83,70%	44,60%	42,68%	46,43%	27,41%	14,60%
Marechal Floriano	314	139	476	610	241	1.449	65,97%	29,20%	51,48%	57,68%	21,67%	9,59%
Mariândia	272	84	480	594	197	1.961	56,67%	17,50%	45,79%	42,64%	13,87%	4,28%
Mimoso do Sul	997	706	1.162	2.997	1.997	4.725	85,80%	60,76%	33,27%	35,35%	21,10%	14,94%
Montanha	847	586	1.064	2.226	1.476	4.002	79,61%	55,08%	38,05%	39,70%	21,16%	14,64%
Mucurici	219	149	302	783	536	1.470	72,52%	49,34%	27,97%	27,80%	14,90%	10,14%
Muniz Freire	688	443	855	1.438	838	2.397	80,47%	51,81%	47,84%	52,86%	28,70%	18,48%
Muqui	45	36	48	250	209	311	93,75%	75,00%	18,00%	17,22%	14,47%	11,58%
Nova Venécia	1.352	655	1.850	3.323	1.558	5.975	73,08%	35,41%	40,69%	42,04%	22,63%	10,96%
Pancas	726	413	862	2.027	1.143	2.972	84,22%	47,91%	35,82%	36,13%	24,43%	13,90%
Pedro Canário	930	678	1.018	2.426	1.699	3.167	91,36%	66,60%	38,33%	39,91%	29,37%	21,41%
Pinheiros	1.167	827	1.335	2.689	1.829	4.480	87,42%	61,95%	43,40%	45,22%	26,05%	18,46%
Piúma	392	204	522	802	388	1.622	75,10%	39,08%	48,88%	52,58%	24,17%	12,58%
Ponto Belo	384	329	426	1.100	904	1.537	90,14%	77,23%	34,91%	36,39%	24,98%	21,41%
Presidente Kennedy	496	365	569	1.407	1.037	1.959	87,17%	64,15%	35,25%	35,20%	25,32%	18,63%
Rio Bananal	778	401	868	1.629	755	2.409	89,63%	46,20%	47,76%	53,11%	32,30%	16,65%
Rio Novo do Sul	236	146	328	477	283	857	71,95%	44,51%	49,48%	51,59%	27,54%	17,04%
Santa Leopoldina	349	209	458	848	490	1.497	76,20%	45,63%	41,16%	42,65%	23,31%	13,96%
Santa Maria de Jetibá	749	351	1.116	1.519	699	3.389	67,11%	31,45%	49,31%	50,21%	22,10%	10,36%
Santa Teresa	524	294	730	1.200	663	2.212	71,78%	40,27%	43,67%	44,34%	23,69%	13,29%

Continua

## Anexo 2 - Família inscritas no CadÚnico, por situação de pobreza ou extrema pobreza, se possuem crianças na primeira infância, Espírito Santo e municípios, dados absolutos e relativos - 2015

Município	Conclusão											
	Famílias pobres com crianças na primeira infância	Famílias extremamente pobres com crianças na primeira infância	Famílias com crianças na primeira infância	Total de famílias pobres	Total de famílias extremamente pobres	Total de famílias	Percentual de famílias pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias extremamente pobres entre as famílias com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias com crianças até na primeira infância entre as famílias pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias com crianças na primeira infância entre as famílias inscritas no CadÚnico	Percentual de famílias pobres e com crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico (em relação ao total de famílias inscritas no CadÚnico)	
São Domingos do Norte	260	178	341	677	444	1.321	76,25%	52,20%	38,40%	40,09%	19,68%	13,47%
São Gabriel da Palha	634	254	1.017	1.285	496	3.272	62,34%	24,98%	49,34%	51,21%	19,38%	7,76%
São José do Calçado	397	270	468	1.006	668	1.530	84,83%	57,69%	39,46%	40,42%	25,95%	17,65%
São Mateus	2.754	1.565	3.497	6.881	3.652	11.480	78,75%	44,75%	40,02%	42,85%	23,99%	13,63%
São Roque do Canaã	168	69	281	386	115	992	59,79%	24,56%	43,52%	60,00%	16,94%	6,96%
Serra	12.115	8.984	13.978	24.811	17.667	35.690	86,67%	64,27%	48,83%	50,85%	33,95%	25,17%
Sooretama	1.142	708	1.306	2.370	1.452	3.480	87,44%	54,21%	48,19%	48,76%	32,82%	20,34%
Vargem Alta	465	203	607	977	416	1.695	76,61%	33,44%	47,59%	48,80%	27,43%	11,98%
Venda Nova do Imigrante	549	160	897	1.340	352	3.782	61,20%	17,84%	40,97%	45,45%	14,52%	4,23%
Viana	2.161	1.599	2.507	4.312	2.992	6.465	86,20%	63,78%	50,12%	53,44%	33,43%	24,73%
Vila Pavão	302	162	460	778	366	1.598	65,65%	35,22%	38,82%	44,26%	18,90%	10,14%
Vila Valério	372	169	491	954	397	1.802	75,76%	34,42%	38,99%	42,57%	20,64%	9,38%
Vila Velha	8.025	5.078	10.046	16.759	10.199	28.236	79,88%	50,55%	47,88%	49,79%	28,42%	17,98%
Vitória	251	170	279	642	440	838	89,96%	60,93%	39,10%	38,64%	29,95%	20,29%
Espírito Santo	88.049	55.677	110.957	194.174	118.029	324.621	79,35%	50,18%	45,35%	47,17%	27,12%	17,15%

Fonte: CadÚnico 08 - 2015. Elaboração: Coordenação de Estudos Sociais - CES/IJSN

Linhas de pobreza (setembro de 2015) área urbana = R\$ 230,61/ área rural = R\$ 196,82

Linhas de extrema pobreza (setembro de 2015) área urbana = R\$ 115,31/ área rural = R\$ 98,41

**Anexo 3 - Crianças inscritas no CadÚnico, por situação de pobreza e extrema pobreza e se beneficiárias do Programa Bolsa Família, Espírito Santo e municípios, dados absolutos e relativos, 2015**

Município	Crianças na primeira infância pobres inscritas no CadÚnico	Crianças na primeira infância extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de crianças na primeira infância pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de crianças na primeira infância extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Total de crianças na primeira infância beneficiárias do PBF	Percentual de crianças na primeira infância beneficiárias do PBF
Afonso Cláudio	1.397	1.047	1.599	87,37%	65,48%	1.501	93,87%
Águia Branca	398	290	526	75,67%	55,13%	411	78,14%
Água Doce do Norte	812	742	862	94,20%	86,08%	615	71,35%
Alegre	1.191	737	1.377	86,49%	53,52%	1.180	85,69%
Alfredo Chaves	358	176	466	76,82%	37,77%	348	74,68%
Alto Rio Novo	565	385	597	94,64%	64,49%	445	74,54%
Anchieta	766	461	1.039	73,72%	44,37%	771	74,21%
Apiacá	404	293	453	89,18%	64,68%	370	81,68%
Aracruz	3.138	1.796	4.479	70,06%	40,10%	2.701	60,30%
Atílio Vivacqua	318	159	447	71,14%	35,57%	297	66,44%
Baixo Guandu	1.373	746	1.774	77,40%	42,05%	1.350	76,10%
Barra de São Francisco	1.761	1.141	2.142	82,21%	53,27%	1.792	83,66%
Boa Esperança	767	546	893	85,89%	61,14%	681	76,26%
Bom Jesus do Norte	350	237	426	82,16%	55,63%	354	83,10%
Brejetuba	644	313	703	91,61%	44,52%	624	88,76%
Cachoeiro de Itapemirim	4.221	2.558	5.448	77,48%	46,95%	4.335	79,57%
Cariacica	14.073	10.399	16.106	87,38%	64,57%	13.863	86,07%
Castelo	683	228	1.116	61,20%	20,43%	778	69,71%
Colatina	3.301	1.580	4.747	69,54%	33,28%	3.281	69,12%
Conceição da Barra	1.326	811	1.704	77,82%	47,59%	1.354	79,46%
Conceição do Castelo	536	365	643	83,36%	56,77%	537	83,51%
Divino de São Lourenço	260	145	299	86,96%	48,49%	255	85,28%
Domingos Martins	794	330	1.228	64,66%	26,87%	817	66,53%
Dores do Rio Preto	315	215	354	88,98%	60,73%	328	92,66%
Ecoporanga	1.045	755	1.242	84,14%	60,79%	980	78,90%
Fundão	700	460	816	85,78%	56,37%	659	80,76%
Governador Lindenberg	8	3	9	88,89%	33,33%	8	88,89%
Guaçuí	1.571	1.017	1.717	91,50%	59,23%	1.391	81,01%
Guarapari	3.190	1.871	4.189	76,15%	44,66%	2.744	65,50%

Continua

**Anexo 3 - Crianças inscritas no CadÚnico, por situação de pobreza e extrema pobreza e se beneficiárias do Programa Bolsa Família, Espírito Santo e municípios, dados absolutos e relativos, 2015**

Continuação

Município	Crianças na primeira infância pobres inscritas no CadÚnico	Crianças na primeira infância extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de crianças na primeira infância pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de crianças na primeira infância extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Total de crianças na primeira infância beneficiárias do PBF	Percentual de crianças na primeira infância beneficiárias do PBF
Ibatiba	998	500	1.277	78,15%	39,15%	1.063	83,24%
Ibiraçu	404	165	597	67,67%	27,64%	386	64,66%
Ibitirama	660	400	720	91,67%	55,56%	700	97,22%
Iconha	236	113	303	77,89%	37,29%	222	73,27%
Irupi	850	723	928	91,59%	77,91%	709	76,40%
Itaguaçu	613	421	751	81,62%	56,06%	500	66,58%
Itapemirim	1.380	718	1.878	73,48%	38,23%	1.604	85,41%
Itarana	8	4	11	72,73%	36,36%	9	81,82%
Lúna	1.299	572	1.729	75,13%	33,08%	1.313	75,94%
Jaguaré	1.558	1.060	1.845	84,44%	57,45%	1.442	78,16%
Jerônimo Monteiro	503	348	620	81,13%	56,13%	468	75,48%
João Neiva	368	173	560	65,71%	30,89%	332	59,29%
Laranja da Terra	343	191	423	81,09%	45,15%	368	87,00%
Linhares	5.603	3.466	6.943	80,70%	49,92%	5.561	80,10%
Mantenópolis	925	772	990	93,43%	77,98%	790	79,80%
Marataízes	1.338	763	1.544	86,66%	49,42%	1.412	91,45%
Marechal Floriano	445	217	625	71,20%	34,72%	413	66,08%
Marilândia	364	119	593	61,38%	20,07%	363	61,21%
Mimoso do Sul	1.256	900	1.434	87,59%	62,76%	1.073	74,83%
Montanha	1.131	792	1.378	82,08%	57,47%	768	55,73%
Mucurici	272	192	360	75,56%	53,33%	257	71,39%
Muniz Freire	854	571	1.040	82,12%	54,90%	861	82,79%
Muqui	52	43	55	94,55%	78,18%	51	92,73%
Nova Venécia	1.674	848	2.210	75,75%	38,37%	1.579	71,45%
Pancas	899	530	1.056	85,13%	50,19%	897	84,94%
Pedro Canário	1.238	926	1.335	92,73%	69,36%	1.134	84,94%
Pinheiros	1.494	1.072	1.677	89,09%	63,92%	1.154	68,81%
Piúma	551	299	698	78,94%	42,84%	487	69,77%
Ponto Belo	499	427	544	91,73%	78,49%	444	81,62%

Continua

**Anexo 3 - Crianças inscritas no CadÚnico, por situação de pobreza e extrema pobreza e se beneficiárias do Programa Bolsa Família, Espírito Santo e municípios, dados absolutos e relativos, 2015**

Conclusão

Município	Crianças na primeira infância pobres inscritas no CadÚnico	Crianças na primeira infância extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Crianças na primeira infância inscritas no CadÚnico	Percentual de crianças na primeira infância pobres inscritas no CadÚnico	Percentual de crianças na primeira infância extremamente pobres inscritas no CadÚnico	Total de crianças na primeira infância beneficiárias do PBF	Percentual de crianças na primeira infância beneficiárias do PBF
Presidente Kennedy	633	476	715	88,53%	66,57%	535	74,83%
Rio Bananal	979	539	1.075	91,07%	50,14%	878	81,67%
Rio Novo do Sul	340	218	447	76,06%	48,77%	375	83,89%
Santa Leopoldina	517	329	654	79,05%	50,31%	573	87,61%
Santa Maria de Jetibá	938	465	1.347	69,64%	34,52%	921	68,37%
Santa Teresa	691	392	938	73,67%	41,79%	635	67,70%
São Domingos do Norte	352	250	446	78,92%	56,05%	340	76,23%
São Gabriel da Palha	851	355	1.270	67,01%	27,95%	769	60,55%
São José do Calçado	526	360	610	86,23%	59,02%	492	80,66%
São Mateus	3.608	2.111	4.414	81,74%	47,83%	3.737	84,66%
São Roque do Canaã	237	107	358	66,20%	29,89%	234	65,36%
Serra	16.110	12.094	18.239	88,33%	66,31%	15.050	82,52%
Sooretama	1.620	1.033	1.816	89,21%	56,88%	1.486	81,83%
Vargem Alta	618	271	784	78,83%	34,57%	630	80,36%
Venda Nova do Imigrante	752	230	1.141	65,91%	20,16%	639	56,00%
Viana	2.901	2.182	3.301	87,88%	66,10%	2.800	84,82%
Vila Pavão	356	200	524	67,94%	38,17%	392	74,81%
Vila Valério	466	220	598	77,93%	36,79%	511	85,45%
Vila Velha	10.801	6.998	13.081	82,57%	53,50%	10.541	80,58%
Vitória	343	242	372	92,20%	65,05%	314	84,41%
Espírito Santo	117.719	76.203	143.655	81,95%	53,05%	112.982	78,65%

Fonte: CadÚnico 08 - 2015. Elaboração: Coordenação de Estudos Sociais - CES/IJSN

Linhas de pobreza (setembro de 2015) área urbana = R\$ 230,61/ área rural = R\$ 196,82

Linhas de extrema pobreza (setembro de 2015) área urbana = R\$ 115,31/ área rural = R\$ 98,41

**Anexo 4 - Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com crianças na primeira infância, por local do domicílio (urbano x rural) e municípios, Espírito Santo - 2015**

Município	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (urbano)	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (rural)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (urbano)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (rural)	Total
Afonso Cláudio	1.128	436	692	38,65	61,35	100,00
Água Branca	338	93	245	27,51	72,49	100,00
Água Doce do Norte	476	325	151	68,28	31,72	100,00
Alegre	932	669	263	71,78	28,22	100,00
Alfredo Chaves	273	121	152	44,32	55,68	100,00
Alto Rio Novo	336	178	158	52,98	47,02	100,00
Anchieta	590	437	153	74,07	25,93	100,00
Apiacá	288	189	99	65,63	34,38	100,00
Aracruz	1.977	1.655	322	83,71	16,29	100,00
Atílio Vivacqua	204	137	67	67,16	32,84	100,00
Baixo Guandu	1.026	751	275	73,20	26,80	100,00
Barra de São Francisco	1.359	819	540	60,26	39,74	100,00
Boa Esperança	510	357	153	70,00	30,00	100,00
Bom Jesus do Norte	268	250	18	93,28	6,72	100,00
Brejetuba	457	71	386	15,54	84,46	100,00
Cachoeiro de Itapemirim	3.163	2.620	543	82,83	17,17	100,00
Cariacica	9.736	9.557	179	98,16	1,84	100,00
Castelo	564	306	258	54,26	45,74	100,00
Colatina	2.494	2.170	323	87,01	12,95	99,96
Conceição da Barra	937	775	162	82,71	17,29	100,00
Conceição do Castelo	391	181	210	46,29	53,71	100,00
Divino de São Lourenço	195	46	149	23,59	76,41	100,00
Domingos Martins	664	93	571	14,01	85,99	100,00
Dores do Rio Preto	232	110	122	47,41	52,59	100,00
Ecoporanga	794	478	316	60,20	39,80	100,00
Fundão	499	409	90	81,96	18,04	100,00
Governador Lindenberg	7	3	4	42,86	57,14	100,00
Guaçuí	981	712	268	72,58	27,32	99,90
Guarapari	2.042	1.863	179	91,23	8,77	100,00
Ibatiba	851	475	376	55,82	44,18	100,00

Continua

**Anexo 4 - Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com crianças na primeira infância, por local do domicílio (urbano x rural) e municípios, Espírito Santo - 2015**

Continuação

Município	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (urbano)	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (rural)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (urbano)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (rural)	Total
Ibiraçu	275	229	46	83,27	16,73	100,00
Ibitirama	545	183	362	33,58	66,42	100,00
Iconha	167	89	78	53,29	46,71	100,00
Irupi	580	152	428	26,21	73,79	100,00
Itaguaçu	407	191	216	46,93	53,07	100,00
Itapemirim	1.236	751	485	60,76	39,24	100,00
Itarana	9	6	3	66,67	33,33	100,00
Lúna	1.032	484	548	46,90	53,10	100,00
Jaguaré	1.089	637	452	58,49	41,51	100,00
Jerônimo Monteiro	367	266	101	72,48	27,52	100,00
João Neiva	250	213	37	85,20	14,80	100,00
Laranja da Terra	271	86	185	31,73	68,27	100,00
Linhares	4.121	3.321	800	80,59	19,41	100,00
Mantenópolis	607	358	249	58,98	41,02	100,00
Marataízes	1.041	630	411	60,52	39,48	100,00
Marechal Floriano	285	154	131	54,04	45,96	100,00
Marilândia	270	102	168	37,78	62,22	100,00
Mimoso do Sul	842	442	400	52,49	47,51	100,00
Montanha	573	431	142	75,22	24,78	100,00
Mucurici	210	159	51	75,71	24,29	100,00
Muniz Freire	693	265	428	38,24	61,76	100,00
Muqui	45	31	14	68,89	31,11	100,00
Nova Venécia	1.295	855	440	66,02	33,98	100,00
Pancas	723	332	391	45,92	54,08	100,00
Pedro Canário	864	792	72	91,67	8,33	100,00
Pinheiros	894	723	171	80,87	19,13	100,00
Piúma	345	324	21	93,91	6,09	100,00
Ponto Belo	341	278	63	81,52	18,48	100,00
Presidente Kennedy	415	82	333	19,76	80,24	100,00
Rio Bananal	690	261	429	37,83	62,17	100,00
Rio Novo do Sul	262	169	93	64,50	35,50	100,00

Continua

**Anexo 4 - Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com crianças na primeira infância, por local do domicílio (urbano x rural) e municípios, Espírito Santo - 2015**

Conclusão

Município	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (urbano)	Total de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (rural)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (urbano)	Proporção de famílias beneficiárias do PBF com crianças na primeira infância (rural)	Total
Santa Leopoldina	391	68	323	17,39	82,61	100,00
Santa Maria de Jetibá	735	204	531	27,76	72,24	100,00
Santa Teresa	481	197	284	40,96	59,04	100,00
São Domingos do Norte	253	73	180	28,85	71,15	100,00
São Gabriel da Palha	573	408	165	71,20	28,80	100,00
São José do Calçado	361	271	90	75,07	24,93	100,00
São Mateus	2.861	2.162	699	75,57	24,43	100,00
São Roque do Canaã	168	58	110	34,52	65,48	100,00
Serra	11.255	11.185	69	99,38	0,61	99,99
Sooretama	1.036	825	211	79,63	20,37	100,00
Vargem Alta	478	80	398	16,74	83,26	100,00
Venda Nova do Imigrante	460	219	241	47,61	52,39	100,00
Viana	2.082	1.939	143	93,13	6,87	100,00
Vila Pavão	337	100	237	29,67	70,33	100,00
Vila Valério	411	149	261	36,25	63,50	99,76
Vila Velha	7.775	7.729	46	99,41	0,59	100,00
Vitória	229	229	0	100,00	0,00	100,00
Espírito Santo	84.342	65.178	19.160	77,28	22,72	100,00

Fonte: CadÚncio 08 - 2015. Elaboração: Coordenação de Estudos Sociais - CES/IJSN

Obs : A diferença entre o nº de pessoas do total desagregado, urbano e Rural , para o total se deve a erros no campo cod\_local\_domic\_fam.

**Anexo 5 - Mães inscritas no CadÚnico, com filhos na primeira infância, por situação de trabalho, Espírito Santo - 2015**

Municípios	Trabalhavam	Não trabalhavam	Total	Percentual que trabalhavam	Percentual que não trabalhavam	Total
Afonso Cláudio	459	867	1.326	34,62%	65,38%	100,00%
Água Branca	78	271	349	22,35%	77,65%	100,00%
Água Doce do Norte	364	178	542	67,16%	32,84%	100,00%
Alegre	260	777	1.037	25,07%	74,93%	100,00%
Alfredo Chaves	103	281	384	26,82%	73,18%	100,00%
Alto Rio Novo	48	322	370	12,97%	87,03%	100,00%
Anchieta	205	574	779	26,32%	73,68%	100,00%
Apiacá	60	262	322	18,63%	81,37%	100,00%
Aracruz	1.033	2.397	3.430	30,12%	69,88%	100,00%
Atílio Vivacqua	71	258	329	21,58%	78,42%	100,00%
Baixo Guandu	417	1.115	1.532	27,22%	72,78%	100,00%
Barra de São Francisco	457	1.114	1.571	29,09%	70,91%	100,00%
Boa Esperança	196	478	674	29,08%	70,92%	100,00%
Bom Jesus do Norte	125	182	307	40,72%	59,28%	100,00%
Brejetuba	254	245	499	50,90%	49,10%	100,00%
Cachoeiro de Itapemirim	1.508	2.676	4.184	36,04%	63,96%	100,00%
Cariacica	4.068	7.925	11.993	33,92%	66,08%	100,00%
Castelo	372	567	939	39,62%	60,38%	100,00%
Colatina	1.533	2.233	3.766	40,71%	59,29%	100,00%
Conceição da Barra	294	1.026	1.320	22,27%	77,73%	100,00%
Conceição do Castelo	109	391	500	21,80%	78,20%	100,00%
Divino de São Lourenço	18	213	231	7,79%	92,21%	100,00%
Domingos Martins	432	402	834	51,80%	48,20%	100,00%
Dores do Rio Preto	29	217	246	11,79%	88,21%	100,00%
Ecoporanga	215	672	887	24,24%	75,76%	100,00%
Fundão	198	396	594	33,33%	66,67%	100,00%
Governador Lindenberg	0	7	7	0,00%	100,00%	100,00%
Guaçuí	282	902	1.184	23,82%	76,18%	100,00%
Guarapari	1.490	1.855	3.345	44,54%	55,46%	100,00%
Ibatiba	266	663	929	28,63%	71,37%	100,00%
Ibiraçu	142	358	500	28,40%	71,60%	100,00%
Ibitirama	72	502	574	12,54%	87,46%	100,00%
Iconha	40	148	188	21,28%	78,72%	100,00%
Irupi	145	543	688	21,08%	78,92%	100,00%

Continua

**Anexo 5 - Mães inscritas no CadÚnico, com filhos na primeira infância, por situação de trabalho, Espírito Santo - 2015**

Continuação

Municípios	Trabalhavam	Não trabalhavam	Total	Percentual que trabalhavam	Percentual que não trabalhavam	Total
Itaguaçu	71	435	506	14,03%	85,97%	100,00%
Itapemirim	403	894	1.297	31,07%	68,93%	100,00%
Itarana	3	6	9	33,33%	66,67%	100,00%
Lúna	338	939	1.277	26,47%	73,53%	100,00%
Jaguaré	380	1.130	1.510	25,17%	74,83%	100,00%
Jerônimo Monteiro	116	308	424	27,36%	72,64%	100,00%
João Neiva	103	362	465	22,15%	77,85%	100,00%
Laranja da Terra	126	118	244	51,64%	48,36%	100,00%
Linhares	1.960	3.306	5.266	37,22%	62,78%	100,00%
Mantenópolis	138	531	669	20,63%	79,37%	100,00%
Marataízes	237	839	1.076	22,03%	77,97%	100,00%
Marechal Floriano	98	339	437	22,43%	77,57%	100,00%
Marilândia	116	314	430	26,98%	73,02%	100,00%
Mimoso do Sul	173	737	910	19,01%	80,99%	100,00%
Montanha	251	748	999	25,13%	74,87%	100,00%
Mucurici	58	221	279	20,79%	79,21%	100,00%
Muniz Freire	258	577	835	30,90%	69,10%	100,00%
Muqui	4	24	28	14,29%	85,71%	100,00%
Nova Venécia	528	1.167	1.695	31,15%	68,85%	100,00%
Pancas	113	633	746	15,15%	84,85%	100,00%
Pedro Canário	175	857	1.032	16,96%	83,04%	100,00%
Pinheiros	145	1.105	1.250	11,60%	88,40%	100,00%
Piúma	152	378	530	28,68%	71,32%	100,00%
Ponto Belo	28	382	410	6,83%	93,17%	100,00%
Presidente Kennedy	118	447	565	20,88%	79,12%	100,00%
Rio Bananal	154	635	789	19,52%	80,48%	100,00%
Rio Novo do Sul	62	247	309	20,06%	79,94%	100,00%
Santa Leopoldina	159	311	470	33,83%	66,17%	100,00%
Santa Maria de Jetibá	500	377	877	57,01%	42,99%	100,00%
Santa Teresa	209	481	690	30,29%	69,71%	100,00%
São Domingos do Norte	36	242	278	12,95%	87,05%	100,00%
São Gabriel da Palha	323	610	933	34,62%	65,38%	100,00%
São José do Calçado	109	324	433	25,17%	74,83%	100,00%
São Mateus	1.068	2.217	3.285	32,51%	67,49%	100,00%

Continua

**Anexo 5 - Mães inscritas no CadÚnico, com filhos na primeira infância, por situação de trabalho, Espírito Santo - 2015**

Conclusão

Municípios	Trabalhavam	Não trabalhavam	Total	Percentual que trabalhavam	Percentual que não trabalhavam	Total
São Roque do Canaã	114	160	274	41,61%	58,39%	100,00%
Serra	5.136	8.774	13.910	36,92%	63,08%	100,00%
Sooretama	440	956	1.396	31,52%	68,48%	100,00%
Vargem Alta	117	437	554	21,12%	78,88%	100,00%
Venda Nova do Imigrante	326	510	836	39,00%	61,00%	100,00%
Viana	849	1.613	2.462	34,48%	65,52%	100,00%
Vila Pavão	94	271	365	25,75%	74,25%	100,00%
Vila Valério	100	300	400	25,00%	75,00%	100,00%
Vila Velha	3.910	6.048	9.958	39,26%	60,74%	100,00%
Vitória	75	217	292	25,68%	74,32%	100,00%
Espírito Santo	35.216	72.544	107.760	32,68%	67,32%	100,00%

Fonte: CadÚnico 08 - 2015. Elaboração: Coordenação de Estudos Sociais - CES/IJSN

**INFORMAÇÕES CENSO ESCOLAR - BRASIL, SUDESTE E ESPÍRITO SANTO**

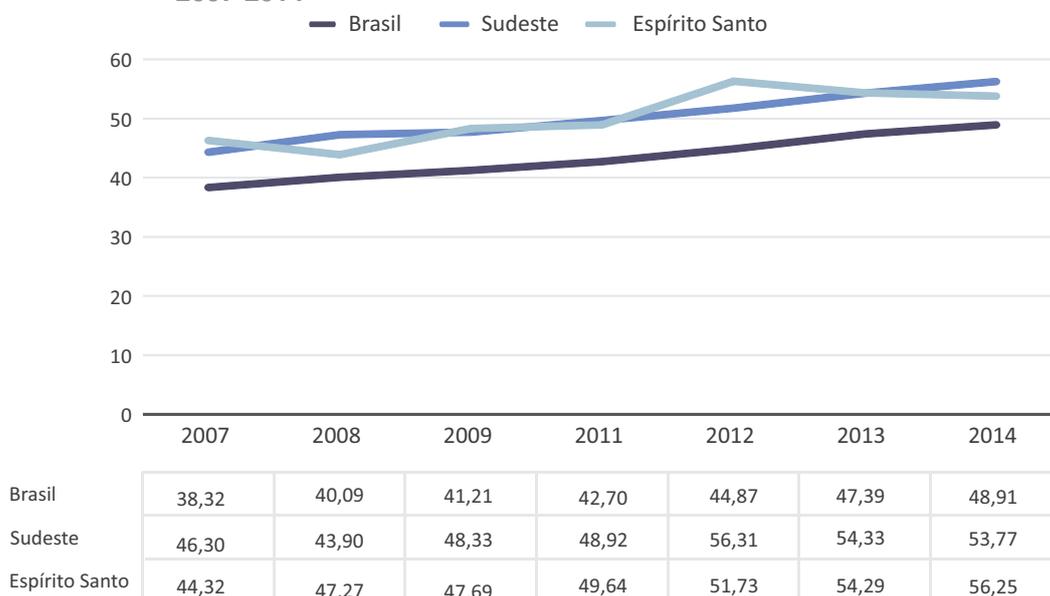
**Anexo 6 - Matrícula e taxa de matrícula na Educação Infantil - creche e pré-escola, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2007 e 2014**

	Matrículas (Números absolutos)						Taxa de matrícula (%)*					
	Brasil		Sudeste		Espírito Santo		Brasil		Sudeste		Espírito Santo	
	2007	2014	2007	2014	2007	2014	2007	2014	2007	2014	2007	2014
Creche	1.586.250	2.890.774	717.697	1.463.803	42.568	98.333	14,44	27,43	17,86	35,86	21,44	34,89
Pré-escola	4.902.912	4.959.289	2.036.989	1.991.286	67.664	96.959	82,47	90,00	92,72	96,62	92,99	86,39
Educação Infantil	6.489.162	7.850.063	2.754.686	3.455.089	140.901	164.623	38,32	48,91	44,32	56,25	46,30	53,77

Fonte: Censo Escolar / INEP 2007 e 2014. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

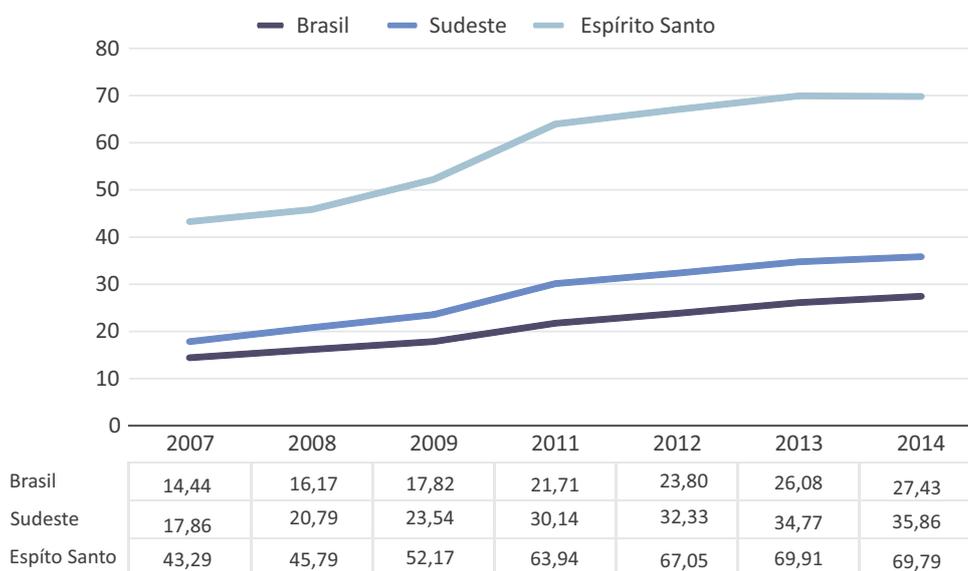
\*Taxas calculadas a partir das estimativas populacionais da Pnad 2007 e 2014 / IBGE

**Anexo 7 - Taxa de matrícula educação infantil, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2007-2014**



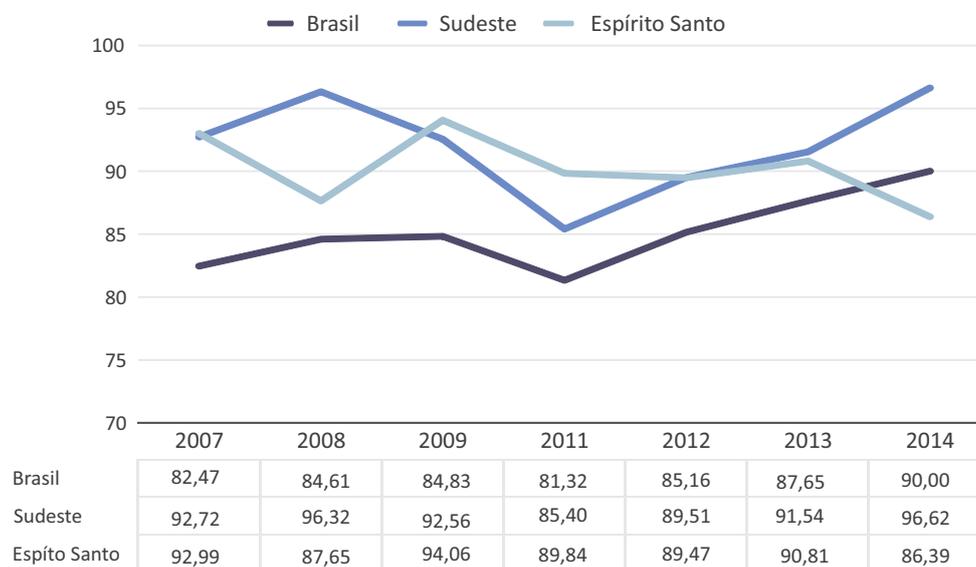
Fonte: Censo Escolar / INEP 2007 e 2014. Elaboração: IJSN / Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
 \*Taxas calculadas a partir das estimativas populacionais da Pnad 2007 e 2014 / IBGE

**Anexo 8 - Taxa de matrícula educação infantil, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2007-2014**



Fonte: Censo Escolar / INEP 2007 e 2014. Elaboração: IJSN / Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
 \*Taxas calculadas a partir das estimativas populacionais da Pnad 2007 e 2014 / IBGE

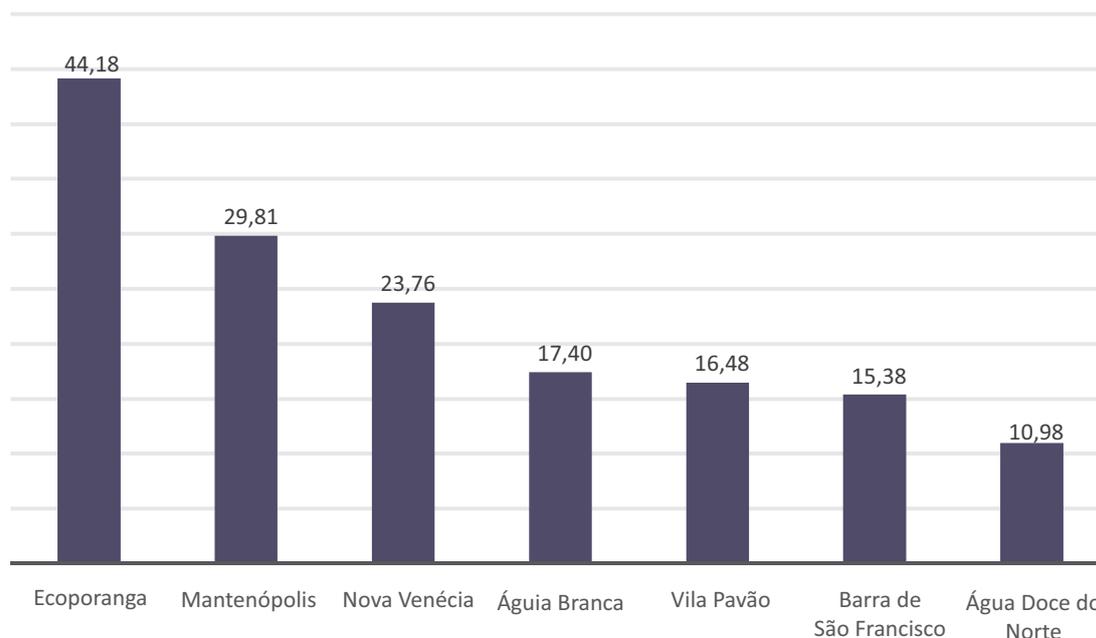
**Anexo 9 - Taxa de Matrícula pré-escola, Brasil, Sudeste e Espírito Santo - 2007-2014**



Fonte: Censo Escolar / INEP 2007 e 2014. Elaboração: IJSN / Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
 \*Taxas calculadas a partir das estimativas populacionais da Pnad 2007 e 2014 / IBGE

**Taxa<sup>1</sup> de matrícula Creche e Pré-escola, Rede Municipal - Municípios das Microrregiões do Espírito Santo**

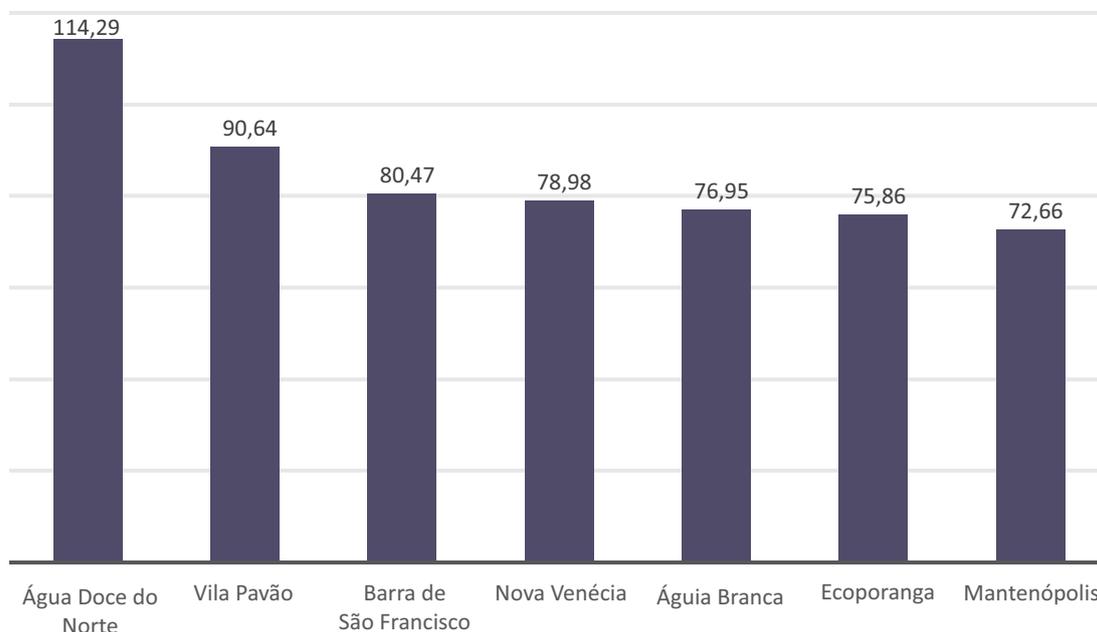
**Anexo 10 - Taxa de líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Noroeste**



Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
 Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

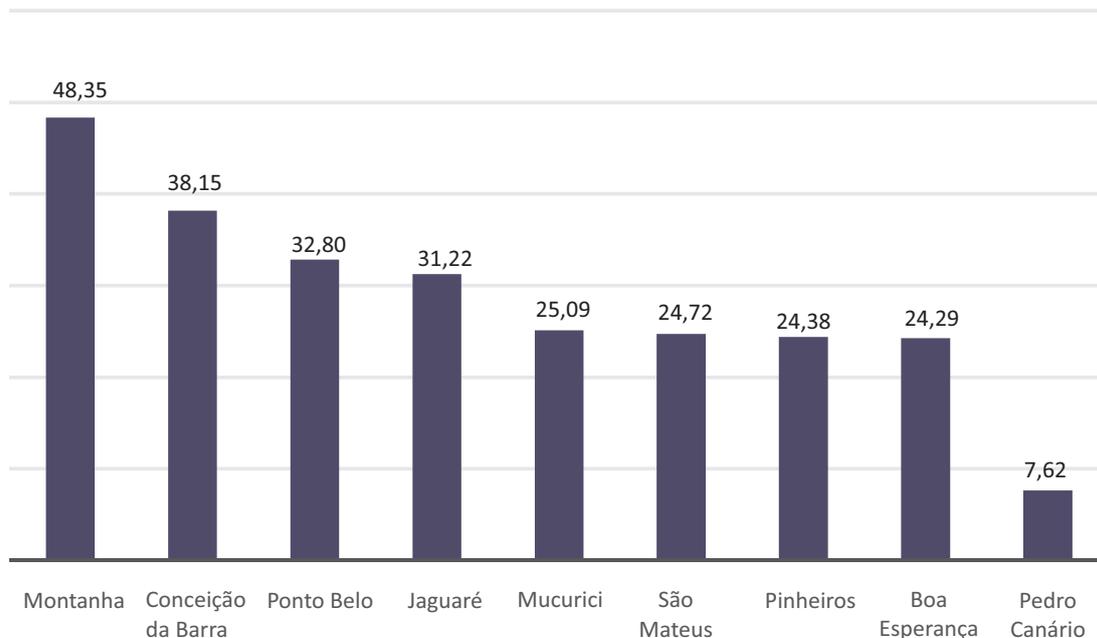
[1] As taxas de matrícula de creche e pré-escola, foram calculadas apenas até o ano de 2012, porque dependem de estimativas populacionais municipais, o que até o término deste trabalho só estavam disponíveis no DATA-SUS até este ano. Ressalte-se que os dados agregados para o estado (assim como para o Brasil e Sudeste) foram calculados com as estimativas populacionais da Pnad/IBGE, por isto são mais atualizados.

**Anexo 11 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Noroeste**



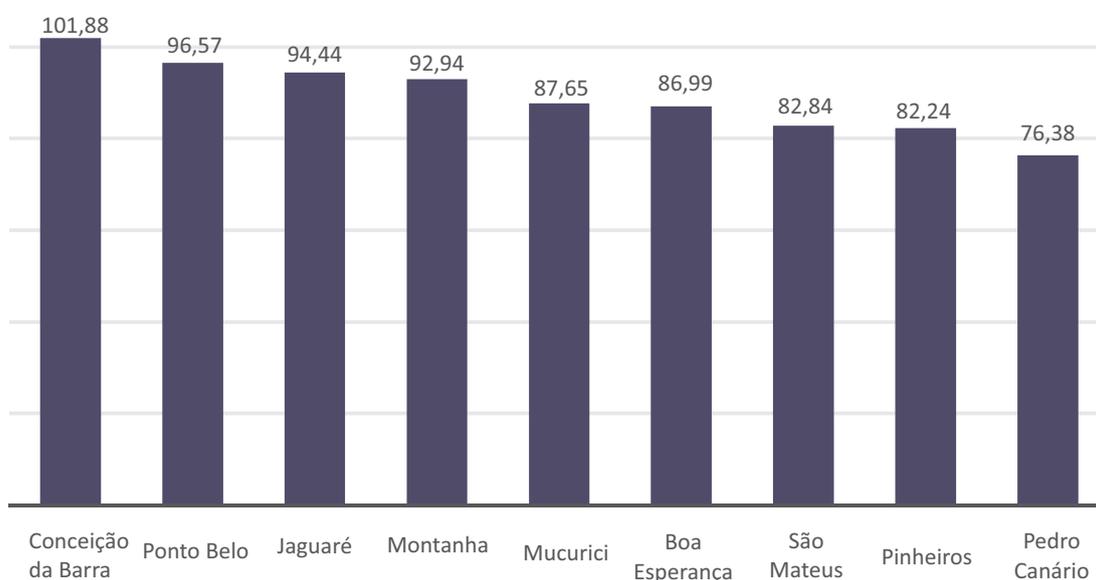
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 12 - Taxa líquida matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Nordeste**



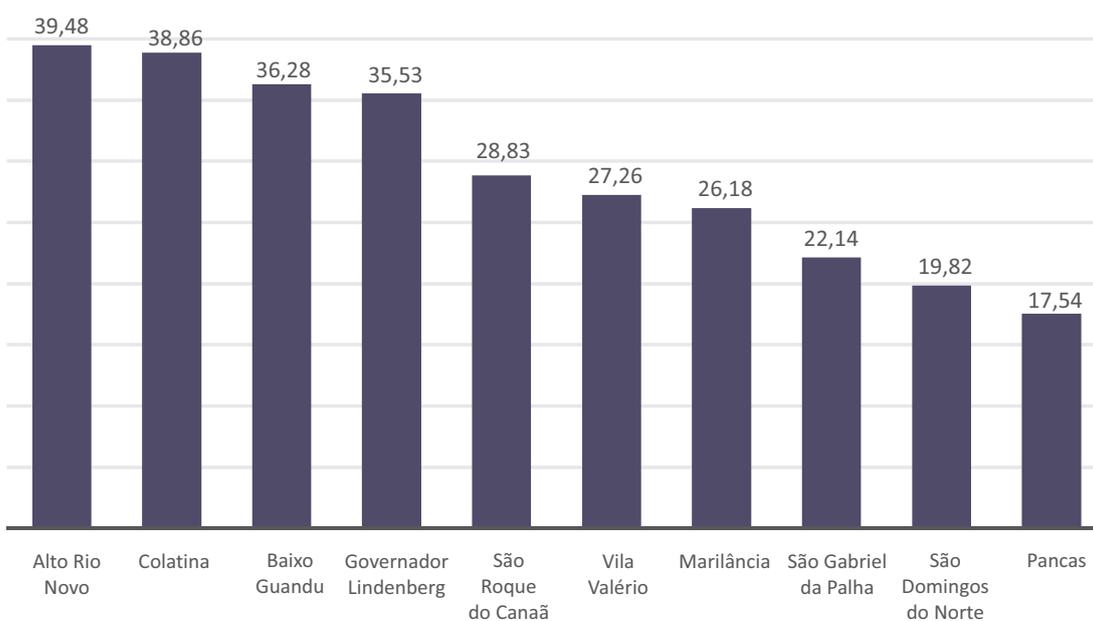
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 13 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Nordeste**



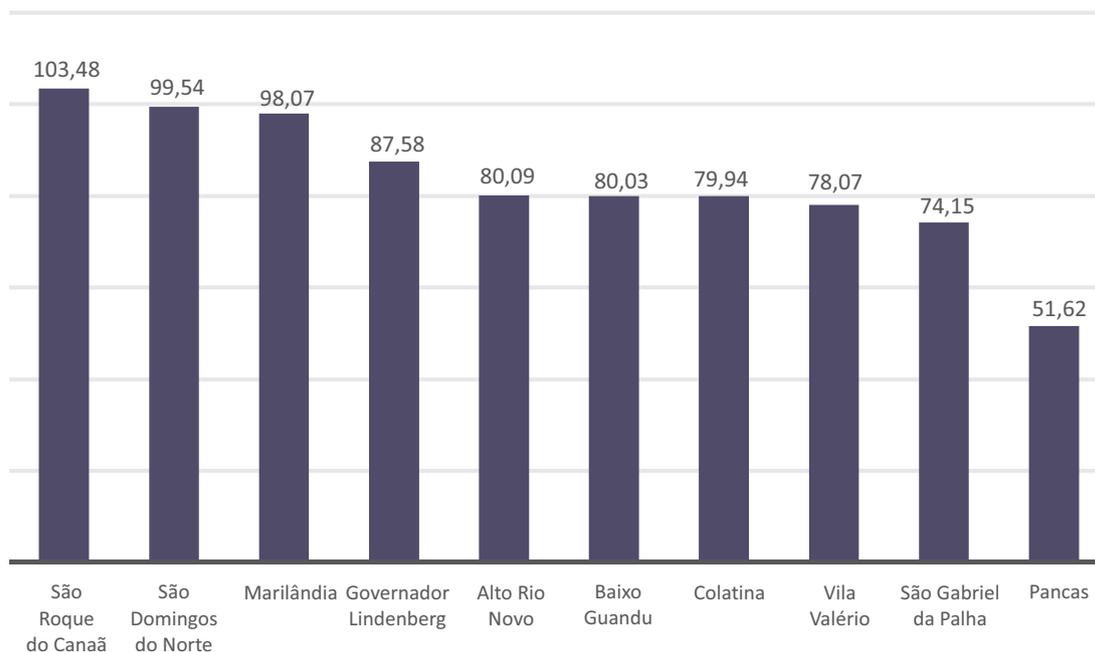
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 14 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Centro-Oeste**



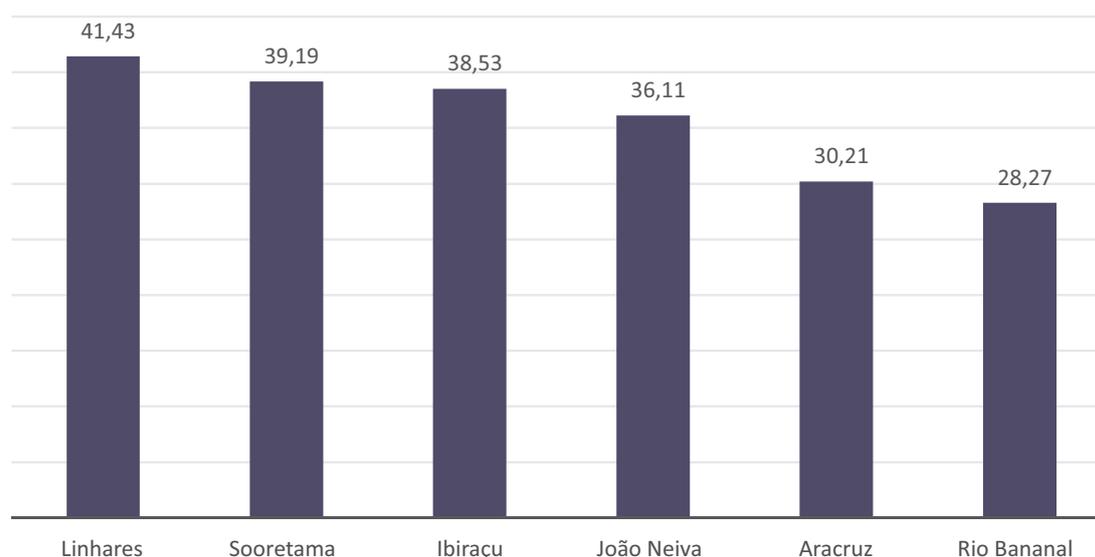
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 15 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Centro-Oeste**



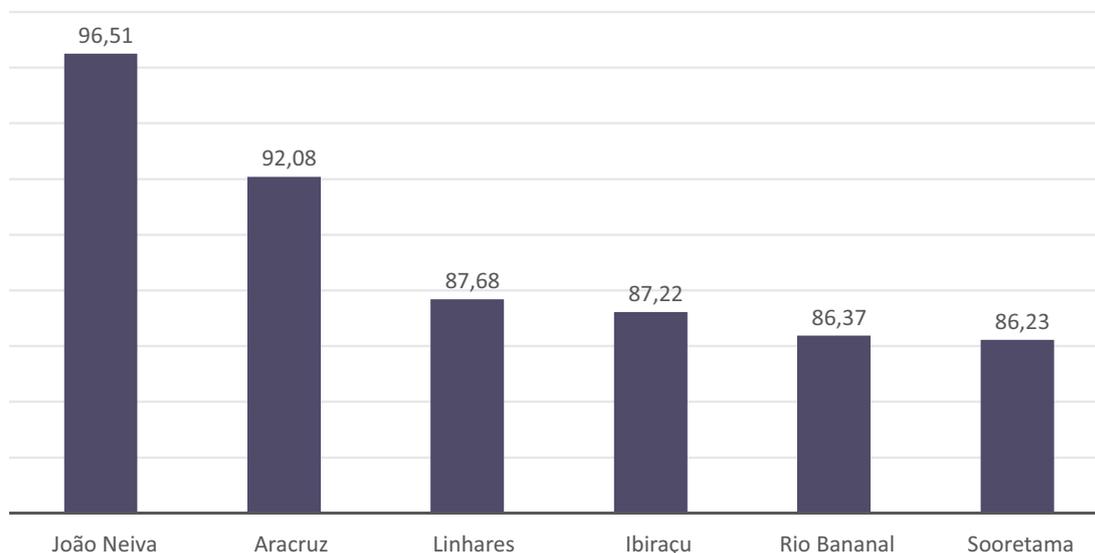
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 16 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Rio Doce**



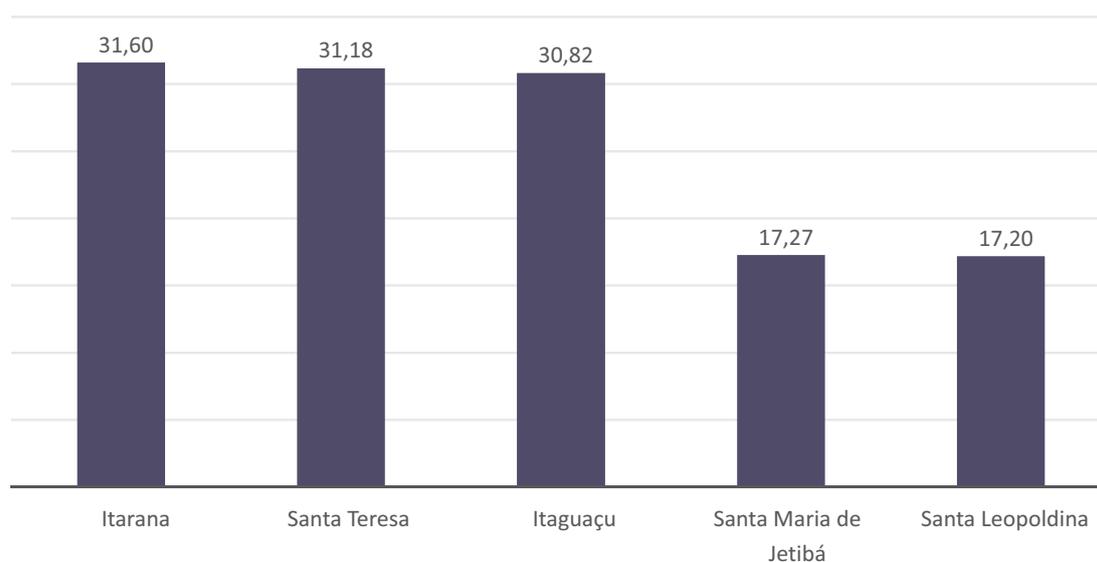
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 17 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Rio Doce**



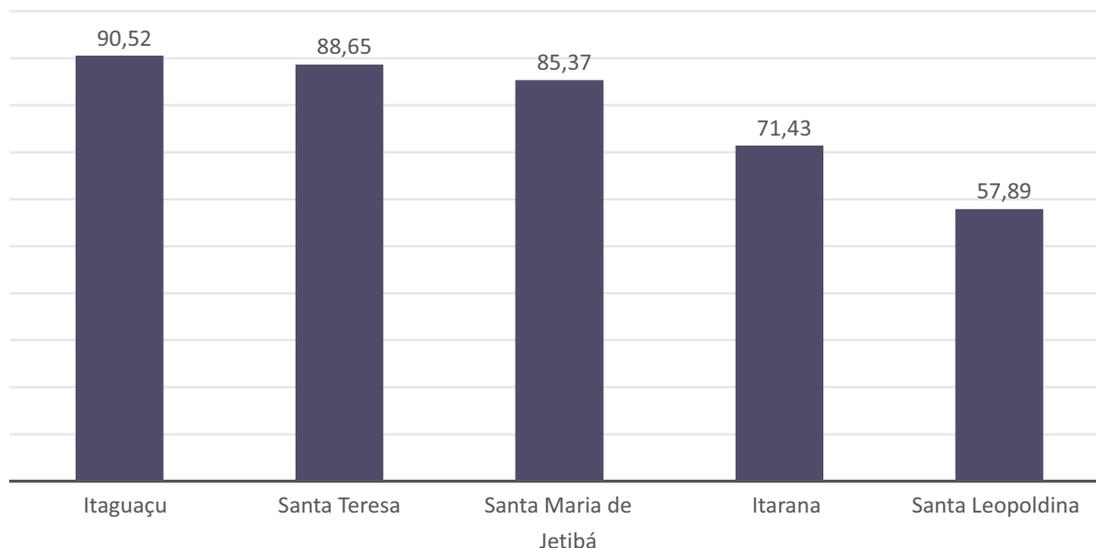
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 18 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Central Serrana**



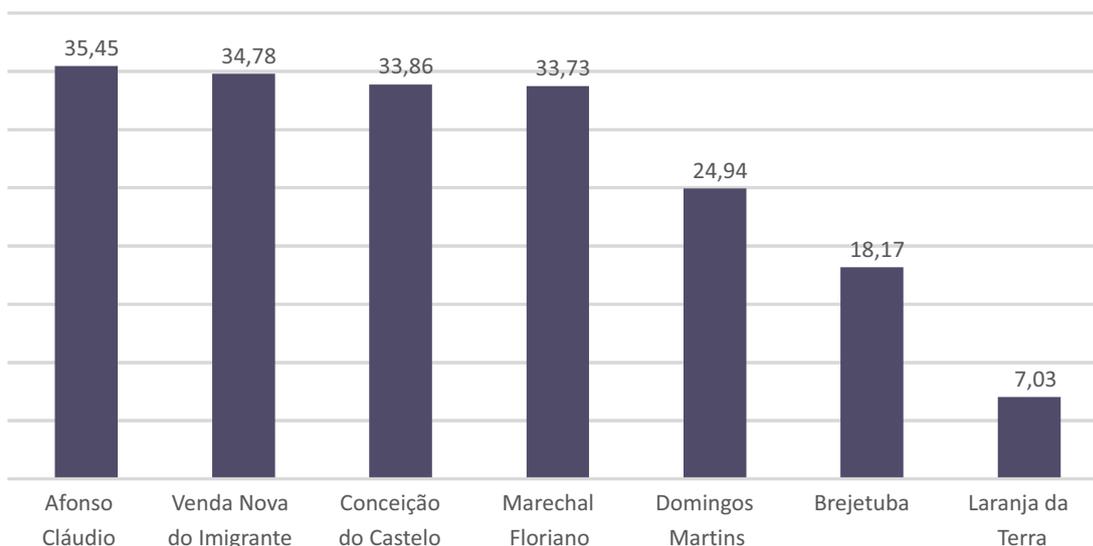
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 19 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Central Serrana**



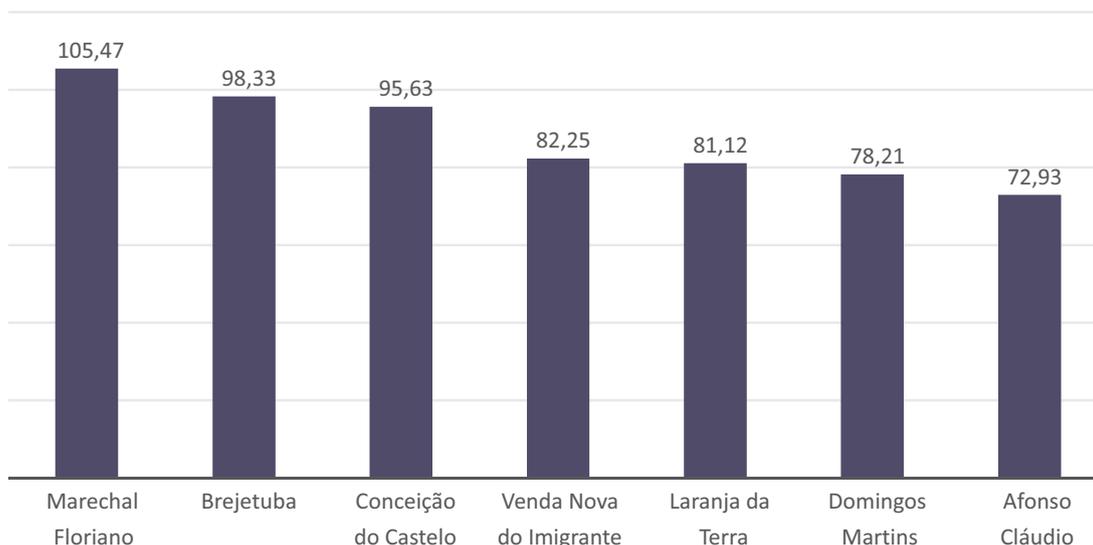
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 20 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Sudoeste Serrana**



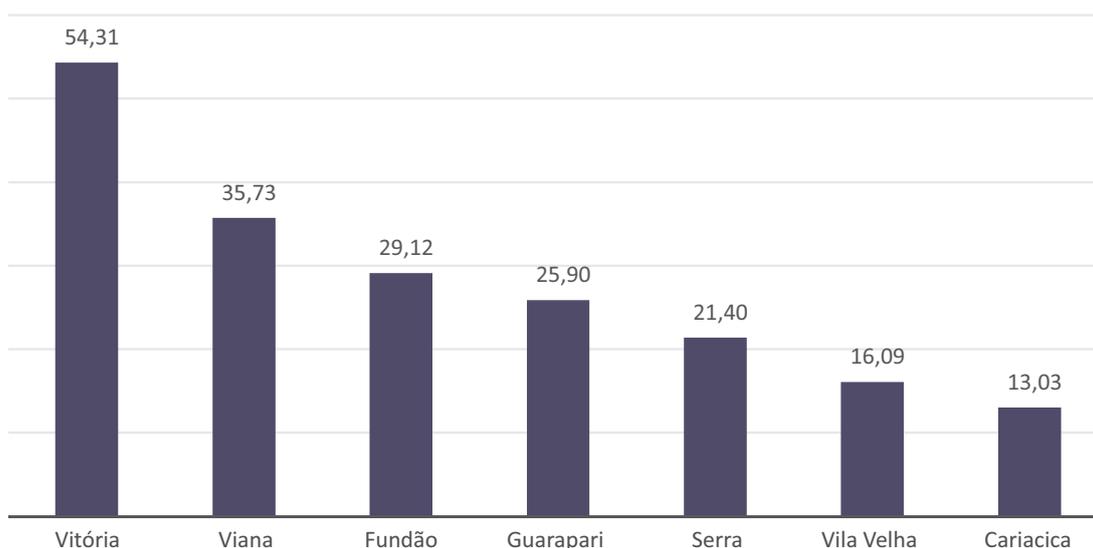
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 21 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Sudoeste Serrana**



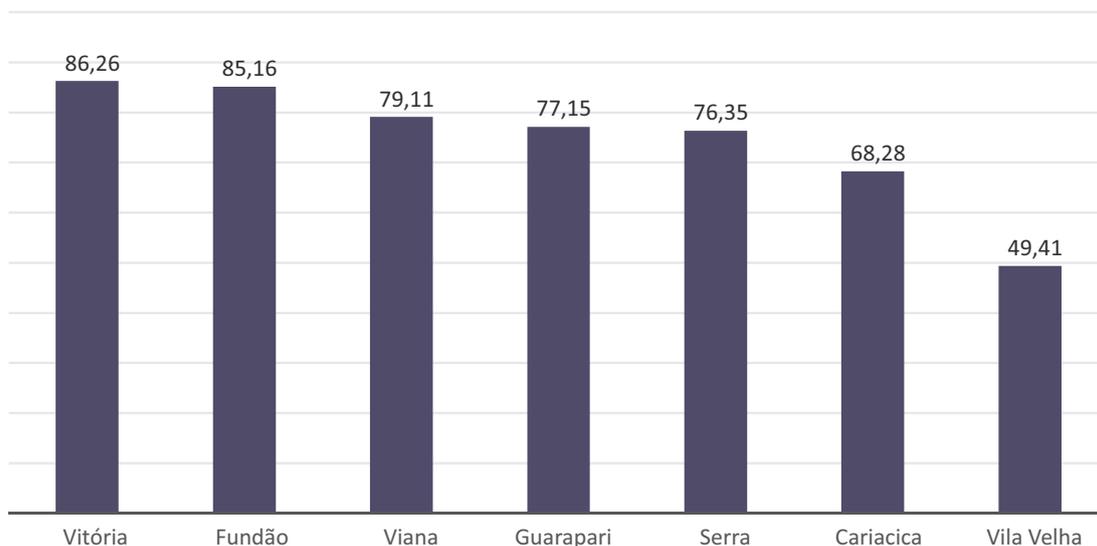
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 22 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Metropolitana**



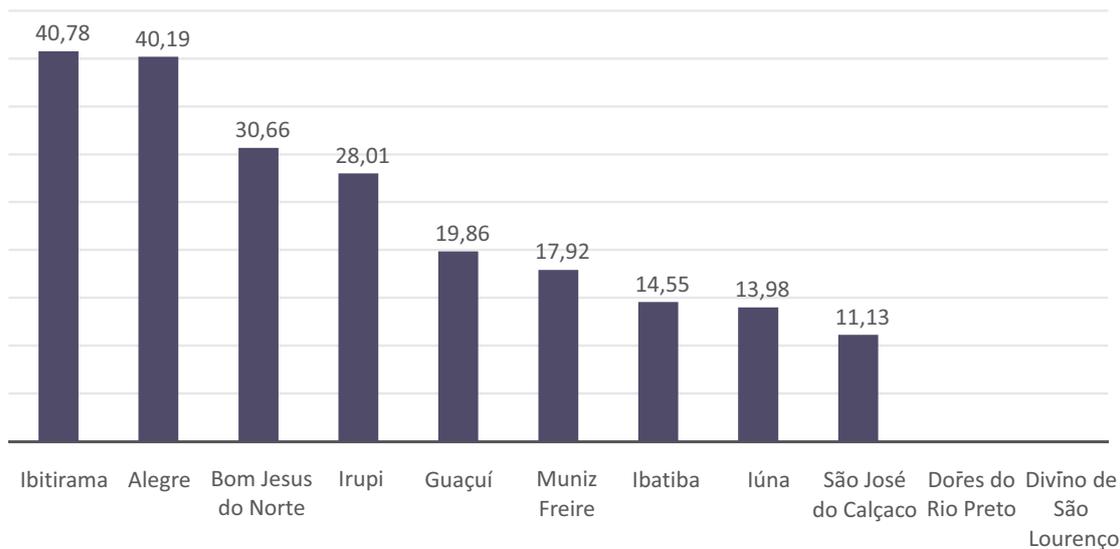
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 23 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Metropolitana**



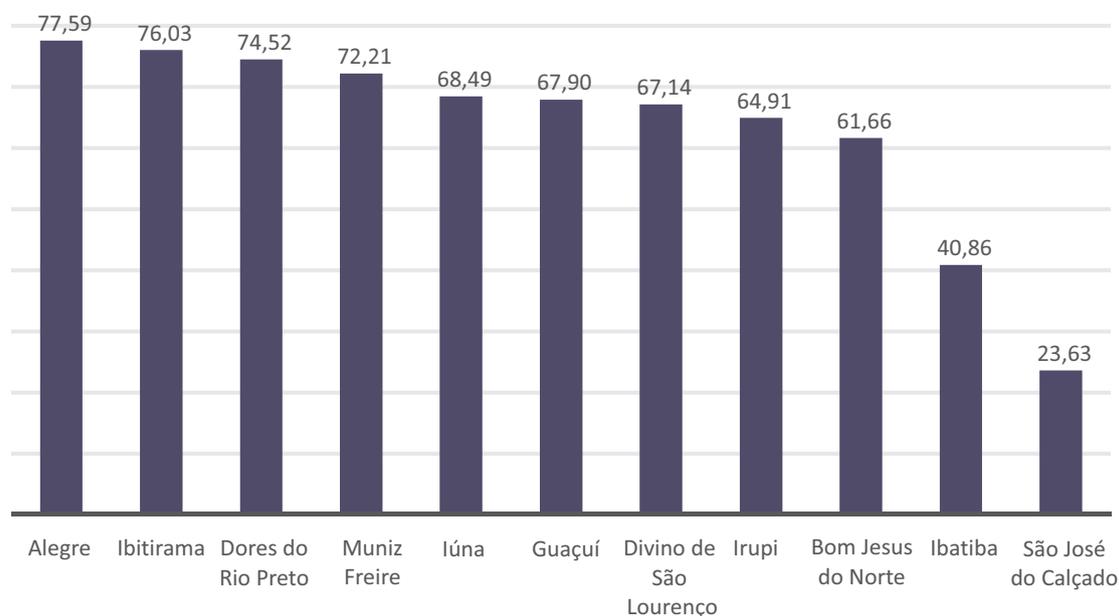
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 24 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Caparaó**



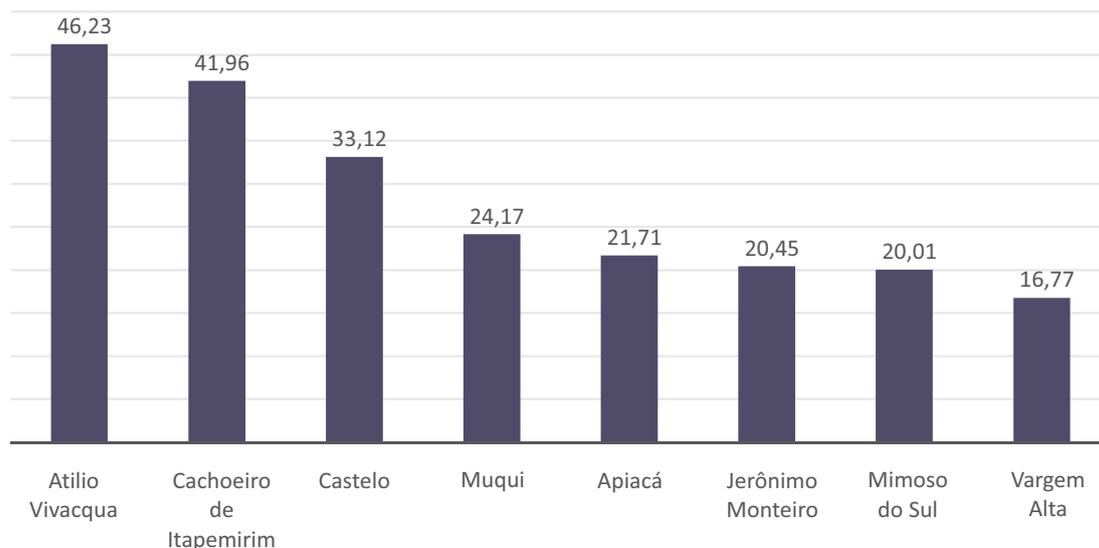
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 25 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Caparaó**



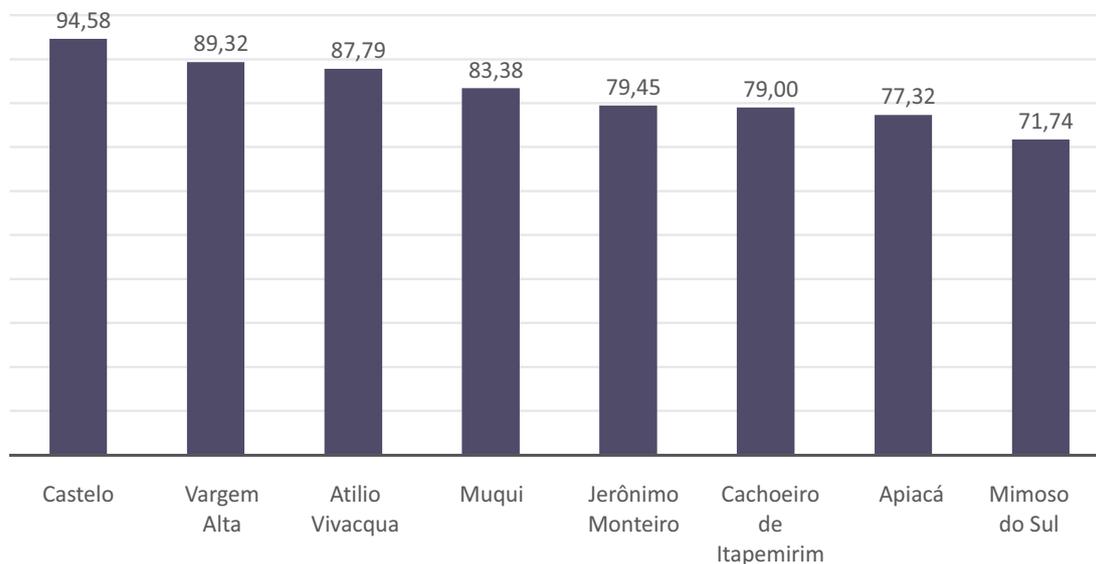
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 26 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Central Sul**



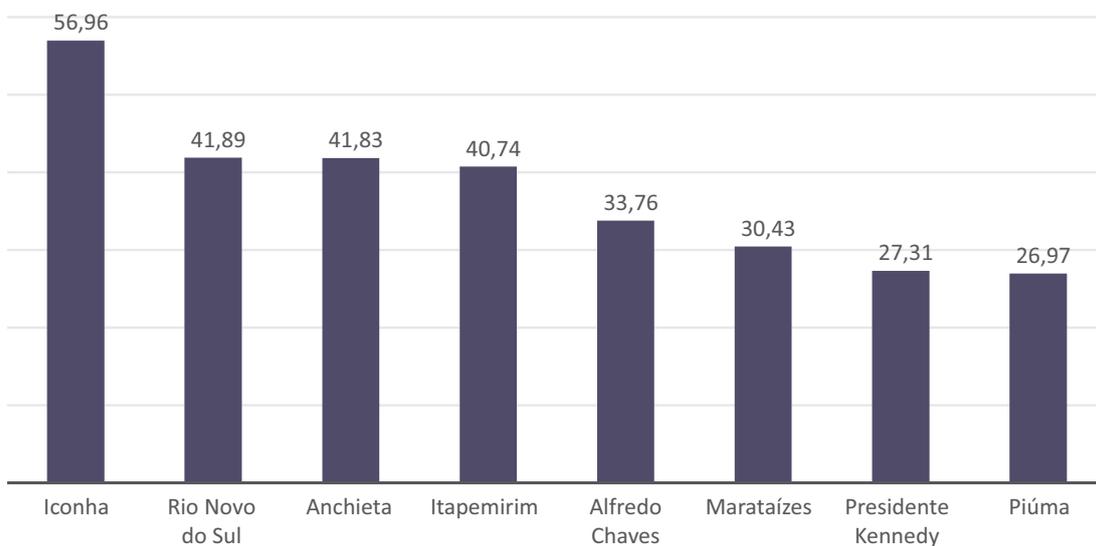
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 27 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Central Sul**



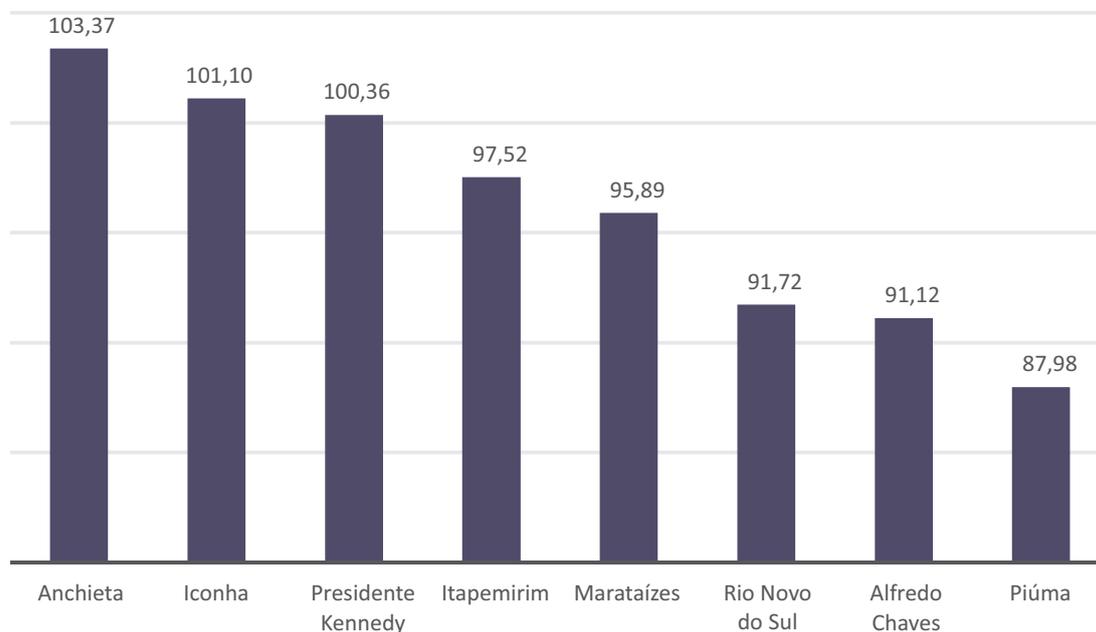
Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 28 - Taxa líquida de matrícula na creche, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Litoral Sul**



Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 29 - Taxa líquida de matrícula na pré-escola, Rede Municipal - 2012 - Municípios da Microrregião Litoral Sul**



Fonte: Censo Escolar 2012 / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST  
 Taxas calculadas a partir de estimativas população do Data-SUS, 2012

**Anexo 30 - Matrícula na creche, Rede Municipal, por municípios do Espírito Santo  
- 2007-2014, Números Absolutos**

Município	Matrícula na creche - Rede Municipal							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Afonso Cláudio	435	454	442	474	399	602	551	517
Água Branca	82	81	89	81	83	72	93	95
Água Doce do Norte	56	71	71	76	93	91	85	92
Alegre	433	482	474	547	516	594	601	631
Alfredo Chaves	154	210	205	221	236	235	260	263
Alto Rio Novo	137	139	111	129	127	167	171	159
Anchieta	293	383	414	435	475	563	641	694
Apiacá	61	68	60	67	72	80	78	76
Aracruz	1115	1176	1239	1537	1537	1568	1574	1469
Atílio Vivacqua	241	178	178	191	210	243	265	322
Baixo Guandu	340	338	415	415	509	550	596	547
Barra de São Francisco	222	225	227	322	363	362	389	434
Boa Esperança	181	164	157	168	193	196	199	249
Bom Jesus do Norte	156	133	133	158	146	145	152	149
Brejetuba	61	85	122	143	136	144	139	151
Cachoeiro de Itapemirim	2503	2875	3113	3575	3846	4253	4240	4365
Cariacica	985	1060	1914	2244	2332	2766	2595	2607
Castelo	85	89	79	411	482	524	485	462
Colatina	1254	1345	1473	1682	1786	2037	2100	2199
Conceição da Barra	529	529	621	743	794	723	688	720
Conceição do Castelo	99	147	169	185	182	210	209	217
Divino de São Lourenço	16	0					1	19
Domingos Martins	315	326	308	347	361	400	417	423
Dores do Rio Preto	0			0	0		0	51
Ecoporanga	461	546	563	542	551	547	553	542
Fundão	137	163	169	256	296	288	354	327
Governador Lindenberg	119	94	168	183	246	219	232	234
Guaçuí	220	234	241	312	312	303	270	316
Guarapari	727	752	816	1065	1350	1557	1735	1950
Ibatiba	108	146	124	109	189	199	196	173
Ibiraçu	131	146	150	144	161	220	217	244

Continua

**Anexo 30 - Matrícula na creche, Rede Municipal, por municípios do Espírito Santo  
- 2007-2014, Números Absolutos**

Continuação

Município	Matrícula na creche - Rede Municipal							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ibitirama	75	96	90	116	141	153	126	127
Iconha	257	246	257	269	286	319	337	348
Irupi	62	81	122	78	158	198	232	233
Itaguaçu	123	136	168	169	171	188	194	213
Itapemirim	361	429	462	568	686	788	872	978
Itarana	94	93	91	85	92	128	135	121
Lúna	163	123	138	227	243	234	324	308
Jaguare	278	365	481	624	665	533	633	654
Jerônimo Monteiro	2	2	3	105	112	108	131	141
João Neiva	169	233	234	249	251	264	260	274
Laranja da Terra	69	32	28	30	37	31	52	51
Linhares	3170	3166	3123	3473	3904	3805	4067	4020
Mantenópolis	3	3	200	208	183	234	296	287
Marataízes	496	527	635	561	570	615	598	589
Marechal Floriano	147	167	152	180	250	280	272	345
Marilândia	83	84	71	89	109	128	107	122
Mimoso do Sul	228	223	266	298	269	269	316	338
Montanha	207	187	201	305	378	389	399	483
Mucurici	59	71	101	86	68	72	83	90
Muniz Freire	61	64	89	129	164	179	221	223
Muqui	83	126	89	94	119	168	185	186
Nova Venécia	389	426	460	533	533	598	628	619
Pancas	84	84	135	161	178	208	189	180
Pedro Canário	108	123	106	135	134	122	203	137
Pinheiros	300	262	402	315	287	307	303	366
Piúma	142	105	198	287	302	274	316	313
Ponto Belo	54	57	57	65	125	123	125	120
Presidente Kennedy	75	80	74	114	141	151	121	206
Rio Bananal	120	153	176	243	239	269	272	314
Rio Novo do Sul	49	50	55	142	214	222	218	216
Santa Leopoldina	96	128	149	118	108	103	133	134
Santa Maria de Jetibá	96	87	110	244	297	338	377	450
Santa Teresa	135	205	198	218	304	309	344	341

Continua

**Anexo 30 - Matrícula na creche, Rede Municipal, por municípios do Espírito Santo - 2007-2014, Números Absolutos**

Conclusão

Município	Matrícula na creche - Rede Municipal							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
São Domingos do Norte	73	100	79	75	82	89	92	97
São Gabriel da Palha	224	252	285	308	318	378	394	395
São José do Calçado	64	51	122	147	125	190	199	183
São Mateus	1368	1473	1631	1585	1653	1622	1777	1676
São Roque do Canaã	95	104	121	147	155	160	162	149
Serra	2918	2921	4449	4899	5537	5746	6730	6034
Sooretama	290	381	433	465	716	734	718	825
Vargem Alta	102	132	174	191	200	193	222	275
Venda Nova do Imigrante	192	200	247	266	271	352	361	483
Viana	547	802	869	1061	1237	1402	1380	1403
Vila Pavão	51	42	38	35	43	75	59	73
Vila Valério	45	78	76	89	169	196	229	257
Vila Velha	2282	2401	2367	3116	3004	3488	3726	4042
Vitória	6813	7206	7545	8754	8757	8754	9254	9737

Fonte: Censo Escolar / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST

**Anexo 31 - Matrícula na pré-escola, Rede Municipal, por municípios do Espírito Santo  
- 2007-2014, Números absolutos**

Município	Matrícula na pré-escola							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Afonso Cláudio	586	599	622	652	606	625	670	705
Água Branca	177	223	317	314	305	320	314	325
Água Doce do Norte	246	223	213	175	238	247	235	241
Alegre	726	713	602	590	636	613	605	580
Alfredo Chaves	237	227	268	303	310	318	282	292
Alto Rio Novo	205	223	164	195	198	179	230	244
Anchieta	626	547	580	610	654	736	812	817
Apiacá	177	160	168	145	147	147	180	172
Aracruz	2351	2256	2210	2392	2399	2408	2461	2560
Atílio Vivacqua	188	269	287	297	283	263	251	268
Baixo Guandu	659	608	600	586	647	625	583	566
Barra de São Francisco	778	789	829	861	965	898	992	1070
Boa Esperança	429	385	406	421	423	408	418	414
Bom Jesus do Norte	123	145	178	141	174	156	127	146
Brejetuba	248	318	297	319	359	412	397	371
Cachoeiro de Itapemirim	4385	4368	4260	4100	4185	4070	4060	4213
Cariacica	4652	4711	5963	6431	6705	7264	7648	7911
Castelo	734	784	757	718	721	803	785	754
Colatina	2155	2169	2259	2249	2206	2212	2251	2373
Conceição da Barra	796	782	819	776	855	978	951	889
Conceição do Castelo	271	263	296	307	334	327	276	257
Divino de São Lourenço	67	71	59	79	99	94	114	105
Domingos Martins	449	539	643	678	714	689	695	757
Dores do Rio Preto	123	179	174	176	165	152	159	168
Ecoporanga	582	547	608	563	525	531	557	598
Fundão	490	494	499	487	486	442	388	382
Governador Lindenberg	263	252	250	275	294	274	306	287
Guaçuí	550	592	570	550	596	552	577	587
Guarapari	1831	1928	2079	2186	2277	2370	2442	2564
Ibatiba	446	473	491	506	577	559	619	621
Ibiraçu	275	264	294	277	276	273	280	281
Ibitirama	125	160	166	203	216	241	250	265
Iconha	265	257	286	287	306	275	258	269

Continua

**Anexo 30 - Matrícula na pré-escola, Rede Municipal, por municípios do Espírito Santo  
- 2007-2014, Números absolutos**

Continuação

Município	Matrícula na pré-escola							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Irupi	189	228	272	280	285	246	297	296
Itaguaçu	315	296	313	321	325	295	292	277
Itapemirim	912	1017	1007	860	949	985	962	1066
Itarana	219	199	180	158	161	195	214	204
Lúna	437	441	507	519	547	563	651	641
Jaguare	641	711	719	786	766	816	879	850
Jerônimo Monteiro	230	208	226	261	265	232	238	279
João Neiva	294	284	339	393	405	359	365	376
Laranja da Terra	209	199	215	211	175	202	194	207
Linhares	3568	3483	3600	4008	4063	4122	4082	4005
Mantenópolis	259	209	294	251	270	279	322	354
Marataízes	874	920	915	906	964	957	994	971
Marechal Floriano	355	349	345	395	391	424	408	413
Marilândia	268	240	244	247	248	254	286	288
Mimoso do Sul	533	506	511	514	499	467	417	514
Montanha	402	386	456	465	466	487	510	492
Mucurici	150	173	162	153	170	139	135	142
Muniz Freire	376	361	361	381	381	382	395	399
Muqui	344	344	352	319	321	316	299	315
Nova Venécia	903	977	968	908	975	1003	1059	1136
Pancas	475	438	413	433	425	351	357	407
Pedro Canário	579	566	577	630	638	637	568	569
Pinheiros	654	666	736	780	703	653	718	668
Piúma	412	437	443	454	454	461	498	522
Ponto Belo	207	206	185	180	171	197	189	202
Presidente Kennedy	230	256	264	254	290	279	291	291
Rio Bananal	336	386	402	399	405	411	387	433
Rio Novo do Sul	201	232	262	271	284	266	235	260
Santa Leopoldina	177	164	215	172	167	187	160	227
Santa Maria de Jetibá	796	784	801	842	840	846	829	920
Santa Teresa	460	473	498	537	503	461	516	538

Continua

**Anexo 30 - Matrícula na pré-escola, Rede Municipal, por municípios do Espírito Santo  
- 2007-2014, Números absolutos**

Conclusão

Município	Matrícula na pré-escola							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
São Domingos do Norte	176	201	171	185	215	217	210	195
São Gabriel da Palha	543	592	597	604	628	634	662	672
São José do Calçado	236	243	243	215	223	202	236	240
São Mateus	2848	3031	3120	3087	3107	2988	2930	3040
São Roque do Canaã	281	241	245	262	258	297	269	232
Serra	5467	5922	6769	8118	9173	9873	10542	11201
Sooretama	716	752	764	690	715	814	776	876
Vargem Alta	569	517	487	487	546	527	512	515
Venda Nova do Imigrante	517	501	504	423	496	468	367	442
Viana	939	1008	1200	1385	1579	1572	1552	1665
Vila Pavão	209	226	230	211	203	212	203	174
Vila Valério	281	288	265	248	287	331	377	394
Vila Velha	4201	4529	4607	5192	5143	5381	5771	6405
Vitória	6271	6261	6281	6287	6471	6580	6451	6569

Fonte: Censo Escolar / INEP. Elaboração: IJSN/Coordenação de Estudos Sociais - CES/Coordenação de Estatística - CEST



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria de Economia e Planejamento*