

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2013

Crianças com Deficiência



todos juntos
pelas crianças

unicef 

© United Nations Children's Fund (UNICEF)
Maio 2013

A reprodução de qualquer parte desta publicação poderá ser feita mediante permissão, que será gratuita para organizações educacionais sem fins lucrativos. A outras instituições será solicitado o pagamento de uma pequena taxa. Entre em contato com:

Division of Communication, UNICEF

Attn: Permissions H6F

3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA

Tel: +1 (212) 326-7434

Email: nyhqdoc.permit@unicef.org

Este relatório e o conteúdo adicional on-line estão disponíveis no *site* www.unicef.org/sowc2013. Os artigos apresentados nas seções Perspectiva e Foco representam visões pessoais dos autores, e não refletem necessariamente a posição do Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Ver erratas subsequentes à impressão no *site* www.unicef.org/sowc2013.

Ver dados recentes no *site* www.childinfo.org.

ISBN: 978-92-806-4656-6

eISBN: 978-92-806-4662-7

Vendas de publicações da Organização das Nações Unidas nº: E.13.XX.1

Foto da capa:

Nesta foto feita em 2007, na Síria, estudantes formam fila para entrar em sua sala de aula. © UNICEF/HQ2007-0745/Noorani

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2013

AGRADECIMENTOS

São tantos os indivíduos e instituições que colaboraram para a realização deste relatório que é impossível agradecer aqui a todos eles. As equipes de editorial e de pesquisa agradecem a todos aqueles que dedicaram espontaneamente seu tempo, sua mestria e sua energia e, em especial, a:

Vesna Bosnjak (International Social Services); Shuaib Chalklen (Relator Especial da ONU sobre Deficiência); Maureen Durkin (Universidade de Wisconsin); Nora Groce e Maria Kett (Centro Leonard Cheshire sobre Deficiência e Desenvolvimento Inclusivo, University College London); Nawaf Kabbara (Organização Árabe para Pessoas com Deficiência); Lisa Jordan (Fundação Bernard van Leer); Connie Laurin-Bowie (International Disability Alliance); Barbara LeRoy (Universidade Estadual de Wayne); Charlotte McClain-Nhlapo (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional); Helen Meekosha (Women with Disabilities Australia); Peter Mittler (Universidade de Manchester); Roseweter Mudarikwa (Secretaria da Década Africana sobre Pessoas com Deficiência); David Mugawe (Fórum Africano de Políticas para a Infância); Ghulam Nabi Nizamani (Organização Paquistanesa de Pessoas com Deficiência); Victor Santiago Pineda (Fundação Victor Pineda); Tom Shakespeare (Organização Mundial da Saúde); Aleksandra Posarac (Banco Mundial); Shantha Rau Barriga (Human Rights Watch); Eric Rosenthal (Disability Rights International); Albina Shankar (Mobility India); e Armando Vásquez (Organização Pan-Americana da Saúde), por sua atuação no Conselho Consultivo Externo.

Judith Klein (Open Society Foundations); Gerrison Lansdown (independente); Malcolm MacLachlan e Hasheem Mannan (Trinity College Dublin); Susie Miles (independente); Daniel Mont (Leonard Cheshire Disability); e Diane Richler (International Disability Alliance), pelos artigos autorais de referência.

Sruthi Atmakur (Universidade da Cidade de Nova Iorque); Parul Bakshi e Jean-Francois Trani (Universidade de Washington em St. Louis); Nazmul Bari e Amzad Hossain (Centro para Deficiência em Desenvolvimento); Simone Bloem e Mihaylo Milovanovitch (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos); Johan Borg (Universidade de Lund); Megan Burke, Stephane De Greef e Loren Persi Vicentic (Landmine and Cluster Munition Monitor); James Conroy (Centro para Análise de Resultados); Audrey Cooper, Charles Reilly e Amy Wilson (Universidade Gallaudet); Alexandre Cote (International Disability Alliance); Marcella Deluca, Sunanda Mavillapalli, Alex Mhando, Kristy Mitchell, Hannah Nicolls e Diana Shaw (Leonard Cheshire Disability/Young Voices); Avinash De Souza (Fundação De Souza); Catherine Dixon (Handicap International); Fred Doulton (Secretaria da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência); Natasha Graham (Parceria Global para a Educação); Jean Johnson (Universidade do Havaí); Chahal Khasnabis e Alana Officer (Organização Mundial da Saúde); Darko Krznaric (Universidade de Queen); Gwynnyth Llewellyn (Universidade de Sidney); Mitch Loeb (Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças / Centro Nacional para Estatísticas de Saúde); Rosemary McKay (Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional); Amanda McRae (Human Rights Watch); Sophie Mitra (Universidade Fordham); David Morissey, Sherzodbek Sharipov e Andrea Shettle (Conselho Internacional dos Estados Unidos sobre Deficiências); Zeldia Mycroft (Campanha Chaeli); Emma Pearce (Comissão de Mulheres Refugiadas); Natalia Raileanu (Serviços Humanitários de Keystone); Richard Rieser (World of Inclusion); Marguerite Schneider (Universidade de Stellenbosch); Morsheda Akter Shilpi (Organização para Melhoramentos em Comunidades Pobres); Silje Vold (Plano Noruega), por terem produzido material de referência ou contribuído com recomendações e informações.

Tracy Achieng; Grace Okumu Akimi; Sophia Rose Akoth; Abeida Onica Anderson; Washinton Okok Anyumba; Beatrice Atieno; Ssentongo Deo; Ivory Duncan; Argie Ergina; Mary Charles Felix; Michael Salah Hosea; Amna Hissein Idris; Tiffany Joseph; Hannah Wanja Maina; Saitoti Augustin Maina; Dianne Mallari; Modesta Mbijima; Shida Mganga; Nicole Mballah Mulavu; Joseph Kadiko Mutunkei; Ann Napaashu Nemagai; Rachael Nyaboke Nyabuti; Alice Akoth Nyamuok; Sarah Omanwa; Benson Okoth Otieno; Nakafu Phiona; Shalima Ramadhani; Rosemarie Ramitt; Nambobi Sadat; Veronica Shanguit Sampeke; Ladu Michel Seme; Josephine Kiden Simon; Muhammad Tarmizi bin Fauzi; Elizabeth Mamunyak Tikami; Shemona Trinidad; e os outros 20 jovens que participaram anonimamente de pesquisas e grupos direcionados, realizados especialmente para este relatório por facilitadores da rede Leonard Cheshire Disability/Young Voices.

Bora Shin e Matthew Manos (veryniceDesign), pelo infográfico sobre projeto universal publicado on-line no site www.unicef.org/sowc2013.

Os escritórios nacionais e regionais e os departamentos da sede do UNICEF contribuíram para a produção deste relatório ou para a produção de materiais relacionados de conteúdo on-line ou advocacia, submetendo constatações ou fotografias, participando de revisões formais ou comentando textos preliminares. Muitos escritórios e comitês nacionais do UNICEF produziram traduções ou adaptações deste relatório para uso local.

Recebemos orientação e apoio em relação a programas, políticas, comunicação e pesquisa de Yoka Brandt, Diretora Executiva Adjunta; Geeta Rao Gupta, Diretora Executiva Adjunta; Gordon Alexander, Diretor do Escritório de Pesquisas, e colegas; Nicholas Alipui, Diretor da Divisão de Programas, e seus colegas; Ted Chaiban, Diretor do Escritório de Operações de Emergência, e seus colegas; Colin Kirk, Diretor do Escritório de Avaliação, e seus colegas; Jeffrey O'Malley, Diretor da Divisão de Políticas e Estratégia, e seus colegas; e Edward Carwardine, Diretor Adjunto da Divisão de Comunicação, e seus colegas. Esta edição contou também com estreita cooperação de Rosangela Berman-Bieler, Chefe da Seção de Deficiência da Divisão de Programas do UNICEF, e seus colegas.

Por sua generosidade intelectual e de espírito, nossos agradecimentos especiais a David Anthony, Chefe da Seção de Defesa de Políticas; Claudia Cappa, Especialista em Estatística e Monitoramento; Khaled Mansour, Diretor de Comunicação até janeiro de 2013; e Julia Szczuka, Editora adjunta deste relatório até setembro de 2012.

EQUIPE DO RELATÓRIO

EDITORIAL E PESQUISA

Abid Aslam, Editor

Christine Mills, Gerente de projeto

Nikola Balvin, Sue Le-Ba, Ticiania Maloney, Oficiais de Pesquisa

Anna Grojec, Editora de Perspectivas

Marc Chalamet, Editor para o idioma francês

Carlos Perellon, Editor para o idioma espanhol

Hirut Gebre-Egziabher (Coordenação), Lisa Kenney,

Ami Pradhan, Assistentes de Pesquisa

Charlotte Maitre (Coordenação), Carol Holmes, Pamela Knight, Natalie Leston,

Kristin Moehlmann, Editores de Transcrição

Anne Santiago, Nogel S. Viyar, Judith Yemane, Apoio Editorial

PUBLICAÇÃO E DIVULGAÇÃO

Catherine Langevin-Falcon, Chefe da Seção de Publicação; Jaclyn Tierney, Oficial de Produção; Germain Ake; Christine Kenyi; Maryan Lobo; Jorge Peralta-Rodriguez; Elias Salem

TABELAS ESTATÍSTICAS

Tessa Wardlaw, Diretora Associada, Seção de Estatística e Monitoramento, Divisão de Políticas e Estratégia; David Brown; Claudia Cappa; Liliiana Carvajal; Archana Dwivedi; Anne Genereux; Elizabeth Horn-Phathanothai; Priscilla Idele; Claes Johansson; Rouslan Karimov; Rolf Luyendijk; Colleen Murray; Jin Rou New; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Nicole Petrowski; Tyler Porth; Chiho Suzuki; Andrew Thompson; Danzhen You

Projeto gráfico: Prographics, Inc.

Impressão: Hatteras Press, Inc.



PRÓLOGO

Existe alguma criança que não sonha em ser considerada e ter seus dotes ou seus talentos reconhecidos? Não. Todas as crianças têm esperanças e sonhos – inclusive crianças com deficiência. E todas as crianças merecem uma oportunidade justa de transformar seus sonhos em realidade.

Esta edição do relatório *Situação Mundial da Infância* inclui contribuições de jovens, de pais e de mães que mostram que, quando têm essa oportunidade, crianças com deficiência são perfeitamente capazes de superar barreiras que dificultam sua inclusão, ou ocupar o lugar a que têm direito como participantes da sociedade em igualdade de condições, e enriquecer a vida de sua comunidade.

No entanto, para um número imenso de crianças com deficiência, a oportunidade de participar simplesmente não existe. Com enorme frequência, crianças com deficiência estão entre as últimas a receber recursos e serviços, principalmente nos locais onde tais recursos e serviços já são escassos. Com enorme constância, são objeto simplesmente de pena ou, ainda pior, de discriminação e abusos.

As privações que crianças e adolescentes com deficiência enfrentam constituem violações de seus direitos e do princípio de equidade, que trazem implícita uma preocupação com a dignidade e os direitos de todas as crianças – inclusive os membros mais vulneráveis e marginalizados da sociedade.

Como está documentado neste relatório, a inclusão de crianças com deficiência na sociedade é possível – mas exige primeiro uma mudança de percepção, um reconhecimento de que crianças com deficiência têm os mesmos direitos de todas as outras; de que essas crianças podem ser agentes de mudança e de autodeterminação, e não meros beneficiários de caridade; que suas vozes devem ser ouvidas e merecem atenção na elaboração de políticas e programas.

Nós contribuímos para sua exclusão quando não conseguimos reunir dados suficientes para subsidiar nossas decisões. Quando ignoramos essas crianças, deixamos de ajudá-las a ser consideradas em todos os aspectos de sua sociedade.

Felizmente, progressos vêm acontecendo, ainda que de maneira desigual. Este relatório não só analisa os desafios que devem ser enfrentados para garantir que crianças com deficiência tenham justo acesso a serviços aos quais têm direito, mas também explora iniciativas promissoras em áreas como saúde, nutrição, educação e programas emergenciais – e na coleta e análise de dados necessárias para aprimorar políticas e operações em todas essas áreas. Outros capítulos discutem também princípios e abordagens que podem ser adaptados para avançar no processo de inclusão dessas crianças.

Em algum lugar, alguém está dizendo a um menino que ele não pode brincar porque não consegue andar; a uma menina que ela não pode aprender porque não consegue enxergar. Esse menino merece uma oportunidade para brincar. E todos nós ganhamos quando essa menina, e todas as crianças, conseguem ler, aprender e contribuir.

O caminho a percorrer será desafiador. Mas crianças não aceitam limites desnecessários. Nós também não deveríamos aceitar.

Anthony Lake
Diretor Executivo do UNICEF

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
-----------------------------	----

PRÓLOGO

Anthony Lake, Diretor Executivo do UNICEF.....	iii
--	-----

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO	1
-------------------------	---

Da exclusão à inclusão.....	1
-----------------------------	---

Sobre números.....	3
--------------------	---

Uma estrutura para ação.....	3
------------------------------	---

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTOS DA INCLUSÃO	11
--------------------------------------	----

Mudando atitudes.....	12
-----------------------	----

Trata-se de capacidade.....	13
-----------------------------	----

Apoiando as crianças e suas famílias.....	13
---	----

Reabilitação baseada na comunidade.....	16
---	----

Tecnologia assistiva.....	18
---------------------------	----

Desenho universal.....	18
------------------------	----

CAPÍTULO 3

UMA BASE SÓLIDA	23
------------------------------	----

Saúde inclusiva.....	23
----------------------	----

Imunização.....	23
-----------------	----

Nutrição.....	24
---------------	----

Água, saneamento e higiene.....	25
---------------------------------	----

Saúde sexual e reprodutiva e HIV/aids.....	26
--	----

Identificação e intervenção precoces.....	26
---	----

Educação inclusiva.....	27
-------------------------	----

Começando cedo.....	29
---------------------	----

Trabalhando com professores.....	32
----------------------------------	----

Envolvendo pais, mães, comunidades e crianças.....	33
--	----

Áreas de responsabilidade.....	36
--------------------------------	----

CAPÍTULO 4

CONDIÇÕES ESSENCIAIS DE PROTEÇÃO	41
---	----

Abusos e violência.....	41
-------------------------	----

Instituições e cuidados inadequados.....	42
--	----

Justiça inclusiva.....	43
------------------------	----

CAPÍTULO 5

RESPOSTA HUMANITÁRIA	49
-----------------------------------	----

CAPÍTULO 6

MEDINDO A DEFICIÊNCIA INFANTIL	63
---	----

Definições em evolução.....	63
-----------------------------	----

Contextualizando a deficiência.....	64
-------------------------------------	----

Coleta de dados.....	65
----------------------	----

Estrutura do questionário.....	66
--------------------------------	----

Objetivo e consequências.....	67
-------------------------------	----

Um caminho a seguir.....	68
--------------------------	----

CAPÍTULO 7

UMA AGENDA PARA AÇÃO	75
-----------------------------------	----

Ratificar e implementar as Convenções.....	75
--	----

Combater a discriminação.....	75
-------------------------------	----

Eliminar as barreiras à inclusão.....	77
---------------------------------------	----

Eliminar a institucionalização.....	80
-------------------------------------	----

Dar apoio às famílias.....	81
----------------------------	----

Ir além de padrões mínimos.....	81
---------------------------------	----

Coordenar serviços em apoio à criança.....	81
--	----

Envolver crianças com deficiência na tomada de decisões... ..	84
---	----

Promessa global, teste local.....	85
-----------------------------------	----

FOCO

Violência contra crianças com deficiência	44
Riscos, resiliência e ação humanitária inclusiva.....	52
Resíduos explosivos de guerra	54
Lições aprendidas.....	69
Da triagem à avaliação.....	70

PERSPECTIVA

De pioneira a defensora em favor da inclusão Nancy Maguire.....	4
Vivendo com albinismo, discriminação e superstição Michael Hosea.....	6
Quero boas lembranças Nicolae Poraico.....	8
Para jovens surdos, a linguagem é a chave Krishneer Sen.....	20
Meu filho Hanif Mohammad Absar.....	30
O novo normal Claire Halford	34
Ajustando, adaptando e conferindo poder Yahia J. Elziq	38
Segregação e abusos em instituições Eric Rosenthal e Laurie Ahern	46
Uma coisa de cada vez Chaeli Mycroft.....	60
Crianças indígenas com deficiência: da invisibilidade à inclusão Olga Montufar Contreras	72
Abrir as portas para a educação – e para o emprego Ivory Duncan	78
Melhores tecnologias, atitudes e leis de direitos autorais: fim da “fome de livros” Kartik Sawhney.....	82
Crianças com deficiência e direitos humanos universais Lenín Voltaire Moreno Garcés	86

Outros artigos de Foco e Perspectiva estão disponíveis em:
www.unicef.org/sowc2013.

Esclarecimentos sobre as etapas de escolaridade encontram-se
na p. 96, Tabela 5.

FIGURAS

Taxas estimadas de conclusão do curso primário	12
Reabilitação baseada na comunidade.....	16
Tecnologia assistiva: produtos	19
Crianças com deficiência e educação secundária	42
Os últimos a receber benefícios	43
Acidentes com crianças em países gravemente afetados por minas e resíduos explosivos de guerra, 2011....	56
Acidentes com crianças nos países mais afetados (1999-2011).....	57
Acidentes com crianças por tipo de explosivo.....	59
Quatro estudos de caso: Porcentagem da população que relatou algum tipo de deficiência	64
Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo: assinaturas e ratificações	76

REFERÊNCIAS	88
-------------------	----

TABELAS ESTATÍSTICAS.....

Panorama	94
Classificação por mortalidade de menores de 5 anos.....	99
Tabela 1. Indicadores básicos	100
Tabela 2. Nutrição	104
Tabela 3. Saúde	108
Tabela 4. HIV/aids	112
Tabela 5. Educação	116
Tabela 6. Indicadores demográficos.....	120
Tabela 7. Indicadores econômicos	124
Tabela 8. Mulheres	128
Tabela 9. Proteção à infância	132
Tabela 10. Taxas de progresso	136
Tabela 11. Adolescentes.....	140
Tabela 12. Disparidades por residência.....	144
Tabela 13. Disparidades por riqueza familiar	148
Tabela 14. Desenvolvimento na primeira infância	152

UMA NOTA SOBRE TERMOS

Convenções, protocolos facultativos, assinaturas e ratificações	154
--	-----



No Brasil, Victor, um menino de 13 anos de idade que tem paralisia cerebral, diverte-se na água. © André Castro/2012/Brasil

INTRODUÇÃO

Relatórios como este normalmente começam com uma estatística para dar destaque a um problema. As meninas e os meninos aos quais é dedicada esta edição do relatório *Situação Mundial da Infância* não são problemas.

Cada um deles é uma irmã, um irmão ou um amigo que tem suas preferências – um prato, uma música ou um jogo; uma filha ou um filho que tem sonhos e o desejo de realizá-los; uma criança com deficiência que tem os mesmos direitos de qualquer menina ou menino.

Tendo oportunidades para florescer como outra criança qualquer, as crianças com deficiência têm potencial para viver plenamente e contribuir para a vitalidade social, cultural e econômica de suas comunidades – como atestam os depoimentos apresentados neste volume.

No entanto, sobreviver e prosperar podem ser tarefas especialmente difíceis para crianças com deficiência. Elas correm maior risco de ser pobres do que seus pares que não têm deficiência. Mesmo quando compartilham com outras crianças as mesmas condições de desvantagem – por exemplo, vivendo em condição de pobreza ou fazendo parte de um grupo minoritário –, crianças com deficiência enfrentam desafios adicionais, em consequência de suas limitações e das inúmeras barreiras que a sociedade coloca em seu caminho. Crianças que vivem na pobreza estão entre aquelas com menor probabilidade de usufruir, por exemplo, dos benefícios da educação e de cuidados de saúde, mas para crianças que vivem na pobreza e têm uma deficiência é ainda menor a probabilidade de frequentar a escola ou centros de saúde no local onde vivem.

Em muitos países, as respostas à situação de crianças com deficiência são amplamente limitadas a institucionalização, abandono ou negligência. Essas res-

postas são o problema, e sua origem são suposições negativas ou paternalistas de incapacidade, dependência e diferença, perpetuadas pela ignorância. Se essa situação não mudar, as crianças com deficiência continuarão a ter seus direitos desrespeitados; continuarão a sofrer discriminação, violência e abusos; suas oportunidades continuarão limitadas; essas crianças continuarão a ser excluídas da sociedade.

É necessário um compromisso em relação aos direitos e ao futuro dessas crianças, dando prioridade àquelas que vivem nas condições menos favoráveis – como uma questão de equidade e para o benefício de todos.

Da exclusão à inclusão

Crianças com deficiência encontram diferentes formas de exclusão e são afetadas por elas em níveis diversos, dependendo de fatores como o tipo de deficiência, o local onde moram e a cultura ou a classe social a que pertencem.

O gênero também é um fator crucial. Meninas têm menor probabilidade que meninos de receber cuidados e alimentação, e maior probabilidade de ser excluídas das interações e atividades familiares. Meninas e mulheres jovens que têm deficiência são “duplamente prejudicadas”. Enfrentam não só o preconceito e as iniquidades que afetam muitas pessoas com deficiência, mas sofrem também as restrições impostas por papéis e barreiras tradicionais associados ao gênero.¹ Em comparação com meninos com deficiência, meninas com deficiência têm menor probabilidade de receber educação e capacitação profissional, ou de conseguir emprego.²

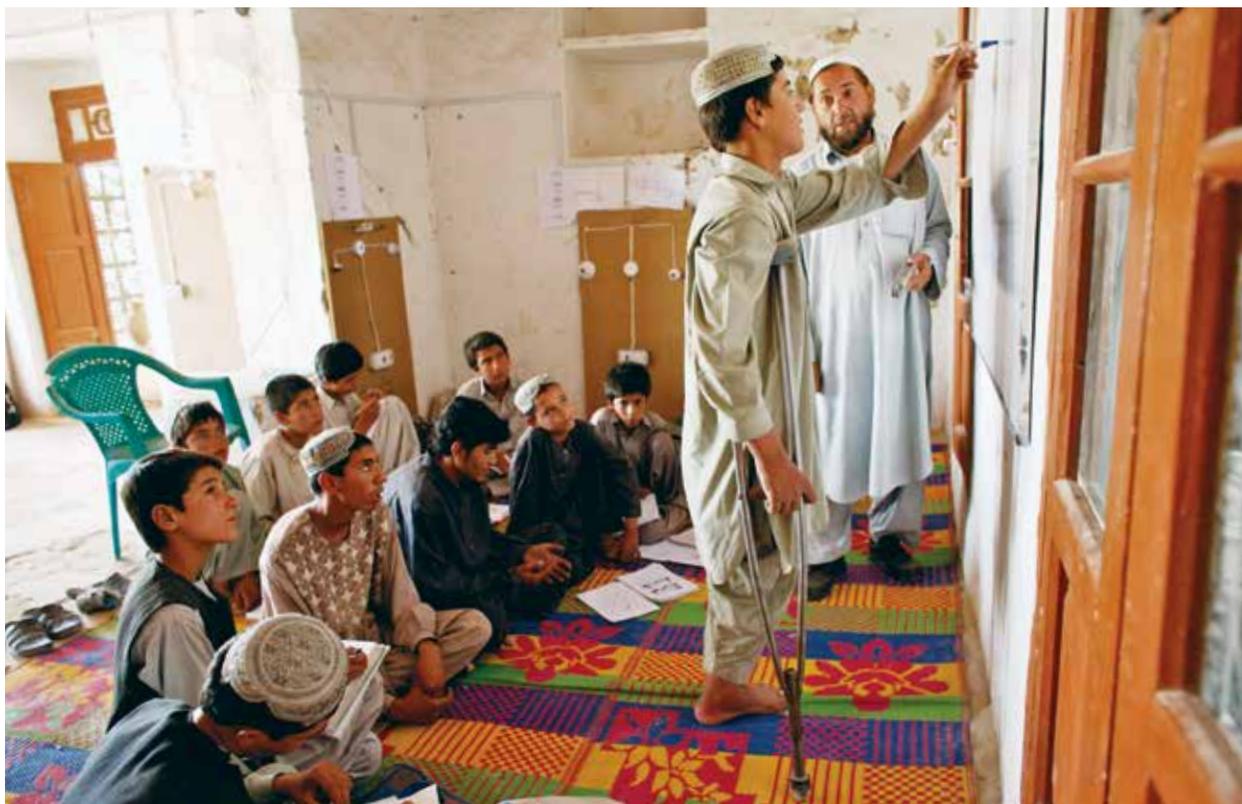
No entanto, no cerne de formas e graus de exclusão tão diferentes está a experiência compartilhada de serem crianças definidas e julgadas pelo que lhes falta, e não pelos atributos de que dispõem. Crianças com deficiência são frequentemente consideradas inferiores, o que as expõe a maior vulnerabilidade: a discriminação baseada em deficiência manifesta-se em marginalização na alocação de recursos e em tomadas de decisão, e até mesmo em infanticídio.³

Exclusão resulta frequentemente de invisibilidade. São poucos os países que dispõem de informações confiáveis sobre quantos de seus cidadãos são crianças com deficiência, quais são suas deficiências ou de que forma essas deficiências afetam sua vida. Em alguns países, famílias que criam crianças com deficiência são relegadas ao ostracismo. Como consequência, ainda que sejam pessoas amorosas, pais, mães e membros da família podem hesitar em tornar público o fato de uma de suas crianças ter uma deficiência – seja na tentativa de evitar marginali-

zação, seja para superproteger a criança, ou ambos os motivos. Quando uma criança já nasce com uma limitação, é possível que seu nascimento sequer seja registrado. Excluída dessa forma, sua existência não é conhecida pelos serviços sociais, educacionais e de cuidados de saúde aos quais tem direito e, portanto, essa criança fica fora desses sistemas.

Privações na infância têm efeitos duradouros – por exemplo, limitando o acesso a emprego remunerado ou à participação em ações cívicas ao longo da vida. Inversamente, o acesso a serviços e a tecnologia de apoio e a utilização desses recursos permitem que a criança com deficiência ocupe seu lugar na comunidade e dê sua contribuição a ela.

O futuro certamente não chega a ser tenebroso. Há meios eficazes para a construção de sociedades inclusivas, nas quais crianças com e sem deficiência possam desfrutar de seus direitos em condições de igualdade. Barreiras físicas, atitudinais e políticas estão sendo derrubadas, embora o processo seja desigual e ainda haja um longo caminho a percorrer.



Em Kandahar, no Afeganistão, Rahmatuallah, de 14 anos de idade, que perdeu uma perna na explosão de uma mina terrestre, participa de uma oficina de capacitação para eletricitas em um centro de atendimento para crianças afetadas pela guerra. © UNICEF/AFGA2007-00420/Noorani

Nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), governos de todas as partes do mundo tomaram para si a responsabilidade de garantir que todas as crianças, com ou sem deficiência, desfrutem de seus direitos sem qualquer tipo de discriminação. Até fevereiro de 2013, 193 países já haviam ratificado a CDC, e 127 países e a União Europeia já haviam ratificado a CDPD.

Essas duas Convenções testemunham o crescimento de um movimento global dedicado à inclusão de crianças com deficiência na vida da comunidade. A preocupação com a inclusão nasce do reconhecimento de que todas as crianças são membros plenos da sociedade: de que cada criança é um indivíduo único, que tem o direito de ser respeitado e consultado, que tem habilidades e aspirações que merecem ser cultivadas e necessidades que precisam ser atendidas, e cujas contribuições devem ser valorizadas e estimuladas. Para que haja inclusão, é preciso que a sociedade torne acessíveis a infraestrutura física, o sistema de informações e os meios de comunicação, de modo que possam ser utilizados por todos, para que ninguém mais precise sofrer discriminação e para garantir proteção, apoio e serviços, permitindo que todas as crianças com deficiência possam desfrutar de seus direitos como qualquer outra.

Inclusão vai além de “integração”. Integrar significa trazer crianças com deficiência para uma estrutura pré-existente de normas e padrões predominantes. Por exemplo, no contexto da educação, uma tentativa de integração pode ser simplesmente a admissão de uma criança com deficiência em escolas “regulares”. Essa medida não resulta em inclusão, que só será possível quando as escolas forem projetadas e administradas de modo que todas as crianças possam, juntas, receber educação de qualidade e ter momentos de recreação. Para tanto, será preciso garantir aos estudantes com deficiência os recursos necessários, como acesso ao método Braille, linguagem de sinais e um currículo adaptado que lhes permita oportunidades iguais de aprender e interagir.

A inclusão é benéfica para todos. Ainda no exemplo da educação, rampas e portas largas podem aumentar o acesso e a segurança na escola de maneira geral – para crianças, professores, pais, mães e visitantes, e não só para cadeirantes. E um

Sobre números

Uma estimativa amplamente utilizada indica que 93 milhões de crianças – ou uma em cada 20 crianças com 14 anos de idade ou menos – vivem com algum tipo de deficiência moderada ou grave. Essas estimativas globais são essencialmente especulativas. Referem-se a uma data específica – esta vem circulando desde 2004 – e são extraídas de dados cuja qualidade é demasiadamente variável e de métodos demasiadamente inconsistentes para que sejam confiáveis. Para colocar em um contexto e ilustrar as questões em discussão, este relatório apresenta os resultados de levantamentos nacionais e de estudos independentes que, no entanto, devem ser interpretados com cautela e não devem ser comparados entre si. Isso ocorre porque as definições de deficiência variam em função do lugar e do momento, assim como variam o formato, a metodologia e a análise do estudo. Essas questões, assim como iniciativas promissoras que visam aprimorar a qualidade e a disponibilidade de dados, são discutidas no Capítulo 6 deste relatório.

currículo inclusivo – centrado na criança e incluindo representações de pessoas com deficiência, de modo a refletir e atender um grupo verdadeiramente representativo da sociedade – pode ampliar os horizontes, não só de crianças que, caso contrário, teriam ambições ou opções limitadas por sua deficiência, mas também daquelas sem deficiência, que poderão compreender a diversidade, assim como as habilidades e a prontidão necessárias para a construção de uma sociedade inclusiva para todos. Quando as realizações educacionais são traduzidas em emprego ou outros meios de subsistência, a criança com deficiência está apta a avançar e ocupar seu lugar como um membro pleno do mundo dos adultos, e em igualdade de condições – um membro que produz e que consome.

Uma estrutura para ação

Crianças com deficiência não devem ser consideradas simplesmente como objeto de caridade. Elas têm os mesmos direitos que outras crianças – por exemplo, o direito à vida e a oportunidades que implicam bons cuidados de saúde, nutrição e edu-

(continua na p. 9)

PERSPECTIVA

De pioneira a defensora em favor da inclusão

Nancy Maguire



Nancy Maguire é uma ativista do Reino Unido que trabalha na área da deficiência. É assistente social qualificada, mas depois de uma viagem ao exterior decidiu dedicar-se ao trabalho em favor dos direitos de pessoas com deficiência, principalmente mulheres jovens. Trabalhou com organizações de pessoas com deficiência na Ásia e na África Meridional, e espera obter o grau de mestrado em política e desenvolvimento.

Nasci em Londres em 1986, e tenho um distúrbio denominado *osteogenesis imperfecta*, conhecida normalmente como “ossos de vidro”. Muitas crianças com ossos de vidro crescem protegidas – há quem diga que são superprotegidas – contra qualquer situação em que possam machucar-se. Meus pais queriam minha segurança, mas queriam também que eu tivesse a oportunidade de brincar, fazer amigos

e viver uma infância da maneira mais normal possível.

Na década de 1980, a educação inclusiva ainda era um conceito bastante novo. Como a maioria dos pais de uma criança com deficiência, os meus também foram orientados a colocar-me em uma escola especial. Minha mãe é professora e, tendo visitado a escola recomendada, estava convencida de que lá eu receberia uma educação abaixo do padrão. Meus pais sempre utilizaram minha irmã mais velha, Katy, que não tinha deficiência, para avaliar o que era aceitável para mim. Se alguma coisa não fosse boa para Katy, não seria boa para mim.

Fui a primeira criança com deficiência a frequentar a minha escola primária, e de certa forma eu me sentia uma cobaia para inclusão. Por exemplo, mesmo tendo uma atitude positiva em relação à minha inclusão em todos os aspectos da vida escolar, minha professora não tinha experiência sobre como adaptar a educação física de modo que eu pudesse ser envolvida de maneira significativa.

Como a maioria dos períodos de infância, o meu nem sempre foi fácil. Passei muito tempo em hospitais, e mesmo dentro de um sistema regular de educação “inclusivo”, havia momentos em que eu era excluída. Por exemplo, não pude ir à minha festa de Natal quando estava na educação infantil, porque as profes-

soras temiam que eu quebrasse um osso.

Além disso, no ensino secundário havia na cantina uma mesa separada para crianças com deficiência, e os professores não entendiam por que eu me recusava a sentar-me com elas. No entanto, apesar dos reveses e dos obstáculos, consegui evoluir tanto em termos educacionais como sociais.

Fui sempre estimulada a tentar coisas novas. Minhas atividades extracurriculares incluíam natação, balé, tênis em cadeira de rodas, teatro e canto. Em muitas dessas situações, eu era a única criança com deficiência. Curiosamente, sempre considerei esses grupos mais inclusivos do que a escola, em termos de quanto eu podia participar e contribuir. Sentia-me desejada, e as pessoas encontravam meios criativos para que eu me envolvesse. Mesmo assim, havia muitas coisas que eram difíceis para mim, por causa da minha mobilidade limitada. Às vezes eu ficava brava por não conseguir fazer as coisas tão bem quanto as outras crianças. E à medida que ficava mais velha e mais consciente, evitava expor-me a situações em que minhas dificuldades ficavam evidentes.

Na adolescência, muitas de minhas amigas tiveram fases de ser “góticas” ou de fazer parte de tribos, o que envolvia vestir-se ou comportar-se de modo a chamar atenção. Enquanto faziam de tudo para aparecer e

As pessoas com deficiência estão ficando mais visíveis em muitas posições sociais e profissionais – por exemplo, na política e nos meios de comunicação. Isso ajuda a melhorar as percepções das crianças em relação ao que elas podem realizar.

ser diferentes, eu queria desesperadamente ser “normal” e adequada. Crescendo com uma deficiência, eu já chamava muita atenção. As pessoas na rua me olhavam espantadas, faziam comentários e perguntavam aos meus pais “Qual é o problema dela?” Algumas vezes eu conseguia não reagir, mas não há resiliência ou apoio familiar que consigam evitar que você seja afetada por essas situações.

As pessoas com deficiência estão ficando mais visíveis em muitas posições sociais e profissionais – por exemplo, na política e nos meios de comunicação. Isso ajuda a melhorar as percepções das crianças em relação ao que elas podem realizar.

Desenvolvi uma autoestima extremamente baixa e uma imagem corporal ruim, que piorou porque eu era bem gorda. Achava difícil fazer exercícios, e como muitas meninas da minha idade, eu comia para me recompensar. Também tinha internalizado a terminologia médica utilizada para descrever minha condição – principalmente a palavra “deformada” (eu tinha um desvio na coluna, que foi corrigido). Quando estava com 14 anos, desenvolvi um distúrbio alimentar, em parte porque queria perder peso, mas também porque meu peso parecia ser um aspecto da minha aparência física que de fato eu poderia controlar.

Apesar do incrível apoio que eu recebia de minha família e das amigas, ter uma deficiência

jamais poderia ser considerado algo positivo. Eu achava que era algo que eu precisava superar, como uma adversidade. Ser o mais “não deficiente” possível passou a ser uma obsessão para mim, e eu estava convencida de que, se pudesse andar, minha vida seria muito melhor. Ironicamente, embora eu já não use mais uma cadeira de rodas, hoje sinto-me mais consciente de minha deficiência do que jamais senti. As pessoas ainda fazem comentários a meu respeito, porque sou baixa, e especulam sobre minha vida e minha capacidade; tenho sempre que provar minha competência, principalmente no local de trabalho. Embora eu não seja definida por minha deficiência, ela foi fundamental para moldar a pessoa que sou e o que consegui realizar. Hoje, ter uma deficiência é uma condição que eu aceito: já não vejo como algo negativo ou que me deixe constrangida. De muitas maneiras, o fato de ter uma deficiência me favoreceu e criou oportunidades que talvez jamais existissem para mim – como escrever este artigo.

A experiência de cada criança é única. Eu vim de uma família de classe média baixa no Reino Unido, onde tive acesso a cuidados de saúde gratuitos e educação de qualidade. Mas acredito firmemente que as questões de pertencimento, autoestima e aspirações transcendem diferenças como gênero, classe e nacionalidade. Para desenvolver maior sentido de

amor próprio, crianças com deficiência precisam ter a oportunidade de participar e contribuir em todos os aspectos de sua vida.

As pessoas com deficiência estão ficando mais visíveis em muitas posições sociais e profissionais – por exemplo, na política e nos meios de comunicação. Isso ajuda a melhorar as percepções das crianças em relação ao que elas podem realizar. Quando eu estava em idade de crescimento, meu único ídolo era Stevie Wonder. Eu o admirava porque era um músico bem-sucedido e respeitado, apesar de ser cego. No entanto, para mim teria sido útil ver pessoas com deficiência executando tarefas cotidianas – como professores, médicos ou comerciantes. Acho que isso teria sido útil também para meus pais. Minha mãe disse que quando eu era criança ela tentava não pensar sobre meu futuro, porque isso a assustava. Ela sabia que eu era capaz, mas temia que minhas opções fossem limitadas.

O fato é que a deficiência não impediu que eu alcançasse tudo o que é importante. Sou uma assistente social qualificada, fui aprovada aos 16 anos no exame de habilitação para dirigir, saí de casa aos 19 anos, e vivi e trabalhei na Ásia e na África. No futuro, espero atuar como defensora de crianças com deficiência em nível internacional, uma vez que acredito firmemente nos direitos humanos inalienáveis e no potencial não utilizado dessas crianças.

Vivendo com albinismo, discriminação e superstição

Michael Hosea



Michael Hosea nasceu em 1995. É o mais velho de seis crianças e uma das três pessoas com albinismo em sua família imediata. Vive em Dodoma, na Tanzânia, e está prestes a concluir o ensino secundário. Trabalha na defesa dos direitos de jovens com deficiência, especialmente com albinismo, por meio da Rede Leonard Cheshire para Vozes de Jovens com Deficiência.

Nasci em Mwanza, a segunda maior cidade da Tanzânia. Sou o filho mais velho e vivo com meus irmãos e meus pais na capital, Dodoma. Há seis crianças em nossa família: uma de minhas irmãs e um de meus irmãos também são albinos.

As limitações causadas por minha condição tornam a vida muito difícil. Sempre tive problemas com o sol e preciso cobrir-me com roupas pesadas, de mangas compridas, e usar óculos de sol para proteger meus olhos. Tenho problemas também na escola. Às vezes, não consigo enxergar o quadro-negro, e

sempre preciso sentar-me à sombra. Este país não dispõe de tecnologia suficiente para melhoria da visão, como óculos, amplificadores e equipamentos especiais para computador, sem o que crianças com albinismo precisam de muito esforço para terminar a escola e conseguir emprego. Minha família é pobre, e por isso também é difícil conseguir dinheiro para pagar as taxas escolares.

A vida é ainda mais complicada devido à maneira como as pessoas nos tratam. Há muita discriminação contra pessoas com albinismo, e às vezes sinto falta da companhia de amigos. Além disso, algumas pessoas acreditam em mitos horríveis sobre nós: que não somos humanos e nunca morreremos, que o albinismo é uma maldição dos deuses, e que qualquer pessoa que toque em nós será amaldiçoada.

E o pior de tudo, praticantes de bruxaria nos caçam e nos matam para usar nosso cabelo, partes do nosso corpo e órgãos em feitiços e poções. Durante séculos, algumas pessoas acreditaram que se levassem a um bruxo partes do corpo de um albino ficariam ricos e prosperariam. Embora seja ilegal matar pessoas com albinismo, isso ainda acontece – é a ganância que leva as pessoas a fazer isso.

Educação é a chave para pôr fim a assassinatos, abusos e discriminação. É importante que outras pessoas – até mesmo membros de minha família ampliada – aprendam que somos pessoas exatamente como elas.

Mas tudo isso é baseado em mentiras: há pessoas que fizeram essas coisas terríveis, mas nada mudou em sua vida.

Há alguns meses, graças a um amigo de meu pai, meus irmãos e eu escapamos de ser vítimas de assassinato para bruxaria. O amigo de meu pai veio alertá-lo de que três crianças albinas corriam risco de ser caçadas, e implorou a meu pai que saísse de Mwanza. Isso não era fácil, porque a situação financeira de meus pais não era boa, mas fizemos as malas e fomos embora naquela noite, às três horas da madrugada.

Viajamos mais de 500 quilômetros até Dodoma, e, dois dias depois, recebemos notícias de Mwanza, avisando que haviam invadido nossa casa procurando por nós, para nos matar.

Quando essas pessoas descobriram que havíamos escapado, foram até o nosso vizinho, que era o nosso representante albino local. Ele trabalhou muito para nos ajudar e para defender os direitos dos albinos em nossa comunidade. Cortaram seus órgãos genitais e seus braços, e o abandonaram lá para morrer. Mais tarde, recebemos um telefonema de outro vizinho contando o que fizeram com ele. Essa notícia foi tão dolorosa para

mim que chorei muito, mas o que eu poderia fazer? As coisas são assim.

Não entendo por que as pessoas fazem coisas como essa com seres humanos próximos. Mas acredito que a educação é a chave para pôr fim a assassinatos, abusos e discriminação. É importante que outras pessoas – até mesmo membros de minha família ampliada – aprendam que somos pessoas exatamente como elas. Somos todos iguais.

Para não pensar nas dificuldades da vida, adoro escrever músicas e cantar. Acabei de escrever uma canção sobre albinos e nossa luta. Meu sonho é algum dia conseguir gravar minha música em um estúdio e difundir minha mensagem. Rezo para que as pessoas em todo o mundo um dia possam compreender que albinos não são diferentes de ninguém. Todos nós somos seres humanos e merecemos ser tratados com amor e respeito.

Nota:

O albinismo é uma condição rara, transmitida geneticamente e encontrada em todas as etnias. Pessoas com albinismo têm pouca ou nenhuma pigmentação nos olhos, no cabelo e na pele, devido à falta de melanina. São sensíveis à luz forte, e, para albinos, o risco de câncer de pele devido à exposição ao sol fica acima da média. A maioria das pessoas com albinismo tem também limitações visuais. Uma organização não governamental canadense – a Under the Same Sun – estima que o albinismo afete um em cada dois mil tanzanianos. Embora a condição médica, em si, não afete a expectativa de vida, na Tanzânia a média de vida de uma pessoa com albinismo é de cerca de 30 anos.

Quero boas lembranças

Nicolae Poraico



Nicolae Poraico e seu irmão Grisha passaram muitos anos em uma instituição para crianças com deficiência mental, em Moldova. Nicolae recebeu o diagnóstico de deficiência intelectual moderada, e seu irmão, de deficiência intelectual grave. Em 2010, Nicolae e Grisha reencontraram-se com sua mãe no vilarejo de Lapusna. Isso foi possível graças à assistência do programa Community for All – Moldova, implementado pela Keystone Human Services International Moldova Association, com apoio financeiro da Open Society Mental Health Initiative e da Soros Foundation Moldova.

Eu tinha 11 anos quando fui para a instituição com meu irmão Grisha. Agora tenho 16. Nossa mãe nos colocou lá porque não tínhamos dinheiro suficiente para comprar ou alugar uma casa, e ela precisava trabalhar à noite. Ela vinha nos visitar com frequência.

Não me lembro do dia em que fui para a instituição. Esqueci até mesmo algumas de minhas lembranças de ter estado lá, e espero que, com o tempo, eu me esqueça das outras. Quero lembranças novas, boas lembranças.

Nos feriados, a comida era boa. Também era boa em outros dias; éramos alimentados quatro vezes por dia. Depois de comer, eu limpava a cozinha.

Os professores nos ensinaram a declamar poemas e a cantar canções, e nos mostravam vários jogos. Conheço um poema sobre Gigel e dois sobre Mãe.

Tínhamos um horário de sesta, da uma às quatro da tarde. Eu não dormia: eu ria, conversava com outros meninos. Punha minha cabeça no travesseiro, ficava de olhos abertos e olhava para os meninos. Morávamos todos no mesmo quarto, todos os 16 da minha classe.

Havia um menino, Victor. Ele trabalhava na cozinha. Fomos ao estádio ali perto. Ele não levou mais ninguém ao estádio, só eu;

ele tinha pão e leite coalhado, e comemos juntos. Quando minha mãe veio nos buscar, eu e meu irmão, o Victor não sabia, porque estava dormindo. Ele me deu um retrato para eu não me esquecer dele, mas eu esqueci o retrato lá.

Às vezes, alguém da equipe batia em nós. Eu não sei por quê. Bateram tanto em mim com varas diferentes que machucaram minhas costas. Eu não era o único. Outros meninos também ficaram machucados. E alguns meninos tinham facas. Alguns meninos batiam nos outros, e, às vezes, eu brigava com eles, com socos. O que eu podia fazer? Se eu não me defendesse, eles podiam me matar. Eles batiam em Grisha, mas eu o defendia.

Eu não queria ficar lá. Se minha mãe nos tivesse deixado lá, a administração poderia ter nos mandado para famílias diferentes, e minha mãe nunca nos encontraria. Mas quero visitar a instituição, só para ver Victor e pegar o número de seu telefone.

Em casa é muito bom. Agora eu brinco com Colea, Igor e Dima. Aqui ninguém bate em mim. Às vezes, discuto problemas com nossa mãe, e peço conselhos. Nós nos damos muito bem e eu vou à escola todos os dias. Gosto de educação física e das aulas de idioma romeno. Estou contente de estar aqui. Estou feliz por estar em Lapusna.

(continuação da p. 3)

cação, e o direito de manifestar suas opiniões e de participar de tomadas de decisão, e de ter igual proteção nos termos da lei. Estão no centro dos esforços no sentido de construir sociedades inclusivas e equitativas – não só como beneficiários, mas como agentes de mudanças. Afinal, quem poderia estar em melhor posição para entender suas necessidades e avaliar as respostas?

Em qualquer esforço para promover inclusão e justiça, crianças com deficiência devem ser capazes de atrair o apoio de suas famílias, de organizações de pessoas com deficiência, associações de pais e grupos comunitários. Devem contar também com aliados fora da família. Os governos têm o poder de ajudar, alinhando políticas e programas com o espírito e as determinações da CDPD, da CDC e de outros instrumentos internacionais que tratam da criança com deficiência ou afetam seus interesses. Parceiros internacionais podem prover assistência compatível com as Convenções. Empresas e outras entidades do setor privado podem aumentar a inclusão – e atrair os melhores talentos –, abraçando a diversidade no momento da contratação.

A comunidade de pesquisa vem trabalhando para aprimorar a coleta e a análise de dados. Seu trabalho contribuirá para superar a ignorância e a discriminação que é frequentemente gerada por ela. Além disso, uma vez que os dados ajudam a direcionar intervenções e avaliar seus efeitos, o aprimoramento da coleta e da análise contribui para garantir a melhor alocação possível de recursos e serviços. No entanto, os tomadores de decisão não precisam esperar por dados de melhor qualidade para começar a construir infraestruturas e serviços mais inclusivos. Como alguns deles já constataram, a inclusão envolve comunidades inteiras, e as benefícios, e seus elementos podem ser aplicados a novos projetos coletivos. Basta que esses esforços sejam flexíveis, para que possam ser adaptados à medida que novos dados sejam produzidos.

O próximo capítulo deste relatório discute a exclusão e os fatores que a disseminam, e analisa alguns fundamentos filosóficos e práticos da inclusão. Os capítulos subsequentes – cada um dos quais aplica a mesma abordagem de explorar barreiras e soluções promissoras – são dedicados a aspectos específicos da vida de crianças com deficiência.

O Capítulo 3 discute os serviços de saúde, nutrição e educação que fornecem uma base sólida sobre a qual crianças com deficiência podem construir vidas plenas e compensadoras. O Capítulo 4 explora as oportunidades e os desafios para garantir reconhecimento e proteção na legislação contra exploração e abusos. O Capítulo 5 discute a inclusão no contexto de crises humanitárias.

A invisibilidade está na origem de muitas das privações enfrentadas por crianças com deficiência, e perpetua essa condição. Pesquisas sobre deficiência infantil são angustiantemente inadequadas, principalmente em países de média e baixa renda. A falta de evidências que resulta dessas pesquisas impede que políticas adequadas sejam formuladas e que serviços de qualidade sejam oferecidos para crianças que fazem parte dos grupos mais vulneráveis. Assim sendo, o Capítulo 6 deste relatório analisa os desafios e as oportunidades que se colocam para os pesquisadores – e modos pelos quais as crianças com deficiência podem ganhar visibilidade por meio de coleta e análise de dados consistentes. O Capítulo 7, que fecha esta edição do relatório *Situação Mundial da Infância*, faz um resumo de ações necessárias e factíveis que permitirão que governos, seus parceiros internacionais, a sociedade civil e o setor privado promovam equidade por meio da inclusão de crianças com deficiência.



Na China, Wenjun, de 9 anos de idade, caminha ao lado de sua madrastra. © UNICEF/China/2010/Liu



Em Bangladesh, crianças com e sem deficiência participam de festa escolar. © UNICEF/BANA2007-00655/Siddique

FUNDAMENTOS DA INCLUSÃO

A adoção de uma abordagem baseada no respeito aos direitos, às aspirações e ao potencial de todas as crianças pode reduzir a vulnerabilidade de crianças com deficiência à discriminação, à exclusão e a abusos.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) questionam a abordagem assistencialista que considera crianças com deficiência como alvos passivos de cuidados e de proteção. Ao invés, as convenções pedem o reconhecimento de todas as crianças como membros plenos de suas famílias, comunidades e sociedades. Nessa abordagem, o foco não está na ideia tradicional de “salvar” a criança, mas sim em investimentos na remoção de barreiras físicas, culturais, econômicas, atitudinais, de comunicação e de mobilidade que impedem a realização dos direitos da criança – inclusive o direito a um envolvimento ativo na tomada de decisões que afetam sua vida cotidiana.

Afirma-se frequentemente que o mundo muda quando *você* muda. Subestimar as capacidades de pessoas com deficiência é um enorme obstáculo à sua inclusão. Esse obstáculo não existe apenas na sociedade em geral, mas também na mente de profissionais, políticos e outros tomadores de decisões. Pode existir também nas famílias, entre os pais e nas próprias pessoas que têm alguma deficiência, principalmente quando lhes faltam evidências de que são valorizadas e apoiadas em seu processo de desenvolvimento. Atitudes negativas ou desinformadas, das quais decorrem privações tais como falta de acomodação adequada para crianças com deficiência, ainda estão entre os maiores obstáculos à obtenção de igualdade de oportunidades.

Como resultado de percepções sociais negativas, crianças com deficiência podem ter poucos amigos e ser marginalizadas ou sistematicamente provo-

cadas, podem ser tratadas como pessoas que não fazem parte de sua comunidade, e suas famílias podem ser submetidas a situações mais estressantes. Estudos anteriores sobre o tratamento dado por outras crianças verificaram que, mesmo no nível da pré-escola, crianças com deficiência podem ser ignoradas como amigas ou parceiras de brincadeira, por vezes porque as outras crianças acreditam que não estão interessadas ou não são capazes de brincar e interagir.⁴ Um levantamento com famílias de crianças com deficiência realizado no Reino Unido constatou que 70% delas consideravam que a compreensão e a aceitação da deficiência em sua comunidade eram limitadas ou insatisfatórias, e quase 50% dessas crianças tinham dificuldades de acesso a serviços de cuidados infantis.⁵ Segundo um estudo de 2007, realizado no Reino Unido com crianças com necessidades educacionais especiais, 55% afirmaram que tinham sido tratadas de maneira injusta devido à sua deficiência.⁶ Um estudo em Madagascar verificou que era comum o desconhecimento sobre deficiências entre pais e mães – e que, mesmo entre presidentes de associações de pais, 48% acreditavam, equivocadamente, que a deficiência é contagiosa.⁷ Um estudo realizado em 2009 na cidade de Da Nang, no Vietnã, relata que, embora a comunidade de modo geral adotasse atitudes de tolerância em relação a crianças com deficiência e a suas famílias, persistiam casos de discriminação e estigmatização. A presença de crianças com deficiência em público, por exemplo, em feriados como *Tet*, que marca o início do ano novo lunar, era considerada mau augúrio.⁸

Não surpreende, portanto, que crianças com deficiência estejam entre as mais vulneráveis a baixa autoestima e sentimentos de isolamento. Nenhuma criança deve ser definida por uma deficiência. Cada criança é única e tem o direito de ser respeitada como tal. Quando a sociedade adota princípios inclusivos e evidencia na prática esse apoio à equidade, crianças com deficiência conseguem desfrutar dos mesmos direitos e opções que as demais crianças. Para o desenvolvimento físico e intelectual saudável de qualquer criança, é fundamental ter acesso à participação na comunidade e a opções educacionais, culturais e recreacionais. Em casos em que há necessidade de apoio especializado – por exemplo, para comunicação ou mobilidade – para facilitar a interação e promover uma participação autoconfiante nas atividades cotidianas, o acesso deve ser gratuito e estar disponível para todas elas.

Mudando atitudes

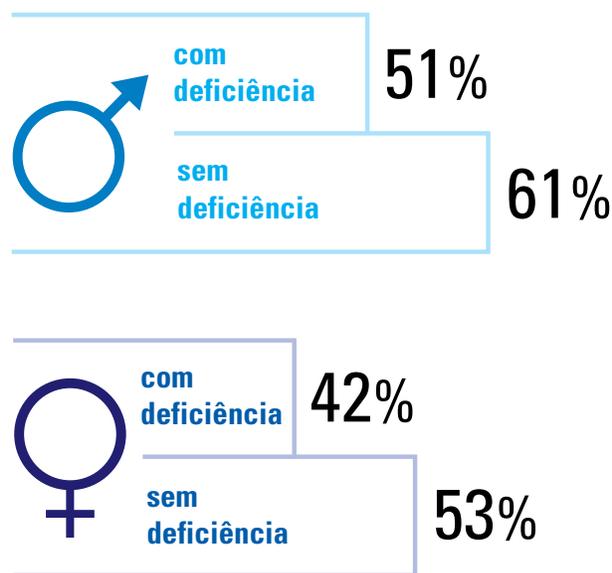
Mudanças significativa na vida de crianças com deficiência só ocorrerão quando começarem a mudar as atitudes das comunidades, dos profissionais, dos meios de comunicação e dos governos. A ignorância sobre a natureza e as causas da

deficiência, a invisibilidade das próprias crianças, a atitude grave de subestimar seu potencial e suas capacidades, e outros empecilhos à igualdade de oportunidades e de tratamento conspiram, em conjunto, para silenciar e marginalizar as crianças com deficiência. Campanhas amplas de conscientização pública, patrocinadas pelos governos, incluindo crianças como apresentadoras, e apoiadas por todos os interessados da sociedade civil, podem informar, questionar e tornar públicas essas barreiras à realização de direitos. Além disso, pais, mães e organizações de pessoas com deficiência podem desempenhar – e frequentemente desempenham – um papel crucial na luta por aceitação e inclusão.

Incluir a deficiência no discurso político e social pode contribuir para sensibilizar os tomadores de decisões e os provedores de serviços, e demonstrar à sociedade em geral que a deficiência faz “parte da condição humana”.⁹ Não há como superestimar a importância de envolver as crianças com deficiência. Preconceitos podem ser reduzidos de maneira eficaz por meio da interação, e já se demonstrou que reunir nas mesmas atividades crianças com e sem deficiência promove atitudes mais positivas.¹⁰ A integração social beneficia todos. Portanto, se as sociedades procuram reduzir as desigualdades, devem começar pelas crianças, que estão mais bem equipadas para construir uma sociedade inclusiva para a próxima geração. Por exemplo, crianças que tiveram experiências de educação inclusiva podem tornar-se excelentes professoras em sua sociedade.

Meios de comunicação inclusivos também têm um papel importante a desempenhar. A literatura sobre a infância que inclui crianças e adultos com deficiência transmite mensagens positivas, que os apresentam como membros de famílias e de comunidades. Para membros de qualquer grupo, e particularmente daqueles que podem ser discriminados com base em raça, gênero, etnia ou deficiência, é importante que sejam incluídos em histórias e livros didáticos para crianças – não necessariamente como principais protagonistas, mas simplesmente para que sua presença e sua participação sejam visíveis. As representações veiculadas por livros, filmes e outros meios de comunicação desempenham um papel importante na transmissão de normas sociais para as crianças. Assim como a representa-

Taxas estimadas de conclusão do curso primário



Fonte: Organização Mundial da Saúde, com base em pesquisas em 51 países.

ção de meninas na mídia dominante carrega noções implícitas de hierarquia e expectativas tradicionais sobre os gêneros, a ausência ou a representação deformada ou estereotipada de pessoas com deficiência cria e reforça preconceitos sociais e resulta na subestimação dos papéis e do lugar dessas pessoas na sociedade.

Da mesma forma, a participação em atividades sociais contribui para promover uma visão positiva da deficiência. O esporte, particularmente, tem ajudado a superar muitos preconceitos da sociedade. A atividade física pode ser um meio poderoso de gerar respeito – é inspirador ver uma criança superar barreiras físicas e psicológicas à sua participação, inclusive falta de estímulo e apoio ou carência de equipamentos adaptativos. Em um dos estudos, crianças com deficiência e fisicamente ativas foram avaliadas como mais competentes do que seus pares sem deficiência.¹¹ No entanto, é preciso cautela para não criar um clima artificial, em que crianças com deficiência que evidenciam heroísmo físico sejam valorizadas e aquelas que não o fazem sejam levadas a sentir-se inferiores.

O esporte tem ajudado também em campanhas voltadas à redução do estigma. Frequentemente, atletas com deficiência são os representantes mais reconhecidos de pessoas com deficiência, e muitos deles utilizam plataformas como os Jogos Paralímpicos e as *Special Olympics* para divulgar e tornar-se modelos para crianças com limitações físicas ou intelectuais. Além disso, experiências na Bósnia e Herzegovina, no Laos, na Malásia e na Rússia demonstram que o acesso a esportes e recreação não apenas beneficia diretamente as crianças com deficiência como também contribui para melhorar sua posição na comunidade, uma vez que, tal como as demais crianças, são vistas como participantes de atividades socialmente valorizadas.¹²

Estimular crianças com deficiência a participar de esportes e recreação em companhia de seus pares não é apenas uma questão de mudança de atitudes: é um direito e uma exigência específica da CDPD, que orienta os países parceiros a “garantir que crianças com deficiência tenham acesso igual ao de outras crianças à participação em brincadeiras, recreação e atividades esportivas e de lazer, inclusive aquelas promovidas pelo sistema escolar.”

Trata-se de capacidade

A campanha “Trata-se de capacidade”, de Montenegro, foi lançada em setembro de 2010 e teve impacto sobre os conhecimentos, as atitudes e as práticas do público em relação a crianças com deficiência. A campanha reúne uma coalizão ampla de cem organizações nacionais e internacionais, que inclui o governo de Montenegro, a União Europeia, o Conselho Europeu, a Organização por Segurança e Cooperação na Europa, agências das Nações Unidas, embaixadas, associações de pais de crianças com deficiência, mídias impressa e eletrônica, o setor privado, funcionários locais e crianças com e sem deficiência. Uma das estratégias da campanha foi a utilização de painéis expostos em todo o país, apresentando crianças com deficiência como membros ativos da sociedade, retratando-as como atletas, amigos e amigas, musicistas, dançarinos e dançarinas, estudantes, filhas, filhos, irmãos e irmãs.

Em novembro de 2011, uma pesquisa mediu o impacto da campanha e relatou sua contribuição para um aumento de 18% no número de pessoas que consideram crianças com deficiência como membros plenos da sociedade. Progressos também foram observados no comportamento em relação a crianças com deficiência e na comunicação entre elas e pessoas sem deficiência.

Apoiando as crianças e suas famílias

A CDPD enfatiza o papel da família como unidade natural da sociedade e o papel do Estado como provedor de apoio à família. Afirma que “a pessoa com deficiência e os membros de sua família devem receber a proteção e a assistência necessárias para capacitar as famílias a contribuir para que a pessoa com deficiência desfrute de seus direitos de maneira plena e equitativa.”¹³

O processo de realização dos direitos de uma criança com deficiência – de inclusão dessa criança na vida comunitária – começa pela criação de um ambiente familiar que propicie o recurso a intervenções precoces, o que implica estimulação e intera-



Em Porto Príncipe, no Haiti, Marmane, de 8 anos de idade, em um centro de reabilitação dirigido pela organização não governamental Médicos sem Fronteiras. © UNICEF/HQ2005-1970/LeMoyne

ção com pais, mães e cuidadores desde os primeiros dias e semanas de vida, e ao longo dos diversos estágios do desenvolvimento educacional e recreacional da criança. A inclusão é importante em qualquer idade, mas quanto mais cedo a criança com deficiência tiver a oportunidade de interagir com pares e com a sociedade mais ampla, maiores serão os benefícios prováveis para todas as crianças.

Segundo a CDPD, crianças com deficiência e suas famílias têm direito a um padrão de vida satisfatório, o que inclui alimentação, vestuário e moradia adequados. Crianças com deficiência e seus cuidadores têm direito também a serviços de apoio gratuitos ou subsidiados, tais como creche, atendimento periódico e acesso a grupos de autoajuda.

A proteção social para crianças com deficiência e suas famílias é particularmente importante, porque

essas famílias se defrontam frequentemente com gastos mais altos e menos oportunidades de obtenção de renda.

As estimativas sobre custos adicionais da deficiência que pesam sobre as famílias variam significativamente: no Reino Unido, de 11% a 69% da renda; na Austrália, de 29% a 37%; na Irlanda, de 20% a 37%; no Vietnã, 9%; e na Bósnia e Herzegovina, 14%.¹⁴ Os custos associados à deficiência incluem despesas diretas, tais como tratamento médico, viagens, reabilitação ou assistência, e custos de oportunidade, como a redução de renda de pais, mães ou familiares que abandonam o emprego ou diminuem seu envolvimento no trabalho para cuidar de uma ou mais crianças com deficiência.¹⁵

A Organização Internacional do Trabalho estima que os custos econômicos da deficiência variem de 3% a 5% do produto interno bruto em dez países de média e baixa renda.¹⁶ Um estudo sobre 14 países em desenvolvimento verificou que a probabilidade de viver na pobreza é mais alta entre pessoas com deficiência do que entre seus pares sem deficiência.¹⁷ Como tendência, pessoas com deficiência apresentaram situação mais precária de educação, emprego, condições de vida, consumo e saúde. Em Malawi e em Uganda, verificou-se, como tendência, que famílias com membros com deficiência eram mais pobres do que famílias comparáveis sem membros com deficiência.¹⁸ De maneira geral, famílias com membros com deficiência têm renda mais baixa e correm maior risco de estar abaixo da linha da pobreza do que outras famílias.¹⁹ Em países em desenvolvimento, famílias com um ou mais membros com deficiência têm gastos consideravelmente mais altos com cuidados de saúde,²⁰ o que significa que, mesmo estando tecnicamente acima da linha da pobreza, mas tendo um ou mais membros com deficiência, uma família pode, de fato, ter um padrão de vida equivalente ao de outra situada abaixo da linha da pobreza, mas que não tem nenhum membro com deficiência.

Há claras evidências de que deficiências na infância reduzem as oportunidades de vida de uma pessoa. Crianças com deficiência crescem mais pobres, têm menos acesso a serviços educacionais e de atenção à saúde, e apresentam resultados piores em diver-

sas avaliações, inclusive quanto à probabilidade de desestruturação da família e de sofrer abusos.

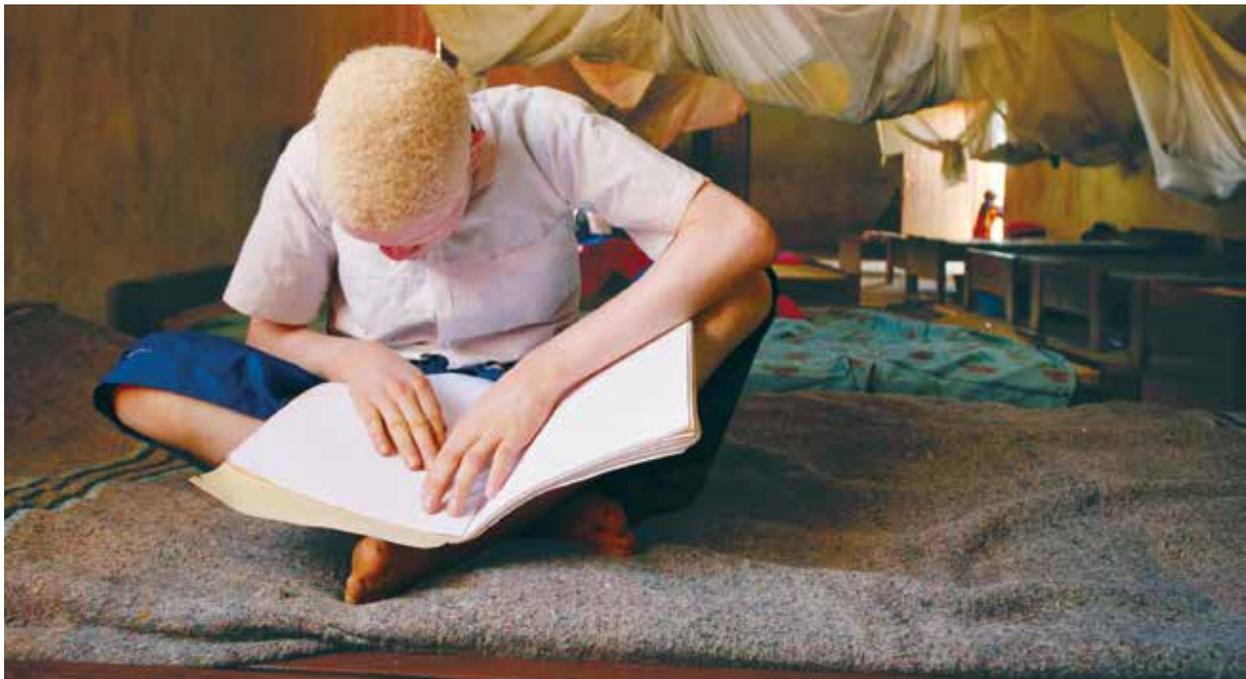
Os governos podem lidar com o aumento decorrente de riscos da pobreza na infância por meio de iniciativas de proteção social tais como programas de transferência monetária. Tais programas são relativamente fáceis de administrar e são flexíveis em relação ao atendimento das necessidades particulares dos genitores e das crianças, além de respeitar seus direitos de tomada de decisões.

Demonstrou-se que programas de transferência monetária beneficiam as crianças,²¹ embora possa ser difícil avaliar em que medida são utilizados e úteis para crianças com deficiência e seus cuidadores.²² Um número crescente de países de média e baixa renda vem-se baseando nos resultados promissores desses esforços mais amplos, e adotando iniciativas de proteção social com alvos específicos que incluem transferência monetária diretamente para crianças com deficiência. Entre outros, esses países incluem África do Sul, Bangladesh, Brasil, Chile, Índia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Nepal, Turquia e Vietnã. Os tipos de subsídios e os critérios pelos quais são atribuídos são muito variáveis.

Alguns estão associados à gravidade da limitação da criança. Para garantir que essas transferências cumpram seus objetivos, serão essenciais monitoramento e avaliação rotineiros dos efeitos das transferências sobre os resultados apresentados pelas crianças com deficiência em termos de saúde, educação e recreação.

Outra ferramenta que os governos podem utilizar é um orçamento específico para o atendimento a deficiências. Por exemplo, desde que assumiu o compromisso de garantir que todas as crianças recebam educação gratuita de boa qualidade, um governo já incluiria metas específicas relativas a crianças com deficiência, e cuidaria de alocar uma parcela suficiente dos recursos disponíveis para cobrir custos com capacitação de professores, acessibilidade de infraestrutura e de currículos, e fornecimento e adequação de dispositivos assistivos.

O acesso efetivo a serviços de educação, atenção à saúde, habilitação (treinamento e tratamento para a realização de atividades da vida diária), reabilitação (produtos e serviços para ajudar a restaurar funções depois de um evento que resultou em uma limitação) e recreação deve ser oferecido gratuitamente



Na cidade de Moshi, na Tanzânia, menino albino lê texto em Braille na escola.
© UNICEF/HQ2008-1786/Pirozzi

e deve ser consistente com a promoção mais completa possível de integração social e de desenvolvimento individual da criança, inclusive seu desenvolvimento cultural e espiritual. Essas medidas podem promover a inclusão na sociedade, em sintonia com o espírito do Artigo 23 da CDC, que estabelece que uma criança com deficiência “deve ter uma vida plena e decente, em condições que garantam dignidade, promovam autoconfiança e facilitem sua participação ativa na comunidade.”²³

Os Estados partes da CDPD comprometeram-se a agir no sentido de eliminar a discriminação contra crianças com deficiência e tornar prioritária sua inclusão na sociedade. Estratégias nacionais abrangentes com resultados mensuráveis aumentarão a probabilidade de que todas as crianças efetivem seus direitos. A cooperação internacional e o intercâmbio de informações e de assistência técnica – incluindo progressos no ensino ou em abordagens à intervenção precoce baseadas na comunidade – podem contribuir para esses objetivos. Programas de assistência ao desenvolvimento focalizados na criança podem con-

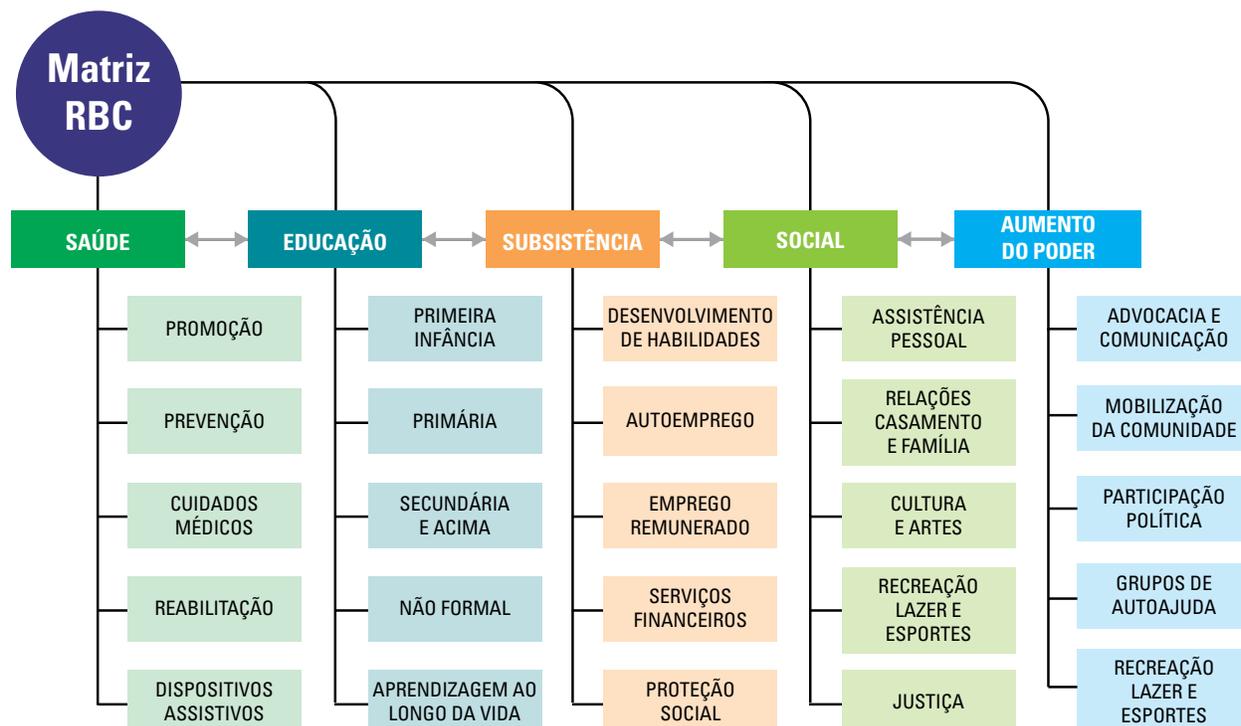
tribuir para levar em consideração as necessidades de crianças com deficiência e de suas famílias, particularmente em contextos de baixa renda, nos quais talvez sejam mais precários os sistemas de proteção e de promoção dos direitos dessas crianças.

Os serviços para crianças com deficiência são oferecidos por diferentes instituições governamentais e não governamentais. Uma coordenação multisetorial adequada envolvendo membros da família ajudaria a evitar lacunas no provimento e deveria estar sintonizada com mudanças nas capacidades e necessidades da criança ao longo de seu crescimento e de sua experiência de vida.

Reabilitação baseada na comunidade

Programas de reabilitação baseada na comunidade (RBC) são planejados e administrados por comunidades locais. A RBC procura garantir que pessoas com deficiência tenham acesso equitativo à reabilitação e a outros serviços e oportunidades – em termos

Reabilitação baseada na comunidade



Fonte: Organização Mundial da Saúde.



Escola de educação infantil inclusiva em Nizhny Novgorod, na Rússia. © UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

de saúde, educação e subsistência. Desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no final da década de 1970 e no início da década de 1980, essa abordagem é praticada em mais de 90 países. A concentração dos cuidados em instituições e nas mãos de especialistas é substituída por cuidados nas comunidades, que assumem a colaboração e a responsabilidade pela atendimento das necessidades específicas de pessoas com deficiência – de forma crítica e mediante a participação ativa dessas pessoas.²⁴

A RBC pode mostrar-se eficaz na abordagem a diversos tipos de carências. Crianças com deficiência que vivem em comunidades indígenas e rurais enfrentam múltiplas desvantagens: apresentam deficiências, pertencem a um grupo marginalizado e vivem em locais remotos. Têm pouco ou nenhum acesso a serviços que poderiam garantir desenvolvimento, proteção e participação na vida comunitária.²⁵ Em Oaxaca, no México, uma iniciativa de amplo alcance liderada pelo Centro de Pesquisa e Estudos de Antropologia Social em nível Pós-secun-

dário (CIESAS) oferece um exemplo de RBC para crianças indígenas com deficiência, suas famílias e sua comunidade. Em colaboração com o UNICEF, e com financiamento da agência DIF-Oaxaca de bem-estar social, o CIESAS utilizou a RBC para promover a inclusão de crianças com deficiência em quatro comunidades rurais afastadas²⁶ com populações numerosas e baixo Índice de Desenvolvimento Humano. Compostas por um médico, um terapeuta físico ou ocupacional, um educador e dois ativistas da comunidade fluentes nos idiomas indígenas locais, as equipes foram capacitadas e enviadas para as comunidades para realizar oficinas sobre discriminação, inclusão e direitos da criança. As equipes promoveram a formação de redes locais de apoio entre as famílias de crianças com deficiência e, quando apropriado, ofereceram encaminhamento para tratamento médico ou terapia. Durante um período de três anos, de 2007 a 2010, a iniciativa resultou em maior aceitação de crianças indígenas com deficiência por suas próprias famílias e comunidades. Os benefícios incluíram também

melhor provimento de serviços sociais, construção de rampas de acesso para cadeiras de rodas, sob a liderança da comunidade, para tornar acessíveis os espaços públicos, acordo entre hospitais estaduais e federais para prover serviços gratuitos para crianças com deficiência encaminhadas pelo projeto, e 32 novas matrículas de crianças com deficiência em escolas regulares.²⁷

Tecnologia assistiva

Dependendo do tipo de deficiência, uma criança pode precisar de um ou mais serviços e dispositivos assistivos (*ver página seguinte*). No entanto, segundo a Organização Mundial da Saúde, em muitos países de baixa renda apenas entre 5% e 15% das pessoas que necessitam de tecnologia assistiva conseguem obtê-la.²⁸ Um dos motivos é o custo, que pode ser particularmente proibitivo no caso das crianças, que precisam substituir ou adaptar os equipamentos periodicamente, à medida que crescem.²⁹ Crianças frequentemente têm menor probabilidade do que adultos de ter acesso à tecnologia

assistiva.³⁰ O provimento e a utilização de tecnologia assistiva são discutidos em um artigo Foco, publicado *on-line* em <www.unicef.org/sowc2013>.

Desenho universal

Abordagens inclusivas são elaboradas em torno do conceito de acessibilidade, com o objetivo de evitar sistemas paralelos, garantindo que o trabalho regular funcione para todos. Para que crianças com deficiência desfrutem de seu direito de participar da comunidade, é essencial que disponham de um ambiente acessível. Por exemplo, é preciso que haja acesso a todas as escolas para que crianças com deficiência participem da educação. Crianças educadas juntamente com seus pares têm uma chance muito melhor de tornar-se membros produtivos da sociedade e de integrar-se na vida de suas comunidades.³¹

O conceito de acessibilidade pode envolver o projeto de um ambiente, de um produto ou de uma estrutura. Um desenho universal é definido como



Em Mogadíscio, na Somália, Liban, de 8 anos de idade, usa muletas depois de perder uma perna em uma explosão de bomba. © UNICEF/HQ2011-2423/Grarup

Tecnologia assistiva: produtos

Categoria	Exemplos de produtos
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none">• Bengala, muleta, andador, cadeira de rodas manual e motorizada, triciclo• Perna ou mão artificial, calibrador, luva ortopédica, órtese para pés tortos• Cadeira de canto, assento especial, levante ortostático• Talheres e utensílios de cozinha adaptados, vareta para apoio no vestir, assento para banho, assento para vaso sanitário, andador adaptado para vaso sanitário, robô alimentador
Visão	<ul style="list-style-type: none">• Óculos, lupas, programa de amplificação para computador• Bengala branca, equipamento de navegação GPS• Sistemas Braille de leitura e escrita, leitor de tela para computador, tocador de livro falado, gravador e tocador de áudio• Xadrez em Braille, bolas sonoras
Audição	<ul style="list-style-type: none">• Fone de ouvido, aparelho auxiliar de audição• Telefone com amplificador, implante coclear
Comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Cartões de comunicação com textos, quadros de comunicação com letras, símbolos ou figuras• Equipamento eletrônico de comunicação com fala gravada ou sintetizada
Cognição	<ul style="list-style-type: none">• Listas de tarefas, programa e calendário figurativos, instruções baseadas em figuras• Temporizador, lembrete manual ou automático, <i>smartphone</i> com listas de tarefas, programação e calendário adaptados e gravador de áudio• Brinquedos e jogos adaptados

Fonte: Johan Borg; International Organization for Standardization (2008), <http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_tc_browse.htm?commid=53782>.

o projeto de produtos e ambientes que possam ser utilizados por todos, com a maior amplitude possível, sem necessidade de adaptações ou de projeto especializado. A abordagem concentra-se em projetos que funcionem para todos, independentemente de idade, capacidade ou situação.

Os princípios do desenho universal foram desenvolvidos por arquitetos, projetistas de produtos, engenheiros e pesquisadores de projetos ambientais. São interdisciplinares e podem ser aplicados para orientar o processo de projeção ou para avaliar projetos existentes. Envolvem sete princípios: uso equitativo; flexibilidade de uso; uso simples e intuitivo; informações perceptíveis; tolerância a erros; baixo esforço físico; e dimensões e espaço suficientes para aproximação e utilização.

Na prática, o desenho universal pode ser encontrado sob a forma de rampas de acesso ou de calçadas, livros em áudio, prendedores com velcro, armários com prateleiras de correr, portas automáticas e ônibus com piso rebaixado.

O custo para a integração da acessibilidade em novas edificações e infraestruturas pode ser desprezível, representando menos de 1% do custo total da execução da obra.³² No entanto, o custo de adaptações em prédios já construídos pode ser muito mais alto, principalmente para prédios pequenos, nos quais pode chegar a 20% do custo original. Faz sentido integrar considerações sobre acessibilidade aos projetos na fase inicial de planejamento do processo. A acessibilidade também deve ser levada em consideração no financiamento de projetos de desenvolvimento.

PERSPECTIVA

Para jovens surdos, a linguagem é a chave

Krishneer Sen



Krishneer Sen, jovem ativista surdo de Suva, em Fiji, está estudando tecnologia da informação na Universidade Gallaudet, nos Estados Unidos, com uma bolsa de estudos da World Deaf Leadership. Em 2012, atuou como estagiário residente no UNICEF em Fiji.

Para a realização dos direitos de cidadão, o acesso à informação e aos meios de comunicação é essencial para qualquer pessoa. Na falta de meios para adquirir conhecimentos, expressar suas opiniões e manifestar suas demandas, é impossível obter educação, conseguir um emprego ou participar de atividades cívicas.

Em meu país, Fiji, a falta de acesso à informação e aos meios de comunicação é o maior problema enfrentado por crianças surdas. A tecnologia de informação e comunicação (TIC), que estou estudando na universidade, vem ajudando pessoas surdas em todo o mundo, criando oportunidades que simplesmente não seriam possíveis há uma geração. A disponibilidade de TIC oferece às pessoas surdas a possibilidade de comunicar-se e conectar-se com amigos, diminui seu isolamento e abre novos caminhos para sua participação na vida política, econômica, social e cultural. Pessoas que não dispõem desse acesso – porque vivem em áreas rurais, porque são pobres ou carecem de educação, ou porque ainda não dispõem de equipamentos adequadamente adaptados – sentem-se frustradas e excluídas.

Fijianos que são surdos, como eu, têm acesso limitado aos meios de comunicação, a servi-

ços de emergência, e até mesmo a simples conversas telefônicas. Na falta de tecnologias assistivas, tais como telefone com legendas, dependemos de pessoas ouvintes que sirvam como intérpretes, ou do recurso de mensagens de texto. Essa situação não mudará enquanto TIC e políticas de meios de comunicação para pessoas com deficiência não passarem a ser prioridade para o governo.

Pessoas surdas podem ser bem-sucedidas e contribuir para a sociedade da mesma forma que pessoas que ouvem. O desenvolvimento de suas capacidades começa pela educação e pela linguagem. Uma vez que crianças surdas crescem em um mundo de ouvintes, uma educação de boa qualidade significa necessariamente uma educação bilíngue. Em Fiji, crianças surdas devem, já a partir do nascimento, aprender a linguagem fijiana de sinais, além dos idiomas usualmente ensinados a crianças ouvintes – inglês, fijiano e hindi. A educação bilíngue ajuda a criança surda a desenvolver sua capacidade de se comunicar utilizando os idiomas de pessoas ouvintes: crianças surdas que conseguem se comunicar de maneira eficaz com a linguagem de sinais têm mais facilidade para aprender outros idiomas, como o inglês. Acredito que o bilinguismo oferecerá às crianças surdas melhor acesso

Precisamos tornar os meios de comunicação mais acessíveis para crianças surdas, por meio de legendas ou de interpretação de programas de televisão, e do desenvolvimento de programas infantis que utilizem linguagem de sinais.

à educação de que necessitam para funcionar como cidadãos de forma equitativa.

Quando eu era pequeno, costumava assistir na televisão, em Fiji, programas de desenho animado que não eram legendados nem interpretados em linguagem de sinais. Minha família não dominava bem a linguagem de sinais. Mais tarde, percebi que o motivo de minhas dificuldades para aprender inglês era o fato de não ter sido ensinado exclusivamente por meio de linguagem de sinais em meu ambiente familiar. Pais e mães têm um papel importante na capacitação da criança surda para a comunicação e o acesso à informação; assim como com outras pessoas que interagem com a criança surda, pais e mães precisam tomar a iniciativa e utilizar a linguagem de sinais para se comunicar na vida diária, tanto em casa quanto na escola.

Precisamos tornar os meios de comunicação mais acessíveis para crianças surdas, por meio de legendas ou de interpretação de programas de televisão, e do desenvolvimento de programas infantis que utilizem linguagem de sinais. Precisamos de um ambiente sem barreiras para a comunicação. Eu gostaria de ver a linguagem fijiana de sinais utilizada em uma variedade de programas, desde noticiários

até desenhos animados. Além da televisão, meios sociais de comunicação podem oferecer ferramentas poderosas para promover o conhecimento sobre Fiji e assuntos internacionais, e assegurar o acesso de todos, inclusive de pessoas com deficiência, a informações sobre a situação política, possibilitando que votem de maneira consciente e informada nas eleições.

A disponibilização do acesso à TIC para crianças surdas pode facilitar seu desenvolvimento social e emocional, ajudá-las a aprender em escolas regulares e prepará-las para um futuro emprego. Fiz um curso básico de computação em uma escola especial, e isso mudou minha vida para melhor: foi por meio da internet que descobri a Universidade Gallaudet, onde estudo atualmente.

Além de melhorar a educação, a TIC oferece aos surdos e a outros jovens com deficiência a possibilidade de conhecer seus direitos e associar-se a campanhas para que esses direitos sejam realizados. Ao facilitar o ativismo, a TIC pode ajudar a melhorar o perfil de pessoas com deficiência na sociedade mais ampla e permitir que tenham uma participação ativa.

Meu sonho é ver pessoas surdas comunicando-se livremente

com pessoas ouvintes por meio da utilização de tecnologias assistivas. Quando obtiver meu diploma, pretendo iniciar um projeto de estabelecimento de tecnologias de comunicação em Fiji para facilitar a comunicação entre pessoas surdas e ouvintes, utilizando intérpretes de linguagem de sinais e chamadas de vídeo. Vou trabalhar com a Associação Fijiana de Surdos, da qual fui membro por muitos anos, em defesa de direitos humanos, oportunidades e equidade.

Para que o governo dê prioridade às necessidades de pessoas surdas, é preciso advogar em nosso favor. Para possibilitar o ativismo entre pessoas surdas, precisamos educar as crianças surdas na utilização da linguagem de sinais e também dos idiomas utilizados na comunidade ouvinte em que vivem, e precisamos trabalhar pela expansão do acesso a tecnologias por meio das quais pessoas surdas possam obter informações e comunicar-se com surdos e com ouvintes.



Em Gulu, Uganda, professora com limitação auditiva dá aula para uma turma de crianças com a mesma limitação.
© UNICEF/UGDA2012-00108/Sibiloni

UMA BASE SÓLIDA

Boa saúde, nutrição e uma educação consistente: esses são os elementos que estruturam a vida que crianças, pais e mães desejam, e à qual todas as crianças têm direito.

Saúde inclusiva

Nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), todas as crianças têm direito ao mais alto padrão de saúde possível. Conclui-se que crianças com deficiência também têm o mesmo direito ao espectro completo de cuidados – desde imunização já no primeiro ano de vida a nutrição adequada e tratamento para doenças e traumas na infância, até informações e serviços confidenciais sobre sexo e saúde reprodutiva durante a adolescência e no início da vida adulta. Igualmente essenciais são serviços básicos de abastecimento de água, saneamento e higiene.

O objetivo de uma abordagem inclusiva à saúde é garantir que crianças com deficiência realmente usufruam desses direitos em condições de igualdade com as demais. Essa é uma questão de justiça social e de respeito à dignidade inerente a todos os seres humanos. Constitui também um investimento no futuro: assim como outras crianças, aquelas com deficiência serão os adultos de amanhã. Evidentemente, precisam ter boa saúde, uma vez que esta condição tem um papel crucial na realização de uma infância feliz e aumenta suas perspectivas como futuros produtores e genitores.

Imunização

A imunização é um componente crítico nos esforços mundiais para reduzir doenças e mortes na infância. Está entre as intervenções de saúde pública de maior sucesso e com melhor relação custo-eficácia, com enorme potencial para reduzir a carga de morbidade

e mortalidade, principalmente para crianças menores de 5 anos de idade. Por esse motivo, a imunização tem sido a pedra angular de iniciativas nacionais e internacionais na área da saúde. O número de crianças alcançadas atualmente é recorde. Uma das consequências foi a queda da incidência de pólio, doença que pode causar paralisia muscular permanente: de mais de 350 mil casos registrados, em 1988, caiu para 221 casos, em 2012.³⁴

Ainda há um caminho considerável a percorrer. Em 2008, por exemplo, mais de um milhão de crianças menores de 5 anos de idade morreram devido a pneumonia, diarreia por rotavírus e *Haemophilus influenzae* tipo B (gripe). A vacinação de fato pode evitar muitas dessas mortes.³⁵

A inclusão de crianças com deficiência nos esforços de imunização não é apenas ética, é imperativa para a saúde pública e a equidade: os objetivos de cobertura universal só serão alcançados quando crianças com deficiência forem incluídas nos esforços de imunização.³⁶

Embora a imunização seja um meio importante para evitar doenças que causam deficiências, é igualmente importante imunizar a criança que já tem alguma deficiência. Infelizmente, muitas crianças com deficiência ainda não estão se beneficiando do aumento da cobertura vacinal, embora estejam expostas ao mesmo risco de contrair doenças infantis que ameaçam todas as demais. Quando não são imunizadas ou são imunizadas apenas parcialmente, os resultados podem incluir atrasos em relação a metas de desenvolvimento, condições secundárias evitáveis e o pior, a morte evitável.³⁷

A inclusão de crianças com deficiência será útil para os objetivos da imunização. Por exemplo, será possível aumentar a conscientização se essas crianças forem apresentadas junto a outras crianças em cartazes e materiais que promovam campanhas. Para melhorar a compreensão das pessoas sobre a importância da imunizar todas as crianças, é preciso envolver também pais e mães por meio de campanhas de saúde pública, organizações da sociedade civil e de pessoas com deficiência, escolas e meios de comunicação.

Nutrição

Acredita-se que existam aproximadamente 870 milhões de pessoas subnutridas no mundo todo. Entre elas, cerca de 165 milhões de menores de 5 anos apresentam retardo de crescimento ou desnutrição crônica, e mais de cem milhões estão abaixo do peso. Alimentação insuficiente ou dieta mal equilibrada, falta de certos minerais e vitaminas – por exemplo, iodo, vitamina A, ferro e zin-

co – podem deixar bebês e crianças vulneráveis a condições específicas de saúde ou a uma série de infecções que resultam em deficiências físicas, sensoriais ou intelectuais.³⁸

Considera-se que de 250 mil a 500 mil crianças estejam em risco de ficar cegas por deficiência de vitamina A – uma síndrome facilmente evitável com suplementação oral, que custa apenas poucos centavos por criança.³⁹ Por um valor mínimo semelhante – cinco centavos por pessoa por ano –, a iodatação do sal ainda é o modo mais eficaz de fornecer iodo e evitar danos cognitivos em crianças que vivem em áreas onde há deficiência desse elemento.⁴⁰ Tais medidas de baixo custo ajudam não apenas crianças com deficiência, mas também suas mães, que lutam para criar bebês e crianças sob circunstâncias estressantes.

O retardo de crescimento na primeira infância, medido como baixo peso para a idade, é causado por nutrição precária e diarreia. Um estudo realiza-



Em Bangladesh, menina faz sua lição de casa. © Broja Gopal Saha/Centre for Disability in Development

do em muitos países mostrou que cada episódio de diarreia nos dois primeiros anos de vida contribui para o retardo de crescimento,⁴¹ que afeta cerca de 28% das crianças menores de 5 anos de idade em países de média e baixa renda.⁴² As consequências do retardo de crescimento, como fraco desempenho cognitivo e educacional, têm início quando a criança ainda é muito pequena, mas vai afetá-la pelo resto da vida. No entanto, esforços baseados na comunidade, visando aprimorar práticas de saúde básica, vêm conseguindo reduzir o retardo de crescimento em crianças pequenas.⁴³

A desnutrição das mães pode levar a inúmeras deficiências infantis evitáveis. Em países de média e baixa renda, aproximadamente 42% das gestantes são anêmicas; e nesses países, mais de 50% das gestantes sofrem de anemia por deficiência de ferro.⁴⁴ Nos países em desenvolvimento, a anemia afeta também mais de 50% das crianças em idade pré-escolar. É uma das causas de deficiência mais prevalentes no mundo – e, portanto, um grave problema de saúde pública mundial.⁴⁵ A desnutrição de mães lactantes também pode contribuir para a saúde precária do bebê,⁴⁶ aumentando os riscos de doenças que podem causar deficiência. Mães saudáveis podem reduzir a incidência de algumas deficiências e estão mais preparadas para atender às necessidades de seus filhos.

Embora possa ser uma causa da deficiência, a desnutrição pode ser também uma consequência. De fato, a criança com deficiência corre risco mais alto de desnutrição. Por exemplo, um bebê com fissura labiopalatal talvez não consiga mamar ou ingerir alimentos adequadamente. A criança com paralisia cerebral pode ter dificuldades para mastigar ou engolir.⁴⁷ Determinadas condições, como fibrose cística, podem prejudicar a absorção de nutrientes. Alguns bebês e crianças com deficiência talvez precisem de dietas específicas ou aumento na ingestão de calorias para manter um peso saudável.⁴⁸ No entanto, talvez não sejam visíveis para triagens e iniciativas alimentares realizadas pela comunidade. A criança com deficiência que não frequenta a escola fica privada de programas escolares de alimentação.

Uma combinação de fatores físicos e atitudes pode afetar a nutrição infantil de forma adversa. Em algumas sociedades, as mães talvez não sejam estimuladas a amamentar uma criança com deficiência.

Estigma e discriminação podem levar a criança com deficiência a receber quantidades menores de alimentos, a não receber alimentos ou a receber menos alimentos nutritivos do que seus irmãos sem deficiência.⁴⁹ A criança com algum tipo de deficiência física ou intelectual pode também ter dificuldade para alimentar-se, ou precisar de mais tempo ou de ajuda para comer. É provável que, em alguns casos, o que se supõe que sejam condições precárias de saúde associadas à deficiência e ao marasmo pode de fato ser um problema de alimentação.⁵⁰

Água, saneamento e higiene

É amplamente reconhecido, mas pouco documentado, o fato de que, em todo o mundo em desenvolvimento, pessoas com deficiência enfrentam uma rotina de dificuldades específicas para ter acesso a água potável e saneamento básico. Uma criança com limitações físicas talvez não seja capaz de coletar água ou carregá-la por longos trajetos; outra talvez não alcance muretas de poços e torneiras. Ferragens e portas de banheiros podem ser difíceis de manipular e pode não haver um lugar para apoiar o balde de água durante o enchimento, ou talvez não haja onde segurar-se para manter o equilíbrio e não cair em um poço, um tanque ou um vaso sanitário. Caminhos longos ou escorregadios e iluminação insuficiente também limitam o uso de latrinas por crianças com deficiência.

As barreiras para pessoas com deficiência ultrapassam questões físicas e de projeto. Barreiras sociais variam conforme a cultura. Com frequência, a criança com deficiência enfrenta estigma e discriminação ao utilizar instalações domésticas e públicas. Frequentemente, são relatados temores totalmente infundados de que crianças com deficiência possam contaminar fontes de água ou latrinas de solo. Quando crianças e adolescentes com deficiência – principalmente meninas – são forçados a utilizar instalações diferentes daquelas utilizadas por outros membros da família, ou são compelidos a usá-las em momentos diferentes, estão sujeitos a riscos de acidentes e ataques físicos, inclusive estupro. Nesses ambientes, os problemas que impedem que a criança com deficiência tenha acesso a água e saneamento podem variar dependendo do contexto cultural e geográfico, assim como do tipo de deficiência: uma criança com limitações físicas enfrenta dificuldades significativas ao utilizar uma

bomba manual ou uma latrina externa; uma criança surda ou que apresenta deficiência intelectual pode ter poucas dificuldades físicas, mas é vulnerável a provocações ou abusos, o que pode tornar essas instalações inacessíveis.

Crianças com deficiência talvez não frequentem a escola por falta de um banheiro acessível. Há relatos frequentes de que, principalmente quando dependem de ajuda, essas crianças tentam beber ou comer menos para diminuir o número de vezes que precisam ir ao banheiro, o que aumenta o risco de desnutrição. Também é preocupante o fato de que, em alguns lugares, novas instalações de água, saneamento e higiene ainda estejam sendo projetadas e construídas sem levar em conta as necessidades de crianças com deficiência. Há um número cada vez maior de intervenções de baixo custo que utilizam pouca tecnologia, e que são destinadas a pessoas com deficiência – por exemplo, vasos sanitários com degraus e bombas



No Brasil, Beatriz, uma menina de 10 anos de idade com paralisia cerebral, sopra bolhas de sabão.
© André Castro/2012/Brasil

de água de fácil manejo. Essas informações ainda precisam ser amplamente divulgadas em meio aos profissionais de programas de água, saneamento e higiene ou devem ser incorporadas às suas políticas e práticas.⁵¹

Saúde sexual e reprodutiva e HIV/aids

Crianças e jovens que vivem com deficiência física, sensorial, intelectual ou psicossocial são quase totalmente ignorados nos programas de saúde sexual e reprodutiva e HIV/aids. Com frequência – e equivocadamente – supõe-se que sejam sexualmente inativos, que provavelmente não sejam usuários de drogas ou álcool, e que corram menor risco de sofrer abusos, violência ou estupro do que seus pares que não têm deficiência – e que, portanto, correriam menor risco de infecção por HIV.⁵² Na verdade, para essas crianças e jovens com deficiência, é ainda maior o risco de infecção por HIV.

Em qualquer idade, pessoas com deficiência que vivem com HIV têm menor probabilidade de receber cuidados adequados do que seus pares que não têm deficiência. Centros de tratamento, testes e orientação raramente são adaptados às suas necessidades, e equipes de cuidados de saúde raramente estão capacitadas para lidar com esse tipo de paciente.⁵³

Muitos jovens com deficiência não recebem nem mesmo informações básicas sobre o desenvolvimento e as mudanças de seu corpo. Aulas estruturadas sobre saúde sexual e reprodutiva e relacionamentos raramente fazem parte do currículo, e mesmo quando fazem, as crianças com deficiência talvez sejam excluídas. Muitas aprenderam a manter silêncio e obedecer, e não têm experiência para estabelecer limites em relação a contatos físicos.⁵⁴ Portanto, o risco de abusos é maior, como ilustra um estudo realizado na África do Sul, que sugere que jovens surdos estão sujeitos a riscos mais altos de infecção por HIV.⁵⁵

Identificação e intervenção precoces

As crianças desenvolvem-se rapidamente durante os três primeiros anos de vida. Portanto, identificação e intervenção precoces são particularmente importantes. A avaliação do desenvolvimento da criança constitui um meio eficaz de identificar deficiências.⁵⁶ Essa avaliação pode ser realizada em centros de cuidados básicos de saúde – por exemplo,

durante visitas de imunização – ou em centros de saúde da comunidade, por meio de *check-ups* para acompanhar o crescimento. O objetivo da avaliação é identificar crianças em risco, encaminhá-las para novas avaliações e intervenções, quando necessário, e fornecer aos membros da família informações vitais sobre deficiências. Essas avaliações incluem exames oftálmicos e auditivos, assim como análises dos progressos da criança em relação a marcos de desenvolvimento, tais como sentar, ficar em pé, engatinhar, andar, falar ou manipular objetos.

Em países de alta renda, os sistemas de cuidados de saúde oferecem inúmeras oportunidades para identificar e gerenciar precocemente as dificuldades de desenvolvimento na vida de uma criança. Mas, nos países de média e baixa renda, aumenta continuamente a disponibilidade de intervenções para melhorar o desenvolvimento de crianças pequenas, inclusive intervenções para tratamento de deficiência de ferro, capacitação de cuidadores e fornecimento de reabilitação baseada na comunidade.⁵⁷

Estudos recentes realizados em países de alta e baixa renda mostraram que até 70% das crianças e dos adultos que receberam recentemente diagnóstico de epilepsia podem ser tratados com sucesso – ou seja, suas convulsões são totalmente controladas – com medicamentos antiepilépticos. De dois a cinco anos após o tratamento bem-sucedido, os medicamentos podem ser suspensos em 70% das crianças e 60% dos adultos, sem perigo de recaída. No entanto, aproximadamente 75% das pessoas com epilepsia que vivem em países de baixa renda não recebem o tratamento necessário.⁵⁸ O tratamento existe – o que falta, muitas vezes, é uma disseminação eficiente.

A área de identificação e tratamento de deficiências não pode ser separada da medicina: constitui um aspecto integrante da saúde pública. No entanto, em relação à alocação de recursos, formuladores de políticas e pesquisadores normalmente consideram que essas medidas concorrem com outras que promovem a saúde de pessoas sem deficiência,⁵⁹ o que serve apenas para perpetuar a discriminação e a desigualdade.

Mesmo quando superam a discriminação e outros obstáculos entre elas e o atendimento de saúde, crianças com deficiência podem constatar que

os serviços acessíveis são de baixa qualidade. É preciso levar em consideração o *feedback* dado pelas crianças, para que instalações e serviços possam ser aprimorados de modo a atender às suas necessidades. Além disso, agentes de saúde e outros profissionais que lidam com crianças podem beneficiar-se de uma formação em questões múltiplas de desenvolvimento e deficiências infantis, e de uma capacitação para prover serviços integrados – sempre que possível, com a participação da família ampliada. A cooperação internacional pode desempenhar um papel importante nos esforços para disponibilizar serviços de melhor qualidade para crianças identificadas com deficiência ou em risco de desenvolver deficiência, e para modificar a abordagem competitiva de alocação de recursos descrita no parágrafo anterior.

Educação inclusiva

A educação é a porta de entrada para a participação plena na sociedade. É particularmente importante para crianças com deficiência, que frequentemente são excluídas. Muitos dos benefícios da escola consolidam-se ao longo do tempo – por exemplo, garantir o sustento na vida adulta –, mas alguns são visíveis quase imediatamente. A participação na vida escolar é importante para crianças com deficiência, uma vez que corrige equívocos que impedem a inclusão. E quando essas crianças são capazes de frequentar a escola, pais, mães e cuidadores conseguem encontrar tempo para outras atividades, como trabalhar e descansar.

Em princípio, todas as crianças têm o mesmo direito à educação. Mas, na prática, esse direito é desproporcionalmente negado a crianças com deficiência. Consequentemente, fica prejudicada sua capacidade de usufruir de todos os direitos de cidadania e de assumir papéis valorizados pela sociedade – principalmente por meio de emprego remunerado.

Dados de levantamentos domiciliares realizados em 13 países de média e baixa renda mostram que crianças com deficiência, entre 6 e 17 anos de idade, têm probabilidade significativamente menor de frequentar a escola do que seus pares sem deficiência.⁶⁰ Um estudo realizado em Malawi, em 2004, constatou que a probabilidade de uma criança com deficiência jamais frequentar a escola era duas vezes maior do que a de uma criança sem deficiência. Do mesmo modo, uma pesquisa realizada

na Tanzânia, em 2008, constatou que o número de crianças com deficiência que frequentavam a escola primária e que progrediram até níveis educacionais mais altos representava apenas 50% do número relativo a crianças sem deficiência.⁶¹

À medida que é negado às crianças com deficiência o direito de acesso igualitário a escolas locais, os governos não conseguem atingir o ensino básico universal, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM 2), e os Estados signatários da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência não cumprem sua responsabilidade em relação ao Artigo 24.⁶² Recentemente, um relatório de acompanhamento da Convenção sobre os Direitos da Criança reconheceu que “continuam imensos os desafios que crianças com deficiência enfrentam para a realização de seu direito à educação”, e que essas crianças constituem “um dos grupos mais marginalizados e excluídos com relação à educação.”⁶³

Apesar de sua vigorosa defesa em favor da educação inclusiva, as Convenções algumas vezes são utilizadas indevidamente para justificar a perpetuação

da educação segregada. Por exemplo, alguém poderia afirmar que crianças em escolas especiais em regime de internato têm acesso ao seu direito de ser “incluídas” na educação, muito embora esteja sendo violado seu direito de viver com suas famílias e de fazer parte de sua própria comunidade.

A educação inclusiva implica oferecer oportunidades significativas de aprendizagem a todos os estudantes em um sistema escolar regular. Idealmente, permite que crianças com e sem deficiência frequentem as mesmas classes apropriadas para sua idade, na escola local, com apoio individual adicional, conforme a necessidade. Exige instalações físicas – por exemplo, rampas no lugar de escadas e portas suficientemente amplas para cadeirantes –, assim como um currículo novo, centrado na criança, que inclua representações de todos os tipos de pessoas encontradas na sociedade (e não apenas pessoas com deficiência) e que reflita as necessidades de todas as crianças. Em uma escola inclusiva, os alunos são agrupados em turmas pequenas, e, em vez de competir, colaboram e apoiam-se mutuamente. Crianças com



Em Bengala Ocidental, na Índia, estudantes utilizam o método Braille para aprender matemática.
© UNICEF/INDA2009-00026/Khemka

deficiência não são segregadas na sala de aula, no horário de almoço ou no *playground*.

Estudos nacionais guardam forte conexão entre pobreza e deficiência⁶⁴ – que, por sua vez, está associada a questões de gênero, saúde e emprego. Frequentemente, crianças com deficiência são apanhadas em um ciclo de pobreza e exclusão – por exemplo, em vez de frequentar a escola, meninas tornam-se cuidadoras de seus irmãos –, ou toda a família pode ser estigmatizada, o que leva à relutância em relatar que um filho tem deficiência ou a levar a criança a locais públicos.⁶⁵ No entanto, a educação das crianças excluídas ou marginalizadas resulta em redução da pobreza.⁶⁶

Abordagens inclusivas à educação receberam inúmeros endossos em todos os lugares do mundo, inclusive na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, de 1994,⁶⁷ e desde 2002, por meio da iniciativa global Educação para Todos, sobre o direito das pessoas com deficiência à educação.⁶⁸ Essas abordagens não são, de forma alguma, luxos disponíveis apenas para privilegiados ou pessoas que vivem em países de alta renda. Exemplos de inclusão na educação podem ser encontrados em todas as regiões do mundo. Para otimizar o potencial de incluir os excluídos, todos esses esforços devem aplicar os princípios do Desenho Universal de sistemas e ambientes de aprendizagem. Um exemplo é fornecido pelo infográfico publicado no site www.unicef.org/sowc2013.

Começando cedo

Os primeiros passos em direção à inclusão são dados em casa, durante os primeiros anos de vida. Quando faltam à criança com deficiência o amor, a estimulação sensorial, os cuidados de saúde e a inclusão social a que tem direito, ela pode perder oportunidades importantes de desenvolvimento, e seu potencial pode ficar injustamente limitado, com implicações sociais e econômicas significativas para ela própria, sua família e a comunidade em que vive.

Uma criança com deficiência ou atraso de desenvolvimento identificado precocemente terá melhores chances de atingir sua capacidade plena. A educação na primeira infância, seja pública, particular ou fornecida pela comunidade, deve ser projetada para atender às necessidades individuais da criança. A primeira infância é importante exatamente porque cerca de 80% da capacidade cerebral desenvolve-se



Em Togo, tendo seu direito à educação garantido por uma organização local de pessoas com deficiência e por parceiros internacionais, Ashiraff brinca com amigos na escola. © UNICEF/Togo/2012/Brisno

antes dos 3 anos de idade, e porque o período entre o nascimento e a escola primária oferece oportunidades de adaptar às necessidades da criança a educação relativa ao seu desenvolvimento. Estudos sugerem que as crianças que vivem nas condições mais desfavoráveis serão as mais beneficiadas.⁶⁹

A educação na primeira infância não se limita a pré-escolas e a outras instalações de cuidados infantis: o ambiente doméstico desempenha um papel fundamental na estimulação e na facilitação do desenvolvimento da criança. Estudos realizados na África do Sul,⁷⁰ em Bangladesh,⁷¹ na China⁷² e na Índia⁷³ mostraram que melhor interação entre a mãe e a criança e mais atividades que estimulem o desenvolvimento trazem benefícios para o desenvolvimento cognitivo de crianças pequenas em diversos ambientes – seja em sua casa, seja no centro de saúde.⁷⁴

Preconceitos antigos e baixas expectativas em relação a crianças com deficiência não devem ser empecilhos ao desenvolvimento na primeira infância. É evidente que, com o apoio da família e da comunidade desde os primeiros dias de vida, crianças com deficiência têm melhores condições de apresentar seu melhor desempenho durante o período escolar e de preparar-se para a vida adulta.

(continua na p. 32)

Meu filho Hanif

Mohammad Absar



Mohammad Absar vive no vilarejo de Maddhyam Sonapahar, na província de Mirershorai, em Bangladesh. Tem três filhos e três filhas, e sustenta sua família com o trabalho em um pequena barraca de chá.

Meu filho Hanif tem 9 anos de idade e frequenta o segundo ano. Quando tinha 4 anos, machucou-se enquanto brincava. Começou a queixar-se de dor na perna, que ficou vermelha e inchada. Levamos Hanif ao Hospital Médico de Chittagong. Os médicos tentaram salvar sua perna, mas estava gravemente infectada e, por fim, decidiram amputá-la.

Depois que Hanif perdeu sua perna, outras crianças costumavam atormentá-lo: chamavam-no de “aleijado” ou “perneta” e o empurravam quando tentava brincar com elas. Costumavam

também provocar seu irmão, que sofre de doença mental. Isso tudo sempre me deixou triste e levava minha esposa à loucura. Ela brigava com as pessoas que diziam coisas ruins sobre seus filhos. Quanto ao Hanif, passou a relutar em sair de casa. Sentia-se infeliz.

As coisas começaram a melhorar depois que a Organização para o Progresso da Comunidade Pobre (*Organization for the Poor Community Advancement – OPCA*), entidade não governamental que atuava localmente, começou a realizar encontros em nossa área para aumentar a conscientização sobre deficiência e estimular pessoas a ter uma atitude positiva em relação àquelas com necessidades especiais.

Recebemos a visita de um agente de reabilitação da OPCA e de um professor da escola primária, que nos encorajaram a matricular Hanif na escola. Como a escola primária fica a meio quilômetro de distância da nossa casa, eu precisava levá-lo para a escola todas as manhãs. Abri uma pequena loja perto da escola, pois assim podia estar por perto para levá-lo para casa no final do dia. No início, Hanif enfrentou muitos problemas na escola. Assim como seus amigos do bairro, os colegas de classe zombavam dele e lhe davam apelidos.

Um dia, o agente de reabilitação nos informou que o Centro para Deficiência em Desenvolvimento (CDD), um organização não governamental de âmbito nacional, baseada em Daca, forneceria uma perna artificial para meu filho. Viajamos para a capital, onde Hanif recebeu a prótese e passou por um treinamento que durou vários dias. Recebeu também um par de muletas. Seu coto é muito pequeno e ele tem dificuldade para subir escadas. Fora isso, agora pode fazer quase tudo sozinho.

Quando chegou com a perna nova, as pessoas ficaram olhando – era surpreendente vê-lo andar novamente. Eu mesmo jamais imaginei que fosse possível. Alguns vizinhos vieram visitar-nos apenas para ver a prótese.

Agora que meu filho consegue andar novamente e participar em todos os tipos de atividade, as outras crianças pararam de lhe dar apelidos. Já não o empurram no chão. Não preciso mais levar Hanif para a escola – ele vai caminhando e seus colegas gostam de andar com ele. O mais importante é que Hanif está mais feliz e mais confiante. Sua perna artificial permite que seja independente e ele já não se sente inferior às outras crianças. Vem-se saindo melhor nas aulas e gosta de praticar esportes como críquete e futebol com seus colegas.

Observe Hanif e você verá que, com apoio e estímulos adequados, as pessoas com deficiência podem participar ativamente da sociedade.

Um agente de reabilitação visitou a escola de Hanif diversas vezes para realizar encontros de conscientização sobre deficiência e sobre a importância da educação inclusiva. O ambiente em que Hanif vive está mais amigável para a pessoa com deficiência do que jamais esteve. Sua escola colabora para acomodar suas necessidades. Por exemplo, Hanif tem dificuldade para subir escadas, e, por esse motivo, uma de suas aulas foi programada para ocorrer no andar térreo: o diretor concordou em fazer a mudança para facilitar a frequência de Hanif.

Enquanto está na escola, Hanif gosta de desenhar. Fora da escola e durante os intervalos, ama brincar. Quer ser professor quando crescer, como seus professores, Sr. Arup e Sr. Shapan – seus ídolos. Eles amam Hanif e o apoiam de todas as formas possíveis. Por sermos uma família muito pobre, a perna artificial de meu filho e as despesas que ela acarreta foram pagas pelo CDD, por meio do projeto Promovendo os Direitos das Pessoas com Deficiência, financiado pela Fundação Manusher Jonno. Caso Hanif tenha qualquer problema com a prótese, agentes de reabilitação nos visitam e cuidam do caso. Ajustam sua perna artificial à medida que Hanif cresce.

Hanif recebe também uma pensão mensal por deficiência, paga

pelo Departamento de Serviços Sociais de nosso distrito, no valor de 300 tecas de Bangladesh. Eu o levo até o banco local para receber sua pensão. Hanif vai precisar de mais apoio para garantir que não precise interromper sua educação.

Desejo, acima de tudo, que meu filho receba uma boa educação, que vai capacitá-lo e orientá-lo de modo que possa construir uma vida significativa. Acho que o melhor para Hanif seria conseguir um trabalho burocrático, pois assim não precisaria andar

muito ou ficar muito tempo em pé. Talvez possa trabalhar em uma organização como a CDD, onde o ambiente é bastante amigável para as pessoas com deficiência. Já vi pessoas com diversos tipos de deficiência trabalhando lá. Um ambiente assim ajudaria meu filho a dar o melhor de si e, ao mesmo tempo, garantiria um cargo honroso para ele, que pode tornar-se um exemplo: observe Hanif e você verá que, com apoio e estímulos adequados, as pessoas com deficiência podem participar ativamente da sociedade.



Hanif participando de uma aula. © Centre for Disability in Development

Trabalhando com professores

Os professores são um elemento fundamental no ambiente de aprendizagem da criança – talvez o elemento fundamental. Assim sendo, é importante que tenham uma compreensão clara do que é educação inclusiva e que assumam com firmeza o compromisso de ensinar todas as crianças.

No entanto, com muita frequência, os professores não têm preparo e apoio adequados para ensinar crianças com deficiência em escolas regulares – um fator demonstrado pela pouca disposição dos educadores em muitos países em relação ao apoio à inclusão de crianças com deficiência em suas salas de aula.⁷⁵ Por exemplo, um estudo sobre futuros professores de educação especial, realizado em Israel, constatou que tinham conceitos equivocados e nocivos sobre pessoas com deficiência, e que alguns faziam distinção entre os diferentes tipos de deficiência.⁷⁶ Recursos para crianças com deficiência tendem a ser alocados em escolas segregadas, e não em um sistema educacional regular e inclusivo, e essa opção pela escola especial pode ser dispendiosa e inadequada: na Bulgária, o orçamento por criança em uma escola especial pode ser até três vezes mais alto do que para a mesma criança em uma escola regular.⁷⁷

Uma análise realizada em 22 países da Europa sobre a situação de crianças com deficiência intelectual destacou como uma das principais preocupações a falta de capacitação de professores do ensino regular para lidar com esse público. Na maior parte do tempo, esses estudantes foram ensinados por equipes de apoio, e não por professores formados. A capacitação de professores provou ser eficaz para promover seu comprometimento com a inclusão. Um estudo de 2003 constatou que diretores de escolas que realizaram cursos sobre deficiência manifestavam opiniões mais inclusivas. E a mudança de atitudes beneficia os alunos: percepções positivas em relação à inclusão resultam em colocações menos restritivas para alunos específicos com deficiência.⁷⁸ Outro estudo, realizado em 2001, constatou que um curso sobre inclusão direcionado a estudantes de pedagogia mostrou-se eficaz para mudar suas atitudes, favorecendo, desse modo, a inclusão na sala de aula de crianças com deficiência leve.⁷⁹

Aparentemente, a melhor oportunidade está em meio a professores recém-formados. Uma análise

sistemática da literatura, realizada recentemente sobre países tão diversos como China, Chipre, Coreia do Sul, Emirados Árabes Unidos, Estado da Palestina, Índia, Irã e Zimbábue, constatou que professores com menos experiência de ensino de maneira geral mostravam atitudes mais positivas do que aqueles há mais tempo em serviço. Professores capacitados em educação inclusiva mostravam atitudes mais positivas do que aqueles que não receberam tal capacitação, e os que mostravam as atitudes mais positivas foram aqueles com experiência real de inclusão.⁸⁰

No entanto, a capacitação pré-serviço raramente prepara professores para ensinar de forma inclusiva. Quando existe, a capacitação varia em qualidade. Embora existam inúmeros conjuntos de ferramentas, estes nem sempre estão voltados a um contexto específico e, por esse motivo, com frequência podem conter conceitos estranhos. A aprendizagem em grupo é um exemplo. Os professores responderam de forma negativa a fotografias de crianças com e sem deficiência, sentadas em grupos, uma vez que essa cena está em desacordo com a forma como os alunos interagem em salas de aula mais tradicionais.⁸¹

A falta de diversidade em meio a equipes de ensino é outro desafio. Professores com deficiência são bastante raros e, em alguns contextos, há um número considerável de obstáculos impedindo que adultos com deficiência possam qualificar-se como professores. No Camboja, por exemplo, a legislação determina que professores não podem ter “nenhuma deficiência.”⁸²

Parcerias com a sociedade civil vêm oferecendo bons exemplos de meios para aprimorar a capacitação e a diversidade de professores. Em Bangladesh, o Centro para Deficiência em Desenvolvimento (CDD) – uma organização não governamental (ONG) nacional – utiliza um grupo de instrutores de educação inclusiva que ministram sessões de capacitação, por dez dias durante o período letivo, para 20 escolas por vez, capacitando um professor por escola.⁸³ Diversos instrutores do CDD têm deficiência visual ou outro tipo de deficiência. Portanto, são modelos importantes para professores e alunos com e sem deficiência. E em Moçambique, a ONG nacional Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo vem trabalhando em estreita colaboração com uma organização nacional de pessoas com deficiência, conhe-

cida como ADEMO, capacitando estudantes de pedagogia para ensinar crianças com deficiência e para capacitar futuros professores com deficiência.⁸⁴

Os professores tendem a trabalhar isoladamente, o que significa que muitas vezes não têm apoio na sala de aula, e trabalham sob pressão para concluir um currículo restrito, imposto por autoridades educacionais. A educação inclusiva requer uma abordagem flexível à organização escolar, ao desenvolvimento de currículo e à avaliação de alunos. Essa flexibilidade permite o desenvolvimento de uma pedagogia mais inclusiva, deslocando para a criança a atenção antes centrada no professor, abrangendo diversos estilos de aprendizagem.

É preciso que os professores possam recorrer à ajuda especializada de colegas que têm maior mestria e experiência em relação ao trabalho com crianças com deficiência, principalmente crianças com limitações sensoriais ou intelectuais. Por exemplo, especialistas podem orientar sobre o uso de instruções baseadas no método Braille ou em computador.⁸⁵ Nos locais em que há relativamente poucos especialistas, eles podem viajar de uma escola para outra, conforme a necessidade. No entanto, em áreas de baixa renda, como a África ao sul do Saara, é possível que até mesmo esses professores especialistas itinerantes sejam insuficientes,⁸⁶ o que representa uma oportunidade para apoio adequado por parte dos provedores de assistência técnica e financeira da comunidade internacional para o nível local.

Envolvendo pais, mães, comunidades e crianças

Programas de educação inclusiva que se concentram apenas em práticas de sala de aula não conseguem aproveitar o potencial dos genitores para contribuir com a educação inclusiva – e para evitar violações, como o confinamento de crianças com deficiência em salas separadas.

Pais e mães podem desempenhar muitos papéis, desde o provimento de transporte acessível até maior conscientização. Podem participar de organizações da sociedade civil e articular-se com o setor da saúde – para que as crianças tenham acesso a equipamentos e apoio adequados – e com setores sociais – para que tenham acesso a subsídios e esquemas de crédito para a redução da pobreza. Em muitos países, as escolas dispõem de comitês

comunitários que participam de uma ampla variedade de atividades em apoio à inclusão. No Vietnã, por exemplo, Comitês Diretivos Comunitários estão envolvidos com defesa, capacitação local, equipamentos assistivos de segurança, fornecendo apoio financeiro e desenvolvendo ambientes acessíveis.⁸⁷ É importante que genitores e membros da comunidade percebam que têm contribuições a fazer, e que suas contribuições serão utilizadas.

Embora esteja bem documentada a importância da participação e das ações das crianças, estas não se sentem à vontade dentro das estruturas e do sistema educacional existentes. Esse fato é verdadeiro para todas as crianças, com ou sem deficiência: poucas participam nas tomadas de decisão sobre sua educação e sobre sua vida. Envolver crianças com deficiência nesse tipo de decisão pode ser particularmente desafiador, no mínimo devido a conceitos e comportamentos arraigados que as consideram vítimas passivas, como observa o Secretário-Geral no Relatório de 2011 sobre o *Status* da Convenção sobre os Direitos da Criança: “Ainda é difícil que as

(continua na p. 36)



Em Conacri, na Guiné, meninos jogam futebol no Centro Nimba. O Centro fornece capacitação para pessoas com deficiência física. © UNICEF/HQ2010-1196/Asselin

O novo normal

Claire Halford



Claire Halford vive in Melbourne, na Austrália, com seu companheiro e seus dois filhos. Trabalhava com moda e artes visuais antes de tornar-se cuidadora de seu filho Owen, em período integral.

Quando alguém está esperando um bebê, todos desejam que seja saudável. Quando lhes perguntam se é menino ou menina, gestantes e pais respondem: “Ah, não importa, desde que seja saudável.”

Lembro-me da consulta aos três meses de gravidez de meu primeiro filho, Owen: eu disse para a parteira que havia parado de fumar e de beber, passei a ter uma dieta saudável, exercitei-me com moderação e sentia-me bastante bem em relação à gestação. “Isso é ótimo”, ela disse em um tom tranquilizador. “Finalmente, o que pode dar errado com uma mulher saudável, em um país do primeiro mundo, sob cuidados médicos profissionais?” Mal sabia eu que, em aproximadamente seis

meses, descobriria exatamente o que pode dar errado.

O nascimento de meu filho, a termo, foi incrivelmente traumático. Quando finalmente chegou ao mundo, não conseguia respirar. Seu cérebro foi privado de oxigênio. Foi reanimado e recebeu respiração ventilada. Passou duas semanas alternando entre terapia intensiva e cuidados especiais. Teve sua primeira convulsão com um dia de vida. Até completar 2 anos de idade, a epilepsia invadiu todos os dias de nossa vida, ocupando todos os momentos de cada dia.

Meu filho foi diagnosticado com paralisia cerebral (PC) aos 5 meses de idade. Paralisia cerebral é uma expressão ampla que descreve danos cerebrais que podem ocorrer no útero, no momento do parto ou na primeira infância. Na Austrália, a PC é a causa mais comum de deficiência física na infância, e afeta crianças em todos os países, sejam ricos ou pobres. A condição afeta principalmente os movimentos e o tônus muscular. Owen tem PC grave: não consegue sentar, rolar, andar ou falar.

Em seguida a seu diagnóstico, correspondências de médicos chegavam pelo correio quase semanalmente. As cartas iniciais apresentavam realidades cruéis, utilizando linguagem médica como “quadriplegia espástica”, “deficiência visual cortical” e “atraso global de desenvolvi-

mento” – expressões que eram totalmente estranhas. Todas as pesquisas *on-line* terminavam em “prognóstico ruim”.

Naqueles dias iniciais, a única luz que brilhava em toda essa escuridão chocante era a linda personalidade de Owen, seu riso contagiante, seu envolvimento evidente com o mundo ao seu redor e os olhares lindos e expressivos que começamos a perceber.

O primeiro ano foi muito difícil. Raiva – não, fúria – e desapontamento, desolamento, solidão e descrença estavam à espreita em cada esquina. Como havia sugerido a parteira, isso não deveria ter acontecido comigo, com ele, conosco – isso foi um engano! Amigos e familiares não sabiam como ajudar, portanto procurei outras pessoas em situação semelhante, por meio de grupos de apoio em minha área e na internet.

Na época em que Owen foi diagnosticado, recebi um telefonema da universidade em que eu havia trabalhado, perguntando se gostaria de voltar a ensinar desenho anatômico e *design*, em período parcial. Esse emprego teria sido meu bilhete de saída do emprego no comércio; teria sido algo significativo a que eu poderia me agarrar. Declinei. Eu tinha um novo trabalho: agora eu era cuidadora em período integral.

Verificou-se que Owen tinha convulsões intratáveis que não

respondiam à medicação para epilepsia. Então, aos 2 anos de idade, começamos a tratá-lo com uma dieta médica para epilepsia. A dieta cetogênica é extremamente rica em gordura e pobre em carboidratos. Por um inesperado golpe de sorte, funcionou. Nos primeiros três meses, meu pobre e sofrido filho passou de mais de 200 convulsões por dia para quase nenhuma. Desde então, está praticamente livre das convulsões.

Meu companheiro e eu tivemos outro filho, um bebê saudável que amamos tanto quando amamos Owen. Ele nos trouxe uma outra perspectiva de vida. Nossa vida familiar passou a definir o que somos. Essa ligação nos fortaleceu – para nós, nosso estilo de vida é normal: vamos em frente. É normal atravessar a cidade várias vezes por semana para ir ao fisioterapeuta; é normal transportar equipamentos pesados, como andadores e cadeiras de banho, de um apartamento para outro todos os dias. Conhecemos o hospital infantil como a palma de nossas mãos e conhecemos muitos especialistas famosos em várias áreas da medicina pediátrica.

Digo que sou a “assistente pessoal” de meu filho, porque seus cuidados envolvem uma lista infundável de documentos, pedidos de financiamento, consultas médicas, sessões de terapia, *check-ups* e exames de sangue. Sou responsável pela maioria de seus cuidados pessoais, como alimentação e banho. Meu companheiro ajuda sempre que pode, mas trabalha por longos períodos para manter nosso fluxo financeiro – para que eu possa cuidar de Owen e para que tenhamos

uma vida confortável. Nos finais de semana, tentamos nos manter ocupados com atividades familiares, como ir à feira, ir a um restaurante de comida vietnamita ou levar as crianças a um espetáculo infantil. Para uma criança de 5 anos de idade, Owen tem uma vida bem divertida e movimentada. No entanto, ainda que tudo esteja indo bem, ele tem um caminho longo e difícil pela frente.

Com o apoio de um programa de intervenção precoce – Centro de Educação em Paralisia Cerebral –, esperamos colocar Owen em uma escola primária regular. Desde que começou a frequentar o Centro, Owen tem progredido bastante em relação a comunicação e movimentos. Frequenta também atividades na Associação de Hipismo para Pessoas com Deficiência, que nós dois amamos. Ao longo dos anos, gastamos muito dinheiro e tempo com terapias e serviços – alguns bons, outros nem tanto. Estamos aprendendo à medida que caminhamos, e estamos melhorando quanto a tomar decisões mais práticas e menos emocionais. Mas ainda é muito difícil. Estou sempre lutando ou esperando, às vezes por anos, por algo de que ele precisa desesperadamente.

As batalhas mais difíceis estão relacionadas com a percepção das pessoas em relação a Owen. Eu só gostaria que ele fosse tratado e que falassem com ele como uma criança normal – mas também quero que receba atenção especial e que as pessoas sejam mais pacientes. Gostaria que meus amigos e familiares o ajudassem e se envolvessem mais com ele. Muitos tendem a concentrar-se em como estou me saindo ou em alguma outra

coisa que seja menos desafiadora do que os problemas reais de Owen. Para eles também é difícil – com tudo o que tem enfrentado, acho que Owen deveria ter vindo com um manual de instrução.

Muitas vezes temi que tudo o que me definia antes de tornar-me uma cuidadora – trabalho, interesses criativos e uma vida social – ficasse perdido em um poço de tristeza e exaustão. No entanto, com muito mais frequência, sinto que minha vida antes do nascimento de Owen era relativamente superficial. Tornar-me a cuidadora de meu próprio filho tem sido uma experiência incrivelmente profunda e compensadora. Celebramos febrilmente as pequenas conquistas, e minhas expectativas do que significa sucesso vieram abaixo e foram reformuladas como algo simplesmente lindo: Owen sentado por cinco segundos sem ajuda ou, quando assiste aos jogos paralímpicos na televisão, ouvindo as palavras “paralisia cerebral” e “campeão” na mesma frase. Estou crescendo por meio do atendimento a Owen – talvez, acima de tudo, em minha capacidade de empatia.

Aprendi que não importa o que uma criança não consegue fazer, ela terá sempre uma identidade e uma personalidade que deixarão uma marca única neste mundo. Se quisermos uma sociedade esclarecida, nossa tarefa é acreditar e estimular. Só então crianças com esse tipo de limitação poderão crescer. E então poderemos todos compreender que coisas que “dão errado” algumas vezes são apenas diferentes – e, muitas vezes, surpreendentes.

(continuação da p. 33)

vozes das crianças com deficiência sejam ouvidas. Iniciativas como conselhos escolares e parlamentos infantis, processos consultivos para trazer à tona a opinião das crianças, assim como procedimentos judiciais normalmente não conseguem garantir a inclusão de crianças com deficiência ou reconhecer sua capacidade de participação.”⁸⁸

Os recursos mais subutilizados em escolas e comunidades em todos os lugares do mundo são as próprias crianças. A iniciativa Child-to-Child Trust, no Reino Unido, vem trabalhando há muitos anos na promoção do envolvimento da criança na educação para a saúde e, em alguns países, essa abordagem vem sendo utilizada com bons resultados como parte da educação inclusiva e de programas de reabilitação baseada na comunidade.⁸⁹ Por exemplo, em pesquisas participativas, crianças frequentemente destacam a importância de um ambiente limpo e de banheiros higiênicos, e para crianças com deficiência, questões de privacidade e acessibilidade são primordiais.⁹⁰ É evidente que crianças com deficiência podem e devem orientar e avaliar os esforços por maior acessibilidade e inclusão. Afinal, quem pode compreender melhor os meios e o impacto da exclusão?

Áreas de responsabilidade

Como em outras áreas de atividade, a realização das aspirações por educação inclusiva será favorecida se os governos e seus parceiros forem explícitos sobre quem deve fazer o quê e como, e a quem devem se reportar. Caso contrário, a promessa de inclusão corre o risco de não sair do papel.

Um estudo de países envolvidos com o projeto conhecido à época como Iniciativa Trilha Rápida (ITR), do programa Educação para Todos – hoje denominada Parceria Global pela Educação – constatou que “inúmeros países que endossaram a ITR, principalmente aqueles que se aproximam do ensino básico universal, realmente dispõem de planos nacionais para o setor educacional que abordam a inclusão de crianças com deficiência. [...] No entanto, em inúmeros países, políticas e dispositivos referentes a crianças com deficiência ainda são superficiais ou não foram implementados.”⁹¹ O relatório observa que cinco países que endossaram a ITR não fizeram nenhuma menção a crianças com deficiência.

Algumas vezes, o problema está em mandatos divididos ou pouco claros: em Bangladesh, existem dúvidas sobre quais ministérios são responsáveis por crianças com deficiência em idade escolar. O mandato para implementação do programa Educação para Todos é do Ministério da Educação e do Ministério de Educação Primária e das Massas, mas a educação de crianças com deficiência é administrada pelo Ministério de Bem-estar Social, e é considerada caridade, não uma questão de direitos humanos.⁹² Desde 2002, crianças com deficiência e crianças com necessidades educacionais especiais foram incluídas na educação primária, por meio do Programa de Desenvolvimento da Educação Primária,⁹³ sob o Ministério da Educação. No entanto, a responsabilidade pelo provimento integral de educação para crianças com limitações visuais e a gestão de escolas primárias para crianças com limitações auditivas, visuais e intelectuais ainda cabem ao Ministério de Bem-estar Social.⁹⁴

Os Ministérios da Educação devem ser estimulados a assumir a responsabilidade por todas as crianças em idade escolar. Nesse processo, a coordenação com parceiros e outros interessados pode desempenhar importante papel de apoio. Em Bangladesh, o Fórum Nacional de Organizações que trabalham com pessoas com deficiência promove a formação de redes envolvendo o governo e organizações não governamentais, e tem sido fundamental para estimular maior inclusão educacional e a mudança gradativa da responsabilidade – do Ministério de Bem-estar Social para o Ministério da Educação. Como consequência, a Campanha pela Educação Popular – uma rede nacional – comprometeu-se a garantir que todas as crianças com deficiência tenham acesso a educação básica e de qualidade; e o Comitê para o Progresso Rural de Bangladesh – um comitê não governamental que se comprometeu com a realização da Educação para Todos e com a redução da pobreza – agora inclui em suas escolas alunos com deficiência.

A exclusão nega a crianças com deficiência os benefícios duradouros da educação: melhor emprego, segurança social e econômica, e oportunidades para uma participação plena na sociedade. Por outro lado, o investimento na educação de crianças com deficiência pode contribuir para sua futura eficácia como membros da força de trabalho. De fato, cada ano adicional de escolarização pode aumentar



Leitura em Braille em uma escola de Uganda. © UNICEF/UGDA2012-00112/Sibiloni

em até 10% a renda potencial de um indivíduo.⁹⁵ Mas a educação inclusiva pode também reduzir a dependência atual e no futuro, libertando outros membros da família de algumas de suas responsabilidades como cuidadores, e permitindo que reassumam atividades produtivas – ou que simplesmente descansem.⁹⁶

Habilidades básicas de leitura e escrita também melhoram as condições de saúde: filhos de mães que sabem ler têm probabilidade 50% maior de sobreviver além dos 5 anos de idade.⁹⁷ Níveis mais baixos de educação materna estão associados a taxas mais altas de retardo de crescimento em meio a crianças que vivem em favelas urbanas – no Quê-

nia,⁹⁸ no Camboja,⁹⁹ em assentamentos da população rom na Sérvia.¹⁰⁰ Em Bangladesh, pais e mães com níveis educacionais mais altos conseguem reduzir o risco de retardo de crescimento em seus filhos em até 5,4% (4,6% no caso de mães, e entre 2,9% e 5,4% para os pais). E na Indonésia, pais e mães são responsáveis por uma redução de até 5% (entre 4,4% e 5%, para mães, e 3% para pais) na probabilidade de retardo de crescimento de seus filhos.¹⁰¹

A educação é um instrumento útil e um direito, cujo propósito, como consta na Convenção sobre os Direitos da Criança, é promover “o desenvolvimento pleno da personalidade, dos talentos e das habilidades mentais e físicas da criança.”¹⁰²

Ajustando, adaptando e conferindo poder

Yahia J. Elziq



Yahia J. Elziq é consultor técnico para a Internacional de Deficiência em Ramallah, Estado da Palestina.

Saja tinha 7 anos de idade quando a conheci.

Naquela época, eu trabalhava como terapeuta ocupacional em um dos três centros nacionais de reabilitação da Cisjordânia. Embora esse centro não tenha condições para lidar com as necessidades e demandas de Saja, uma criança com paralisia cerebral, conseguimos fornecer sessões de terapia para evitar a deterioração de sua condição. Os dois principais obstáculos que ainda impedem que ela seja atendida por serviços adequados de reabilitação são ausência de mecanismos de encaminhamento e de coordenação entre serviços prestados na Cisjordânia, e as restrições de deslocamento impostas aos palestinos sob ocupação. O centro de reabilitação especializado para essas condições situa-se em Jerusalém Oriental, mas a família de Saja não obteve permissão para entrar na cidade.

Além disso, na Cisjordânia, como em todos os lugares do mundo, crianças com deficiência enfrentam a falta generalizada de conhecimentos e habilidades relacionados à deficiência, tanto

no setor público quanto no setor privado. São confrontadas também com uma perspectiva dominante que considera pessoas com deficiência como dignas de pena e de caridade, mas não como indivíduos que têm os mesmos direitos que os demais, e que podem contribuir – e de fato contribuem – com a sociedade.

Nesse contexto, Saja teve sorte. Após extensa avaliação, nossa equipe desenvolveu um plano para apoiá-la e melhorar sua participação na comunidade. A prioridade para ela e sua família era sua matrícula na escola regular. No entanto, para frequentar uma escola regular, eram necessárias várias mudanças no ambiente – por exemplo, as instalações da escola deveriam ser fisicamente acessíveis, e Saja precisava de uma cadeira de rodas adequada. Era absolutamente indispensável a colaboração total entre sua família, a escola e a comunidade. Saja precisava de atividades integradoras que envolviam muitos interessados, a começar por seus próprios pais, que tendiam a utilizar os recursos disponíveis em favor de seu irmão, também deficiente, privando-a da oportuni-

Saja abriu meus olhos para a minha própria capacidade de ajustar-me e adaptar-me como profissional – e para o impacto positivo que nós, profissionais terapeutas, podemos causar quando adotamos atitudes capacitadoras.

dade de desenvolver plenamente seu potencial.

Devido à ausência de políticas nacionais adequadas, foi difícil lidar com todos esses problemas. Por exemplo, não existe um programa de educação inclusiva para crianças com deficiência, e políticas de inclusão para elas não são prioridade para os tomadores de decisão. Por esses motivos, o destino de crianças com deficiência depende pesadamente da disposição dos membros da comunidade para reconhecer que elas têm os mesmos direitos de todas as crianças. Quando esses direitos são reconhecidos, muitos problemas podem ser resolvidos – muitas vezes, simplesmente por meio da mobilização dos recursos comunitários existentes.

Felizmente, no caso de Saja, as negociações com o diretor da escola foram bem-sucedidas, e sua sala de aula foi transferida do segundo andar para o piso térreo. Os professores aceitaram a ideia de tê-la em suas aulas. Utilizando nossa rede de contatos profissionais e pessoais, conseguimos obter uma cadeira de rodas adequada e, graças a alguns médicos

locais e a um centro de saúde, a família de Saja conseguiu obter tratamento gratuito para melhorar sua visão. Assistentes sociais ajudaram a melhorar a conscientização da família sobre sua situação particular, e uma psicóloga ajudou Saja a superar a experiência de discriminação.

Ao longo de poucos anos, a situação de Saja melhorou significativamente: alguns problemas de saúde foram sendo tratados, sua mobilidade melhorou, sua autoestima e sua confiança aumentaram, assim como suas interações sociais, seus conhecimentos e suas habilidades para a vida. Como pessoa, fiquei muito feliz com os progressos de Saja; como profissional de reabilitação, senti-me altamente recompensado.

Saja abriu meus olhos para a minha própria capacidade de ajustar-me e adaptar-me como profissional – e para o impacto positivo que nós, profissionais terapeutas, podemos causar quando adotamos atitudes capacitadoras. E o que é mais importante, Saja ajudou-me a compreender o valor e a impor-

tância de ter uma visão holística de cada criança e de adotar uma abordagem abrangente no trabalho com pessoas com deficiência e em sua comunidade. Essa é a única forma de garantir que crianças com deficiência possam ter as mesmas oportunidades de participar da vida comunitária que têm as outras crianças.

Quero compartilhar essa percepção com formuladores de políticas, para que eles passem a utilizar em seu trabalho uma abordagem mais capacitante e holística. Boas políticas – elaboradas com o envolvimento de crianças com deficiência e organizações de pessoas com deficiência, e adequadamente implementadas – ajudarão a garantir que, quando a próxima Saja chegar até nós, ela e sua família saberão quais são os seus direitos e o que ela pode alcançar – que é o que toda menina de sua idade, em sua comunidade, espera alcançar. Essa é a mensagem que nos passam a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Convenção sobre os Direitos da Criança, e que desejamos promover a cada dia.



Em uma pré-escola no Camboja, uma professora capacitada em educação inclusiva cuida de Sok Chea, surdo-mudo de 5 anos de idade. © UNICEF/Cambodia/2011/Mufel

CONDIÇÕES ESSENCIAIS DE PROTEÇÃO

Crianças com deficiência estão entre os membros mais vulneráveis da sociedade. São elas que mais se beneficiam de medidas que visam identificá-las, protegê-las contra abusos e garantir seu acesso à justiça.

Conseguir proteção pode ser particularmente desafiador para crianças com deficiência. Em sociedades em que são estigmatizadas e suas famílias são expostas a exclusão social ou econômica, muitas crianças com deficiência não conseguem sequer obter um documento de identidade. Seu nascimento não é registrado. Talvez não se espere que sobrevivam,¹⁰³ é possível que não sejam aceitas por seus pais, ou que sejam consideradas um escoadouro potencial de recursos públicos. Trata-se de uma violação flagrante dos direitos humanos dessas crianças e uma barreira fundamental para sua participação na sociedade, que podem selar sua invisibilidade e aumentar sua vulnerabilidade a muitas formas de exploração que resultam do fato de não ter uma identidade oficial.

Os Estados partes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) assumiram a obrigação explícita de garantir proteção legal eficaz a crianças com deficiência. Adotaram também o princípio de “adaptação razoável”, que requer que as adaptações necessárias e adequadas sejam feitas de forma que crianças com deficiência possam usufruir de seus direitos em igualdade de condições com outras crianças. Para que a legislação e os esforços resultantes no sentido de modificar normas sociais discriminatórias sejam significativos, é preciso também assegurar que as leis sejam cumpridas e que as crianças com deficiência sejam informadas a respeito de seu direito à proteção contra discriminação, e das formas pelas quais podem exercer esse direito. Sistemas segregados para crianças com deficiência são inadequados. Como em todos os demais aspectos da vida e da

sociedade discutidos neste relatório, a meta é equidade por meio de inclusão.

Abusos e violência

A exclusão e a discriminação contra crianças com deficiência as tornam desproporcionalmente vulneráveis a violência, negligência e abusos. Estudos nos Estados Unidos demonstraram que crianças com deficiência que frequentam a pré-escola, ou mesmo mais jovens, têm maior probabilidade de sofrer abusos do que seus pares sem deficiência.¹⁰⁴ Um levantamento nacional realizado na Noruega com adultos surdos verificou que meninas têm probabilidade duas vezes mais alta de sofrer abusos sexuais – e meninos, três vezes mais alta – do que seus pares sem deficiência.¹⁰⁵ Demonstrou-se também que crianças que já sofrem estigmatização e isolamento têm maior probabilidade de sofrer abusos físicos.

Algumas formas de violência são específicas de crianças com deficiência. Por exemplo, elas podem ser submetidas a violência a título de tratamento para modificação de comportamento, inclusive tratamento eletroconvulsivo, terapia medicamentosa ou eletrochoque.¹⁰⁶ Meninas com deficiência são as principais vítimas de abusos, e em muitos países são obrigadas a se submeter a esterilização ou aborto.¹⁰⁷ Esses procedimentos são defendidos como medidas preventivas de menstruação ou gravidez indesejada, ou até mesmo atribuídos a uma noção errônea de “proteção à criança”, dada a vulnerabilidade desproporcional de meninas com deficiência a abuso sexual e estupro.¹⁰⁸ Nos primeiros

meses de 2013, a Organização Mundial da Saúde começou a desenvolver uma orientação destinada a combater a esterilização forçada, um desrespeito aos direitos humanos.

Instituições e cuidados inadequados

Em muitos países, crianças com deficiência ainda são internadas em instituições, que raramente oferecem a atenção individual de que as crianças necessitam para desenvolver plenamente suas capacidades. Com frequência, a qualidade do atendimento educacional, médico e de reabilitação provido pelas instituições é insuficiente, porque faltam padrões de cuidados adequados a crianças com deficiência ou, quando tais padrões existem, porque não são monitorados e cumpridos de fato.

Nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), todas as crianças, com ou sem deficiência, têm o direito de ser cuidadas pelos pais (Artigo 7) e de não ser separadas deles a menos que uma autoridade competente considere que essa

separação seja do interesse da criança (Artigo 9). A CDPD reforça essa posição no Artigo 23, que estabelece que, quando a família imediata é incapaz de cuidar de uma criança com deficiência, os Estados partes devem tomar todas as medidas necessárias para oferecer cuidados alternativos no seio da família ampliada ou da comunidade.

Em muitos países, uma forma frequente de cuidados alternativos são as famílias adotivas. Famílias adotivas podem hesitar em cuidar de uma criança com deficiência devido à percepção do encargo adicional de cuidados e de outras demandas físicas e psicológicas. As organizações encarregadas da colocação de crianças em famílias podem encorajá-las a considerar a adoção de crianças com deficiência e lhes oferecer apoio e capacitação adequados.

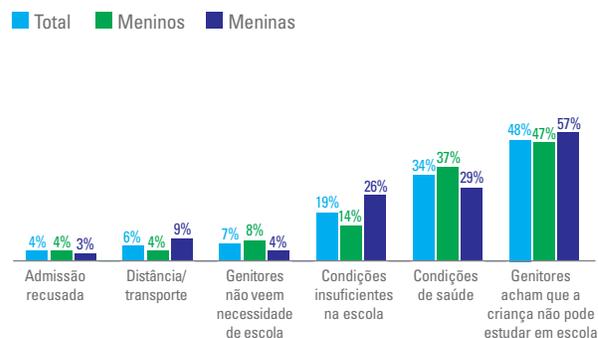
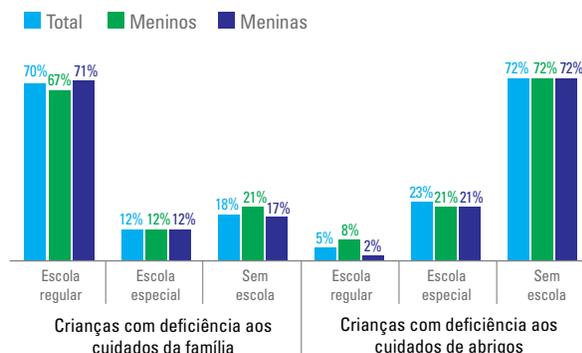
Quando as autoridades passaram a reconhecer os riscos da institucionalização e começaram a devolver as crianças para suas famílias ou comunidades, crianças com deficiência foram as últimas a ser retiradas das instituições e transferidas para cuidados alternativos. Em muitos países da Europa Central

Crianças com deficiência e educação secundária

► Armênia, 2011

Crianças com deficiência que vivem com suas famílias geralmente conseguem frequentar a educação secundária em escolas regulares. Como tendência, crianças com deficiência que vivem em abrigos não frequentam a educação secundária.

A principal razão pela qual crianças com deficiência aos cuidados da família não frequentam a escola é o fato de os genitores acreditarem que seus filhos não podem estudar em uma escola.



Fonte: Ministério do Trabalho e de Questões Sociais da República da Armênia e UNICEF. *It's about Inclusion. Access to education, health and social protection services for children with disabilities in Armenia*. UNICEF/Yerevan, 2012. <http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_Disability_Report_ENG_small.pdf>. Tamanho da amostra: 5.707 crianças na amostra total; 5.322 crianças com deficiência aos cuidados da família; 385 crianças com deficiência aos cuidados de abrigos. Faixa etária: Amostra total: 0–18 anos. Questões sobre educação secundária: 6–18 anos.

e do Leste Europeu, e na Comunidade de Estados Independentes, a institucionalização vem sendo reestruturada e as crianças estão sendo transferidas das grandes instituições para grupos familiares menores ou para cuidados baseados na família. A Sérvia, por exemplo, iniciou em 2001 uma reforma extensa. A desinstitucionalização tornou-se prioridade, e a adoção, que tinha uma história bem estabelecida no país, foi fortemente incentivada. Foi adotada uma nova lei relativa à família e estabeleceu-se um fundo para contribuir para a implementação de serviços sociais baseados na comunidade. Apesar dos progressos, um exame mais detalhado revelou que crianças sem deficiência haviam sido liberadas das instituições a um ritmo muito mais rápido do que crianças com deficiência – cerca de 70% das quais haviam sido institucionalizadas imediatamente após sair da maternidade. Essa revelação serviu para evidenciar a importância de garantir que reformas sejam planejadas e implementadas de maneira a não excluir nenhuma criança, e resultou em um compromisso renovado com a desinstitucionalização.¹⁰⁹

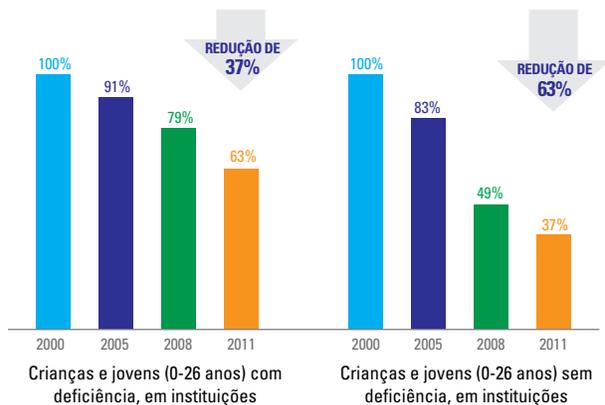
Justiça inclusiva

A responsabilidade de um Estado de proteger os direitos de todas as crianças sob sua jurisdição estende-se igualmente a crianças com deficiência que entram em contato com a lei – seja como vítimas, testemunhas, suspeitas ou condenadas. Algumas medidas específicas podem ser úteis: crianças com deficiência podem ser entrevistadas em idiomas adequados, falados ou de sinais; policiais, assistentes sociais, advogados, juízes e outros profissionais relevantes podem ser capacitados para o trabalho com crianças com deficiência. A capacitação sistemática e contínua de todos os profissionais envolvidos na administração de justiça a crianças é fundamental, assim como o estabelecimento de regulamentos e protocolos que promovam tratamento equitativo de crianças com deficiência.

É igualmente importante desenvolver soluções alternativas para procedimentos judiciais formais, tendo em vista a variabilidade das capacidades individuais de crianças com deficiência. Procedimentos legais formais só devem ser utilizados como último recurso, no interesse da ordem pública, e é preciso cuidado ao explicar o processo e os direitos da criança.

Os últimos a receber benefícios

Sob as reformas de bem-estar social na Sérvia, crianças com deficiência eram liberadas das instituições a um ritmo mais lento do que crianças sem deficiência.



Fonte: Instituto Republicano para Proteção Social, Sérvia.

Tamanho da amostra:

Crianças e jovens (0-26 anos) com deficiência: 2.020 em 2000, 1.280 em 2011.

Crianças e jovens (0-26 anos) sem deficiência: 1.534 em 2000, 574 em 2011.

Crianças com deficiência não devem ser colocadas em prisões juvenis regulares, nem antes nem depois do julgamento. Quaisquer decisões que resultem em privação de liberdade devem visar ao tratamento adequado para cuidar dos problemas que levaram a criança a cometer um crime. Esse tratamento deve ser desenvolvido em um contexto provido dos recursos apropriados, com pessoal adequadamente capacitado, e com total respeito aos direitos humanos e a salvaguardas legais.



Em Curaçao, na Holanda, uma criança aprende o alfabeto holandês em uma escola para crianças com distúrbios de aprendizagem. © UNICEF/HQ2011-1955/LeMoyné

Violência contra crianças com deficiência

Lisa Jones, Mark A. Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates
Centro para Saúde Pública, Liverpool
Universidade John Moores.

Christopher Mikton, Alana Officer, Tom Shakespeare
Departamento de Prevenção de Violência, Danos e Deficiência,
Organização Mundial da Saúde.

Crianças com deficiência têm probabilidade três ou quatro vezes mais alta de ser vítimas de violência.

Crianças e adultos com deficiência enfrentam frequentemente uma ampla variedade de barreiras físicas, sociais e ambientais à participação plena na sociedade, inclusive acesso limitado a serviços de atenção à saúde, educação e outros serviços de apoio. Considera-se também que estão expostos a riscos significativamente maiores de violência do que seus pares sem deficiência. Compreender a extensão da violência contra crianças com deficiência é um primeiro passo essencial para o desenvolvimento de programas eficazes para evitar que se tornem vítimas de violência e para melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. Com esse objetivo, equipes de pesquisa da Universidade John Moores, de Liverpool, e da Organização Mundial da Saúde realizaram a primeira revisão sistemática de estudos existentes sobre violência contra crianças com deficiência (com 18 anos ou menos), incluindo uma meta-análise.

Dezessete estudos, todos em países de alta renda, atenderam aos critérios de inclusão na revisão. As estimativas sobre prevalência de violência contra crianças com deficiência variaram de 26,7%, para medidas combinadas de violência, a 20,4%, para

violência física, e 13,7%, para violência sexual. Estimativas de risco indicaram que crianças com deficiência estavam expostas a risco significativamente maior de sofrer violência do que seus pares sem deficiência: 3,7 vezes maior para medidas combinadas de violência, 3,6 vezes maior para violência física e 2,9 vezes maior para violência sexual. Embora não conclusivos, houve indícios de que o tipo de deficiência afeta a prevalência e o risco de violência. Por exemplo, crianças com deficiência mental ou intelectual apresentaram probabilidade 4,6 vezes mais alta de ser vítimas de violência sexual do que seus pares sem deficiência.

Essa revisão demonstrou que a violência é um problema relevante para crianças com deficiência. Salientou também a falta de estudos de boa qualidade sobre o tema em países de média e baixa renda que, de maneira geral, têm taxas mais altas de deficiência na população, níveis mais altos de violência e menos serviços de apoio para aqueles que vivem com uma deficiência. Essa lacuna nas pesquisas precisa ser superada com urgência.

Diversas explicações têm sido oferecidas sobre os motivos pelos quais crianças com deficiência correm risco mais alto de violência do que crianças sem deficiência. Precisar cuidar de uma criança com deficiência

Crianças com deficiência correm um risco maior de sofrer violência física ou sexual do que seus pares sem deficiência.

impõe mais estresse aos genitores ou às famílias, aumentando o risco de abusos. Ainda é significativo o número de crianças com deficiência colocadas sob cuidados institucionais, o que constitui um fator de risco importante para abusos físicos e sexuais. Crianças com deficiências que afetam a comunicação podem ser particularmente vulneráveis a abusos, uma vez que essa limitação pode prejudicar sua capacidade de denunciar experiências abusivas.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência visa proteger os direitos de indivíduos com deficiência e garantir sua participação plena e equitativa na sociedade. No caso de crianças com deficiência, esses direitos incluem a garantia de uma progressão segura e estável ao longo da infância e até a vida adulta. Tal como ocorre com todas as crianças, uma infância segura e protegida oferece as melhores chances de uma vida adulta saudável e ajustada. Sabe-se que experiências adversas na infância, inclusive de violência, estão associadas a uma ampla variedade de resultados negativos na vida futura em aspectos sociais e de saúde. As exigências adicionais impostas a crianças com deficiência – que precisam lidar com sua deficiência e superar barreiras sociais que aumentam o risco de resultados negativos no futuro – significam que uma

infância segura e protegida é particularmente importante.

Crianças retiradas da família precisam de cuidados e proteção adicionais, e é preciso enfrentar com urgência a cultura, o regime e a estrutura da institucionalização, que exacerba o risco de violência e abusos. Quer vivam em instituições ou com sua família ou outros cuidadores, todas as crianças com deficiência devem ser vistas como um grupo de alto risco, para o qual é fundamental identificar a ocorrência de violência. Essas crianças podem beneficiar-se de intervenções como visitação domiciliar e programas de capacitação parental, que se mostraram eficazes na prevenção da violência e na atenuação de suas consequências em crianças sem deficiência. Deve ser considerada prioritária a avaliação da eficácia dessas intervenções para crianças com deficiência.

Segregação e abusos em instituições

Eric Rosenthal e Laurie Ahern



Eric Rosenthal, JD, é fundador e Diretor Executivo da Disability Rights International (DRI). Laurie Ahern é presidente da entidade. Por meio de investigações em abrigos e outras instituições em mais de doze países, a DRI chamou a atenção internacional para os direitos de pessoas com deficiência.

Em todas as partes do mundo, milhões de crianças com deficiência são separadas da família e colocadas em abrigos, em escolas em regime de internato, em instituições psiquiátricas e em famílias sociais. Crianças que sobrevivem às instituições defrontam-se com a perspectiva de uma vida segregada da sociedade em instituições para adultos. Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a segregação de crianças com base em sua deficiência constitui uma violação de seus direitos. O Artigo 19 da Convenção exige que os governos criem as leis, as políticas sociais e os serviços de apoio

comunitário necessários para evitar o isolamento ou a segregação em relação à comunidade.

Ao longo de 20 anos, a *Disability Rights International* – DRI – documentou as condições de crianças com deficiência que vivem em instituições em 26 países ao redor do mundo. Nossos achados são surpreendentemente consistentes. Entrevistamos mães e pais amargurados que desejam manter os filhos em casa, mas não recebem apoio adequado dos governos e não têm condições financeiras para deixar o trabalho e ficar em casa para cuidar de uma criança. Frequentemente os médicos sugerem a pais e mães que coloquem sua filha ou filho em um abrigo antes que se apeguem demasiadamente à criança.

Criar crianças em contextos coletivos é intrinsecamente perigoso. Mesmo em instituições limpas, bem administradas e que dispõem de pessoal adequado, as crianças enfrentam mais riscos de vida e de saúde do que aquelas que crescem no seio da família. Crianças que crescem em instituições têm maior probabilidade de apresentar dificuldades de desenvolvimento, e as mais jovens também correm o risco de sofrer danos psicológicos potencialmente irreversíveis.

Mesmo em instituições que oferecem alimentação adequada, observamos frequentemente crianças emaciadas, porque sim-

plesmente param de comer – uma condição denominada “fracasso em tentar”. Bebês e crianças com deficiência podem morrer de fome ou apresentar carência de nutrientes adequados porque a equipe não usa ou não tem como usar um tempo extra para alimentá-las. Algumas vezes um membro da equipe coloca uma mamadeira sobre o peito de uma criança que está presa ao leito, o que, teoricamente, permitiria que a criança a pegasse e sugasse – mas, na prática, a criança pode ser incapaz de segurá-la.

Muitas crianças são abandonadas para fenecer aos poucos. Em 2007, um investigador da DRI constatou, horrorizado, que uma criança que parecia ter 7 ou 8 anos de idade tinha de fato, segundo uma enfermeira, 21 anos, e não saía do berço havia 11 anos.

Sem possibilidade de se movimentar, as deficiências físicas se agravam, e as crianças podem desenvolver complicações médicas que ameaçam sua sobrevivência. Em alguns casos, as pernas e os braços da criança ficam atrofiados e precisam ser amputados.

Sem apoio ou atenção emocional, muitas crianças tornam-se autoabusivas, balançando-se para a frente e para trás, batendo a cabeça nas paredes, mordendo-se ou cutucando os próprios olhos. Muitas instituições carecem de pessoal capacitado que

É muito mais difícil proteger as crianças e lhes oferecer uma oportunidade de viver em sociedade quando seus laços com a família já foram rompidos.

possa ajudar as crianças a abandonar esses comportamentos. Ao invés, as crianças são às vezes amarradas na cama ou presas em gaiolas – seja para evitar autoabuso ou para ajudar uma equipe sobrecarregada a lidar com as demandas das inúmeras crianças a seu cuidado. O Comitê das Nações Unidas contra a Tortura e o Relatório Especial das Nações Unidas sobre a Tortura afirmaram que a utilização prolongada de restrição de movimentos pode constituir tortura.

Para uma criança que já foi institucionalizada, adoecer pode significar uma sentença de morte. Em vários países, membros das equipes de instituições afirmaram que crianças com deficiência são regularmente privadas de tratamento médico. Também afirmaram – equivocadamente – que crianças com deficiências de desenvolvimento não sentem dor. Assim, em alguns casos, procedimentos médicos são realizados sem anestesia. Em uma das instituições, os dentes das crianças eram extraídos com alicate; em outras, as crianças eram submetidas a terapia eletroconvulsiva sem anestesia ou ministração de relaxantes musculares.

Crianças receberam choques elétricos, foram isoladas e restringidas fisicamente durante longos períodos com o objetivo específico de causar dor, sob a alegação de que essa “terapia aversiva” eliminaria comportamentos considerados inadequados. Nos

Estados Unidos, uma professora descreveu uma menina – cega, surda e não verbal – que recebeu eletrochoque porque gemia. Descobriu-se depois que ela tinha quebrado um dente.

Sem supervisão e proteção de direitos humanos, as crianças, de fato, desaparecem dentro das instituições. Programas de monitoramento e garantia de respeito a direitos humanos visando proteger contra violência, exploração e abusos – como exige o Artigo 16 da CDPD – inexistem na maioria das instituições que visitamos. Em alguns casos, as autoridades sequer mantêm registros dos nomes e do número de crianças confinadas nesses locais.

As estatísticas oficiais são pouco confiáveis e frequentemente subestimam o grau de dependência de sistemas de serviço segregados. Os números muitas vezes limitam-se aos abrigos, e não incluem crianças confinadas em outros tipos de instituições, como escolas em regime de internato, instalações psiquiátricas e de atenção à saúde, sistemas de justiça criminal ou abrigos para pessoas sem teto. Instituições privadas ou religiosas, que talvez sejam muito mais numerosas do que os abrigos do governo, frequentemente não são computadas.

A entrada de alguns abrigos e de outras instituições exige logotipos de governos, de doadores corporativos, de igrejas ou de instituições

assistenciais privadas. Mesmo quando a assistência financeira de doadores internacionais ou de agências de apoio técnico representa uma pequena parte do orçamento operacional de uma instituição, esse apoio pode fornecer um suposto “selo de aprovação”. A DRI encontrou apoio bilateral e multilateral – oficial e de doações voluntárias pela equipe – para amenidades como *playgrounds* em abrigos onde crianças morrem por falta de cuidados médicos, e onde permanecem amarradas nas camas. Esses doadores podem ser bem intencionados, mas esse apoio vai de encontro à intenção da CDPD e de outros instrumentos de direito que protegem as pessoas contra a segregação.

Uma criança não deve jamais ser retirada da família com base em deficiência. A DRI conclama todos os governos e agências internacionais doadoras para que se comprometam a impedir qualquer novo encaminhamento de crianças para abrigos. É muito mais difícil proteger as crianças e lhes oferecer uma oportunidade de viver em sociedade quando seus laços com a família já foram rompidos. O confinamento de crianças em instituições constitui uma violação de direitos humanos fundamentais. Podemos eliminá-la, em âmbito mundial, por meio de uma moratória de novos encaminhamentos.



Em Rafah, no Estado da Palestina, onde a violência continuada tem provocado impactos psicológicos substanciais, especialmente sobre crianças, Fadi, de 12 anos de idade, caminha ao lado de casas destruídas por bombardeios aéreos.
© UNICEF/HQ2012-1583/EI Baba

RESPOSTA HUMANITÁRIA

Crises humanitárias, como as decorrentes de guerras ou desastres naturais, apresentam riscos particularmente graves para crianças com deficiência. Uma resposta humanitária inclusiva é urgentemente necessária – e factível.

Guerras e conflitos armados afetam as crianças de formas diretas e indiretas: diretamente, sob a forma de danos físicos resultantes de ataques, disparos de artilharia e explosão de minas terrestres, e de condições psicológicas decorrentes desses danos ou do fato de testemunhar eventos traumáticos; indiretamente, devido, por exemplo, à falência de serviços de saúde, que deixa muitas doenças sem tratamento, e de insegurança alimentar, que resulta em desnutrição.¹¹¹ As crianças são também separadas da família, do lar ou da escola, algumas vezes durante anos.

A natureza do conflito armado, que é uma causa importante de deficiência em crianças, está em processo de mudança. Cada vez mais, os conflitos assumem a forma de guerras civis recorrentes e de violência fragmentada, caracterizada pelo uso indiscriminado de força e de armas. Ao mesmo tempo, prevê-se que desastres naturais afetarão um número crescente de crianças e adultos nos próximos anos, especialmente em regiões perigosas, como zonas costeiras baixas, e particularmente à medida que aumentem a frequência e a gravidade de desastres relacionados a mudanças climáticas.¹¹²

Crianças com deficiência enfrentam desafios específicos em situações de emergência. Podem não ser capazes de escapar durante uma crise, devido a rotas de evacuação inacessíveis – por exemplo, uma criança em cadeira de rodas talvez não consiga fugir de um *tsunami* ou de um tiroteio, e pode ser abandonada pela família. Crianças com deficiência podem depender de dispositivos assistivos ou de cuidadores e, com a perda do cuidador, tornar-se

extremamente vulneráveis a violência física ou a abusos sexuais, emocionais e verbais. Crianças com deficiência podem também tornar-se invisíveis, em decorrência de crenças da família e da comunidade – por exemplo, uma criança com distúrbios mentais pode ser mantida dentro de casa devido ao estigma que a cerca ou que é atribuído à sua condição.

Além disso, crianças com deficiência podem ser excluídas de serviços de apoio e programas de assistência regulares, tais como serviços de saúde ou distribuição de alimentos, ou talvez não consigam acessá-los, devido às barreiras físicas impostas por edificações sem acessibilidade ou em função de atitudes negativas. Ou podem ser esquecidas por serviços direcionados para públicos específicos. Por exemplo, sobreviventes de acidentes com minas terrestres talvez não consigam acessar serviços de reabilitação física devido à distância, ao alto custo do transporte ou a critérios de admissão a programas de tratamento. Crianças com deficiência podem também ser desconsideradas pelos sistemas de alarme, que frequentemente não levam em conta os requisitos de comunicação e de mobilidade de pessoas com deficiência.

A ação humanitária inclusiva em relação a deficiências é informada e fundamentada pelas diretrizes a seguir:

- Uma abordagem baseada em direitos, orientada pela Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). O Artigo 11 da CDPD conclama especificamente os responsá-

veis a tomar todas as medidas necessárias para garantir a proteção e a segurança de pessoas com deficiência em situações de conflito, emergência e desastre, apontando a importância dessa questão.

- Uma abordagem inclusiva que reconhece que, além das necessidades específicas de seu caso, as crianças com deficiência têm as mesmas necessidades de outras crianças, e que a deficiência é apenas um dos aspectos de sua situação: são crianças a quem sucedeu ter uma deficiência. Essa abordagem inclusiva leva em conta também as barreiras sociais, atitudinais, informacionais e físicas que impedem que essas crianças participem e tomem decisões em programas regulares.
- Garantia de acessibilidade e desenho universal de infraestrutura e de informação. Isso significa tornar acessíveis para crianças com deficiência o ambiente físico, todas as instalações, centros de saúde, abrigos e escolas; e organizar serviços de

atenção à saúde e demais serviços, inclusive sistemas de comunicação e informação, acessíveis para crianças com deficiência.

- Promoção de uma vida independente, de forma que crianças com deficiência possam viver com a maior independência possível e participar o mais plenamente possível de todos os aspectos da vida.
- Conscientização a respeito de idade, gênero e diversidade, com especial atenção à dupla ou tripla discriminação enfrentada por mulheres e meninas com deficiência.

Uma resposta humanitária inclusiva em relação à deficiência garante que crianças e adultos com deficiência, assim como suas famílias, sobrevivam e vivam com dignidade, até porque isso representa um benefício para a população como um todo. Essa abordagem pede programas holísticos e inclusivos, em vez de projetos e políticas isolados que focalizam as deficiências. Entre as áreas fundamentais de



No Sri Lanka, Vijay, de 12 anos de idade, sobreviveu à explosão de uma mina terrestre e tornou-se educador sobre riscos de minas. © UNICEF/Sri Lanka/2012/Tuladar



Resíduos explosivos de guerra (REG) em exibição em uma escola em Ajdabiya, na Líbia. Os alunos coletaram os objetos nos arredores da cidade. © UNICEF/HQ2011-1435/Diffidenti

intervenção na ação humanitária inclusiva em relação à deficiência estão:

- Aprimoramento de dados e avaliações, para obter evidências baseadas nas diferentes necessidades e prioridades de crianças com deficiência.
- Serviços humanitários regulares acessíveis a crianças com deficiência e inclusão dessas crianças no planejamento e no desenho desses serviços.
- Serviços especializados para crianças com deficiência e garantia de que a recuperação e a reintegração ocorram em ambientes que promovam bem-estar, saúde, autorrespeito e dignidade.
- Implementação de medidas para prevenção de danos e abusos e promoção de acessibilidade.
- Parcerias com atores comunitários, regionais e nacionais, inclusive organizações de pessoas com deficiência, para questionar atitudes e percepções discriminatórias e promover equidade.

- Participação de crianças com deficiência, consultando-as e criando oportunidades para que suas vozes sejam ouvidas.

Em um conflito, as partes têm obrigação de proteger as crianças dos efeitos da violência armada e lhes oferecer acesso a cuidados psicossociais e de saúde adequados para sua recuperação e reintegração. O Comitê sobre Direitos da Criança recomendou que os Estados partes acrescentassem à CDC referências explícitas a crianças com deficiência em seu compromisso mais amplo com a proibição de recrutamento de crianças pelas forças armadas.¹¹³ Os governos também devem ter o cuidado de abordar a recuperação e a reintegração social de crianças que adquiriram deficiências em decorrência de conflitos armados. Esse ponto é explorado mais detalhadamente no artigo Foco a seguir.

Riscos, resiliência e ação humanitária inclusiva

Maria Kett

Diretora adjunta, Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública, Centro Leonard Cheshire para Desenvolvimento Inclusivo e Deficiência, University College London.

O Artigo 11 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência impõe aos Estados partes que “garantam a proteção e a segurança de pessoas com deficiência em situações de risco, entre as quais situações de conflito armado, emergências humanitárias e ocorrência de desastres naturais.”

Em uma situação de emergência – seja conflito armado ou desastre natural ou provocado pelo ser humano – crianças estão entre os mais vulneráveis à perda de alimentos, abrigo, cuidados de saúde, educação e serviços de apoio psicossocial adequados à idade. Essa vulnerabilidade pode ser ainda mais severa em crianças com deficiência: mesmo quando há disponibilidade de suprimentos básicos e serviços de alívio, estes podem não ser inclusivos ou acessíveis.

Saber de que modo vivem muitas crianças com deficiência em uma região afetada por uma emergência é um enorme desafio, porque é possível que estatísticas confiáveis não existissem mesmo antes da emergência. Por exemplo, os genitores ou as comunidades podem esconder essas crianças devido à estigma-

tização. A exclusão decorrente é particularmente preocupante, porque até o mais simples sistema de registro pode tornar-se inútil em situações humanitárias, uma vez que pontos ou centros de registro e informação talvez não sejam acessíveis.

Ao mesmo tempo, é cada vez maior o número de crianças que podem sofrer danos incapacitantes em consequência de situações de emergência súbitas ou crônicas. Em um terremoto, crianças podem ficar incapacitadas pela queda de objetos ou de edificações. Podem sofrer danos devastadores e traumas psicológicos durante enchentes e desmoronamentos de terra. Conflitos aumentam a probabilidade de incapacitação de crianças em consequência de lutas, de minas terrestres ou pela exposição a resíduos explosivos de guerra (REG). Por serem menores e em fase inicial de desenvolvimento, muitas vezes as crianças são mais seriamente prejudicadas do que os adultos, e requerem fisioterapia continuada, próteses e apoio psicológico.

Os desafios enfrentados por crianças com deficiência e suas famílias raramente são reconhecidos quando se avalia o impacto de uma situação de emergência. Esses desafios incluem novas barreiras ambientais, como rampas destruídas, dispositivos assistivos danificados ou perdidos, e perda de serviços que existiam anteriormente (intérpretes de lin-

guagem de sinais ou enfermeiras visitantes) ou serviços de apoio (pagamento de seguro social ou esquemas de proteção social).

Há outros riscos. Se ocorrer a morte de membros da família, é possível que não haja outras pessoas que saibam como cuidar de uma criança com deficiência física ou que possa comunicar-se com uma criança que tem uma limitação sensorial. Se as famílias são forçadas a fugir, especialmente quando se deparam com uma longa jornada a pé, é possível que abandonem crianças que não conseguem andar ou que têm saúde frágil. É possível também que crianças com deficiência sejam deixadas para trás porque suas famílias temem que lhes seja recusado asilo em outro país se um de seus membros tem uma deficiência. Diversos países praticam esse tipo de discriminação. É possível que instituições e escolas em regime de internato sejam fechadas ou abandonadas por suas equipes, restando poucas pessoas – ou ninguém – para ajudar as crianças que estão a seu cargo.

É possível também que crianças com deficiência, especialmente aquelas que têm distúrbios de aprendizagem, sejam diretamente envolvidas no conflito. Podem ser forçadas a trabalhar como combatentes, cozinheiros ou porteiros, exatamente porque são consideradas de menor valor, ou menos inclinadas a apresentar resistência do que crianças sem

deficiência. Em tese, os programas de desarmamento, desmobilização e reintegração incluem todos os ex-combatentes infantis, mas frequentemente não existem recursos ou programas para crianças com deficiência. Assim sendo, essas crianças são marginalizadas e excluídas, abandonadas em condições de pobreza, vulnerabilidade, e muitas vezes forçadas a mendigar, como ocorreu na Libéria e em Serra Leoa.

O risco de violência – inclusive violência sexual – aumenta quando desaparecem a proteção familiar e as estruturas sociais, como ocorre durante conflitos e desastres. Embora meninas com deficiência corram um risco maior nessas situações, também os meninos com deficiência correm riscos, e têm menor probabilidade de receber ajuda ao término dos conflitos.

A recuperação e a reconstrução apresentam desafios peculiares para crianças com deficiência. Tal como ocorre com todas as crianças afetadas por crises, crianças com deficiência precisam de uma variedade de serviços, que incluem serviços com objetivos específicos, mas não se limitam a eles. As necessidades específicas da deficiência são extremamente importantes, mas são apenas uma parte do quadro geral. Por exemplo, durante as operações de recuperação após o *tsunami* no Oceano Índico, em 2004, uma menina com deficiência ganhou cinco cadeiras de rodas – mas ninguém lhe perguntou se precisava de alimentos ou de roupas.

Resiliência e inclusão

Crianças têm demonstrado repetidamente sua resiliência. É possível tomar medidas que

apoiem sua participação e sua inclusão. Essas medidas devem ser específicas para grupos e contextos particulares: meninos e meninas vivenciam diferentemente os conflitos, assim como crianças pequenas e adolescentes. Da mesma forma, situações de emergência afetam de modo diverso áreas rurais e urbanas.

Como ponto de partida, crianças com deficiência devem ter a oportunidade de participar do planejamento e da implementação de estratégias de redução de riscos e de pacificação, bem como dos processos de recuperação. A ignorância e o pressuposto equivocado de que essas crianças são incapazes de contribuir muitas vezes as impediram de participar, mas esse entendimento começa a mudar. Em Bangladesh, por exemplo, a *Plan Internacional* passou a questionar essas concepções errôneas por meio de parcerias com organizações ligadas a deficiências e trabalhando diretamente com as comunidades em uma estratégia de redução de riscos de desastres centrada na criança.

O atendimento orientado para crianças com deficiência também vem aumentando nas respostas a desastres. No Paquistão, o *Handicap International* (HI) e o *Save the Children* construíram espaços inclusivos “amigos da criança” e desenvolveram orientações em nível setorial para a inclusão de pessoas com deficiência, especialmente em projetos de proteção. No Haiti, o HI e a organização cristã de desenvolvimento CBM pressionaram o governo para que aumentasse a inclusão de pessoas com deficiência na distribuição de alimentos e em outros esforços. A Organização das Nações Unidas frequentemente

utiliza situações de emergência como uma chance de “reconstruir melhor”, uma abordagem que pode oferecer oportunidades para crianças com deficiência, uma vez que dá a todos os interessados a possibilidade de trabalhar em conjunto.

A deficiência também está sendo focalizada em primeiro plano em orientações como *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response* (Carta Humanitária e Padrões Mínimos em Respostas Humanitárias), do *Sphere Project*, formulado por um grupo de organizações internacionais para promover a qualidade e a responsabilização de respostas humanitárias. Vem aumentando a disponibilidade de orientações para situações de emergência referentes à inclusão de pessoas com deficiência – particularmente crianças. Essas conquistas precisam ser consolidadas e estendidas a áreas como nutrição e proteção da criança.

É necessária também uma abordagem unificada à coleta de dados. Deve ser enfatizada a colaboração com organizações nacionais e locais ligadas à deficiência e, sempre que necessário, deve ser ampliada a capacidade desses grupos para abordar questões específicas da infância. E a extensão com que crianças com deficiência são incluídas na resposta humanitária deve ser auditada para monitorar e melhorar os resultados.

Serão essenciais padrões claros e listas de itens de inclusão que possam ser aplicados a todas as variedades de situações de emergência – no entanto, para que sejam colocados em prática, devem ser acompanhados por alocação de recursos.

Resíduos explosivos de guerra

Equipe editorial do Victim Assistance, no Landmine and Cluster Munition Monitor.

O Landmine and Cluster Munition Monitor fornece pesquisas para a International Campaign to Ban Landmines and Cluster Munition Coalition. É o regime efetivo de monitoramento para o Mine Ban Treaty e a Convention on Cluster Munitions.

Resíduos explosivos de guerra (REG) e minas terrestres antipessoais têm impacto devastador sobre crianças e constituem um fator significativo de deficiências na infância. No entanto, desde a assinatura do tratado de banimento de minas, em 1997, amplas extensões de terra foram descontaminadas, por meio da remoção dessas munições, e voltaram a ser utilizadas produtivamente.

Vários instrumentos tiveram impacto positivo em termos de proteção à vida de pessoas que vivem em áreas contaminadas por REG e minas terrestres: o tratado de 1997; o Protocolo Adicional II, de 1996, e o Protocolo Adicional V, de 2003, da Convenção sobre Certas Armas Convencionais; e a Convenção sobre Bombas de Fragmentação, de 2008. O movimento global pelo banimento de minas terrestres e bombas de fragmentação testemunha a importância de vontade

política forte entre os principais interessados na promoção de mudanças globais.

Entende-se que a programação da ação sobre minas, que visa lidar com o impacto de minas terrestres e de REG, é constituída por cinco pilares – descontaminação, educação sobre riscos de REG/minas, assistência às vítimas, destruição de estoques e defesa. Apesar do grande sucesso obtido em vários desses pilares, como indica o declínio global de acidentes com REG e minas terrestres, a assistência às vítimas ainda se destaca como principal área de fragilidade. Isso ocorre especialmente no caso de crianças afetadas por REG ou minas terrestres.

Em contraste com os outros quatro pilares da ação sobre minas, a assistência às vítimas requer uma resposta multifacetada, incluindo intervenções médicas e paramédicas para assegurar a reabilitação física, e também intervenções sociais e econômicas para promover a reintegração e a subsistência das vítimas.

Até o momento, a maior parte da assistência e do financiamento da ação sobre minas tem sido dedicada a atividades de descontaminação. Em 2010, 85% dos recursos globais relativos à ação sobre minas foram alocados em descontaminação, enquanto apenas 9% foram alocados em intervenções de assistência

a vítimas. Embora abordem os pilares de programação da ação sobre minas relativos a descontaminação, educação sobre riscos de REG/minas e destruição de estoques, os Padrões Internacionais da Ação sobre Minas – os padrões vigentes em todas as operações de ação sobre minas da ONU – não lidam com a questão da assistência às vítimas. Isso ocorre embora o direito a reabilitação física apropriada ao gênero e à idade e a reintegração social e econômica de sobreviventes de acidentes com minas terrestres e REG estejam consagrados nas leis internacionais de direitos humanos e de ação humanitária. Entretanto, poucos programas de assistência a sobreviventes têm levado em consideração as necessidades específicas de crianças, quer sejam sobreviventes ou vítimas em sentido mais amplo.

O impacto sobre as crianças

Houve um decréscimo significativo no número de pessoas mortas ou feridas em explosões de minas terrestres. Entre 2001 e 2010, o número de novos acidentados com minas terrestres e REG registrados pelo *Landmine and Cluster Munitions Monitor*, órgão responsável pelo monitoramento do Tratado de Banimento de Minas e da Convenção sobre Bombas de Fragmentação, caiu de 7.987 para 4.191. O gráfico adiante (p. 56) evidencia a redução significativa no número total

Desde 1999, quando teve início o monitoramento, houve pelo menos mil acidentes com crianças a cada ano. Muitos acidentes deixam de ser registrados, de forma que o número real provavelmente é muito mais alto.

de civis mortos e feridos em acidentes com minas terrestres e REG no período de cinco anos, entre 2005 e 2010.

No entanto, a porcentagem do total de acidentes representada por acidentes com crianças aumentou. Anualmente, desde 2005, crianças respondem por cerca de 20% a 30% dos acidentes com minas terrestres, resíduos de bombas de fragmentação e outros REG. Desde 1999, quando teve início o monitoramento, houve pelo menos mil acidentes com crianças a cada ano. Em 2010, o número de acidentes com crianças provocados por minas terrestres e REG ultrapassou 1.200, e crianças responderam por 55% do total de mortes de civis – elas constituem atualmente o grupo civil para o qual acidentes com minas terrestres e REG são mais fatais. Uma vez que muitos acidentes deixam de ser registrados em muitos países, o número total de acidentes com crianças a cada ano provavelmente é muito mais alto; e em alguns dos países mais afetados por minas, a porcentagem de acidentes com crianças é ainda maior: em 2011, crianças representaram 61% do total de acidentes com civis no Afeganistão. No mesmo ano, representaram 58% dos acidentes com civis no Laos, 50% no Iraque e 48% no Sudão.

Hoje crianças são maioria em acidentes causados por minas terrestres, resíduos de bombas de

fragmentação e outros REG. No entanto, desde 2008 os meninos constituem o grupo isolado mais numeroso: cerca de 50% do total de acidentes com civis. Em 2006, o ano em que o *Landmine Monitor* começou a desagregar os dados sobre acidentes por idade e gênero, meninos representaram 83% dos acidentes com crianças, e o maior grupo isolado de acidentes com civis em 17 países. Em 2008, meninos representaram 73% dos acidentes com crianças e foram o maior grupo isolado de acidentes em dez países. Em muitos países contaminados,

meninos têm maior probabilidade de encontrar minas ou REG porque estão mais envolvidos em atividades externas, como pastoreio, coleta de lenha e alimentos e coleta de resíduos de metal. De maneira geral, crianças, mais do que adultos, tendem a manipular deliberadamente dispositivos explosivos, frequentemente por desconhecimento, por curiosidade ou por confundirlos com brinquedos. Meninos são mais propensos do que meninas a bulir com os dispositivos explosivos que encontram. Esses fatores, bem como a tendência a



Na Colômbia, Mónica e Luis, ambos com 14 anos de idade nesta foto de 2004, sentados ao lado da piscina. Mónica perdeu um pé quando um primo mais novo trouxe para casa uma granada, que explodiu e o matou.

© UNICEF/HQ2004-0793/DeCesare

envolver-se em comportamentos de risco, tornam especialmente importante para as crianças uma educação sobre riscos bem planejada.

Assistência para crianças sobreviventes

Acidentes com REG e minas terrestres afetam crianças e adultos de maneira diferente, quer sejam mortas ou feridas, quer se tornem vítimas em consequência da morte ou ferimento de familiares e membros da comunidade. Crianças sobreviventes que foram feridas têm necessidades específicas que devem ser levadas em consideração, tanto em termos de resgate e reabilitação física quanto de reintegração social e econômica. Sendo menores do que os adultos, as crianças têm maior probabilidade de morrer ou sofrer danos graves em uma explosão, entre os quais queimaduras severas, ferimentos por estilhaços, membros danifi-

cados e outros danos que podem resultar em cegueira ou surdez.

A estatura das crianças implica que seus órgãos vitais estão mais próximo da detonação, e crianças têm limiar mais baixo do que adultos para perda substancial de sangue. Se pisarem em uma mina terrestre antipessoal, a explosão causará invariavelmente danos nas pernas e nos pés, com infecções secundárias que em geral resultam em amputação, determinando deficiências pelo resto da vida e requerendo apoio para reabilitação a longo prazo.

Em mais de 30% dos casos, os sobreviventes são submetidos a amputação. E embora não haja dados disponíveis sobre a porcentagem exata de crianças afetadas que precisam ser amputadas, pode-se esperar que essa porcentagem seja mais alta em meio a crianças, devido a seu tamanho corporal. Quando crianças sobrevivem aos ferimentos, sua reabili-

tação é mais complexa do que no caso de sobreviventes adultos. Crianças cujos ferimentos levaram à amputação demandam uma reabilitação mais complexa, e como ossos crescem mais depressa do que tecidos moles, várias novas amputações podem ser necessárias. Precisam também dispor de novas próteses à medida que crescem. Poucos países afetados por minas terrestres e REG têm a capacidade necessária para atender às necessidades complexas e específicas da reabilitação médica e física de crianças sobreviventes.

Além dos traumas físicos, as consequências psicológicas de sobreviver a uma explosão de mina terrestre ou REG são frequentemente devastadoras para o desenvolvimento da criança. Incluem sentimentos de culpa, perda de autoestima, fobias e medo, distúrbios do sono, incapacidade de falar e traumas que, caso não sejam tratados, podem resultar em distúrbios mentais de longo prazo. É difícil documentar esses efeitos psicológicos da guerra sobre as crianças, que não se limitam àquelas que sofreram danos físicos.

As necessidades sociais e econômicas para a reintegração de crianças sobreviventes também diferem muito das necessidades de adultos. A abordagem aos impactos psicossociais esboçados acima depende significativamente de apoio psicossocial adequado à idade e de acesso à educação. Em muitos países, crianças sobreviventes são obrigadas a abandonar a escola devido ao tempo necessário para

Acidentes com crianças em países gravemente afetados por minas e resíduos explosivos de guerra, 2011*

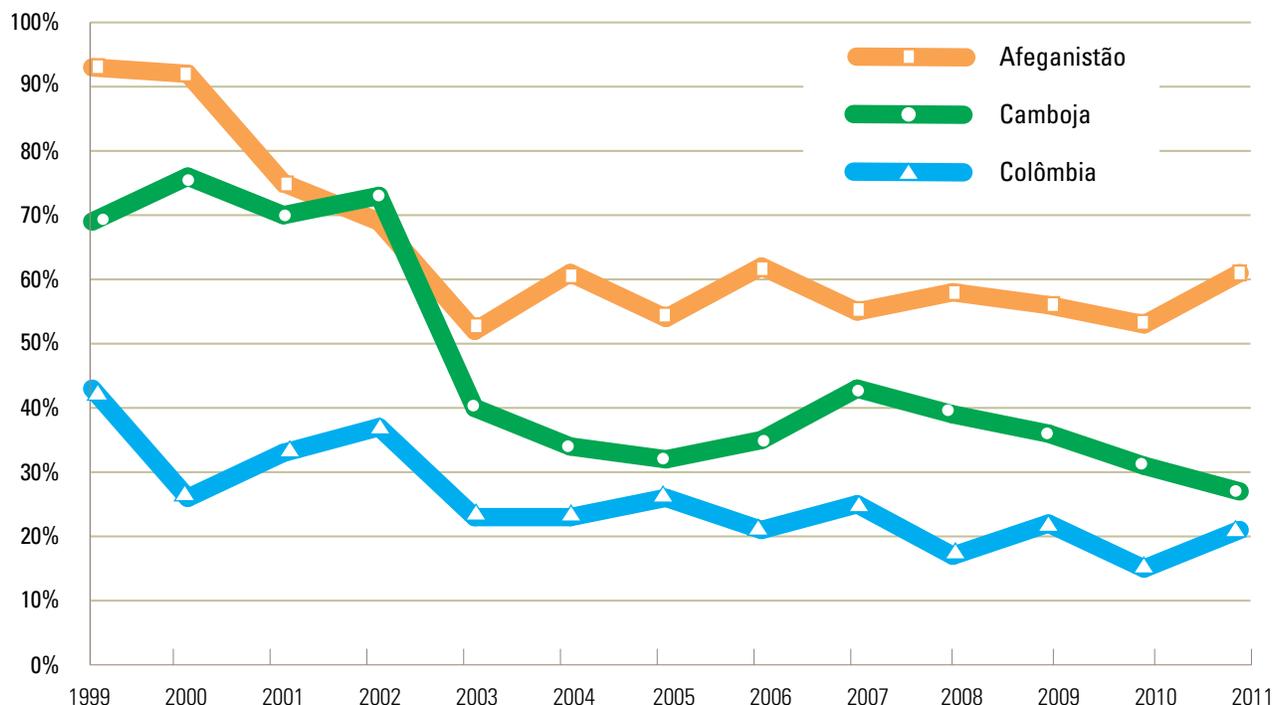
País	Total de acidentes com civis	Acidentes com crianças	Porcentagem de acidentes com crianças no total de acidentes
Afganistão	609	373	61%
República Democrática do Congo	22	15	68%
Iraque	100	50	50%
Laos	97	56	58%
Sudão	62	30	48%

* Inclui apenas acidentes em que o status civil/de segurança e a idade eram conhecidos.

Fonte: Landmine and Cluster Munition Monitor.

Acidentes com crianças nos países mais afetados*

Porcentagem de crianças em acidentes com civis (1999–2011)



* Os três Estados signatários do Tratado de Banimento de Bombas que apresentaram as taxas anuais mais altas de acidentes.

Fonte: Landmine and Cluster Munition Monitor.

a recuperação, e porque a reabilitação representa uma sobrecarga econômica para a família. Crianças com deficiências decorrentes de danos provocados por minas terrestres ou REG precisam ter acesso gratuito à educação, tanto para promover um sentimento de normalidade em sua vida, permitindo que se recuperem do prejuízo psicológico provocado pelos danos, quanto para reintegrá-las a seu grupo de pares e permitir sua participação plena na sociedade. No entanto, crianças que ficam incapacitadas devido a uma mina terrestre ou REG são ainda mais vulneráveis à privação desse direito do que

as demais: talvez não consigam mais caminhar até a escola, e transportes alternativos raramente estão disponíveis. E mesmo quando conseguem ir à escola, as salas podem ser inacessíveis para crianças com deficiência, e seus professores podem não estar capacitados para adaptar-se às suas necessidades.

Oportunidades de geração de renda e de subsistência são especialmente necessárias para oferecer apoio a crianças e adolescentes que ficaram incapacitados devido a acidentes com minas terrestres ou REG. Infelizmente, quando existem,

essas oportunidades quase nunca levam a idade em consideração. Em casos em que a idade foi considerada – como em um projeto de 2008-2010, no Camboja –, os desafios para garantir intervenções adequadas à idade para crianças e adolescentes foram de tal monta que excluíram inteiramente os menores de 18 anos de intervenções de assistência à subsistência das vítimas.

O fracasso na abordagem a necessidades e riscos específicos de crianças e adolescentes refletiu-se na subsistência e no setor de fortalecimento econômico de modo mais amplo: Em 2012,

uma revisão de 43 estudos que avaliaram o impacto gerado por programas de fortalecimento econômico em contextos de crise em países de baixa renda verificou que, paradoxalmente, alguns desses esforços tinham aumentado o risco de crianças serem retiradas da escola para trabalhar ou de meninas serem submetidas a violência. Os programas estudados incluíam iniciativas como microcrédito, capacitação em habilidades e intervenções na agricultura. A revisão alertou os praticantes de fortalecimento econômico para que “inserir a proteção e o bem-estar de crianças no mapeamento, no desenho, na implementação, no monitoramento e na avaliação de programas de fortalecimento econômico.” Além disso, oportunidades de geração de renda e de subsistência para crianças e adolescentes devem levar em consideração não apenas sua idade, mas também seu sexo e o contexto cultural em que vivem. Uma vez que crianças com deficiência estão entre os alvos mais vulneráveis de privação, violência, abusos e exploração, há uma necessidade urgente de garantir que programas de assistência a vítimas levem em conta as necessidades específicas de crianças sobreviventes.

Por outro lado, crianças que foram vítimas de minas terrestres e outros REG em consequência de morte ou ferimento de cuidadores e de membros da família, entre os quais aqueles que as sustentam, também têm necessidades diferentes das de adultos. Tal como crianças sobreviventes, também elas podem ser mais vulneráveis à perda de

oportunidades educacionais, à separação da família, a trabalho infantil e a outras formas de exploração ou negligência.

Apesar das necessidades peculiares das crianças, poucos programas de assistência a vítimas contemplam especificidades de gênero e idade. Embora as pesquisas tenham tratado da assistência a vítimas em geral, e tenham sido desenvolvidas orientações sobre o formato desses programas, até o momento tem havido pouco ou nenhum foco em crianças e adolescentes. Por outro lado, embora devam apresentar relatórios regulares sobre a implementação, em nível nacional, das ferramentas internacionais do Tratado de Banimento de Minas, dos Protocolos II e V da Convenção sobre Certas Armas Convencionais e da Convenção sobre Bombas de Fragmentação, os Estados partes não relatam seus esforços para abordar necessidades específicas de sobreviventes segundo a idade. Não surpreende que em um levantamento realizado em 2009 pela *Handicap International*, envolvendo mais de 1.600 sobreviventes de 25 países afetados, quase dois terços dos respondentes tenham relatado que os serviços para crianças “nunca” ou “quase nunca” eram adaptados às suas necessidades específicas, e não garantiam sua adequação etária.

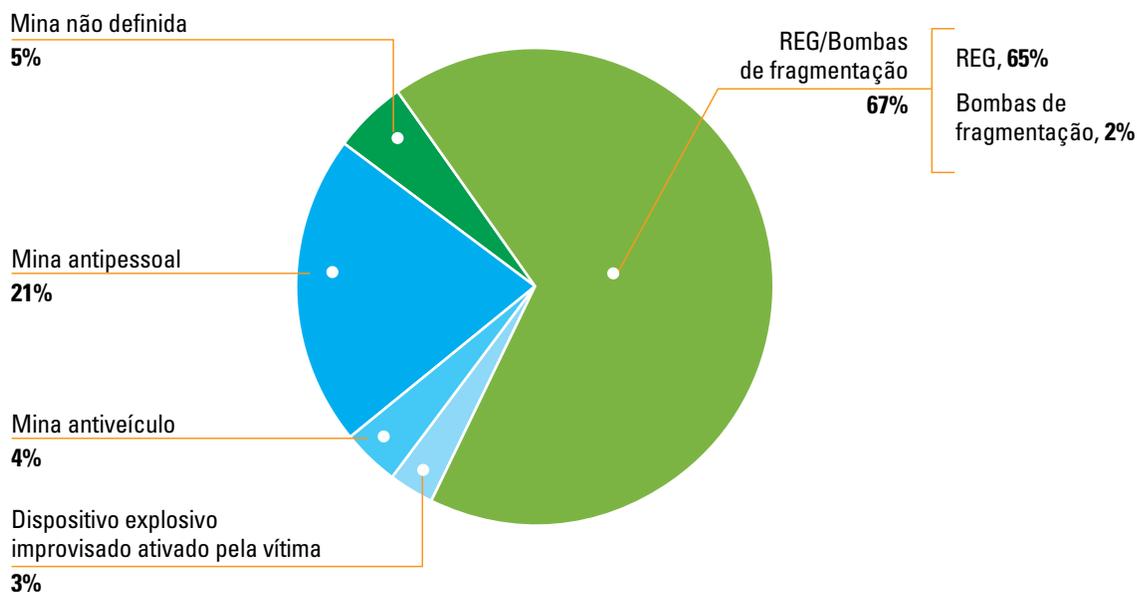
Crianças vitimadas direta ou indiretamente têm necessidades adicionais específicas em todos os aspectos da assistência. No entanto, há pouca informação disponível sobre esforços para atender a essas necessidades. A maio-

ria das crianças envolvidas em acidentes com minas ou REG foi ferida. No entanto, a maior parte dos sistemas de coleta de dados não registra suas necessidades.

Uma vez que crianças respondem por uma porcentagem crescente de acidentes com civis decorrentes de minas terrestres e REG, é fundamental implementar políticas e recomendações programáticas específicas sobre assistência a vítimas de forma a atender às necessidades das crianças sobreviventes. Essas recomendações incluem:

- Apoiar e promover o estabelecimento de sistemas nacionais de monitoramento de danos capazes de oferecer informações sistemáticas e contínuas sobre a magnitude e a natureza de danos decorrentes de REG e minas terrestres (e outros tipos de danos, quando couber), incluindo dados sobre acidentes com crianças, desagregados por gênero e idade.
- Integrar aos padrões internacionais de ação sobre minas um componente de assistência a vítimas, incluindo notas técnicas detalhadas e diretrizes sobre práticas mais adequadas, com orientações e considerações sobre a assistência específica a crianças sobreviventes e vitimadas.
- Desenvolver e promover a criação de bancos de dados sobre assistência a vítimas, de forma a prover dados sistemáticos para o monitoramento da reabilitação e de necessidades psicossociais e socioeconômicas de cada sobrevivente, adulto ou criança, de forma apropriada e ao longo do tempo.

Acidentes com crianças por tipo de explosivo*



*Não inclui tipos de explosivos desconhecidos.

Fonte: Landmine and Cluster Munition Monitor.

- Por meio de fóruns nacionais e internacionais, sensibilizar governos, pessoas envolvidas em ações sobre minas, doadores e outros interessados relevantes para a importância de priorizar a assistência a vítimas – inclusive crianças sobreviventes e filhos de pessoas mortas por explosivos ativados pela vítima – como um pilar fundamental da ação sobre minas e das leis internacionais.
- Conscientizar governos, agentes humanitários e de desenvolvimento e provedores de serviços sobre a importância de garantir para crianças e vítimas sobreviventes de acidentes com minas terrestres e REG a disponibilidade de serviços de saúde e reabilitação física, apoio psicossocial, proteção, educação e subsistência que levem em conta gênero e idade.
- Capacitar profissionais de saúde, incluindo pessoal de atendimento a emergências, cirurgiões e prestadores de serviços ortoprotéticos, para que levem em conta as considerações específicas e necessidades especiais de crianças sobreviventes.
- Capacitar prestadores de serviços educacionais, incluindo administradores, professores e educadores, para o provimento de educação acessível e apropriada para crianças sobreviventes e vitimadas.
- Formular leis, planos e políticas nacionais que respondam às necessidades de sobreviventes e vítimas de acidentes com minas terrestres e REG, ou de pessoas com deficiência de maneira geral, de modo que integrem necessidades específicas de idade e gênero de crianças sobreviventes e vitimizadas e respondam a essas necessidades.
- Integrar à minuta da Estratégia Interagências de Ação sobre Minas, da Organização das Nações Unidas, um forte componente de assistência a vítimas, incluindo considerações específicas sobre assistência a crianças sobreviventes.

Uma coisa de cada vez

Chaeli Mycroft



Chaeli Mycroft, ganhadora do Prêmio Internacional da Paz para Crianças de 2011, é uma ativista em prol do reconhecimento das capacidades de pessoas com deficiência e uma incansável dançarina em cadeira de rodas. Prepara-se para estudar política e filosofia na Universidade da Cidade do Cabo, na África do Sul.

Algumas pessoas veem a deficiência como um peso, outras como um prêmio. Minha deficiência me deu oportunidades e experiências únicas que não teriam acontecido se eu não fosse deficiente. Sinto-me feliz com minha deficiência e sou grata a ela, porque me tornou a pessoa que sou hoje.

Não quero dizer, de forma alguma, que seja fácil lidar com uma deficiência. É uma situação muito complexa, e afeta quase todos os aspectos da vida. Mas espero, ao longo da minha vida, inspirar outros jovens a considerar suas deficiências como oportunidades para dar atenção a capacidades, e não apenas a limitações.

Minha família sempre me desafiou a concentrar-me em minhas

capacidades e nunca me olhou ou me tratou com pena. Serei eternamente grata por isso, porque me fez olhar para mim mesma como igual a qualquer pessoa com um corpo íntegro. Fui criada sabendo também que minha contribuição é tão importante quanto a de qualquer outra pessoa, e que devo me levantar (metaforicamente) para defender meus direitos. Meus amigos me veem como igual, e aceitam o fato de que minha deficiência algumas vezes me dificulta fazer as coisas como eles fazem, de modo que temos apenas que ser um pouco mais criativos para me incluir no que quer que eles estejam fazendo – por exemplo, jogando críquete quando éramos mais jovens: eu anotava os pontos.

O apoio incrível que recebi me possibilitou trabalhar com crianças com deficiência na África do Sul. Ganhei, por esse trabalho, o Prêmio Internacional da Paz para Crianças de 2011 – um fato que mudou minha vida de uma forma surpreendente. A Fundação *KidsRights* (Direitos das Crianças), que atribui anualmente esse prêmio, ofereceu-me a oportunidade de divulgar minha mensagem por meio de uma plataforma de alcance mundial, e de encontrar pessoas que, de outra maneira, nunca teria encontrado. Pagou também minha educação e está tornando possível meu ingresso na universidade no pró-

Se pessoas com deficiência não conseguem acreditar em si mesmas, ou outras pessoas não acreditam nelas, eu vou acreditar – e tenho esperança de que minha atitude positiva possa se difundir e encorajar mais positividade.

ximo ano, com todas as adaptações de que necessito.

Há muitas crianças com deficiência que não são elogiadas por suas capacidades e que são escondidas do mundo por medo e ignorância. Precisamos perceber que pessoas com deficiência são cruciais em nossa população. Frequentemente, são aquelas que pensam fora dos padrões – porque temos que fazer isso. Temos que fazer com que nossas deficiências trabalhem a nosso favor, e não contra nós, e ensinemos os outros a importar-se e a ser empáticos. Empatia – uma coisa de que o mundo precisa desesperadamente.

Acredito que há duas questões principais que devem ser tratadas em nível mundial: acessibilidade e atitudes. Essas questões estão inter-relacionadas e não podem ser abordadas separadamente. Se as pessoas puderem mudar a atitude generalizada em relação à deficiência, de pena, vergonha ou inferioridade para plenitude, aceitação e igualdade, testemunharemos um enorme progresso. Atitudes positivas podem levar a melhor acessibilidade, assim como falta de acessibilidade é a expressão de uma opinião de que as necessidades de pessoas com deficiência são menos importantes do que as de pessoas com corpos íntegros – uma atitude que tem consequên-

cias negativas para pessoas com e sem deficiência.

Melhores atitudes devem contribuir também para a abordagem a outros itens importantes, como nossas experiências educacionais. Frequentemente todas as formas de educação que uma pessoa com deficiência pode acessar: escolas de educação especial, escola estadual regular de ensino primário e secundário, escola regular privada de ensino secundário. Não diria que sou uma especialista, mas posso dizer muita coisa por experiência. Certamente, nem sempre foi fácil e simples. Muitas vezes foi uma luta, e às vezes me sentia terrivelmente infeliz. Trabalhei duramente para ser incluída e para tornar isso mais fácil para pessoas que virão depois de mim. Estou concluindo minha carreira acadêmica em um lugar onde sou plenamente incluída e aceita. Quando penso nisso, tudo o que sinto é alívio – alívio por não precisar mais lutar tão acirradamente pela minha felicidade. Agora posso lutar com mais empenho por outras pessoas com deficiência e por seu direito à felicidade.

Pode parecer que sou sempre uma pessoa superpositiva. Não é esse o caso. Tive meus conflitos, e estou certa de que não terminaram. O que me inclina para uma atitude positiva é o fato de estar cercada de pessoas que

acreditam em minha capacidade e que veem de maneira positiva minha contribuição para a sociedade – pessoas que compensam meus piores dias. Eu realmente amo por isso.

Minha meta de vida é fazer com que a deficiência passe a ser completamente aceita e acolhida pela comunidade mundial. Pode ser uma tarefa hercúlea, e pode ter muitas facetas, mas acredito que seja inteiramente possível.

Começa pela convicção. Acredito em minhas capacidades; acredito de todo o coração que posso promover mudanças – que posso mudar vidas. Se pessoas com deficiência não conseguem acreditar em si mesmas, ou outras pessoas não acreditam nelas, eu vou acreditar – e tenho esperança de que minha atitude positiva possa se difundir e encorajar mais positividade. Isso pode parecer insignificante para algumas pessoas, mas ainda assim é mudança.

Uma coisa de cada vez.



No Estado da Palestina, uma agente de saúde avalia um menino na Sociedade Atfaluna para Crianças com Deficiência Auditiva. A organização oferece educação e capacitação profissional, atendimento de saúde gratuito, serviços de atendimento psicossocial e colocação em emprego. © UNICEF/HQ2008-0159/Davey

MEDINDO A DEFICIÊNCIA INFANTIL

Uma sociedade não pode ser equitativa sem que todas as crianças sejam incluídas, e crianças com deficiência não podem ser incluídas a não ser que coleta e análise de dados consistentes as tornem visíveis.

Medir a deficiência infantil representa enfrentar um conjunto de desafios específicos. Uma vez que o ritmo do desenvolvimento e da aprendizagem de tarefas básicas é diferente para cada criança, pode ser difícil avaliar funções e fazer distinção entre limitações significativas das variações existentes no desenvolvimento considerado “normal”.¹¹⁴ A natureza variável e a gravidade das deficiências, assim como a necessidade de aplicar definições e medidas específicas por idade, complicam ainda mais os esforços de coleta de dados. Além disso, a precariedade dos dados sobre deficiência infantil decorre, em alguns casos, de uma compreensão limitada do que é uma deficiência na criança e, em outros casos, de estigma ou de investimentos insuficientes no aprimoramento das medições. A falta de evidências que resulta dessas dificuldades prejudica o desenvolvimento de boas políticas e o provimento de serviços vitais. No entanto, como será discutido a seguir, vêm sendo empreendidos esforços para melhorar a coleta de dados – e o próprio ato de reunir informações vem desencadeando mudanças positivas.

Definições em evolução

Embora haja um consenso geral de que as definições de deficiência devem incorporar determinantes médicos e sociais, a medição de deficiência ainda é predominantemente médica, com foco em limitações físicas ou mentais específicas.

As estimativas sobre a prevalência de deficiência variam dependendo da definição utilizada. Definições médicas limitadas provavelmente produzem estimativas mais baixas do que definições mais

abrangentes, que levam em consideração as barreiras sociais ao funcionamento e à participação.¹¹⁵

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, oferece uma estrutura para observar a saúde e a deficiência em um contexto mais amplo de barreiras sociais.¹¹⁶ Essa classificação considera a deficiência de duas formas principais: como uma questão física de estrutura e funcionamento e em termos da atividade e da participação do indivíduo. Segundo a definição da CIF, deficiência é um aspecto comum da existência humana. A definição da CIF inclui de fato a deficiência, deslocando o foco da causa para o efeito, e reconhecendo que todas as pessoas podem ter algum grau de deficiência. Reconhece também que funcionamento e deficiência ocorrem em um contexto, e que, portanto, faz sentido avaliar não só aspectos físicos, mas também fatores sociais e ambientais.

Embora a CIF tenha sido criada principalmente para deficiências em adultos, uma classificação derivada – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) – avança no sentido de incorporar a dimensão social, captando não só a limitação, mas também seus efeitos sobre a funcionalidade e a participação da criança em seu ambiente. A classificação considera quatro áreas principais: estruturas físicas (por exemplo, órgãos, membros e estruturas dos sistemas nervoso, visual, auditivo e musculoesquelético); funções corporais (funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, como audição e memória);

limitação de atividade (por exemplo, andar, subir, vestir-se); e restrições à participação (por exemplo, brincar com cuidadores ou com outras crianças, realizar tarefas simples).¹¹⁷

Contextualizando a deficiência

Dados devem ser interpretados em um contexto. Estimativas de prevalência de deficiência variam em função de incidência e de sobrevivência, e os resultados devem ser interpretados com cautela, principalmente em países onde as taxas de mortalidade de bebês e de crianças são altas.¹¹⁸ O relato de baixa prevalência de deficiência talvez resulte de baixas taxas de sobrevivência para crianças pequenas com deficiência, ou talvez reflita uma falha na contagem das crianças com deficiência que estão confinadas em instituições, que estão escondidas por famílias que temem discriminação, ou que vivem e trabalham nas ruas.

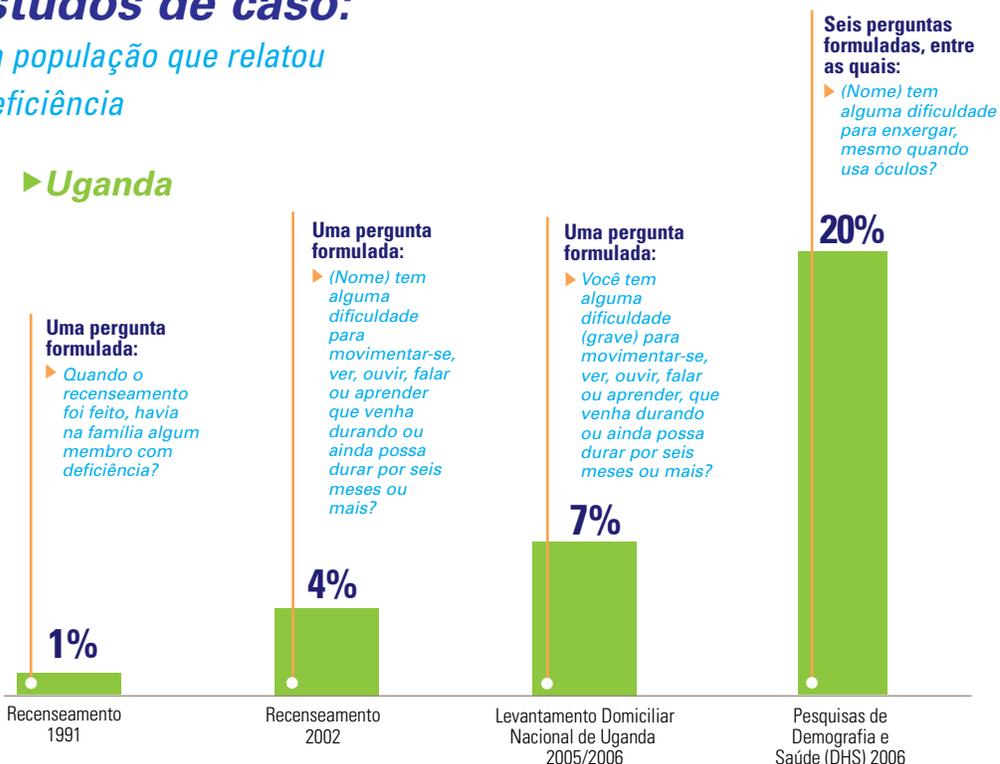
Aspectos culturais também desempenham um papel importante. A interpretação do que pode ser considerado um funcionamento “normal” varia entre

contextos e influencia os resultados das medições. A capacidade para atingir determinados marcos pode variar não apenas em relação às crianças, mas também em relação à cultura. Crianças podem ser estimuladas a tentar novas atividades em diferentes estágios de desenvolvimento. Por exemplo, em um estudo, 50% das crianças que viviam em área urbana na Índia eram “capazes de usar um copo” aos 35 meses de idade, ao passo que, na Tailândia, esse mesmo marco era alcançado por volta dos 10 meses de idade.¹¹⁹ Portanto, é importante avaliar crianças tendo por base valores de referência adequados à compreensão e às circunstâncias locais.

Por esses motivos, ferramentas de avaliação desenvolvidas em países de alta renda – como a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças e a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffith –¹²⁰ não podem ser aplicadas indiscriminadamente em outros países ou outras comunidades, uma vez que, frequentemente, sua capacidade para detectar e medir com precisão a deficiência em diferentes contextos socioculturais não é testada. Estruturas de referência podem variar, e ferramentas de pesquisa talvez

Quatro estudos de caso:

Porcentagem da população que relatou algum tipo de deficiência



Fonte: UNICEF, a partir dos levantamentos e recenseamentos identificados acima.

não consigam captar adequadamente os costumes, o padrão cultural, as linguagens ou as expressões locais. Por exemplo, questionários que avaliam o desenvolvimento infantil com base em atividades padronizadas – como preparar o cereal do café da manhã, ou brincar com jogos de tabuleiro – podem ser adequadas em alguns lugares, mas não naqueles nos quais as crianças normalmente não se envolvem com essas atividades.¹²¹

Coleta de dados

Os objetivos específicos da coleta de dados tendem a influenciar a definição do que constitui uma “deficiência”, as perguntas formuladas e os números resultantes. A mensuração do tipo de deficiência e sua prevalência estão frequentemente associadas a iniciativas políticas específicas, como programas de proteção social. Os resultados podem ser utilizados para determinar o direito aos benefícios, ou para planejar e determinar o provimento de apoio. Por exemplo, os critérios utilizados para definir a elegibilidade para um benefício por deficiência tendem a ser mais restritivos do que os critérios utilizados por

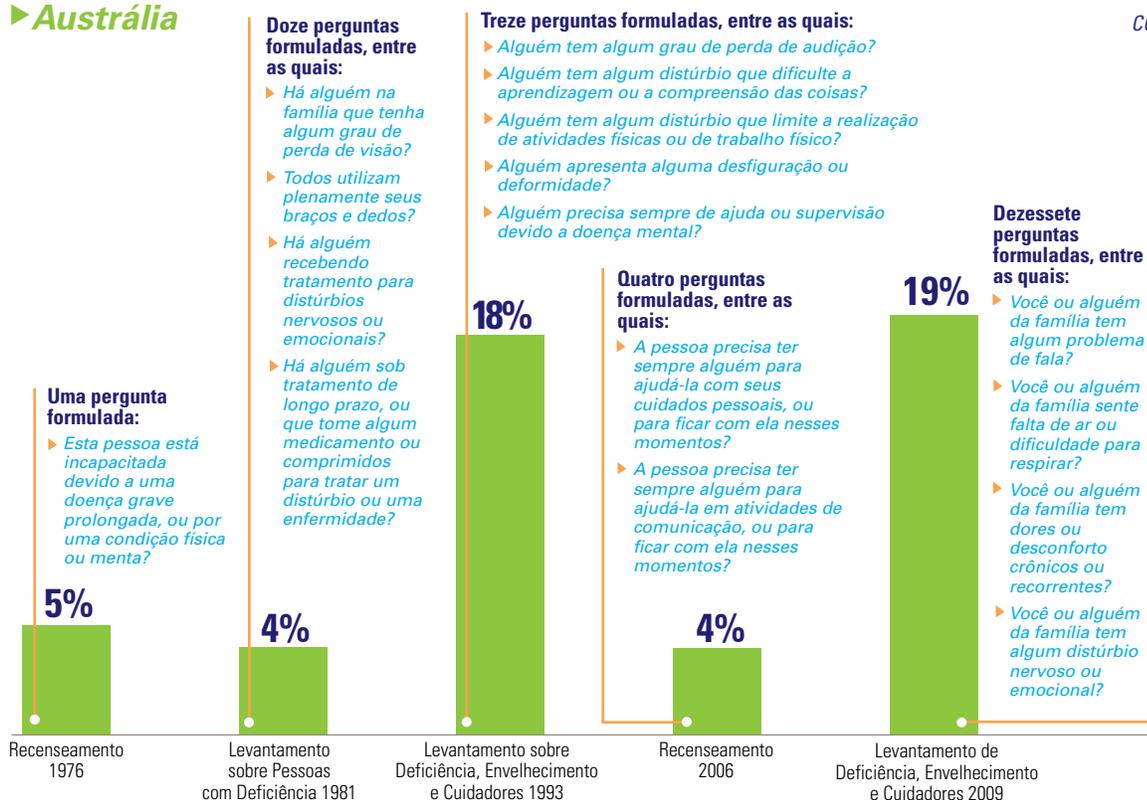
um levantamento realizado para identificar todas as pessoas com uma limitação funcional, produzindo números significativamente diferentes.¹²²

Em muitos casos, a deficiência é identificada quando a criança entra em contato com o sistema educacional ou de saúde. No entanto, em países ou comunidades de baixa renda, escolas e equipes médicas talvez não tenham condições para reconhecer crianças com deficiência ou registrar sua presença de forma rotineira. Nesses países, a consequente escassez de informações sobre crianças com deficiência vem contribuindo para a concepção equivocada de que a deficiência não merece prioridade mundial.¹²³

Para estimar a prevalência de deficiência em locais onde não há escolarização ou outros serviços formais para crianças com deficiência, foram utilizados outros métodos de contagem – como recenseamentos, levantamentos domiciliares gerais ou específicos, e entrevistas com pessoas que detêm informações.

Instrumentos de coleta geral de dados tendem a subestimar o número de crianças com deficiência.¹²⁴

► Austrália



Normalmente perguntam se há alguém na família “com deficiência” – como pergunta genérica ou filtro –, ou utilizam as mesmas perguntas para todos os membros da família, independentemente da idade. As crianças, em particular, tendem a ser ignoradas em levantamentos que não fazem perguntas específicas sobre elas.¹²⁵

Levantamentos familiares direcionados, que tratam especificamente da questão da criança com deficiência ou que incluem medidas projetadas especificamente para avaliar a deficiência em crianças, vêm produzindo resultados mais precisos do que levantamentos domiciliares ou recenseamentos que perguntam sobre deficiência de maneira geral.¹²⁶ Esses levantamentos tendem a relatar taxas mais altas de prevalência, uma vez que normalmente incluem um número maior de perguntas mais detalhadas.

Estrutura do questionário

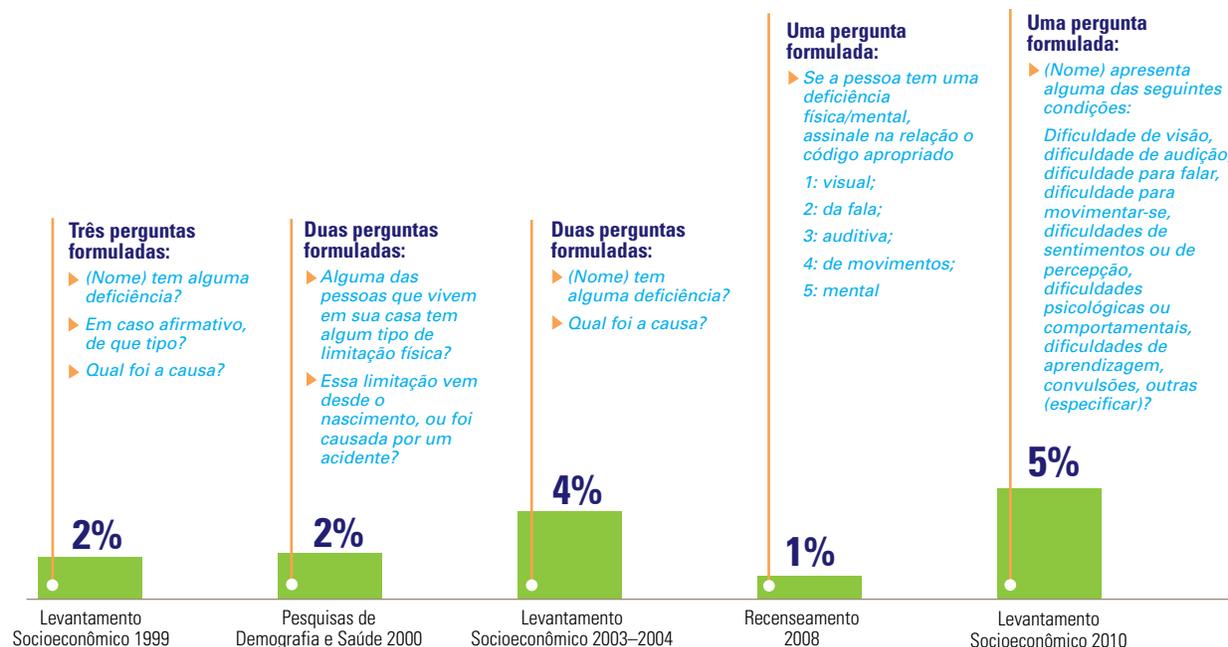
Se for aplicado um único conjunto de perguntas a crianças de todas as idades, mesmo levantamen-

tos bem estruturados podem relatar dados sobre deficiência de forma equivocada. A escolha das perguntas deve ser orientada para a idade da criança, para que reflita seus estágios de desenvolvimento e suas capacidades em evolução.¹²⁷ Algumas áreas, como cuidados pessoais – por exemplo, lavar-se e vestir-se –, não são apropriadas para crianças muito pequenas. Sem a ajuda de ferramentas ou avaliações especializadas, pode ser difícil detectar deficiências a partir de variações do desenvolvimento considerado “normal”, devido à complexidade do processo de desenvolvimento que ocorre ao longo dos dois primeiros anos de vida.¹²⁸

Perguntas elaboradas para avaliar deficiência em meio à população adulta nem sempre são aplicáveis a crianças, embora muitos instrumentos de pesquisa utilizem um único conjunto de perguntas para os dois grupos. Entre as perguntas com relevância limitada para crianças estão aquelas sobre quedas ou perda de memória, ou sobre tarefas que as crianças talvez não consigam realizar de forma independente devido à pouca idade. Perguntas que associam deficiência com uma população de idosos não

QUATRO ESTUDOS DE CASO (Continuação)

► Camboja



só são irrelevantes para uma avaliação de crianças como também podem induzir um entendimento equivocado por parte do entrevistado com relação ao que deve ser considerado deficiência e, assim, afetar a natureza e a qualidade da resposta.¹²⁹ Para avaliar com precisão a deficiência em crianças, é preciso que sejam utilizados questionários especificamente elaborados para o objetivo.

Muitos instrumentos de coleta de dados, inclusive levantamentos domiciliares e recenseamentos, baseiam-se apenas nas respostas dos genitores, esperando-se, normalmente, que os cuidadores avaliem e relatem a condição de deficiência da criança sob seus cuidados. Embora pais, mães e outros cuidadores tenham frequentemente boas condições de identificar as dificuldades vividas pelas crianças na realização de determinadas tarefas, apenas suas respostas não são suficientes para diagnosticar deficiências ou para estabelecer a prevalência de uma deficiência. Avaliações precisas da condição de deficiência de uma criança demandam uma compreensão abrangente dos

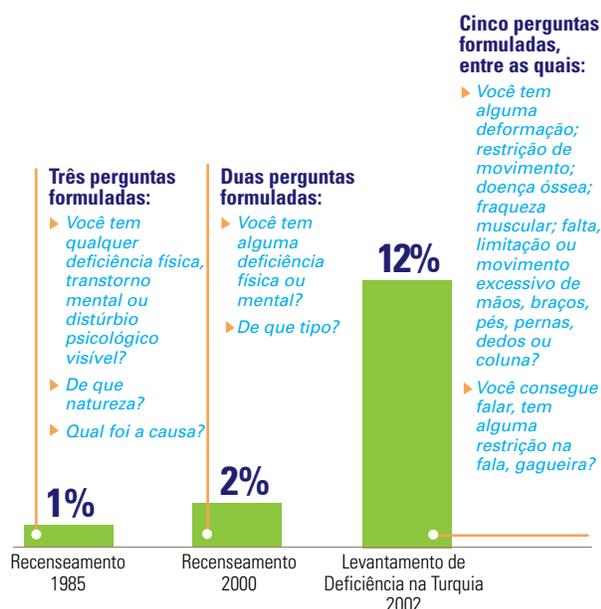
comportamentos adequados para a idade. Os entrevistados talvez tenham conhecimentos limitados sobre parâmetros específicos para avaliar crianças em cada etapa de desenvolvimento, e talvez não tenham condições de detectar corretamente as manifestações de determinados tipos de deficiência. Certas condições temporárias, como infecções de ouvido, podem causar dificuldades graves para realizar determinadas tarefas, e acabam sendo relatadas como uma forma de deficiência. Ao mesmo tempo, pais e mães talvez ignorem determinados sinais, ou hesitem em relatá-los devido à não aceitação ou ao estigma que ronda a deficiência em sua cultura. A escolha da terminologia utilizada em questionários pode reforçar ou corrigir esse fenômeno estatisticamente distorcido e socialmente discriminatório.

Objetivo e consequências

Esforços para medir a deficiência infantil representam uma oportunidade para associar avaliação e estratégias de intervenção. Frequentemente, uma avaliação oferece a primeira oportunidade para identificar uma criança com deficiência, encaminhá-la e oferecer-lhe algum tipo de cuidado imediato. Infelizmente, muitas vezes são escassos os recursos e a capacidade para avaliações de acompanhamento e apoio para essas crianças com diagnóstico positivo para deficiência.¹³⁰ Reconhecendo o papel crítico de intervenções precoces, deve-se explorar a possibilidade de associação entre triagem e avaliação com intervenções simples, principalmente em contextos de média e baixa renda.

Quando combinados com indicadores socioeconômicos relevantes, dados que captam o tipo e a gravidade das deficiências infantis, assim como as barreiras para as atividades de crianças com deficiência e sua participação na comunidade, contribuem para orientar decisões relativas a alocação de recursos, eliminação de barreiras, projeto e provimento de serviços, e avaliações significativas de tais intervenções. Por exemplo, os dados podem ser utilizados para verificar se condições de renda, gênero ou minoria afetam o acesso a educação, imunização ou suplementação nutricional para crianças com deficiência. O acompanhamento constante permite avaliar se iniciativas idealizadas para beneficiar crianças estão atingindo seu objetivo.

► Turquia



É evidente a necessidade de harmonizar medições de deficiência infantil para produzir estimativas confiáveis, válidas e comparáveis internacionalmente, o que facilitaria respostas adequadas em termos de programas e políticas por parte dos governos e de seus parceiros internacionais. Desse modo, seria possível cumprir uma exigência da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

No entanto, a coleta atual de dados sobre a situação da deficiência infantil, mesmo fragmentada, não é desculpa para adiar ações significativas para inclusão. À medida que surgem, novos dados e análises representam oportunidades para adaptar programas existentes e planejados para crianças com deficiência e suas famílias.

Um caminho a seguir

O UNICEF vem realizando consultas para aprimorar a metodologia utilizada para medir a deficiência infantil por meio das Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos e outros esforços de coleta de dados. Esse trabalho vem sendo realizado em parceria com o Grupo de Washington sobre Estatísticas de Deficiência (*Washington Group on Disability Statistics*), com agências nacionais de estatísticas e de coleta de dados, acadêmicos, profissionais, organizações de pessoas com deficiência e outros interessados. A parceria é considerada essencial para criar um sistema de acompanhamento e de relatos sobre deficiência infantil que seja confiável e relevante em termos globais.

O Grupo de Washington foi criado em 2001, sob o patrocínio da Organização das Nações Unidas, para aprimorar a qualidade e a comparabilidade internacional de medidas de deficiência. Formulou ou ratificou perguntas sobre deficiência em adultos que vêm sendo utilizadas por recenseamentos e pesquisas em diversos países; e em 2010 iniciou um trabalho para desenvolver um conjunto de perguntas para medir o funcionamento e a deficiência em meio a crianças e jovens.

O trabalho do UNICEF e do Grupo de Washington para desenvolver uma ferramenta de triagem que reflita o pensamento atual sobre o funcionamento infantil e a deficiência baseia-se na estrutura conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde de Crianças e Jovens, da Organização Mundial da Saúde. Por exemplo, a ferramenta de avaliação em desenvolvimento concentra-se nas limitações para atividades, e pretende servir aos objetivos nacionais de identificação de crianças em risco de exclusão social e com reduzida participação social na vida familiar ou no sistema educacional. O esforço colaborativo visa desenvolver um módulo de pesquisa sobre funcionamento e deficiência infantis que possa produzir números comparáveis nacionalmente e promover a harmonização desses dados em nível internacional. O módulo abrange crianças entre 2 e 17 anos de idade, e avalia fala e linguagem, audição, visão, aprendizagem (desenvolvimento cognitivo e intelectual), mobilidade e habilidades motoras, emoções e comportamentos. Além desses tipos de atividade relativamente básicos, a ferramenta de triagem inclui também aspectos da capacidade da criança para participar em diferentes atividades e de interações sociais. Em vez de contar com uma abordagem simples, do tipo sim/não, esses aspectos devem ser avaliados em relação a uma escala de classificação, para que reflitam melhor o grau de deficiência.

Para avaliar mais detalhadamente a deficiência em crianças, está em desenvolvimento também uma metodologia geral padronizada, que inclui protocolos de coleta de dados e de ferramentas de avaliação, assim como uma estrutura para a análise das constatações. Reconhecendo que nem sempre há especialistas disponíveis em algumas áreas, um conjunto de ferramentas vem sendo elaborado para que professores, agentes comunitários e outros profissionais capacitados possam administrar a nova metodologia, que servirá para fortalecer a capacidade local de identificar e avaliar crianças com deficiência.

Lições aprendidas

Desde 1995, o UNICEF vem apoiando os países no acompanhamento dos progressos realizados em áreas fundamentais do bem-estar de crianças e mulheres, por meio das Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS). Essas pesquisas domiciliares, representativas em termos nacionais, foram realizadas em mais de cem países de média e baixa renda, e algumas delas incluíram um módulo criado para avaliar crianças com deficiência. Com base nessas informações, está sendo elaborada uma ferramenta de medição aprimorada para avaliar a deficiência infantil.

A deficiência passou a fazer parte dos questionários das MICS em 2000-2001 (MICS2). Desde então, dados sobre deficiência foram coletados em mais de 50 levantamentos, tornando as MICS a maior fonte de dados comparáveis sobre deficiência infantil nos países de média e baixa renda.

O módulo Triagem de Dez Perguntas (DP) foi incluído nas MICS realizadas entre 2000 e 2010. Esse módulo padronizado para deficiência foi desenvolvido em 1984, como parte do Estudo-Piloto Internacional sobre Deficiência Grave na Infância, e sua estrutura reflete a forma como a deficiência era compreendida e medida àquela época.

O processo DP tem início com uma entrevista com cuidadores primários de crianças entre 2 e 9 anos de idade, que são solicitados a fornecer uma avaliação pessoal sobre o desenvolvimento físico e mental e o funcionamento das crianças sob seus cuidados. As perguntas procuram identificar se a criança parece ter dificuldades auditivas; se parece entender instruções; se tem convulsões ou perda de consciência; e se teve algum atraso para sentar, ficar em pé ou caminhar, em comparação com outras crianças. As categorias de respostas não permitem nuances e as crianças são classificadas de acordo com resposta positiva ou negativa para cada questão.

A validade da abordagem das Dez Perguntas foi amplamente testada, mas os resultados devem ser interpretados com cautela. DP é uma ferramenta de triagem, e requer avaliações de acompanhamento médico e de desenvolvimento para que produza estimativas confiáveis sobre o número de crianças com deficiência em determinada população. Crianças com deficiência grave muito provavelmente terão resultados positivos, mas algumas crianças com resultados positivos talvez não apresentem nenhuma deficiência em outras avaliações. Algumas crianças talvez apresentem resultados positivos devido a condições temporárias de saúde

que podem ser facilmente tratadas. Embora seja recomendável uma avaliação profunda após a DP, poucos países tiveram disponibilidade orçamentária ou capacidade para realizar a segunda etapa de avaliações clínicas para validar os resultados, e foram ainda mais prejudicados pela falta de uma metodologia padronizada para realizar a avaliação.

Durante a rodada das MICS de 2005-2006, a aplicação da abordagem Triagem de Dez Perguntas produziu uma ampla variedade de resultados entre os países participantes: a porcentagem de crianças com resultados positivos para deficiência variou de 3%, no Uzbequistão, a 48%, na República Centro-Africana. Não ficou claro se essa variação refletiu diferenças reais entre as amostras de população ou outros fatores. Por exemplo, a baixa taxa relatada no Uzbequistão pode refletir, entre outras coisas, uma grande população de crianças com deficiência vivendo em instituições, e que não foram objeto dos levantamentos domiciliares.

Da triagem à avaliação

Especialistas em medição de deficiência infantil concordam que os esforços de triagem, como entrevistas utilizando a Triagem de Dez Perguntas (DP), devem ser seguidos por avaliações profundas que permitam a validação dos resultados iniciais da triagem e tornem possível a melhor compreensão da extensão e da natureza da deficiência infantil em um país. Camboja, Butão e Macedônia são três países que realizaram essas avaliações. Sua experiência fornece lições importantes para a medição da deficiência infantil e a adaptação da metodologia ao contexto local, e comprova também o poder transformador da coleta de dados.

No Camboja, todas as crianças com resultados positivos na Triagem de Dez Perguntas e 10% daquelas com resultados negativos, selecionadas aleatoriamente, foram encaminhadas para novas avaliações realizadas por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, especialistas em audição e visão e psicólogos. A equipe foi capacitada e percorreu todo o país para realizar avaliações de deficiência infantil em centros de saúde e em equipamentos locais do mesmo tipo.

A decisão de utilizar uma equipe móvel de especialistas foi tomada para garantir qualidade consistente de triagem em todo o país e para minimizar a defazagem entre triagem e avaliação.

A mesma abordagem por amostras foi utilizada no Butão, onde, em uma amostra de 11.370 crianças, a triagem identificou 3.500 em situação de risco. Por duas semanas, uma equipe básica de sete profissionais recebeu capacitação sobre como realizar a avaliação. Como contrapartida, foram responsáveis pela capacitação de outros 120 profissionais da saúde e da educação. Esses profissionais foram então divididos em dois grupos. O primeiro era composto por 30 supervisores recrutados em meio a clínicos gerais, pediatras, oftalmologistas, fisioterapeutas e educadores especiais. O segundo grupo, com 90 profissionais, entre observadores de campo e avaliadores, era composto, em grande parte, por professores de escola primária e agentes de saúde.

A metodologia utilizada na Macedônia derivou daquela utilizada no Camboja, com algumas adaptações relativas à especialização

técnica e às ferramentas disponíveis. Foram realizados dois estudos: um de âmbito nacional, e outro enfocando a população rom. A avaliação constava de uma hora com um médico e um psicólogo, e de uma avaliação de 10 a 15 minutos com um oftalmologista e um fonoaudiólogo.

As experiências nos três países demonstram a importância de parcerias na mobilização de recursos limitados e na garantia de altas taxas de resposta, que, por sua vez, fornecem constatações inquestionáveis. Essas parcerias envolveram agências do governo e seus parceiros internacionais, organizações de pessoas com deficiência e outras organizações da sociedade civil. Na Macedônia, por exemplo, os parceiros tornaram possível a realização das avaliações em escolas de educação infantil durante os finais de semana, o que foi conveniente para as crianças e suas famílias.

É igualmente importante adaptar à capacidade local a composição da equipe básica de avaliação e o tipo de ferramenta utilizado. À época do estudo, tanto Camboja quanto Butão enfrentavam

Uma estratégia de intervenção em favor da criança com deficiência deve ser incorporada à avaliação a partir das primeiras etapas do planejamento.

escassez de avaliadores qualificados. No Camboja esse obstáculo foi superado empregando uma equipe móvel de avaliação, enquanto no Butão foi enfatizada a capacitação de profissionais de nível médio. Não há como assegurar a disponibilidade de especialistas: no caso do Camboja, veio do exterior um renomado especialista em audição.

Ferramentas de avaliação – questionários e testes – devem ser validadas localmente e devem ser adequadas em relação à cultura. A linguagem merece atenção especial. Um dos desafios enfrentados no Camboja foi traduzir os instrumentos de avaliação do inglês para o khmer e, principalmente, encontrar equivalentes linguísticos para os conceitos de limitação e deficiência. O formulário de avaliação diagnóstica utilizado no estudo realizado no Camboja foi revisado para adaptar-se às condições na Macedônia, e o componente psicológico da avaliação utilizou o teste Chaturich local.

A avaliação leva à ação

Com os resultados da avaliação, vem a possibilidade de inter-

venção imediata. No Camboja, algumas crianças com resultados positivos na triagem para limitação auditiva foram diagnosticadas com infecção ou acúmulo de cera no ouvido, o que restringia sua capacidade auditiva e, em muitos casos, também sua participação na escola. No entanto, uma vez identificadas, suas condições foram facilmente tratadas, prevenindo, dessa forma, infecções secundárias mais graves e prejuízos por períodos mais longos.

As avaliações podem contribuir também para aumentar a conscientização e estimular mudanças, mesmo durante os processos de coleta e análise de dados. No Butão, quando avaliações clínicas mostraram incidência mais alta de deficiências cognitivas leves em meio a crianças das famílias mais pobres e entre aquelas cujas mães tinham nível educacional mais baixo, o governo decidiu dar mais atenção aos serviços de desenvolvimento na primeira infância e de cuidados infantis nas áreas rurais, onde os níveis educacionais e de renda são mais baixos. E na Macedônia, as constatações que revelaram acesso desigual à educação vêm

estimulando planos para melhorar a participação na escola e o combate à discriminação de crianças com deficiência.

É preciso que uma estratégia de intervenção em favor da criança com deficiência seja incorporada à avaliação a partir das primeiras etapas do planejamento. Essa estratégia deve incluir um mapeamento de todos os serviços disponíveis, o desenvolvimento de protocolos de encaminhamento e a elaboração de material informativo que é destinado às famílias sobre formas de adaptar o ambiente da criança para melhorar seu funcionamento e sua participação na vida familiar e comunitária.

Crianças indígenas com deficiência: da invisibilidade à inclusão

Olga Montufar Contreras



Olga Montufar Contreras, engenheira com mestrado em políticas sociais e de desenvolvimento, é presidente da Fundação Passo a Passo, uma organização multicultural que atua no México, promovendo a inclusão social de pessoas indígenas com deficiência. Sua mãe é surda.

Povos indígenas sempre conviveram com pobreza extrema, discriminação e exclusão da sociedade e dos serviços sociais. Em nossas comunidades, meninas e meninos com deficiência são os mais vulneráveis e os que têm o desenvolvimento mais precário. Sua marginalização persiste, apesar da oportunidade histórica de solucionar os desafios enfrentados que é oferecida por três instrumentos internacionais de direitos humanos – a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas e a Convenção sobre os Direitos da Criança.

Com uma deficiência física causada pela poliomielite, cresci em uma comunidade indígena e tenho visto que, apesar dos anos, a situação pouco mudou – se é que mudou. Assim como na minha infância, hoje as crianças com deficiência são excluídas e a rejeição por parte da comunidade estende-se aos pais e irmãos, porque a deficiência é considerada uma punição divina, e uma criança com deficiência é considerada uma dívida para a comunidade. Hoje, como naquela época, é extremamente difícil ter acesso a serviços e custear as despesas adicionais geradas por um familiar com

deficiência. Pobreza opressiva, isolamento geográfico e marginalização política sustentam a discriminação e o preconceito, e são reforçados por eles. As consequências podem ser graves: muitas mães, com pouco ou nenhum poder para mudar a situação, permanecem silenciosas sobre nossas condições ou recorrem ao infanticídio.

Minha família é uma das poucas que mostram solidariedade em relação aos filhos e filhas com deficiência. No nosso caso, isso se deve ao fato de termos migrado para a cidade e conseguido morar mais perto dos serviços de atendimento. No entanto, nas situações desesperadoras em que vivem nossas famílias, as violações de nossos direitos são comuns e não despertam o interesse de outras pessoas. É esse o motivo que torna necessário mobilizar boa vontade e recursos para empreender ações significativas.

Um dos problemas mais urgentes a ser abordado é a falta de dados sobre comunidade indígenas em geral e, em particular, sobre nossas crianças com deficiências. Reunir dados pode ser uma tarefa difícil: é possível que as famílias indígenas estejam espalhadas, frequentemente em áreas remotas. É possível que não haja número suficiente

Reunir dados pode ser uma tarefa difícil: é possível que as famílias indígenas estejam espalhadas, frequentemente em áreas remotas. É possível que não haja número suficiente de entrevistadores que falem idiomas indígenas.

de entrevistadores que falem idiomas indígenas. Em muitos casos, as famílias negam nossa existência para as pessoas que realizam pesquisas. Mesmo quando pais e mães reconhecem a situação e desejam nos apoiar, acabam por dar informações insuficientes, porque dispõem de poucos conhecimentos, uma vez que, quando existem, são poucos os serviços de triagem ou diagnóstico. A falta desses serviços contribui para nossa invisibilidade: é uma ameaça à nossa condição física e intelectual. Além disso, meninas e meninos com deficiência geralmente não são registrados ao nascer, o que constitui um dos principais obstáculos para o reconhecimento de nossa cidadania e de nosso direito aos serviços públicos. Esse fato deve motivar pesquisas em meio a populações indígenas com deficiência – e os resultados podem servir como ponto de partida para o desenvolvimento de políticas e serviços públicos que atendam às nossas necessidades e garantam nossos direitos.

A falta de acesso ao sistema educacional regular também deve ser corrigida. A inclusão de crianças indígenas com deficiência é exigida pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, mas, na prática, a inclusão muitas vezes está fora do

alcance de crianças das nossas comunidades: as distâncias que precisam percorrer diariamente para ir à escola são proibitivas. Poucas escolas dispõem dos serviços e das instalações mínimas para tornar a educação acessível. E mais uma vez, práticas comunitárias tradicionais contribuem para a não inclusão educacional. Chefes de tribos determinam os papéis de meninos e meninas desde o nascimento, e, se uma criança tem alguma deficiência, o pensamento geral é que enviá-la à escola é perda de tempo, e um fardo econômico indevido para a família. Muitas pessoas acham que aqueles entre nós que têm deficiência são objetos quebrados, que serão inúteis, mesmo remendados. A situação é ainda pior para meninas, uma vez que obter permissão para estudar é mais difícil para nós do que para meninos com deficiência.

Mesmo quando são superados os estigmas da comunidade e conseguimos frequentar a escola, nossos professores enfrentam dois obstáculos: conhecimento insuficiente de idiomas indígenas e formação pedagógica inadequada em educação inclusiva. Essa falta de capacitação dificulta ainda mais a inclusão de crianças com deficiência. Consequentemente, somos forçados a depender da boa vontade de cada

professor em aceitar o desafio de incluir crianças indígenas com deficiência em sua sala de aula.

No México, como em outros lugares do mundo, governos, agências internacionais e grupos comunitários lutam para eliminar as diferenças entre o que é ideal e o que atualmente é possível. Devemos continuar trabalhando juntos para dar a meninas e meninos indígenas com deficiência uma infância mais justa e equitativa, de modo que, com esperança e oportunidades, sua vida seja transformada, e para que eles também possam ser livres para dar asas a seus sonhos.



No Vietnã, Nguyen, que tem autismo, frequenta aula especificamente preparada para suas necessidades no Centro de Recursos para Educação Inclusiva, em Da Nang. Esses centros foram criados para preparar crianças para admissão em escolas regulares inclusivas. © UNICEF/Vietnã/2012/Bisin

UMA AGENDA PARA AÇÃO

As nações do mundo têm reiterado seu compromisso com a construção de sociedades mais inclusivas. Como consequência, a situação de muitas crianças com deficiência e de suas famílias está melhorando.

No entanto, os progressos variam entre os países e dentro deles. É muito grande o número de crianças com deficiência que continuam a enfrentar barreiras para sua participação em ações cívicas, sociais e culturais de sua comunidade. Isso ocorre em situações que podem ser consideradas normais, e também durante crises humanitárias. As recomendações a seguir valem com a mesma urgência para situações humanitárias, e sua aplicação nesse contexto é detalhada no Capítulo 5. Para que a promessa de igualdade por meio da inclusão seja cumprida, serão necessárias ações nas áreas e pelos atores identificados a seguir e ao longo deste relatório.

Ratificar e implementar as Convenções

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) fornecem orientação detalhada para o desenvolvimento de sociedades inclusivas. Até o início deste ano, 127 países e a União Europeia haviam ratificado a CDPD, e 193 haviam ratificado a CDC. Dessa forma, demonstraram seu comprometimento com todos os seus cidadãos. Outros ainda devem aderir ao movimento global representado por esses países.

A ratificação por si só não será suficiente. O processo de honrar compromissos na prática exigirá esforços por parte de governos nacionais, autoridades locais, empregadores, organizações de pessoas com deficiência e associações de pais. Além disso, organizações internacionais e doadores podem alinhar sua ajuda com esses instrumentos internacionais. O cumprimento das promessas das Convenções exigi-

rá não só aplicação diligente, mas também monitoramento rigoroso e inabalável comprometimento de todos com responsabilização e adaptação.

Combater a discriminação

A discriminação é a origem de muitos desafios enfrentados por crianças com deficiência e suas famílias. Leis e políticas devem refletir os princípios de igualdade de direitos e não discriminação, que devem ser complementados por esforços para melhorar a conscientização em relação à deficiência em meio ao público em geral, começando por aqueles que provêm serviços essenciais para crianças nas áreas de saúde, educação e proteção.

Para tanto, agências internacionais e seus parceiros nos governos e nas comunidades podem intensificar os esforços para fornecer a funcionários e servidores públicos, em todos os níveis de atuação, amplos conhecimentos sobre os direitos, as capacidades e os desafios relativos às crianças com deficiência, para que formuladores de políticas e provedores de serviços consigam vencer preconceitos – sejam os da sociedade, sejam os seus próprios.

Quando as comunidades aceitam a deficiência como parte da diversidade humana, quando sistemas genéricos – como educação e recreação – estão disponíveis e são inclusivos, e quando pais e mães não são forçados a arcar com todos os custos adicionais associados à deficiência, famílias de crianças com deficiência conseguem lidar com os problemas e prosperar como outras famílias. Organizações de pais podem desempenhar um papel fundamental, que deve ser reforçado para que crianças com defi-

ciência sejam valorizadas e recebam afeto e apoio por parte de suas famílias e comunidades.

Os Estados partes signatários da CDPD, assim como as Nações Unidas e suas agências, comprometeram-se com a realização de campanhas de conscientização, visando mudar as atitudes em relação a crianças com deficiência e suas famílias. Entre outros aspectos, essas campanhas envolvem destacar habilidades e capacidades e promover o envolvimento da comunidade com crianças com deficiência, estimulando sua participação. Os Estados partes

devem também fornecer às famílias informações sobre como evitar, reconhecer e relatar casos de exploração, violência e abusos.

Discriminação com base em deficiência é uma forma de opressão. O estabelecimento do direito legítimo e evidente à proteção contra a discriminação é vital para reduzir a vulnerabilidade de crianças com deficiência. A legislação torna-se mais significativa quando crianças com deficiência são informadas sobre seu direito à proteção contra discriminação e aprendem a exercer esse direito. Nos lugares em

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo: assinaturas e ratificações



*Inclui a União Europeia.

Fonte: UN Enable; United Nations Treaty Collection. Ver notas sobre termos e expressões utilizados na p.154.

que a discriminação por deficiência não é proibida pela legislação, organizações de pessoas com deficiência e a sociedade civil como um todo continuarão a desempenhar um papel crucial, fazendo pressão pela criação dessas leis – como o fazem com relação ao provimento de serviços e à promoção de transparência e responsabilização.

Eliminar as barreiras à inclusão

Todos os ambientes que recebem crianças – centros para a primeira infância, escolas, centros de saúde,

transporte público, *playgrounds*, etc – podem ser construídos de modo a facilitar o acesso e estimular a participação de crianças com deficiência junto com seus pares. O desenho universal – a ideia de que todos os produtos, ambientes construídos, programas e serviços devem ser utilizados pelo maior número possível de pessoas, independentemente de capacidade, idade ou condição social – deve ser aplicado na construção de infraestruturas públicas e privadas. Quando crianças interagem e compreendem umas as outras em todos níveis de capacidade, o benefício é de todas elas.

(continua na p. 80)



Abrir as portas para a educação – e para o emprego

Ivory Duncan



Nascida em 1991, Ivory Duncan cursa licenciatura em Estudos de Comunicação na Universidade da Guiana. Defende os direitos dos jovens com deficiência por meio da Rede Leonard Cheschire para Vozes de Jovens com Deficiência, e trabalha como voluntária na Comissão Nacional sobre Deficiência, na Guiana.

Como eu, inúmeros outros jovens com deficiência vêm lutando por um futuro que não pode ser considerado garantido. Conseguiremos superar as barreiras físicas e financeiras à educação superior? Se conseguirmos passar por uma graduação universitária ou pela escola profissional, que tipo de emprego conseguiremos? Teremos oportunidades iguais, ou enfrentaremos discriminação? Teremos a chance de provar nossa capacidade no competitivo mundo do emprego? E se não conseguirmos, como poderemos ser cidadãos plenos e produtivos, membros da sociedade em condições de igualdade com aqueles que não têm deficiência?

Quando tinha 15 anos de idade, perdi minha perna direita em um acidente de trânsito. Meus pais, pessoas de poucos recursos, continuam a me ajudar com as despesas, para que eu possa ter uma educação universitária, do mesmo modo que tentam criar outras duas crianças com deficiência. A vida pode ser difícil, mas sou grata pela minha sorte: tenho uma família adorável e trabalho para realizar meu sonho de conseguir um diploma universitário e ter uma carreira.

A realização de nossos sonhos demanda um esforço que não é exigido de jovens sem defi-

ciência. Para ir de casa para a universidade, não tenho outra opção senão ir de táxi, uma vez que os únicos outros meios seriam ir de barco ou atravessar a ponte Demerara Harbour – opções impossíveis de realizar com minha cadeira de rodas. O preço do táxi é alto, e meus pais lutam para equilibrar o orçamento. Frequentar a universidade constitui também um desafio físico: o caminho para as salas de aula é difícil e nem sempre é acessível para cadeirantes; há longos lances de escada, e quando eu finalmente consigo chegar a uma sala de aula, estou cansada e frustrada, e fica difícil concentrar-me nas aulas. Mas continuo tentando, porque sei que é melhor tentar e fracassar do que não tentar.

Os desafios começam muito antes da educação superior. É muito comum que crianças com deficiência sejam confinadas, escondidas da sociedade e não possam frequentar a escola ou contribuir de forma significativa para a sociedade. Sempre que possível, devem ser estimuladas a frequentar a escola regular, embora seja preciso dispor também de escolas especiais que incluam capacitação profissional e serviços de apoio. Escolas para o atendimento de necessidades especiais devem

Gostaria de acreditar que, quando me formar e for procurar um emprego, não serei discriminada devido à minha deficiência, mas sim reconhecida por minha capacidade, minhas qualificações e meu potencial.

oferecer também um currículo completo para estudantes com deficiência, visando ajudar no desenvolvimento intelectual e dar-lhes oportunidades de atingir excelência acadêmica. Muitas crianças e muitos jovens com deficiência desejam prosseguir seus estudos até a educação superior. Portanto, é importante que sejam incluídos em escolas e outras instituições de aprendizagem, e que tenham as mesmas opções que outros estudantes em termos de escolha de cursos e atividades. Cabe às instituições educacionais e aos governos dar atendimento e apoio a estudantes como eu, para que sejamos capazes de concluir a educação necessária para alcançar nossos objetivos, quaisquer que sejam.

O atendimento a crianças e jovens com deficiência inclui aspectos como adaptar requisitos para ingresso e critérios de aprovação, e garantir que materiais de aprendizagem, exames e horários de aula levem em consideração nossas necessidades. Os professores devem ser capacitados adequadamente, e devem ter oportunidade de buscar formação adicional no exterior, com o objetivo de aprimorar a qualidade da educação. Sempre que necessário, as escolas devem ensinar o método Braille e outras formas de comunicação,

e há também grande necessidade de equipamentos especiais, que não estão disponíveis em muitas escolas da Guiana. Tornar as instituições educacionais amigas do deficiente significa também criar instalações e serviços de transporte que pessoas com deficiência possam utilizar; deve haver rampas para cadeirantes, banheiros acessíveis e elevadores para aqueles que não conseguem subir escadas. Todos os aspectos e todos os níveis de educação – da escola primária até a universidade – devem tornar-se acessíveis.

Os ministérios da educação e de serviços públicos devem também trabalhar em conjunto para ajudar estudantes com deficiência que têm potencial para desenvolvimento acadêmico e que desejam prosseguir seus estudos após a escola secundária. Uma vez que dificuldades financeiras são o principal motivo pelo qual jovens com deficiência não conseguem continuar sua educação, essa ajuda deve incluir subsídios, empréstimos e bolsas de estudo.

Os governos devem garantir também que a educação abra para estudantes com deficiência as mesmas portas que abre para todos os demais estudantes. Meus pais vêm-se esforçando muito e empregando mais

dinheiro do que podem para ajudar na minha educação escolar e universitária – e agora, apesar dos desafios, esforço-me muito para frequentar as aulas e aprender, porque sei que é o que devo fazer para alcançar a melhor condição de vida possível. Portanto, eu gostaria também de acreditar que, quando me formar e for procurar emprego, não serei discriminada devido à minha deficiência, mas sim reconhecida por minha capacidade, minhas qualificações e meu potencial. Sendo uma jovem com deficiência que se esforça muito para conseguir educação, mereço, como todos os demais, a oportunidade de realizar meus sonhos, garantir meu sustento e contribuir para nossa sociedade.

(continuação da p. 77)

Os princípios de desenho universal aplicam-se também ao desenvolvimento de currículos escolares e a programas de capacitação profissional inclusivos, assim como a leis, políticas e serviços de proteção à criança. Crianças precisam ter acesso a sistemas idealizados para equipá-las com as habilidades educacionais e de vida que garantam seu ingresso e suas realizações na vida adulta. E precisam de sistemas que as protejam contra negligência, abusos e violência no caminho para essa nova fase da vida. Se a proteção falha, precisam ser capazes de queixar-se e procurar justiça. Os governos têm um papel decisivo a desempenhar em relação à introdução e à implementação de medidas legislativas, administrativas e educacionais para proteger crianças com deficiência contra todas as formas de exploração, violência e abusos, em todos os contextos. Não é adequado criar sistemas separados para crianças com deficiência – o objetivo deve ser inclusivo, com mecanismos de alta qualidade para dar proteção às crianças, que sejam adequados e acessíveis a todas. Um desses mecanismos é o registro de

nascimento. Embora não seja uma garantia em si, constitui um elemento essencial de proteção. Esforços para registrar crianças com deficiência – e torná-las visíveis – merecem prioridade.

Eliminar a institucionalização

Com muita frequência, invisibilidade e abusos são o destino de crianças e adolescentes com deficiência confinados em instituições. Mesmo que sejam bem administradas, atendam às necessidades das crianças e sejam inspecionadas, essas instalações não substituem a criação em um lar atencioso. Medidas urgentes para reduzir o excesso de confiança em instituições podem incluir uma moratória sobre novas admissões, que pode ser acompanhada pela promoção de maior apoio para cuidados baseados na família e para reabilitação baseada na comunidade. Além disso, são necessárias medidas mais amplas que reduzam a pressão para que a primeira opção seja mandar as crianças embora. Essas medidas incluem serviços, escolas e sistemas de saúde públicos acessíveis e responsivos às crianças com deficiência e suas famílias.



Na Rússia, crianças com limitações auditivas e visuais aprendem a arte da cerâmica em um orfanato em Moscou.
© UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

Dar apoio às famílias

A CDC afirma que crianças devem crescer em um ambiente familiar. Portanto, famílias de crianças e adolescentes com deficiência devem receber apoio adequado para oferecer o melhor ambiente e a melhor qualidade de vida possíveis para seus filhos. O apoio a famílias e cuidadores – por exemplo, creches subsidiadas ou subvenção para compensar os custos mais altos e a redução de renda resultantes dos cuidados dispensados a crianças com deficiência – pode ser fundamental para reduzir a pressão de colocar crianças com deficiência em instituições como primeira opção. Esse apoio pode também melhorar as perspectivas de crianças que retornam à comunidade após viver em uma instituição.

Frequentemente, a deficiência na família está associada a custo de vida mais alto e a perda de oportunidades de renda, e o que pode aumentar o risco de passar a viver ou de permanecer na pobreza. Para crianças com deficiência que vivem na pobreza, é especialmente difícil obter serviços como reabilitação e tecnologia assistiva. Deixar essas crianças e suas famílias à própria sorte seria deixar fora de seu alcance o cumprimento da promessa de inclusão.

Políticas sociais devem levar em consideração os custos monetários e de tempo associados à deficiência. Esses custos podem ser compensados com subvenções, subsídios para transporte ou financiamentos para assistentes pessoais ou assistência temporária para descanso do cuidador. Benefícios monetários são mais fáceis de administrar e mais flexíveis no atendimento de necessidades específicas de crianças com deficiência e suas famílias. Respeitam também os direitos de pais e filhos quanto a tomadas de decisão. Nos lugares nos quais já existem programas de transferência monetárias para famílias que vivem em situações difíceis, esses programas podem ser adaptados para que famílias de crianças com deficiência não sejam inadvertidamente deixadas de lado ou que recebam apoio insuficiente. Tais recomendações seriam urgentes em quaisquer circunstâncias, mas são especialmente urgentes nestes tempos difíceis: ajuda e orçamentos sociais estão sendo cortados, as taxas de desemprego permanecem altas, bens e serviços tornam-se cada vez mais caros. Em todos os lugares do mundo, famílias enfrentam um risco cada vez maior de pobreza.

Ir além de padrões mínimos

Os serviços de apoio e atendimento existentes devem ser avaliados continuamente, tendo em vista a melhor qualidade possível. O objetivo é ir além dos padrões mínimos. É preciso dar atenção ao serviço prestado a cada criança com deficiência, assim como à transformação de sistemas ou sociedades como um todo. O envolvimento contínuo de crianças com deficiência e suas famílias na avaliação dos serviços ajudará a garantir o provimento adequado e suficiente à medida que a criança cresce e que suas necessidades se modificam. Não há como superestimar a importância dessa participação. Crianças e jovens com deficiência estão entre as fontes mais confiáveis para informar suas necessidades e verificar se essas necessidades estão sendo atendidas.

Coordenar serviços em apoio à criança

Devido aos efeitos da deficiência em todos os setores, os serviços devem ser coordenados levando em consideração toda a gama de desafios enfrentados por crianças com deficiência e suas famílias. Um programa coordenado de intervenção precoce que englobe os setores da saúde e do bem-estar ajudaria a promover a identificação precoce e a gestão das deficiências na infância. Em todos os setores, intervenções na primeira infância devem ser fortalecidas. Estudos mostraram que os ganhos em capacidade funcional podem ser maiores quando as intervenções ocorrem na fase inicial de desenvolvimento da criança. O efeito composto das múltiplas barreiras enfrentadas por crianças com deficiência é menor quando tais barreiras são eliminadas mais cedo. À medida que as crianças se desenvolvem ao longo dos primeiros anos de vida, sua capacidade funcional pode ser melhorada por meio de reabilitação. O impacto causado pela melhor capacitação das crianças com deficiência será maior se os sistemas escolares estiverem dispostos e aptos a aceitá-las e a atender às suas necessidades educacionais. Além disso, a educação teria um significado maior se houvesse também programas de transição da escola para o trabalho e esforços realizados por todo o setor econômico para criar emprego para pessoas com deficiência.

(continua na p. 84)

Melhores tecnologias, atitudes e leis de direitos autorais: fim da “fome de livros”

Kartik Sawhney



Kartik Sawhney é estudante de escola secundária, vencedor de um prêmio nacional em Nova Déli, na Índia. Atua em defesa dos direitos das pessoas com deficiência e é membro da Rede Leonard Cheshire para Vozes dos Jovens com Deficiência.

Pessoas com limitações visuais enfrentam o que pelo menos um escritor denominou “a fome de livros”, o que não é novidade para nós: pessoas com dificuldades visuais e limitações para ler material impresso que há muito lutam pela acessibilidade. “Acessibilidade” é um termo abrangente, que inclui acesso a ambiente físico, transporte, tecnologia de informação e comunicação, educação e outros equipamentos. Na minha opinião, é essencial que material acessível esteja prontamente disponível. A urgência é ainda maior se considerarmos a situação nos países em desenvolvimento.

Quando realizei uma pesquisa informal com 60 alunos com deficiência visual nos níveis primário e secundário de escolas regulares na Índia, constatei que menos de 20% deles tinham acesso a material em seu formato preferido, e menos de 35% tinham acesso a material em qualquer formato. Sendo eu mesmo visualmente limitado, tive diversas experiências em que a falta de acessibilidade impediu-me de aproveitar as mesmas oportunidades que os demais. É monumental o esforço necessário para tornar material de leitura acessível.

Alguns progressos vêm sendo realizados, graças aos avanços no reconhecimento de caracteres ópticos (OCR) – uma tecnologia que converte textos impressos, manuscritos ou datilografados em texto codificado por máquina, para que vozes computadorizadas possam ler em voz alta. No entanto, o conteúdo técnico continua inacessível. Por exemplo, gastei cerca de duas horas por dia digitando material impresso de minhas aulas de ciência e matemática, porque o *software* de OCR não consegue ler diagramas e símbolos especiais com precisão suficiente. A situação dos alunos nas áreas rurais é ainda pior: precisam que seres humanos leiam para eles volumes de informações em voz alta. Por exemplo, meus amigos que vivem em um pequeno vilarejo não têm outra opção a não ser contar exclusivamente com voluntários, que vão ao vilarejo uma vez por semana.

Até mesmo grande parte do conteúdo *on-line* não pode ser lido por dispositivos padronizados de leitura em tela, basicamente devido a diferentes padrões e plataformas utilizados por autores e *designers*. Embora o *World Wide Web Consortium (W3C)* tenha elaborado diretrizes

Sendo eu mesmo visualmente limitado, tive diversas experiências em que a falta de acessibilidade impediu-me de aproveitar as mesmas oportunidades que os demais.

que devem ser seguidas pelos *sites* para garantir que todos tenham uma experiência maravilhosa, esse sonho ainda está longe de ser realizado. Deparo-me diariamente com *sites* que não estão em conformidade com o padrão W3C, o que demanda análises mais profundas por parte não só de governos, mas também da sociedade civil, de acadêmicos e de organizações internacionais. O governo da Índia tem tomado medidas visando a uma mudança positiva nesse *front*: oferece o Prêmio Nacional para Capacitação de Pessoas com Deficiência, na categoria “Melhor Site Acessível”. Tal incentivo estimula as organizações a tornar seus *sites* acessíveis. Se aplicado por um número suficiente de países, essas medidas podem prenunciar uma revolução.

Mas essa não é uma questão apenas para governos: qualquer pessoa pode fazer uma diferença positiva. Lembro-me de uma conquista histórica, em 2011, de um grupo de jovens com deficiência visual, em Bangalore, na Índia. Preparando-se para os exames de admissão a prestigiosas escolas de negócios do país, entraram em contato com a conhecida editora

educacional Pearson Education e solicitaram que publicassem o material em formato acessível. A Pearson concordou e, desde então, a maior parte do material que publica está disponível para pessoas com limitações visuais. No entanto, nem todas as editoras são tão sensíveis e compreensivas. A falta de conscientização e de sensibilidade são dois dos maiores desafios. A menos que – e até que – haja uma mudança de paradigma nas atitudes em relação às pessoas com deficiência visual, será difícil superar os desafios que hoje afligem a comunidade de indivíduos com limitações para ler material impresso.

No entanto, há outra barreira ao acesso – não uma barreira técnica ou de atitudes, mas sim política e jurídica. Atualmente, apenas 57 países aprovaram emendas às suas leis de direitos autorais para favorecer pessoas com limitações visuais. Desse modo, em muitos países, o provimento de *e-books* para pessoas com limitações visuais, infelizmente, ainda é considerado uma infração ao direito autoral – o que impede que editores locais ajudem sua comunidade. Para um estudante jovem, esses fatos são extremamente preocupantes: uma vez

que muitos países assumiram o compromisso de fornecer apoio e cooperação máximos para o bem-estar e a capacitação de pessoas com deficiência, acaba existindo uma grande diferença entre as leis, no papel, e sua implementação no mundo real. Neste momento, a necessidade é traduzir palavras em ações. Minha sugestão é o estabelecimento de um organismo internacional para supervisionar a implementação de leis internacionais relativas à deficiência, desde que não violem a soberania nacional.

É preciso que sejam aprovadas emendas à lei de direitos autorais. Espero que os países continuem a trabalhar em sua estrutura legal e que a Organização das Nações Unidas tome medidas para referendar essa questão. Por meio de um esforço conjunto, acredito que conseguiremos garantir esse direito inalienável para todas as pessoas com deficiência, em todos os lugares: o direito de acessar qualquer material!

Envolver crianças com deficiência na tomada de decisões

Crianças e adolescentes com deficiência são parte essencial dos esforços para a construção de sociedades inclusivas – não só como beneficiários, mas também como agentes de mudanças. Os Estados partes da CDPD afirmaram o direito das crianças com deficiência de expressar livremente suas opiniões sobre todas as questões que as afetam. Desse modo, os governos reiteraram os princípios da CDC e comprometeram-se a consultar crianças com deficiência ao desenvolver e implementar leis e políticas que lhes dizem respeito. Essa questão é de interesse dos Estados, uma vez que, com sua experiência diária, crianças e jovens com deficiência podem enriquecer a formulação de políticas e o provimento de serviços, e são as pessoas mais qualificadas para fornecer informações sobre o atendimento de suas necessidades e a utilização de suas contribuições por todo o espectro de questões e intervenções: desde saúde e nutrição até saúde sexual e reprodutiva, educação e serviços de apoio à transição para a vida adulta.

O direito de ser ouvido aplica-se a todas as crianças, independentemente do tipo ou grau de deficiência, e mesmo aquelas com deficiências graves devem receber apoio para que expressem suas escolhas e seus desejos. A criança que pode se expressar tem menor probabilidade de sofrer abusos ou exploração. Por outro lado, abusos e exploração prosperam quando as crianças não dispõem de meios para desafiar a opressão. A participação é especialmente importante para grupos marginalizados, tais como crianças que vivem em instituições.

O reconhecimento de que crianças e adolescentes são detentores de direitos, e não recebedores de caridade, não exclui a necessidade de reabilitação adequada, tratamento médico ou ajuda e equipamentos. Mas significa que os direitos, as perspectivas e as escolhas das crianças devem ser respeitados. Para tanto, é preciso que tomadores de decisão se comuniquem de formas e por meios facilmente acessíveis e utilizados por crianças com deficiência, para que suas opiniões possam ser incorporadas ao projeto, à implementação e à avaliação de políticas e serviços.



Em Uganda, crianças jogam netbol na Escola Primária Ojwina, em Lira. © UNICEF/UGDA2012-00120/Sibiloni



Na Sérvia, Nemanja, de 6 anos de idade (à esquerda) ao lado de colegas, em Novi Sad. A escola primária que frequenta foi a primeira a integrar crianças com deficiência, seguindo a lei que visa reduzir a institucionalização. © UNICEF/HQ2011-1156/Holt

Promessa global, teste local

Para cumprir as promessas contidas na CDPD e na CDC, agências e doadores internacionais, assim como seus parceiros nacionais e locais, devem incluir as crianças com deficiência nos objetivos, nas metas e nos indicadores de monitoramento de todos os programas de desenvolvimento. Dados confiáveis e objetivos são importantes para auxiliar o planejamento e a alocação de recursos, e para inserir as crianças com deficiência de forma mais visível na agenda de desenvolvimento. O trabalho estatístico necessário demandará tempo, mas poderia receber um estímulo vital caso doadores internacionais promovessem uma agenda global de pesquisas sobre deficiência. Nesse meio tempo, o

planejamento e a programação devem continuar: seria inadmissível negar ou atrasar a prestação de serviços a crianças com deficiência sob a alegação de insuficiência de dados. Em vez disso, planos, programas e orçamentos podem ser idealizados de modo a permitir modificações à medida que informações adicionais são disponibilizadas.

A prova definitiva de todos os esforços globais e nacionais será local: o teste será comprovar que todas as crianças com deficiência estão usufruindo de seus direitos – inclusive de acesso a serviços, apoio e oportunidades – em condições de igualdade com outras crianças, mesmo nos locais mais remotos e nas circunstâncias mais precárias.

Crianças com deficiência e direitos humanos universais

Lenín Voltaire Moreno Garcés



Lenín Voltaire Moreno Garcés, vice-presidente do Equador de 2007 a maio de 2013, foi o único titular de um alto cargo na América Latina com deficiência física. As estatísticas apresentadas neste artigo foram extraídas de documentos de programas nacionais.

O exercício universal dos direitos humanos só pode existir se esses direitos forem usufruídos por todas as pessoas – inclusive as mais vulneráveis. Estimulado por essa convicção, o gabinete do vice-presidente do Equador concentrou-se na determinação e na melhoria das condições das pessoas com deficiência – a começar pelas crianças.

Em julho de 2009, sob os auspícios do projeto conhecido como Missão Solidária Manuela Espejo, demos início a uma série de levantamentos realizados em todo o território nacional. Em visitas a 1.286.331 famílias nas 24 províncias e 221 cantões do país, conseguimos identificar 293.743 pessoas com deficiência. Desse total, cerca de 24% apresentavam deficiências intelectuais, e os restantes 76% tinham deficiências físicas ou sensoriais. Estimamos que a prevalência das principais formas de deficiência esteja acima de 2% da população nacional, conforme medições do recenseamento de 2010.

Constatamos que aproximadamente 55 mil meninos e meninas menores de 18 anos de idade apresentavam deficiência, correspondendo a cerca de 19% do total das pessoas com deficiência no

Equador. Até junho de 2012, essas crianças haviam recebido 87.629 doações em assistência técnica, que consistia de itens como cadeiras de rodas, andadores, colchões antiescaras, bengalas, aparelhos auditivos e kits visuais, dependendo das necessidades identificadas. Três novas lojas de artigos ortopédicos foram abertas, com expectativa de entregar, apenas em 2012, 1.960 próteses e dispositivos ortopédicos para crianças do país.

Constatamos também que muitas famílias vivem em situações extremamente difíceis. O cuidado dedicado a crianças com deficiência grave pode ser particularmente oneroso, forçando as mães a abandoná-las para ganhar seu sustento. Foi então criado o Subsídio Joaquín Gallegos Lara, que fornece o equivalente a US\$240 por mês em ajuda financeira ao cuidador primário de uma criança ou de um adulto com deficiência. Foi realizada também capacitação em serviços de primeiros socorros, higiene e reabilitação. Desse modo, o Equador reconhece, pela primeira vez, o trabalho de amor desenvolvido pelas famílias que cuidam de pessoas com deficiência. Até junho de 2012, os subsídios haviam beneficiado

Nós [no governo] devemos compreender que deficiência não é um problema, mas sim uma circunstância... [Devemos] apoiar a inclusão de nossos jovens cidadãos.

6.585 crianças – 43% das quais eram meninas.

Além do apoio, nossa abordagem enfatiza a importância de identificação e intervenção precoces. Em 2012, cerca de 1,1 milhão de crianças menores de 9 anos de idade haviam passado por uma triagem para identificar limitações auditivas e promover intervenções precoces. Para tanto, o Ministério da Saúde Pública criou, em sua rede, 1.401 unidades de serviço de triagem diagnóstica e auditiva; foram capacitados 1.500 profissionais da saúde; foram criadas 30 unidades de serviço de fonoaudiologia; e foram fornecidos 1.508 aparelhos auditivos.

Em 2013, 714 mil crianças terão sido avaliadas em 24 centros de serviços para limitações visuais, e esperamos que aproximadamente 2.500 recebam ajuda para melhorar sua visão ou seu funcionamento com a deficiência visual.

Criamos também um programa nacional para avaliar recém-nascidos em relação a condições congênitas que possam ser tratadas. Até dezembro de 2011, esse esforço – conhecido como “Pé direito à frente: a pegada do futuro” – avaliou 98.034 recém-nascidos e encontrou 30 casos

de hipotireoidismo congênito, galactosemia, hiperplasia adrenal congênita ou fenilcetonúria. Cada um desses 30 meninos e meninas recebeu tratamento para condições que, se não fossem cuidadas nas primeiras semanas ou nos primeiros meses de vida, os colocariam em maior risco de baixo nível cognitivo, limitações de fala e tremores, entre outras limitações.

Além de apoio biossocial e intervenções precoces, estamos buscando inclusão social e cultural. Sob a bandeira de “Um Equador de alegria e solidariedade”, 70 mil crianças e jovens com e sem deficiência participaram de feiras inclusivas realizadas em todo o país, com brincadeiras e jogos como meio de criar espaço para integração. Nessas feiras, pessoas com deficiência assumem a liderança como instrutores de exercícios físicos, atividades de arte e artesanato, jogos e contação de histórias.

Cerca de 7.700 crianças e jovens marginalizados ou vulneráveis estão melhorando seu desenvolvimento pessoal, sua autoestima e sua integração social por meio de atividades como dança, música, pintura e literatura. Entre esses jovens e crianças, 1.100 estão envolvidos no Circo Social – uma

iniciativa em colaboração com a empresa canadense de entretenimento Cirque du Soleil.

Essas inovações despertaram o interesse de países vizinhos do Equador, e muitos deles tentam aprender mais com a nossa experiência. A primeira observação é que não há tempo a perder. Nenhuma criança deve esperar por serviços e apoio aos quais tem direito, principalmente no caso de crianças com deficiência, uma vez que sua vulnerabilidade pode aumentar com a idade.

Nós, do governo, devemos empreender essas ações sem demora. Devemos compreender que deficiência não é um problema, mas sim uma circunstância. Independentemente do local ou do papel que desempenhamos, cabe a nós apoiar a inclusão de nossos jovens cidadãos. Não podemos sequer sonhar com um país onde haja justiça social, fiel aos princípios do bem-viver, sem que possamos garantir que pessoas com deficiência – principalmente crianças e adolescentes – exerçam plenamente seus direitos.

Deficiência não significa incapacidade: é essa diversidade surpreendente que enriquece a humanidade.

REFERÊNCIAS

Capítulo 1 Introdução

- 1 Organização Mundial da Saúde. **Community-based Rehabilitation Guidelines**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- 2 Groce, N. E. Adolescents and Youth with Disabilities: Issues and challenges. *In: Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, v. 15, n. 2, p. 13-32, julho, 2004.
- 3 Comitê sobre os Direitos da Criança. Convenção sobre os Direitos da Criança. **General Comment No. 9, 2006**: The rights of children with disabilities, CRC/C/GC/9. Genebra: [s.n.], p. 2, 9, 27 de fevereiro, 2007; Jones, L. *et al.* Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *In: The Lancet*, v. 380, n. 9845, p. 899-907, 8 de setembro, 2012; Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**. Genebra: WHO, p. 59.

Quadro: Sobre números

Organização Mundial da Saúde. **The Global Burden of Disease**: 2004 update. Genebra: WHO, 2008; Organização das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos, Divisão de População. **World Population Prospects**: The 2010 revision. Nova Iorque: United Nations, 2011.

Capítulo 2 Fundamentos da inclusão

- 4 Bruce M. S. Reducing Prejudice against Children with Disabilities in Inclusive Settings. *In: International Journal of Disability, Development and Education*, v. 44, n. 2, p. 119-120, 1997.
- 5 Contact a Family. **What Makes My Family Stronger**: A report into what makes families with disabled children stronger – socially, emotionally and practically. Londres: maio, 2009. Disponível em: <http://89.16.177.37/professionals/research/researchandreports.html>. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- 6 Governo do Reino Unido. **The Consolidated 3rd and 4th Periodic Report to UN Committee on the Rights of the Child**. Reino Unido: julho, 2007, p. 31. Disponível em: www.ofmdfmi.gov.uk/uk_uncrc-2.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- 7 D'Aiglepierre, R.; Focus Development Association e Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Exclusion Scolaire et Moyens D'Inclusion au Cycle Primaire a Madagascar**. [S.l.]: s.n.], p. 67, fevereiro, 2012. Disponível em: www.unicef.org/madagascar/EXCLUSION-INCLUSIONweb.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- 8 TNS e Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Research Report on Children with Disabilities and their Families in Da Nang**: Knowledge – attitudes – practices. Vietnã: [s.n.], p. 14, novembro, 2009.
- 9 Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**, p. 3.
- 10 Maras, P. e Brown, R. Effects of Contact on Children's Attitudes Towards Disability: A longitudinal study. *In: Journal of Applied Social Psychology*, v. 26, n. 23, p. 2113-2134, dezembro, 1996. Citado em: Maras, P. e Brown, R. Effects of Different Forms of School Contact on Children's Attitudes toward Disabled and Non-Disabled Peers. *In: British Journal of Educational Psychology*, v. 70, n. 3, p. 339, setembro, 2000.
- 11 Barg, C. J. *et al.* Physical Disability, Stigma, and Physical Activity in Children. *In: International Journal of Disability, Development and Education*, v. 57, n. 4, p. 378, dezembro, 2010.

- 12 International Disability in Sport Working Group e Escritório das Nações Unidas do Conselheiro Especial do Secretário-Geral sobre Esportes para o Desenvolvimento e a Paz. **Sport in the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities**. Boston: IDSWG, Northeastern University, 2007.
- 13 Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). **Prefácio**.
- 14 Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**, p. 43.
- 15 Mont, D. M. e Cuong, N. V. Disability and Poverty in Vietnam. *In: World Bank Economic Review*, v. 25, n. 2, p. 323-359, 2011.
- 16 Backup, S. **The Price of Exclusion**: The economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work. Genebra: International Labour Organization, 2009. Documento de Trabalho: International Labour Office Employment Working Paper 43.
- 17 Mitra, S.; Posarac, A. e Brandon, V. **Disability and Poverty in Developing Countries**: A snapshot from the World Health Survey. Washington, D.C.: The World Bank, abril, 2011. Documento de debates: Social Protection Discussion Paper 1109.
- 18 Groce, N. *et al.* Disability and Poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *In: Third World Quarterly*, v. 32, n. 8, p. 1493-1513, 2011.
- 19 Loeb, M. E. e Eide, A. H. (Eds.) **Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi**: A national representative study. Oslo: SINTEF Health Research, 26 de agosto, 2004. Disponível em: www.safod.com/LCMalawi.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013; Hoogeveen, J. G. Measuring Welfare for Small but Vulnerable Groups: Poverty and disability in Uganda. *In: Journal of African Economies*, v. 14, n. 4, p. 603-631, 1º de agosto, 2005.
- 20 Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**, p. 10, 39-40.
- 21 Gertler, P. J. e Fernald, L. C. **The Medium Term Impact of Oportunidades on Child Development in Rural Areas**. México, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 30 de novembro, 2004; Behrman, J. R. e Hodinott, J. Programme Evaluation with Unobserved Heterogeneity and Selective Implementation: The Mexican PROGRESA impact on child nutrition. *In: Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, v. 67, n. 4, p. 547-569, agosto, 2005; Hodinott, J. e Skoufias, E. The Impact of PROGRESA on Food Consumption. *In: Economic Development and Cultural Change*, v. 53, n. 1, p. 37-61, outubro, 2004; Maluccio, J. A. *et al.* **The Impact of an Experimental Nutritional Intervention in Childhood on Education among Guatemalan Adults**. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute, junho, 2006. Documento de debates: Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 207.
- 22 Groce, N. *et al.* **Poverty and Disability**: A critical review of the literature in low and middle-income countries. Londres: Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London, setembro, 2011. Documento de trabalho: Working Paper Series No. 16.
- 23 Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos. **Convenção sobre os Direitos da Criança, Artigo 23**.
- 24 Organização Mundial da Saúde. **Community-Based Rehabilitation**. Genebra: WHO. Disponível em: www.who.int/disabilities/cbr/en/. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- 25 Allen-Leigh, B. *et al.* **Iniciativa Evaluation**: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto "Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca". México, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010. *In: Secretaría-Geral para a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). Compilation of best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts*. Documento de trabalho em resposta à Resolução A/65/186 da Assembleia Geral, com o objetivo de facilitar os debates que resultaram no Encontro de Alto Nível sobre deficiência e desenvolvimento, ocorrido na 67ª sessão da Assembleia Geral, em 2012.
- 26 Governo local de Santa Maria Guienagati, San Martín Peras, Coicoyan de las Flores e San José Tanago.
- 27 Allen-Leigh, B. *et al.* **Iniciativa Evaluation**: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto "Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca". [México, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública], 2010.
- 28 Organização Mundial da Saúde. **Assistive Devices/Technologies**: What WHO is doing. Genebra: WHO. Disponível em: www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- 29 Borg, J.; Lindström, A. e Larsson, S. Assistive Technology in Developing Countries: National and international responsibilities to implement the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *In: The Lancet*, v. 374, n. 9704, p. 1863-1865, 28 de novembro, 2009.
- 30 François, I. *et al.* Causes of Locomotor Disability and Need for Orthopaedic Devices in a Heavily Mined Taliban-Controlled Province of Afghanistan: Issues and challenges for public health managers. *In: Tropical Medicine & International Health*, v. 3, n. 5, p. 391-396, maio, 1998; Matsen, S. L. A Closer Look at Amputees in Vietnam: A field survey of Vietnamese using prostheses. *In: Prosthetics and Orthotics International*, v. 23, n. 2, p. 93-101, agosto, 1999; May-Teerink, T. L. **A Survey of Rehabilitative Services and People Coping with Physical Disabilities in Uganda, East Africa**. [S.l.]: s.n.], p. 311-316; Bigelow, J. *et al.* A Picture of Amputees and the Prosthetic Situation in Haiti. *In: Disability & Rehabilitation*, v. 26, n. 4, p. 246-252, 2004; Lindsay, S. e Tsybina, I. Predictors of Unmet Needs for Communication and Mobility Assistive Devices among Youth with a Disability: The role of socio-cultural factors. *In: Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, v. 6, n. 1, p. 10-21, janeiro, 2011.
- 31 Steinfeld, E. **Education for All**: The cost of accessibility. Education Notes. Washington, D.C.: The World Bank, agosto, 2005. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Education-notes/EdNotes_CostOfAccess_2.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- 32 Baseado em avaliações realizadas pelo Departamento de Obras Públicas, na África do Sul. *In: Metts, R. Disability and Development*. Washington, D.C.: The World Bank, p. 15-45, 16 de novembro, 2004. Documento de referência elaborado para reunião para a agenda de pesquisas sobre deficiência e desenvolvimento. Estudos de casos sobre projetos de acessibilidade, 2004.

³³ South African Disability Institute. Special Housing for Disabled People. In: Metts, R., **Disability and Development**. *Op. cit.*, p. 17; Metts, R. **Disability and Development**. *Op. cit.*, p. 15-45. Dados fornecidos por Philip Thompson, representante da África, Comissão Internacional sobre Tecnologia e Acessibilidade.

Quadro: Trata-se de capacidade

Fundo das Nações Unidas para a Infância, Montenegro. "It's about Ability" Campaign Honoured for the Best Humanitarian Action in Montenegro. Podgorica, Montenegro: UNICEF Montenegro, 15 de fevereiro, 2011. Disponível em: www.unicef.org/montenegro/media_16505.html. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Perovic, J. **Survey**: It's about ability campaign results in positive change for children with disability in Montenegro. Podgorica, Montenegro: UNICEF Montenegro, 14 de dezembro, 2011. Disponível em: www.unicef.org/montenegro/15868_18773.html. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Capítulo 3 Uma base consistente

³⁴ Organização Mundial da Saúde. **Fact Sheet: Poliomyelitis**. Genebra: WHO, 2011; Polio News. **Global Polio Eradication Initiative**, janeiro, 2013.

³⁵ Organização Mundial da Saúde. **Global Immunization Data**. Genebra: WHO, outubro, 2012.

³⁶ Organização das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos. **Disability and the Millennium Development Goals: A review of the MDG process and strategies for inclusion of disability issues in Millennium Development Goal efforts**. Nova Iorque: United Nations, dezembro, 2011.

³⁷ Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**, p. 58-60.

³⁸ Gakidou, E. *et al.* Improving Child Survival through Environmental and Nutritional Interventions: The importance of targeting interventions toward the poor. In: **Journal of the American Medical Association**, v. 298, n. 16, p. 1876-1887, outubro, 2007.

³⁹ Organização Mundial da Saúde. **Nutrition for Health and Development: A global agenda for combating malnutrition – Progress report**. Genebra: WHO, p. 14-15, 2000.

⁴⁰ Organização Mundial da Saúde. **Micronutrient deficiencies: Iodine deficiency disorders**. Genebra: WHO, 2012. Disponível em: www.who.int/nutrition/topics/idd/en. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

⁴¹ Checkley W. *et al.* Multi-Country Analysis of the Effects of Diarrhoea on Childhood Stunting. In: **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 4, p. 816-830, agosto, 2008.

⁴² Walker, S. P. *et al.* Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development. In: **The Lancet**, v. 378, n. 9799, p. 1325-1338, 8 de outubro, 2011.

⁴³ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A survival and development priority**. Nova Iorque: UNICEF, p. 16, novembro, 2009.

⁴⁴ Walker, S. P. *et al.* Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development. In: **[The Lancet]**, v. 378, n. 9799, p. 1325-1338, 8 de outubro, 2011.

⁴⁵ Organização Mundial da Saúde. **Medical Devices: Anaemia prevention and control**. Genebra: WHO, 2012. Disponível em: www.who.int/medical_devices/initiatives/anaemia_control/en/. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

⁴⁶ Scholl, T. O. Maternal Iron Status: Relation to fetal growth, length of gestation, and iron endowment of the neonate. In: **Nutrition Reviews**, v. 69, n. 11, S23-S29, novembro, 2011; Vaughan, O. R. *et al.* Environmental Regulation of Placental Phenotype: Implications for fetal growth. In: **Reproduction, Fertility and Development**, v. 24, n. 1, p. 80-96, 6 de dezembro, 2011.

⁴⁷ Adams, M. S. *et al.* Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh. In: **Child: Care, Health and Development**, v. 38, n. 6, p. 878-888, novembro, 2012.

⁴⁸ National Institutes for Health (NIH), MedlinePlus. **Cystic Fibrosis – Nutritional Considerations**. Disponível em: www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002437.htm. Acesso: 31 de janeiro, 2013; O'Brien, S. *et al.* Intestinal Bile Acid Malabsorption in Cystic Fibrosis. In: **Gut**, v. 34, n. 8, p. 1137-1141, agosto, 1993.

⁴⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's report on violence against children – Summary report**. Nova Iorque: UNICEF, p. 6-7, 28 de julho, 2005; Banco Mundial. **Disability in Bangladesh: A situation analysis**. Bangladesh: The Danish Bilharziasis Laboratory for the World Bank, p. 15, maio, 2004. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/South%20Asia/DisabilityinBangladesh.pdf>. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

⁵⁰ Organização Mundial da Saúde. **Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries – A review**. Genebra: WHO, 2012; Thommessen, M. *et al.* Feeding Problems, Height and Weight in Different Groups of Disabled Children. In: **Acta Paediatrica**, v. 80, n. 5, p. 527-533, maio, 1991; Sullivan, P. B. (Ed.). **Feeding and Nutrition in Children with Neurodevelopmental Disability**. Londres: MacKeith Press, p. 61, 2009; Adams, M. S. *et al.*, **Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy**. [S.l.]: s.n.; s.d.], p. 878-888.

⁵¹ Groce, N. *et al.* Water and Sanitation Issues for Persons with Disabilities in Low and Middle-Income Countries: A literature review and discussion of implications for global health and international development. In: **Journal of Water and Health**, v. 9, n. 4, p. 617-627, 2011.

⁵² Human Rights Watch. **Fact Sheet: HIV and disability**. Nova Iorque: Human Rights Watch, junho, 2011. Ver também: Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**. Conceitos errôneos sobre atividade sexual, p. 77; Uso de drogas/álcool, p. 59; e Risco de abusos, p. 147.

⁵³ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Towards an AIDS-Free Generation: Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities**. [Nova Iorque]: UNICEF, julho, 2012.

⁵⁴ Organização Mundial da Saúde e Fundo de População das Nações Unidas. **Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA guidance note**. [Genebra]: WHO, p. 5-9, 12, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en>. Acesso: 31 de janeiro, 2013; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Sexuality Education in Asia and the Pacific: Review of policies and strategies to implement and scale up**. Bancoc: UNESCO Bangkok, p.2, 2012. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

⁵⁵ Willemsse, K.; Morgan, R. e Meletse, J. Deaf, Gay, HIV Positive, and Proud: Narrating an alternative identity in post-Apartheid South Africa. In: **Canadian Journal of African Studies**, v. 43, n. 1, p. 83-104, abril, 2009.

⁵⁶ Sices, L. **Developmental Screening in Primary Care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement**. Nova Iorque: The Commonwealth Fund, p. v e 6, dezembro, 2007; Johnson-Staub, C. **Charting Progress for Babies in Child Care Project: Promote access to early, regular, and comprehensive screening**. Washington, D.C.: CLASP, p. 1, fevereiro, 2012.

⁵⁷ Ertem, I. O. *et al.* A Guide for Monitoring Child Development in Low- and Middle-Income Countries. In: **Pediatrics**, v. 121, n. 3, p. e581-e589, março 2008; Organização Mundial da Saúde. **Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early Identification, Assessment and Intervention in low- and middle income countries**. [S.l.]: WHO, p.1, 2012.

⁵⁸ Organização Mundial da Saúde. **Epilepsy: Fact sheet 999**. Genebra: WHO, outubro, 2012. Disponível em: www.who.int/mediacentre/fact_sheets/fs999/en/index.html. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

⁵⁹ Metts, R. **Disability and Development**. *Op. cit.*, p. 15-45.

⁶⁰ Filmer, D. Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys. In: **World Bank Economic Review**, v. 22, n. 1, p. 141-163, 2008. Citado em: Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**.

⁶¹ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **EFA Global Monitoring Report 2010: Reaching the marginalized**. Paris e Oxford, Reino Unido: UNESCO e Oxford University Press, 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>. Acesso: 31 de janeiro, 2013; Loeb, M. E. e Eide, A. H. (Eds.) **Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study**. Oslo: SINTEF Health Research, 26 de agosto, 2004. Disponível em: www.safod.com/LCMalawi.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013; Governo da Tanzânia. **2008 Tanzania Disability Survey**. Dar es Salaam, Tanzânia: United Republic of Tanzania National Bureau of Statistics, p. 19, 2009. Disponível em: nbs.go.tz/tnada/index.php/ddi/browser/5/download/24. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

⁶² Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**, p. 206.

⁶³ Organização das Nações Unidas. **Relatório do Secretário-Geral sobre o status da Convenção sobre os Direitos da Criança, A/66/230**. Nova Iorque: United Nations, p. 8, 3 de agosto, 2011.

⁶⁴ Ver revisão em: Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**, p. 39-40; Filmer, D. **Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys**. [S.l.]: s.n.; s.d.], p. 141-163; Sundrum, R. *et al.* Cerebral Palsy and Socioeconomic Status: A retrospective cohort study. In: **Archives of Disease in Childhood**, v. 90, n.1, p. 15-18, janeiro, 2005; Newacheck, P. W. *et al.* Disparities in the Prevalence of Disability between Black and White Children. In: **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 157, n. 3, p. 244-248, março, 2003.

⁶⁵ Fundo das Nações Unidas para a Infância. Promoting the Rights of Children with Disabilities. In: **Innocent Digest No. 13**. Florença: UNICEF Innocenti Research Centre, p. 15, quadro 5.1, outubro, 2007. Disponível em: www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

- ⁶⁶ Van der Berg, S. **Poverty and Education**. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2008.
- ⁶⁷ Fundo das Nações Unidas para a Infância. Promoting the Rights of Children with Disabilities. *In: Innocenti Digest No. 13*. Op. cit., p. 27, quadro 5.1.
- ⁶⁸ Fundo das Nações Unidas para a Infância. **The Right of Children with Disabilities to Education: A rights-based approach to inclusive education**. [S.l.; s.n.; s.d.], p. 8, 2012; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **The Right to Education for Persons with Disabilities: Towards inclusion – An Education for All flagship**. Paris. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001322/132277e.pdf>. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- ⁶⁹ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Inclusion of Children with Disabilities: The early childhood imperative**. Paris: UNESCO, abril-junho, 2009. Resumo de políticas: UNESCO Policy Brief on Early Childhood No. 46. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001831/183156e.pdf>. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- ⁷⁰ Potterton, J. et al. The Effect of a Basic Home Stimulation Programme on the Development of Young children Infected with HIV. *In: Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 52, n. 6, p. 547-551, junho, 2010.
- ⁷¹ Nahar, B. et al. Effects of Psychosocial Stimulation on Growth and Development of Severely Malnourished Children in a Nutrition Unit in Bangladesh. *In: European Journal of Clinical Nutrition*, v. 63, n. 6, p. 725-731, junho, 2009.
- ⁷² Jin, X. et al. "Care for Development" Intervention in Rural China: A prospective follow-up study. *In: Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v. 28, n. 3, p. 213-218, 2007.
- ⁷³ Nair, M. K., et al. Effect of Child Development Centre Model Early Stimulation among At Risk Babies: A randomized controlled trial. *In: Indian Pediatrics*, v. 46, suplemento, p. s20-s26, janeiro, 2009.
- ⁷⁴ Walker, S. P. et al. **Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development**. Op. cit., p. 1325-1338.
- ⁷⁵ Forlin, C. et al. Demographic Differences in Changing Pre-Service Teachers' Attitudes, Sentiments and Concerns about Inclusive Education. *In: International Journal of Inclusive Education*, v. 13, n. 2, p. 195-209, março, 2009. A obra de Felicia Wilczenski – *Attitudes toward Inclusive Education Scale (ATIES)* – criada em 1992, teve influência especial nos estudos sobre atitudes de professores: Wilczenski, F. L. Measuring Attitudes toward Inclusive Education. *In: Psychology in the Schools*, v. 29, n. 4, p. 306-312, outubro, 1992. Ver revisão em: Kuyini, A. B. e Desai, I. Principals' and Teachers' Attitudes and Knowledge of Inclusive Education as Predictors of Effective Teaching Practices in Ghana. *In: Journal of Research in Special Educational Needs*, v. 7, n. 2, p. 104-113, junho, 2007.
- ⁷⁶ Tur-Kaspa, H.; Weisel A. e Most, T. A Multidimensional Study of Special Education Students' Attitudes towards People with Disabilities: A focus on deafness. *In: European Journal of Special Needs Education*, v. 15, n. 1, p. 13-23, março, 2000.
- ⁷⁷ Latimier, C. e Šiška, J. **Children's Rights for All! Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child for children with intellectual disabilities**. Bruxelas: Inclusion Europe, p. 21, outubro, 2011.
- ⁷⁸ Praisner, C. L. Attitudes of Elementary School Principals toward the Inclusion of Students with Disabilities. *In: Exceptional Children*, v. 69, n. 2, p. 135-145, 2003.
- ⁷⁹ Shade, R. A. e Stewart, R. General Education and Special Education Preservice Teachers' Attitudes towards Inclusion. *In: Preventing School Failure*, v. 46, n. 1, p. 37-41, 2001.
- ⁸⁰ De Boer, A.; Sip Jan Pijl e Minnaert, A. Regular Primary Schoolteachers' Attitudes towards Inclusive Education: A review of the literature. *In: International Journal of Inclusive Education*, v. 15, n. 3, p. 345-346, abril, 2011.
- ⁸¹ Miles, S. e Kaplan, I. Using Images to Promote Reflection: An action research study in Zambia and Tanzania. *In: Journal of Research in Special Educational Needs*, v. 5, n. 2, p. 79-80, junho, 2005.
- ⁸² Kalyanpur, M. Paradigm and Paradox: Education for All and the inclusion of children with disabilities in Cambodia. *In: International Journal of Inclusive Education*, v. 15, n. 10, p. 1058, dezembro, 2011.
- ⁸³ Miles, S. et al. Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh. *In: Compare: A Journal of Comparative and International Education*, v. 42, n. 2, p. 293, 2012.
- ⁸⁴ Schurmann, E. Training Disabled Teachers in Mozambique. *In: Enabling Education No. 10*. Manchester, Reino Unido: Enabling Education Network, 2006. Disponível em: www.eenet.org.uk/resources/docs/enabling_education10.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- ⁸⁵ Fundo das Nações Unidas para a Infância. Promoting the Rights of Children with Disabilities. *In: Innocenti Digest No. 13*, p. 30.
- ⁸⁶ Lynch, P. et al. Inclusive Educational Practices in Uganda: Evidencing practice of itinerant teachers who work with children with visual impairment in local mainstream schools. *In: International Journal of Inclusive Education*, v. 15, n. 10, p. 1119-1134, dezembro, 2011; Miles, S. e Stubbs, S. Inclusive Education and Children with Disabilities. Documento de referência para debates, elaborado para o relatório **Situação Mundial da Infância 2013**, p. 23, 2012.
- ⁸⁷ Prag, A. Fostering Partnerships for Education Policy and Reform: Vietnam. *In: Enabling Education No. 8*. Manchester, Reino Unido: Enabling Education Network, 2004. Disponível em: www.eenet.org.uk/resources/docs/eenet_news8.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- ⁸⁸ Relatório do Secretário-Geral sobre o status da Convenção sobre os Direitos da Criança, 3 de agosto, 2011.
- ⁸⁹ Stubbs, S. **Inclusive Education: Where there are few resources**. Oslo: The Atlas Alliance, p. 36, setembro, 2008. Disponível em: www.child-to-child.org/about/index.html. Acesso: 31 de janeiro, 2013; Fosere, M. Mamello's Story. *In: Enabling Education No. 5*. Manchester, Reino Unido: Enabling Education Network, p. 10, 2001. Disponível em: www.eenet.org.uk/resources/eenet_newsletter/news5/page10.php.
- ⁹⁰ Lewis, I. Water, Sanitation, Hygiene (WASH) and Inclusive Education. *In: Enabling Education No. 14*. Manchester, Reino Unido: Enabling Education Network, p. 9-13, 2010. Disponível em: www.eenet.org.uk/resources/docs/Enabling%20Education-issue%2014-2010.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- ⁹¹ Bines, H. **Education's Missing Millions: Including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans – Main report of study findings**. Milton Keynes, Reino Unido: World Vision UK, p. 3, setembro, 2007.
- ⁹² Munir, S. Z. e Zaman, S. S. Models of Inclusion: Bangladesh experience. *In: Inclusive Education across Cultures: Crossing boundaries, sharing ideas*. Nova Délhi: Mithu Alur e Vianne Timmons, Sage Publications India, capítulo 19, p. 292, 2009.
- ⁹³ Ahsan, M. T. e Burnip L. Inclusive Education in Bangladesh. *In: Australasian Journal of Special Education*, v. 31, n. 1, p. 65, abril, 2007.
- ⁹⁴ Miles, S. et al. Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh. *In: Compare: A Journal of Comparative and International Education*, v. 42, n. 2, p. 283-302, 2012.
- ⁹⁵ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Building Human Capacities in Least Developed Countries to Promote Poverty Eradication and Sustainable Development**. Paris: UNESCO, p. 8, 2011.
- ⁹⁶ Lansdown, G. Vulnerability of Children with Disabilities. Documento de referência de pesquisa elaborado para o relatório **Situação Mundial da Infância 2013**, p. 8, 2012.
- ⁹⁷ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Education Counts: Towards the Millennium Development Goals**. Paris: UNESCO, p. 17, 2011.
- ⁹⁸ Abuaya, B. A.; Ciera, J. e Kimani-Murage, E. Effect of Mother's Education on Child's Nutritional Status in the Slums of Nairobi. *In: BMC Pediatrics*, v. 12, n. 80, junho, 2012.
- ⁹⁹ Miller, J. E. e Rodgers, Y. V. Mother's Education and Children's Nutritional Status: New evidence from Cambodia. *In: Asian Development Review*, v. 26, n. 1, p. 131-165, 2009.
- ¹⁰⁰ Janevic, T. et al. Risk Factors for Childhood Malnutrition in Roma Settlements in Serbia. *In: BMC Public Health*, v. 10, agosto, 2010.
- ¹⁰¹ Semba, R. D. et al. Effect of Paternal Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Bangladesh: A cross-sectional study. *In: The Lancet*, v. 371, n. 9609, p. 322-328, janeiro, 2008.
- ¹⁰² **Convenção sobre os Direitos da Criança**, Artigo 29.

Capítulo 4 Condições essenciais de proteção

- ¹⁰³ Cody, C. **Count Every Child: The right to birth registration**. Woking, Reino Unido: Plan Ltd., 2009.
- ¹⁰⁴ Algood, C. L. et al. Maltreatment of Children with Developmental Disabilities: An ecological systems analysis. *In: Children and Youth Services Review*, v. 33, n. 7, p. 1142-1148, julho, 2011; Stalker, K. e McArthur, K. Child Abuse, Child Protection and Disabled Children: A review of recent research. *In: Child Abuse Review*, v. 21, n. 1, p. 24-40, janeiro/fevereiro, 2012.

- ¹⁰⁵ Kvam, M. H. Sexual Abuse of Deaf Children: A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *In: Child Abuse & Neglect*, v. 28, n. 3, p. 241-251, março, 2004; Lansdown, G. **Vulnerability of Children with Disabilities**. *Op. cit.*, p. 6.
- ¹⁰⁶ Mental Disability Rights International. **Behind Closed Doors: Human rights abuses in the psychiatric facilities, orphanages and rehabilitation centers of Turkey**. Washington, D.C.: MDRI, v. 28, p. 1, 23, 72, setembro, 2005. Disponível em: www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/turkeyfinal-9-26-05.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013; Mental Disability Rights International. **Torture Not Treatment: Electric shock and long-term restraint in the United States on children and adults with disabilities at the Judge Rotenberg Center**. Washington, D.C.: MDRI, p. 1-2, 2010. Disponível em: www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/USReportandUrgentAppeal.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- ¹⁰⁷ Human Rights Watch; Open Society Foundations; Women with Disabilities Australia; International Disability Alliance e Stop Torture in Health Care. **Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A briefing paper**. Novembro, 2011. Disponível em: www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2011_global_DR.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.
- ¹⁰⁸ Dowse, L. **Moving Forward or Losing Ground? The sterilisation of women and girls with disabilities in Australia**. Documento elaborado por Women with Disabilities Australia, e apresentado no Encontro Internacional de Cúpula sobre Pessoas com Deficiência, Winnipeg, Canada, 8-10 de setembro, 2004.
- ¹⁰⁹ Informações obtidas do UNICEF Sérvia; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Ministério do Trabalho e de Políticas Sociais do Governo da Sérvia. **Transforming Residential Institutions for Children and Developing Sustainable Alternatives**. Belgrado: p. 4-8, 2011.
- ¹¹⁰ **Convenção sobre os Direitos da Criança**. General Comment No. 9, p. 21, 2006.

FOCO

Violência contra crianças com deficiência

Jones, L. *et al.* **Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities**. *Op. cit.*, p. 899-907.

Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**, p. 29, 59 e 137.

Pinheiro, P. S. **World Report on Violence against Children**. Genebra, 2006. Estudo do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas sobre violência contra crianças.

Krug, E. G. *et al.* (Eds.). **World Report on Violence and Health**. Genebra: World Health Organization, 2002.

Hibbard, R. A. *et al.* **Maltreatment of Children with Disabilities**. *In: Pediatrics*, v. 119, n. 5, p. 1018-1025, 1^a de maio, 2007.

Ammerman, R. T. *et al.* **Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and correlates**. *In: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 33, n. 4, p. 567-576, maio, 1994.

Sullivan, P. M. **Violence Exposure among Children with Disabilities**. *In: Clinical Child and Family Psychology Review*, v. 12, n. 2, p. 196-216, junho, 2009.

Ammerman, R. T. e Baladerian, N. J. **Maltreatment of Children with Disabilities**. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse, 1993.

Organização das Nações Unidas. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities A/RES/61/106**. Nova Iorque: United Nations, 2008.

Gilbert, R. *et al.* **Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries**. *In: The Lancet*, v. 373, n. 9657, p. 68-81, 3 de janeiro, 2009.

Felitti, V. J. *et al.* **Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences (ACE) study**. *In: American Journal of Preventive Medicine*, v. 14, n. 4, p. 245-258, maio, 1998.

MacMillan, H. L. *et al.* **Interventions to Prevent Child Maltreatment and Associated Impairment**. *In: The Lancet*, v. 373, n. 9659, p. 250-266, 17 de janeiro, 2009.

Capítulo 5 Resposta humanitária

¹¹¹ Von der Assen, N.; Euwema, M. e Cornielje, H. **Including Disabled Children in Psychological Programmes in Areas Affected by Armed Conflict**. *In: Intervention*, v. 8, n.1, p. 29-39, março, 2010.

¹¹² Bartlett, S. **The Implications of Climate Change for Children in Lower-Income Countries**. *In: Children, Youth and Environments*, v. 18, n. 1, p. 71-98, 2008.

¹¹³ **Convenção sobre os Direitos da Criança**. General Comment No. 9, p. 22, 2006.

FOCO

Riscos, resiliência e ação humanitária inclusiva

Fórum Africano de Políticas sobre a Criança. **Violence against Children in Africa: A compilation of the main findings of the various research projects conducted by the African Child Policy Forum (ACPF) since 2006**. Adis Abeba: ACPF, março, 2011.

Handicap International. **Mainstreaming Disability into Disaster Risk Reduction: A training manual**. Katmandu: Handicap International, janeiro, 2009. Disponível em: www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DisasterRiskReduc.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Comitê Internacional da Cruz Vermelha. **Promotion and Protection of the Rights of Children: ICRC statement to the United Nations**, 2011. Genebra: ICRC, 17 de outubro, 2011. Disponível em: www.icrc.org/eng/resources/documents/statement/united-nations-childrenstatement-2011-10-18.htm. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

IRIN. **DRC: Child disability, the forgotten crisis**. Goma, Rep. Dem. do Congo: IRIN, 23 de outubro, 2009. Disponível em: www.irinnews.org/Report/86710/DRC-Child-disability-the-forgotten-crisis. Acesso: 2 de outubro, 2012.

Kett, M. e Van Ommeren, M. **Disability, Conflict and Emergencies**. *In: The Lancet*, v. 374, n. 9704, p. 1801-1803, 28 de novembro, 2009. Disponível em: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2962024-9/fulltext. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Kett, M. e Trani, J.F. **Vulnerability and Disability in Darfur**. *In: Forced Migration Review*, v. 35, p. 12-14, julho, 2010.

Nelson, B. D. *et al.* **Impact of Sexual Violence on Children in the Eastern Democratic Republic of Congo**. *In: Medicine, Conflict and Survival*, v. 27, n. 4, p. 211-225, outubro-dezembro, 2011.

Pearn, J. H. **The Cost of War: Child injury and death**. *In: Contemporary Issues in Childhood Diarrhoea and Malnutrition*. Karachi, Paquistão: Oxford University Press, 1^a edição, p. 334-343, editado por Zulfigar Ahmed Bhutta, [s.d.].

Penrose, A. e Takaki M. **Children's Rights in Emergencies and Disasters**. *In: The Lancet*, v. 367, n. 9511, p. 698-699, 25 de fevereiro, 2006.

Plan International. **Child-Centred Disaster Risk Reduction: Building resilience through participation – Lessons from Plan International**. Londres: Plan UK, 2010.

Handicap International e Save the Children. **Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities**. Londres: Save the Children UK, 2011.

Tamashiro, T. **Impact of Conflict on Children's Health and Disability**. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, junho, 2010. Documento de referência elaborado para Education for All Global Monitoring Report 2011: The hidden crisis – Armed conflict and education. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001907/190712e.pdf>. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Trani, J.F. *et al.* **Disability, Vulnerability and Citizenship: To what extent is education a protective mechanism for children with disabilities in countries affected by conflict?** *In: International Journal of Inclusive Education*, v. 15, n. 10, p. 1187-1203, 2011.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's Report on Violence against Children – Summary report**. Nova Iorque: UNICEF, p. 4-5, 28 de julho, 2005. Disponível em: www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_Violence_Against_Disabled_Children_Report_Distributed_Version.pdf. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Assembleia Geral das Nações Unidas. **Relatório do representante especial do Secretário-Geral para questões de crianças e conflitos armados**, A/62/228. Nova Iorque: United Nations, 13 de agosto, 2007.

Comissão de Mulheres para Mulheres e Crianças Refugiadas. **Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations: Resource kit for fieldworkers**. Nova Iorque: Women's Commission for Refugee Women and Children, junho, 2008. Disponível em: http://womensrefugeecommission.org/resources/cat_view/68-reports/81-disabilities. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. **World Report on Disability 2011**. *Op.cit.*, p. 34-37.

FOCO

Resíduos explosivos de guerra

Nos termos do Tratado de Banimento de Minas Terrestres, vítimas são definidas como pessoas que sofreram impacto direto da explosão de uma mina terrestre, ou seja, que morreram ou sobreviveram a essa explosão, assim como os sobreviventes em famílias em que outros membros foram mortos ou feridos. Nos termos da Convenção sobre Bombas de Fragmentação, as vítimas incluem comunidades e familiares afetados. Ao longo deste documento, o termo "vítimas" refere-se a sobreviventes, comunidades e familiares afetados; a expressão "vítimas de acidente" refere-se a pessoas que morreram ou ficaram feridas em decorrência direta de explosões; e o termo "sobrevivente" refere-se especificamente a pessoas diretamente afetadas e que sobreviveram a explosões causadas por minas terrestres/resíduos explosivos de guerra.

Landmine and Cluster Munition Monitor. **Landmine Monitor 2011**. [S.l.]: Mines Action Canada, p. 51, outubro, 2011. O termo "minas" inclui minas antipessoais, minas antiveículos e dispositivos explosivos improvisados ativadas pela vítima; até o momento da publicação, 2010 é o ano mais recente com dados disponíveis sobre o total de vítimas de acidentes com explosivos em todos os países. Para definição completa de vítimas de acidentes e dispositivos, conforme apresentados neste relatório, e dados atualizados sobre vítimas de acidentes, ver: www.the-monitor.org. Acesso: 31 de janeiro, 2013. O *Landmine Monitor* identificou mais de 1.500 crianças vítimas de acidentes em 1999, e mais de 1.600 em 2001. Esses totais incluem apenas vítimas cujo *status* de civil/segurança e idade era conhecido. Dos 2.735 civis vítimas de acidentes causados por resíduos explosivos de guerra (REG) entre 2008 e 2010, 1.371 eram meninos.

Landmine and Cluster Munition Monitor. **Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2011**. Genebra: Landmine and Cluster Munition Monitor p. 2. **Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010**, p. 1-3. **Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – March 2010**, p. 2, 3. Porcentagens de civis mortos em acidentes causados por explosivos cujas idades eram conhecidas. Crianças representavam 30% das vítimas de acidentes causados por todos os tipos de mina.

Landmine and Cluster Munition Monitor. **The Issues: Landmines**. Genebra: Landmine and Cluster Munition Monitor. Disponível em: www.the-monitor.org/index.php/LM/The-Issues/Landmines. Acesso: 31 de janeiro, 2013.

Walsh, N. E. e Walsh, W. S. Rehabilitation of Landmine Victims: The ultimate challenge. In: **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 9, p. 665-670, 2003.

Aliança Internacional Save the Children. **Child Landmine Survivors: An inclusive approach to policy and practice**. Londres: International Save the Children Alliance, 2000.

Watts, H. G. The Consequences for Children of Explosive Remnants of War: Land mines, unexploded ordnance, improvised explosive devices and cluster bombs. In: **Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach**, v. 2, p. 217-227, 2009.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, p. 1-3.

Watts, H. G. The Consequences for Children of Explosive Remnants of War, p. 217-227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – June 2009, p. 1-4.

Munoz, W.; Last, U. e Kimsean, T. **Good Practices from the Project: Towards sustainable income generating activities for mine victim and other persons with disabilities in Cambodia**. Phnom Penh, Camboja: Handicap International Federation (HIC) Cambodia, 2010.

Child Protection in Crisis (CPC) Network; Livelihoods e Economic Strengthening Task Force. **The Impacts of Economic Strengthening Programs on Children: a review of the evidence**. [S.l.]: CPC Network, p. ii, 1, 18, agosto, 2011.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, p. 1-3.

Handicap International. **Voices from the Ground: Landmine and explosive remnants of war survivors speak out on victim assistance**. Bruxelas: Handicap International, p. 210, setembro, 2009.

Capítulo 6 Medindo a deficiência infantil

- ¹¹⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys**. Nova Iorque: UNICEF, p. 9, 2008.
- ¹¹⁵ Mont, D. **Measuring Disability Prevalence**. Washington, D.C.: The World Bank, p. 35, março 2007. Documento de debates: Social Protection Discussion Paper No. 0706; Maulik, P. K. e Darmstadt, G. L. Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries: Overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. In: **Pediatrics**, v. 120, Suplemento 1, p. S21, julho, 2007.
- ¹¹⁶ Organização Mundial da Saúde. **Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF – The international classification of functioning, disability and health**. Genebra: WHO, 2002.
- ¹¹⁷ Msall, M. E. e Hogan, D. P. Counting Children with Disability in Low-Income Countries: Enhancing prevention, promoting child development, and investing in economic well-being. In: **Pediatrics**, v. 120, n. 1, p. 183, julho, 2007.
- ¹¹⁸ Durkin, M. S. The Epidemiology of Developmental Disabilities in Low-Income Countries. In: **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review**, v. 8, n. 3, p. 211, 2002; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 8.
- ¹¹⁹ Lansdown, R. G. *et al.* Culturally Appropriate Measures for Monitoring Child Development at Family and Community Level: A WHO collaborative study. In: **Bulletin of the World Health Organization**, v. 74, n. 3, p. 287, 1996.
- ¹²⁰ Ver Apêndice 2 de Maulik e Darmstadt, 2007.
- ¹²¹ Robertson, J.; Hatton, C. e Emerson, E. **The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review**. Lancaster, Reino Unido: Centre for Disability Research, Lancaster University, p. 22, julho, 2009. Relatório de Pesquisa CeDR, 3; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 9, 58; Gladstone, M. J. *et al.* Can Western Developmental Screening Tools Be Modified for Use in a Rural Malawian Setting? In: **Archives of Diseases in Childhood**, v. 93, n. 1, p. 23-29, janeiro, 2008.
- ¹²² Mont, D. **Measuring Disability Prevalence**. *Op. cit.*, p. 35; Grupo de Washington para Estatísticas sobre Deficiência. **Understanding and Interpreting Disability as Measured Using the WG Short Set of Questions**, p. 2, 20 de abril, 2009.
- ¹²³ Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 8.
- ¹²⁴ Durkin, M. S. Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries: Rationale and study design. In: **International Journal of Mental Health**, v. 20, n. 2, p. 47-60, 1991; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 8.
- ¹²⁵ Durkin, M. S. **Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 47-60.

¹²⁶ *Ibid*; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. Cit.*, p. 9.

¹²⁷ Organização Mundial da Saúde e Comissão Econômica e Social das Nações Unidas para Ásia e Pacífico. **Training Manual on Disability Statistics**. Bancoc: [S.n.], p. 107-108, 2008.

¹²⁸ Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. Cit.*, p. 8-9; Nair, M. K. *et al.* Developmental Screening Chart. In: **Indian Pediatrics**, v. 28, n. 8, p. 869-872, 1991.

¹²⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. Cit.*, p. 9; Durkin, M. S. **Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries**. *Op. Cit.*, p. 47-60.

¹³⁰ Robertson, J.; Hatton, C. e Emerson, E. **The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review**. *Op. Cit.*, p. 20.

FOCO

Lições aprendidas

Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys**. *Op. cit.*, p. 9; Marigold, T. *et al.* Identification of Childhood Disability in Jamaica: The ten question screen. In: **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 15, n. 2, p. 115-127, junho, 1992.

Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys**. *Op. cit.*, p. 9.

Durkin, M. S. **Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries**, p. 47-60; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 9-10.

Zaman, S. S. *et al.* Validity of the "Ten Questions" for Screening Serious Childhood Disability: Results from urban Bangladesh. In: **International Journal of Epidemiology**, v. 19, n. 3, p. 613, 1990.

Em relatórios publicados anteriormente pelo UNICEF, o número de países participantes era 20. Esse número estava correto na época dessas publicações, mas o número final de países que aplicaram Dez Perguntas como parte do MICS3 foi 25.

Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 23.

FOCO

Da triagem à avaliação

Maulik, P. K. e Darmstadt, G. L. **Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries**. [S.l., s.n.], p. S6, julho, 2007; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Universidade de Wisconsin. **Monitoring Child Disability in Developing Countries**. *Op. cit.*, p. 58.

Tabelas estatísticas

Estatísticas sociais e econômicas de países e áreas do mundo,
com referência particular ao bem-estar da criança.

Panorama	94
Nota geral sobre os dados	94
Estimativas de mortalidade infantil	94
Notas sobre tabelas específicas	95
Classificação regional.....	98
Classificação por mortalidade de menores de 5 anos.....	99

TABELAS

1 Indicadores básicos	100
2 Nutrição	104
3 Saúde	108
4 HIV/aids.....	112
5 Educação.....	116
6 Indicadores demográficos.....	120
7 Indicadores econômicos.....	124
8 Mulheres	128
9 Proteção à infância.....	132
10 Taxas de progresso	136
11 Adolescentes	140
12 Disparidades por residência.....	144
13 Disparidades por riqueza familiar.....	148
14 Desenvolvimento na primeira infância	152

PANORAMA

Este guia de referência apresenta as estatísticas básicas mais recentes sobre sobrevivência, desenvolvimento e proteção da criança para países, áreas e regiões do mundo. Inclui, pela primeira vez, uma tabela sobre desenvolvimento na primeira infância.

As tabelas estatísticas apresentadas neste volume apoiam o foco do UNICEF sobre progressos e resultados alcançados a partir de objetivos e pactos estabelecidos internacionalmente, voltados aos direitos e ao desenvolvimento da criança. O UNICEF é a agência líder responsável pelo monitoramento dos objetivos relacionados à criança contidos na Declaração do Milênio, assim como dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e seus indicadores. A organização é também parceira fundamental no trabalho das Nações Unidas sobre o monitoramento dessas metas e desses indicadores.

Foram realizados esforços no sentido de maximizar a comparabilidade das estatísticas de todos os países ao longo do tempo. No entanto, os dados utilizados no nível nacional podem diferir em termos de metodologia utilizada para a coleta ou para chegar a estimativas, e em termos das populações consideradas. Além disso, dados apresentados aqui estão sujeitos a metodologias em evolução, a revisões de dados temporais (por exemplo, taxas de imunização e de mortalidade materna) e a classificações regionais que sofrem modificações. E para alguns indicadores, não há dados comparáveis disponíveis de um ano para outro. Portanto, não é aconselhável comparar dados apresentados em edições consecutivas do relatório *Situação Mundial da Infância*.

Os números apresentados neste guia de referência estão disponíveis *on-line* em www.unicef.org/sowc2013 e nos bancos de dados estatísticos globais do UNICEF, em www.childinfo.org. Versões mais recentes das tabelas e atualizações ou erratas subsequentes à impressão deste relatório poderão ser acessadas nesses sites.

Nota geral sobre os dados

Os dados apresentados nas tabelas estatísticas a seguir foram extraídos dos bancos de dados globais do UNICEF e são acompanhados por definições, fontes e, sempre que necessário, por notas de rodapé. As tabelas baseiam-se em estimativas interagências e em levantamentos domiciliares representativos em termos nacionais, tais como Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS). Além disso, foram utilizados dados de outras agências da Organização das Nações Unidas. De maneira geral, os dados apresentados nas tabelas estatísticas da edição deste ano refletem informações disponíveis em agosto de 2012. Informações mais detalhadas sobre metodologia e fontes de dados estão disponíveis em www.childinfo.org.

Este relatório inclui as estimativas e projeções sobre população mais recentes extraídas de *World Population Prospects: The 2010 Revision* e *World Urbanization Prospects: The 2011 revision* (Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População). É possível que a qualidade dos dados seja afetada de modo adverso para os países que sofreram desastres recentemente, em especial aqueles onde a infraestrutura nacional básica foi fragmentada ou onde houve migrações populacionais importantes.

Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS):

Por meio das MICS, o UNICEF apoia os países na coleta de dados confiáveis e mapeados globalmente. Desde 1995, foram realizadas aproximadamente 240 pesquisas em mais de cem países e áreas. Está em andamento a quinta etapa de MICS, envolvendo 60 países. As MICS estão entre as mais abrangentes

fontes de dados para o monitoramento dos progressos rumo aos objetivos de desenvolvimento da criança estabelecidos internacionalmente, incluindo os ODM. Outras informações estão disponíveis em www.childinfo.org.

Estimativas de mortalidade infantil

No relatório *Situação Mundial da Infância*, o UNICEF relata a cada ano uma série de estimativas de mortalidade infantil – incluindo taxa anual de mortalidade de bebês, taxa de mortalidade de menores de 5 anos e número de mortes de menores de 5 anos – para no mínimo dois anos de referência. Esses números representam as melhores estimativas disponíveis no momento da impressão do relatório, e estão baseados no trabalho do Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (GIEM), que inclui UNICEF, Organização Mundial da Saúde (OMS), Divisão de População das Nações Unidas e Banco Mundial. A cada ano, o GIEM atualiza essas estimativas de mortalidade, realizando uma revisão detalhada de todos os dados mais recentes colocados à disposição, o que resulta com frequência em ajustes nas estimativas relatadas anteriormente. Portanto, as estimativas publicadas em edições consecutivas do relatório *Situação Mundial da Infância* não devem ser utilizadas para analisar tendências de mortalidade ao longo do tempo. Na página 95, são apresentadas estimativas comparáveis sobre mortalidade de menores de 5 anos para o período de 1970 a 2011, nos níveis global e regional. Indicadores de mortalidade específicos por país para o período de 1970 a 2011, baseados nas estimativas mais recentes do GIEM, são apresentados na Tabela 10 (para 1970, 1990, 2000 e 2011), e estão disponíveis em www.childinfo.org e em www.childmortality.org.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (por mil nascidos vivos)

Região do UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
África ao sul do Saara	236	212	197	184	178	170	154	133	112	109
África Oriental e Meridional	214	191	183	170	162	155	135	112	88	84
África Ocidental e Central	259	237	215	202	197	190	175	155	135	132
Oriente Médio e Norte da África	190	157	122	90	72	61	52	44	37	36
Ásia Meridional	195	175	154	135	119	104	89	75	64	62
Leste da Ásia e Pacífico	120	92	75	62	55	49	39	29	22	20
América Latina e Caribe	117	100	81	65	53	43	34	26	22	19
ECO/CEI	88	75	68	56	48	45	35	28	22	21
Países menos desenvolvidos	238	223	206	186	171	156	136	118	102	98
Mundo	141	123	111	96	87	82	73	63	53	51

Mortes de menores de 5 anos (milhões)

Região do UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
África ao sul do Saara	3,1	3,2	3,4	3,5	3,8	4,0	4,0	3,8	3,4	3,4
África Oriental e Meridional	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,6	1,5	1,2	1,2
África Ocidental e Central	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1
Oriente Médio e Norte da África	1,2	1,1	1,0	0,8	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Ásia Meridional	5,3	5,1	5,0	4,6	4,3	3,9	3,3	2,7	2,4	2,3
Leste da Ásia e Pacífico	5,2	3,5	2,3	2,4	2,2	1,6	1,3	0,9	0,6	0,6
América Latina e Caribe	1,2	1,1	0,9	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2
ECO/CEI	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Países menos desenvolvidos	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,3	3,0	2,7	2,6
Mundo	16,9	14,8	13,1	12,7	12,0	10,8	9,6	8,2	7,1	6,9

Notas sobre tabelas específicas

TABELA 1. INDICADORES BÁSICOS

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos por gênero: Pela primeira vez, o GIEM produziu estatísticas específicas por gênero para taxas de mortalidade de menores de 5 anos. Detalhes sobre métodos de estimativas estão disponíveis no anexo do relatório mais recente do GIEM, em www.childmortality.org.

Participação da renda familiar: A participação percentual da renda familiar recebida pela parcela de 20% das famílias de renda mais alta e pela parcela de 40% das famílias de renda mais baixa foi transferida da Tabela 1 para a Tabela 7, onde agora é apresentada junto a outros indicadores econômicos.

TABELA 2. NUTRIÇÃO

Baixo peso, retardo de crescimento, marasmo e sobrepeso: O UNICEF e a OMS iniciaram um processo para harmonizar dados antropométricos utilizados para cálculos e estimativas de médias regionais e globais, além de análises de tendências. Como parte desse processo, médias regionais e globais de prevalência de baixo peso (moderado e grave), retardo de crescimento, marasmo e sobrepeso são calculadas a partir de um modelo descrito em M. de Onis *et al.* – Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition (*International Journal of Epidemiology*, v. 33, 2004,

p. 1260-1270). Devido a diferenças em fontes de dados – isto é, novos dados empíricos são incorporados à medida que estejam disponíveis – e na metodologia de avaliação, essas estimativas de médias regionais de prevalência talvez não sejam comparáveis às médias publicadas em edições anteriores do relatório *Situação Mundial da Infância*.

Suplementação de vitamina A: Este relatório apresenta apenas a cobertura completa (duas doses) de suplementação de vitamina A, enfatizando a importância de ministrar à criança duas doses anuais dessa vitamina, com espaço de quatro a seis meses entre elas. Na ausência de um método direto para medir esse indicador, a cobertura completa é relatada como a menor estimativa de cobertura para a primeira e a segunda etapas de determinado ano.

TABELA 3. SAÚDE

Tratamento de diarreia: Pela primeira vez, a tabela inclui tratamento de diarreia com sais de reidratação oral (SRO). O tratamento com SRO constitui um recurso fundamental para a sobrevivência da criança e, portanto, é fundamental que sua cobertura seja monitorada. Este indicador substituiu aquele utilizado em anos anteriores – tratamento de diarreia com terapia de reidratação oral e alimentação contínua –, que continuará disponível em www.childinfo.org.

Água e saneamento: As estimativas de cobertura de água potável e saneamento apresentadas neste relatório são provenientes do Programa de Monitoramento Conjunto para Abastecimento de Água e Saneamento (JMP), de OMS/UNICEF, e constituem as estimativas oficiais das Nações Unidas para medir os progressos rumo às metas dos ODM para água potável e saneamento. Detalhes completos sobre a metodologia do JMP podem ser encontrados em www.childinfo.org e www.wssinfo.org. Tendo em vista que o JMP utiliza curva de regressão linear aplicada aos dados de cobertura e de todos os levantamentos e recenseamentos por amostragem domiciliar disponíveis, e que dados adicionais são disponibilizados entre edições sucessivas de estimativas, não devem ser comparadas estimativas subsequentes desse programa.

Imunização: Este relatório apresenta dados da OMS e do UNICEF relativos à cobertura nacional de imunização, que constituem estimativas oficiais das Nações Unidas para medir os progressos em relação ao indicador de ODM de cobertura de vacinas para sarampo. Desde 2000, as estimativas vêm sendo atualizadas anualmente, em julho, após um processo de consulta que encaminha aos países relatórios preliminares para revisão e comentários. Uma vez que o sistema incorpora novos dados empíricos, os dados de cada revisão anual são substituídos pelos dados do ano seguinte e, portanto, não é possível fazer comparações entre os níveis de cobertura apresentados em revisões anteriores. Explicações mais detalhadas sobre o processo podem ser encontradas em www.childinfo.org/immunization_countryreports.html.

As médias regionais para seis antígenos relatadas são calculadas da seguinte maneira:

- Para BCG, as médias regionais incluem apenas os países nos quais essa vacina faz parte do programa nacional de imunização de rotina.
- Para vacinas contra DPT, pólio, sarampo, HepB e Hib, as médias regionais incluem todos os países.
- Para proteção ao nascer (PAN) contra tétano, as médias regionais incluem apenas os países em que há ocorrência endêmica de tétano materno e neonatal.

TABELA 4. HIV/aids

Em 2012, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaid) publicou novas estimativas nos níveis global, regional e nacional sobre HIV e aids relativas a 2011, que refletem mudanças básicas nas diretrizes da OMS para o tratamento de HIV em adultos e crianças, e para a prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança. Refletem também melhor avaliação da probabilidade de transmissão de HIV da mãe para a criança e melhorias nas taxas líquidas de sobrevivência para crianças infectadas. Além disso, estão disponíveis dados mais confiáveis a partir de levantamentos baseados em populações, sistemas nacionais ampliados de vigilância e estatísticas de serviços de programas em diversos países. Com base na metodologia aprimorada, o Unaid gerou, retrospectivamente, novas estimativas sobre prevalência de HIV, número de pessoas que vivem com HIV e daquelas que necessitam de tratamento, mortes relacionadas à aids, novos casos de infecção por HIV, e número de crianças cujos pais morreram nos últimos anos

devido a qualquer causa, inclusive aids. Apenas as novas estimativas devem ser utilizadas para análise de tendências. As novas estimativas sobre HIV e aids incluídas nesta tabela serão incluídas também no relatório *Global AIDS, 2012*, da Unaid, a ser publicado.

De maneira geral, números globais e regionais apresentados no relatório *Situação Mundial da Infância 2013* não são comparáveis a estimativas publicadas anteriormente. Outras informações relativas a estimativas sobre HIV e aids, metodologias e atualizações podem ser encontradas em www.unaids.org.

TABELA 5. EDUCAÇÃO

Etapas de escolaridade: Todos os dados referem-se à Classificação Internacional Padronizada da Educação (ISCED) oficial para os níveis de educação primário e secundário e, portanto, é possível que não correspondam diretamente ao sistema escolar específico de cada país.

No sistema escolar brasileiro, regido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), a correspondência com a ISCED (*em itálico*) faz-se da seguinte forma:

- *Educação pré-primária:*
Educação infantil (EI): creche (0-3 anos de idade) e pré-escola (4-5 anos de idade);
- *Educação primária ou primeiro estágio da educação básica:*
Ciclo inicial do ensino fundamental (EF1) (6-11 anos de idade);
- *Ensino secundário inferior ou segundo estágio da educação básica:*
Ciclo final do ensino fundamental (EF2) (12-15 anos de idade);
- *Ensino secundário superior:*
Ensino médio (EM) (16-18 anos de idade).

TABELA 8. MULHERES

Razão de mortalidade materna (ajustada): A tabela apresenta razões “ajustadas” de mortalidade materna referentes a 2010, produzidas pelo Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Materna (GIEMM), composto por OMS, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Banco Mundial e especialistas técnicos independentes. Para calcular essas estimativas, o Grupo Interagências utilizou uma abordagem dual: o ajuste nas estimativas existentes de mortalidade materna a partir de sistemas de registro civil, para corrigir erros de classificação e sub-relatos; e um modelo para gerar dados em países que não dispõem de estimativas confiáveis sobre mortalidade materna em nível nacional. Essas estimativas “ajustadas” não devem ser comparadas a estimativas anteriores do Grupo Interagência. O relatório completo contendo todas as estimativas nacionais e regionais referentes a 1990, 1995, 2000, 2005 e 2010, assim como detalhes sobre a metodologia, pode ser encontrado em www.childinfo.org/maternal_mortality.html.

TABELA 9. PROTEÇÃO À CRIANÇA

Disciplina violenta: Estimativas utilizadas em publicações do UNICEF e em relatórios nacionais das MICS realizadas antes

de 2010 foram calculadas por meio de ponderação domiciliar, que não levou em consideração a última etapa de seleção de crianças para a realização do módulo de disciplina infantil nas MICS (para a administração do módulo de disciplina infantil, uma criança entre 2 e 14 anos de idade é selecionada aleatoriamente). Em janeiro de 2010, ficou decidido que, quando essa última etapa de seleção é considerada, as estimativas produzidas por meio de ponderação domiciliar resultam mais precisas. Dados da MICS-3 foram recalculados utilizando essa abordagem. Todas as publicações do UNICEF produzidas após 2010, inclusive este relatório – *Situação Mundial da Infância 2013* –, utilizam estimativas revisadas.

Trabalho infantil: Novos dados resultantes da quarta rodada das MICS (MICS-4, 2009-2012), incluídos na tabela, foram recalculados de acordo com a definição do indicador utilizada na MICS-3, para garantir comparabilidade entre países. De acordo com essa definição, atividades como buscar água ou recolher lenha são classificadas como tarefas domésticas, e não como atividade econômica. Sob essa abordagem, para que uma criança entre 5 e 14 anos de idade fosse considerada trabalhadora infantil, seria preciso que estivesse envolvida nessas atividades por pelo menos 28 horas semanais.

TABELA 10. TAXAS DE PROGRESSO

A Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos (TMM5) é utilizada como o principal indicador dos progressos em direção ao bem-estar da criança. Em 1970, aproximadamente 16,9 milhões de crianças menores de 5 anos de idade morriam a cada ano. Em comparação, em 2011, foi estimado em 6,9 milhões o número de crianças que morreram antes de seu quinto aniversário – o que coloca em evidência uma queda significativa, no longo prazo, no número global de mortes de menores de 5 anos.

A TMM5 apresenta várias vantagens como instrumento para aferir o bem-estar da criança:

- Em primeiro lugar, a TMM5 mede um resultado final do processo de desenvolvimento, e não um “fator de contribuição” – como nível de matrículas, disponibilidade de calorias *per capita* ou o número de médicos por mil habitantes, que representam meios para determinado fim.
- Em segundo lugar, sabe-se que a TMM5 representa o resultado de uma ampla variedade de fatores de contribuição: por exemplo, antibióticos para tratar pneumonia; mosquiteiros tratados com inseticida para evitar a malária; bem-estar nutricional e conhecimento das mães sobre saúde; nível de imunização e uso da terapia de reidratação oral; disponibilidade de serviços de saúde para a mãe e para a criança, inclusive atendimento pré-natal; disponibilidade de renda e de alimentos na família; disponibilidade de água potável e de saneamento básico; e segurança do ambiente da criança de maneira geral.
- Em terceiro lugar, a TMM5 é menos suscetível à falácia da média do que, por exemplo, a Renda Nacional Bruta

per capita (RNB). Isso ocorre porque a escala natural não permite que a probabilidade de uma criança rica sobreviver seja mil vezes maior do que a de uma criança pobre, ainda que a escala feita pelo homem lhe permita ter uma renda mil vezes maior. Em outras palavras, é muito mais difícil que uma TMM5 nacional seja afetada por uma minoria rica, e, portanto, esse indicador representa um quadro mais fiel, ainda que imperfeito, das condições de saúde da maioria das crianças e da sociedade como um todo.

A velocidade dos progressos na redução da TMM5 pode ser avaliada pelo cálculo de sua Taxa de Redução Anual (TRA). Ao contrário da comparação de mudanças absolutas, a TRA mede as mudanças relativas que refletem diferenças em comparação com o valor inicial.

À medida que são atingidos níveis mais baixos de mortalidade de menores de 5 anos, a mesma redução absoluta representa uma redução percentual maior. Assim sendo, a TRA reflete uma taxa de progressos mais elevada para, por exemplo, uma redução de dez pontos, se essa redução ocorrer em um nível mais baixo de mortalidade de menores de 5 anos *versus* um nível mais alto ao longo do mesmo período. Uma queda de dez pontos na TMM5 – de 100 para 90 – representa uma redução de 10%, correspondendo a uma TRA de 0,5%; por outro lado, a mesma queda de dez pontos, mas de 20 para 10, representa uma redução de 50%, ou uma TRA de 3,3% (um valor negativo para a redução percentual indica um aumento na TMM5 ao longo do período especificado).

Quando utilizadas em conjunto com taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), a TMM5 e sua taxa de redução podem dar uma ideia dos progressos que estão sendo realizados por qualquer país, área ou região, ao longo de qualquer período de tempo, em direção ao atendimento de algumas das necessidades humanas mais essenciais.

Como mostra a Tabela 10, não há uma relação fixa entre a taxa de redução anual da TMM5 e a taxa de crescimento anual do PIB *per capita*. Essas comparações contribuem para tornar clara a relação entre progressos econômicos e desenvolvimento humano.

Por fim, a tabela fornece a taxa total de fertilidade para cada país e cada área, e a TRA correspondente. É evidente que muitas das nações que conseguiram reduções significativas em suas TMM5 alcançaram também reduções significativas em suas taxas de fertilidade.

TABELAS 12-13: DISPARIDADE

Tratamento da diarreia: Pela primeira vez, essas tabelas incluem o tratamento da diarreia com sais de reidratação oral, em substituição ao indicador utilizado anteriormente – tratamento da diarreia com terapia de reidratação oral e alimentação continuada.

Explicação dos símbolos

Os símbolos apresentados a seguir são comuns a todas as tabelas:

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos no cálculo das médias regionais ou globais.
- y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relativos ao período de referência indicado, esses dados são incluídos no cálculo das médias regionais e globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

Fontes e anos relativos a dados específicos estão disponíveis em www.childinfo.org. Símbolos apresentados em tabelas específicas são explicados nas notas de rodapé da própria tabela.

Classificação regional

As médias apresentadas ao final de cada uma das 14 tabelas estatísticas são calculadas utilizando dados dos países e das áreas, conforme a classificação a seguir.

África ao sul do Saara

África Oriental e Meridional; África Ocidental e Central; Djibuti e Sudão.¹

África Oriental e Meridional

África do Sul; Angola; Botsuana; Burundi; Comores; Eritreia; Etiópia; Lesoto; Madagascar; Malawi; Maurício; Moçambique; Namíbia; Quênia; Ruanda; Seicheles; Somália; Suazilândia; Sudão do Sul¹; Tanzânia; Uganda; Zâmbia; Zimbábue.

África Ocidental e Central

Benin; Burkina Fasso; Camarões; Cabo Verde; Chade; Congo; Costa do Marfim; Gabão; Gâmbia; Gana; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Libéria; Mali; Mauritânia; Níger; Nigéria; República Centro-Africana; República Democrática do Congo; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Togo.

Oriente Médio e Norte da África

Arábia Saudita; Argélia; Barein; Catar; Djibuti; Egito; Emirados Árabes Unidos; Estado da Palestina; Iêmen; Irã; Iraque; Jordânia; Kwait; Líbano; Líbia; Marrocos; Omã; Síria; Sudão¹; Tunísia.

Ásia Meridional

Afeganistão; Bangladesh; Butão; Índia; Maldivas; Nepal; Paquistão; Sri Lanka.

Leste da Ásia e Pacífico

Brunei; Camboja; China; Cingapura; Coreia do Norte; Coreia do Sul; Fiji; Filipinas; Ilhas Cook; Ilhas Marshall; Ilhas Salomão; Indonésia; Laos; Malásia; Mianmar; Micronésia; Mongólia; Nauru; Niue; Palau; Papua Nova Guiné; Kiribati; Samoa; Tailândia; Timor Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnã.

América Latina e Caribe

Antígua e Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belize; Bolívia; Brasil; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Dominica; El Salvador; Equador; Granada; Guatemala; Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; México; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; República Dominicana; Santa Lúcia; São Cristóvão e Névis; São Vicente e Granadinas; Suriname; Trinidad e Tobago; Uruguai; Venezuela.

ECO/CEI

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Belarus; Bósnia e Herzegovina; Bulgária; Cazaquistão; Croácia; Federação Russa; Geórgia; Macedônia; Moldova; Montenegro; Quirguistão; Romênia; Sérvia; Tadjiquistão; Turcomenistão; Turquia; Ucrânia; Uzbequistão.

Países/áreas menos desenvolvidos

(Assim classificados pelo Alto Representante da Organização das Nações Unidas para Países Menos Desenvolvidos, Países em Desenvolvimento sem Fronteiras Marítimas e Estados Insulares em Desenvolvimento – UN-OHRLS).

Afeganistão; Angola; Bangladesh; Benin; Burkina Fasso; Burundi; Butão; Camboja; Chade; Comores; Djibuti; Eritreia; Etiópia; Gâmbia; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Haiti; Iêmen; Ilhas Salomão; Laos; Lesoto; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritânia; Mianmar; Moçambique; Nepal; Níger; Kiribati; República Centro-Africana; República Democrática do Congo; Ruanda; Samoa; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Somália; Sudão¹; Sudão do Sul¹; Tanzânia; Timor Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Zâmbia.

Classificação por mortalidade de menores de 5 anos

A lista a seguir apresenta os países e áreas classificados em ordem decrescente de sua taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) estimada para 2011, um indicador crítico do bem-estar da criança. Nas tabelas apresentadas nas páginas seguintes, países e áreas são apresentados em ordem alfabética.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2011)			Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2011)			Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2011)		
Países e áreas	Valor	Classificação	Países e áreas	Valor	Classificação	Países e áreas	Valor	Classificação
Serra Leoa	185	1	Iraque	38	67	Kuwait	11	133
Somália	180	2	Guiana	36	68	Maldivas	11	133
Mali	176	3	Coreia do Norte	33	69	Barein	10	135
Chade	169	4	Marrocos	33	69	Costa Rica	10	135
Rep. Dem. do Congo	168	5	Indonésia	32	71	Ilhas Cook	10	135
República Centro-Africana	164	6	Mongólia	31	72	Macedônia	10	135
Guiné-Bissau	161	7	Quirguistão	31	72	Ucrânia	10	135
Angola	158	8	Argélia	30	74	Uruguai	10	135
Burquina Fasso	146	9	Guatemala	30	74	Arábia Saudita	9	141
Burundi	139	10	Suriname	30	74	Chile	9	141
Camarões	127	11	Tuvalu	30	74	Líbano	9	141
Guiné	126	12	Cazaquistão	28	78	Omã	9	141
Níger	125	13	Trinidad e Tobago	28	78	Antígua e Barbuda	8	145
Nigéria	124	14	Botsuana	26	80	Bósnia e Herzegovina	8	145
Sudão do Sul ¹	121	15	Ilhas Marshall	26	80	Catar	8	145
Guiné Equatorial	118	16	Nicarágua	26	80	Eslováquia	8	145
Costa do Marfim	115	17	Filipinas	25	83	Estados Unidos	8	145
Mauritânia	112	18	Irã	25	83	Letônia	8	145
Togo	110	19	República Dominicana	25	83	Brunei	7	151
Benin	106	20	Equador	23	86	Emirados Árabes Unidos	7	151
Suazilândia	104	21	Estado da Palestina	22	87	Malásia	7	151
Moçambique	103	22	Ilhas Salomão	22	87	Montenegro	7	151
Afganistão	101	23	Paraguai	22	87	São Cristóvão e Névis	7	151
Gâmbia	101	23	Vietnã	22	87	Sérvia	7	151
Congo	99	25	Cabo Verde	21	91	Belarus	6	157
Djibuti	90	26	Egito	21	91	Canadá	6	157
Uganda	90	26	Geórgia	21	91	Cuba	6	157
São Tomé e Príncipe	89	28	Honduras	21	91	Hungria	6	157
Lesoto	86	29	Jordânia	21	91	Lituânia	6	157
Sudão ¹	86	29	Niue	21	91	Malta	6	157
Malauí	83	31	São Vicente e Granadinas	21	91	Nova Zelândia	6	157
Zâmbia	83	31	Barbados	20	98	Polónia	6	157
Comores	79	33	Panamá	20	98	Austrália	5	165
Gana	78	34	Palau	19	100	Croácia	5	165
Libéria	78	34	Samoa	19	100	Coreia do Sul	5	165
Etiópia	77	36	Armênia	18	102	Reino Unido	5	165
Iêmen	77	36	Colômbia	18	102	Alemanha	4	169
Quênia	73	38	Jamaica	18	102	Áustria	4	169
Paquistão	72	39	Peru	18	102	Bélgica	4	169
Haiti	70	40	Belize	17	106	Dinamarca	4	169
Eritreia	68	41	Bahamas	16	107	Espanha	4	169
Tanzânia	68	41	Brasil	16	107	Estônia	4	169
Zimbábue	67	43	Fiji	16	107	França	4	169
Gabão	66	44	Líbia	16	107	Grécia	4	169
Senegal	65	45	México	16	107	Holanda	4	169
Tadjiquistão	63	46	Moldova	16	107	Irlanda	4	169
Madagascar	62	47	Santa Lúcia	16	107	Israel	4	169
Mianmar	62	47	Tunísia	16	107	Itália	4	169
Índia	61	49	China	15	115	Mônaco	4	169
Papua Nova Guiné	58	50	El Salvador	15	115	República Tcheca	4	169
Butão	54	51	Maurício	15	115	Suíça	4	169
Ruanda	54	51	Síria	15	115	Andorra	3	184
Timor Leste	54	51	Tonga	15	115	Chipre	3	184
Turcomenistão	53	54	Turquia	15	115	Cingapura	3	184
Bolívia	51	55	Venezuela	15	115	Eslovênia	3	184
Uzbequistão	49	56	Albânia	14	122	Finlândia	3	184
Nepal	48	57	Argentina	14	122	Islândia	3	184
África do Sul	47	58	Seicheles	14	122	Japão	3	184
Kiribati	47	58	Granada	13	125	Luxemburgo	3	184
Bangladesh	46	60	Romênia	13	125	Noruega	3	184
Azerbaijão	45	61	Vanuatu	13	125	Portugal	3	184
Camboja	43	62	Bulgária	12	128	Suécia	3	184
Laos	42	63	Dominica	12	128	San Marino	2	195
Micronésia	42	63	Federação Russa	12	128	Santa Sé	–	–
Namíbia	42	63	Sri Lanka	12	128	Liechtenstein	–	–
Nauru	40	66	Tailândia	12	128			

¹ Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação e estão incluídos nas médias para as regiões da África Oriental e Meridional, Oriente Médio e África ao sul do Saara, assim como nas médias da categoria de países/áreas menos desenvolvidos. Para este relatório, o Sudão do Sul está classificado entre os países menos desenvolvidos.

TABELA 1: INDICADORES BÁSICOS

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5)		TMM5, por sexo 2011		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2011	População total (milhares) 2011	Número anual de nascimentos (milhares) 2011	Nº anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2011	RNB per capita (US\$) 2011	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2011	Taxa total de alfabetização de adultos (%) 2007-2011*	Taxa líquida de matrículas na escola primária (%) 2008-2011*
		1990	2011	Meninos	Meninas	1990	2011								
Afganistão	23	192	101	103	99	129	73	36	32.358	1.408	128	410 x	49	–	–
África do Sul	58	62	47	50	44	48	35	19	50.460	1.052	47	6.960	53	89	90
Albânia	122	41	14	15	14	36	13	7	3.216	41	1	3.980	77	96	80
Alemanha	169	9	4	4	4	7	3	2	82.163	699	3	43.980	80	–	100
Andorra	184	8	3	4	3	7	3	1	86	–	0	41.750 x	–	–	79
Angola	8	243	158	165	150	144	96	43	19.618	803	120	4.060	51	70	86
Antígua e Barbuda	145	27	8	9	7	23	6	4	90	–	0	12.060	–	99	88
Arábia Saudita	141	43	9	10	8	34	8	5	28.083	605	6	17.820	74	87	90
Argélia	74	66	30	32	28	54	26	17	35.980	712	21	4.470	73	73	97
Argentina	122	28	14	16	13	24	13	8	40.765	693	10	9.740	76	98	–
Armênia	102	47	18	19	15	40	16	11	3.100	47	1	3.360	74	100	–
Austrália	165	9	5	5	4	8	4	3	22.606	307	1	46.200 x	82	–	97
Áustria	169	9	4	5	4	8	4	3	8.413	74	0	48.300	81	–	–
Azerbaijão	61	95	45	47	43	75	39	19	9.306	184	8	5.290	71	100	85
Bahamas	107	22	16	17	15	18	14	7	347	5	0	21.970 x	76	–	98
Bangladesh	60	139	46	48	44	97	37	26	150.494	3.016	134	770	69	57	–
Barbados	98	18	20	22	18	16	18	10	274	3	0	12.660 x	77	–	95
Barein	135	21	10	10	10	18	9	4	1.324	23	0	15.920 x	75	92	–
Bélgica	169	10	4	5	4	9	4	2	10.754	123	1	46.160	80	–	99
Belize	106	44	17	19	15	35	15	8	318	8	0	3.690	76	–	97
Benin	20	177	106	109	103	107	68	31	9.100	356	36	780	56	42	94
Belarus	157	17	6	6	5	14	4	3	9.559	107	1	5.830	70	100	92
Bolívia	55	120	51	54	48	83	39	22	10.088	264	13	2.040	67	91	–
Bósnia e Herzegovina	145	19	8	9	7	17	7	5	3.752	32	0	4.780	76	98	87
Botsuana	80	53	26	28	24	41	20	11	2.031	47	1	7.480	53	84	87
Brasil	107	58	16	17	14	49	14	10	196.655	2.996	44	10.720	73	90	–
Brunei	151	12	7	8	7	9	6	4	406	8	0	31.800 x	78	95	–
Bulgária	128	22	12	13	11	19	11	7	7.446	75	1	6.550	73	98	100
Burquina Fasso	9	208	146	151	142	105	82	34	16.968	730	101	570	55	29	58
Burundi	10	183	139	145	133	110	86	43	8.575	288	39	250	50	67	–
Butão	51	138	54	57	50	96	42	25	738	15	1	2.070	67	53 x	90
Cabo Verde	91	58	21	23	20	45	18	10	501	10	0	3.540	74	84	93
Camarões	11	145	127	135	120	90	79	33	20.030	716	88	1.210	52	71	94
Camboja	62	117	43	47	37	85	36	19	14.305	317	13	830	63	74	96
Canadá	157	8	6	6	5	7	5	4	34.350	388	2	45.560	81	–	–
Catar	145	20	8	8	7	17	6	4	1.870	21	0	80.440	78	96	96
Cazaquistão	78	57	28	32	24	48	25	14	16.207	345	11	8.220	67	100	100
Chade	4	208	169	177	160	113	97	42	11.525	511	79	690	50	34	–
Chile	141	19	9	10	8	16	8	5	17.270	245	2	12.280	79	99	94
China	115	49	15	15	14	39	13	9	1.347.565	16.364	249	4.930	73	94	100 z
Chipre	184	11	3	3	3	10	3	1	1.117	13	0	29.450 x	80	98	99
Cingapura	184	8	3	3	2	6	2	1	5.188	47	0	42.930	81	96	–
Colômbia	102	34	18	20	16	28	15	11	46.927	910	16	6.110	74	93	92
Comores	33	122	79	85	74	86	59	32	754	28	2	770	61	75	–
Congo	25	119	99	103	94	75	64	32	4.140	145	14	2.270	57	–	91
Coreia do Norte	69	45	33	35	32	23	26	18	24.451	348	12	d	69	100	–
Coreia do Sul	165	8	5	5	4	6	4	2	48.391	479	3	20.870	81	–	99
Costa do Marfim	17	151	115	125	105	104	81	41	20.153	679	75	1.100	55	56	61
Costa Rica	135	17	10	11	9	15	9	6	4.727	73	1	7.660	79	96	–
Croácia	165	13	5	6	5	11	4	3	4.396	43	0	13.850	77	99	96
Cuba	157	13	6	6	5	11	5	3	11.254	110	1	5.460 x	79	100	100
Dinamarca	169	9	4	4	3	7	3	2	5.573	64	0	60.390	79	–	96
Djibuti	26	122	90	95	84	94	72	33	906	26	2	1.270 x	58	–	45
Dominica	128	17	12	13	11	14	11	8	68	–	0	7.090	–	–	98
Egito	91	86	21	22	20	63	18	7	82.537	1.886	40	2.600	73	72	96
El Salvador	115	60	15	17	14	47	13	6	6.227	126	2	3.480	72	84	95
Emirados Árabes Unidos	151	22	7	7	6	19	6	4	7.891	94	1	40.760	77	90 x	–
Equador	86	52	23	25	21	41	20	10	14.666	298	7	4.140	76	92	98
Eritreia	41	138	68	74	61	86	46	22	5.415	193	13	430	62	68	35
Eslôvaquia	145	18	8	9	7	16	7	4	5.472	58	0	16.070	75	–	–
Eslovênia	184	10	3	3	3	9	2	2	2.035	20	0	23.610	79	100	97
Espanha	169	11	4	5	4	9	4	3	46.455	499	2	30.990	81	98	100
Estado da Palestina	87	43	22	23	21	36	20	13	4.152	137	3	a	73	95	89
Estados Unidos	145	11	8	8	7	9	6	4	313.085	4.322	32	48.450	79	–	96

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5)		TMM5, por sexo 2011		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2011	População total (milhares) 2011	Número anual de nascimentos (milhares) 2011	Nº anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2011	RNB per capita (US\$) 2011	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2011	Taxa total de alfabetização de adultos (%) 2007-2011*	Taxa líquida de matrículas na escola primária (%) 2008-2011*
		1990	2011	Meninos	Meninas	1990	2011								
Estônia	169	20	4	4	3	16	3	2	1.341	16	0	15.200	75	100	96
Etiópia	36	198	77	82	72	118	52	31	84.734	2.613	194	400	59	39	82
Federação Russa	128	27	12	13	10	23	10	7	142.836	1.689	20	10.400	69	100	96
Fiji	107	30	16	18	15	25	14	8	868	18	0	3.680	69	–	99
Filipinas	83	57	25	29	22	40	20	12	94.852	2.358	57	2.210	69	95	89
Finlândia	184	7	3	3	3	6	2	2	5.385	61	0	48.420	80	–	98
França	169	9	4	5	4	7	3	2	63.126	792	3	42.420	82	–	99
Gabão	44	94	66	72	59	69	49	25	1.534	42	3	7.980	63	88	–
Gâmbia	23	165	101	107	94	78	58	34	1.776	67	6	610	58	50	69
Gana	34	121	78	83	72	76	52	30	24.966	776	60	1.410	64	67	84
Geórgia	91	47	21	23	18	40	18	15	4.329	51	1	2.860	74	100	100
Granada	125	21	13	13	12	17	10	7	105	2	0	7.220	76	–	97
Grécia	169	13	4	5	4	12	4	3	11.390	117	1	25.030	80	97	–
Guatemala	74	78	30	33	28	56	24	15	14.757	473	14	2.870	71	75	99
Guiana	68	63	36	40	32	48	29	20	756	13	0	2.900 x	70	–	84
Guiné	12	228	126	128	123	135	79	39	10.222	394	48	440	54	41	77
Guiné Equatorial	16	190	118	124	112	118	80	37	720	26	3	14.540	51	94	56
Guiné-Bissau	7	210	161	174	147	125	98	44	1.547	59	9	600	48	54	75
Haiti	40	143	70	74	66	99	53	25	10.124	266	19	700	62	49 x	–
Holanda	169	8	4	4	4	7	3	3	16.665	181	1	49.730	81	–	100
Honduras	91	55	21	23	20	43	18	11	7.755	205	4	1.970	73	85	96
Hungria	157	19	6	7	6	17	5	4	9.966	100	1	12.730	74	99	98
Iêmen	36	126	77	80	73	89	57	32	24.800	940	70	1.070	65	64	78
Ilhas Cook	135	19	10	11	8	16	8	5	20	–	0	–	–	–	98
Ilhas Marshall	80	52	26	29	23	41	22	12	55	–	0	3.910	–	–	99
Ilhas Salomão	87	42	22	21	22	34	18	11	552	17	0	1.110	68	–	–
Índia	49	114	61	59	64	81	47	32	1.241.492	27.098	1.655	1.410	65	63	98
Indonésia	71	82	32	34	29	54	25	15	242.326	4.331	134	2.940	69	93	99
Irã	83	61	25	25	25	47	21	14	74.799	1.255	33	4.520 x	73	85	–
Iraque	67	46	38	41	35	37	31	20	32.665	1.144	42	2.640	69	78	–
Irlanda	169	9	4	4	4	8	3	2	4.526	72	0	38.580	81	–	100
Islândia	184	6	3	3	2	5	2	1	324	5	0	35.020	82	–	99
Israel	169	12	4	5	4	10	4	2	7.562	156	1	28.930	82	–	97
Itália	169	10	4	4	3	8	3	2	60.789	557	2	35.330	82	99	99
Jamaica	102	35	18	21	16	28	16	11	2.751	50	1	4.980	73	87	82
Japão	184	6	3	4	3	5	2	1	126.497	1.073	4	45.180	83	–	100
Jordânia	91	37	21	22	19	31	18	12	6.330	154	3	4.380	73	93	91
Kiribati	58	88	47	50	45	64	38	19	101	–	0	2.110	–	–	–
Kuwait	133	17	11	12	10	14	9	5	2.818	50	1	48.900 x	75	94	98
Laos	63	148	42	44	39	102	34	18	6.288	140	6	1.130	67	73 x	97
Lesoto	29	88	86	93	79	71	63	39	2.194	60	5	1.220	48	90	74
Letônia	145	21	8	9	8	17	7	5	2.243	24	0	12.350	73	100	96
Líbano	141	33	9	10	9	27	8	5	4.259	65	1	9.110	73	90	93
Libéria	34	241	78	83	74	161	58	27	4.129	157	12	240	57	61	–
Líbia	107	44	16	17	16	33	13	10	6.423	144	2	12.320 x	75	89	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	36	–	–	137.070 x	–	–	99
Lituânia	157	17	6	6	5	14	5	3	3.307	35	0	12.280	72	100	96
Luxemburgo	184	8	3	3	3	7	2	2	516	6	0	78.130	80	–	97
Macedônia	135	38	10	11	9	34	9	6	2.064	22	0	4.730	75	97	98
Madagascar	47	161	62	65	58	98	43	23	21.315	747	45	430	67	64	–
Malásia	151	17	7	7	6	15	6	3	28.859	579	4	8.420	74	93	–
Malauí	31	227	83	87	79	134	53	27	15.381	686	52	340	54	75	97
Maldivas	133	105	11	12	10	76	9	7	320	5	0	6.530	77	98 x	97
Mali	3	257	176	182	169	132	98	49	15.840	728	121	610	51	31	66
Malta	157	11	6	7	5	10	5	4	418	4	0	18.620 x	80	92 x	94
Marrocos	69	81	33	35	30	64	28	19	32.273	620	21	2.970	72	56	94
Maurício	115	24	15	16	14	21	13	9	1.307	16	0	8.240	73	89	93
Mauritânia	18	125	112	120	104	81	76	40	3.542	118	13	1.000	59	58	74
México	107	49	16	17	14	38	13	7	114.793	2.195	34	9.240	77	93	100
Mianmar	47	107	62	69	56	77	48	30	48.337	824	53	d	65	92	–
Micronésia	63	56	42	47	36	44	34	17	112	3	0	2.900	69	–	–
Moçambique	22	226	103	107	99	151	72	34	23.930	889	86	470	50	56	92
Moldova	107	35	16	17	15	29	14	8	3.545	44	1	1.980	69	99	90
Mônaco	169	8	4	4	3	6	3	2	35	–	0	183.150 x	–	–	–
Mongólia	72	107	31	35	26	76	26	12	2.800	65	2	2.320	68	97	99

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5)		TMM5, por sexo 2011		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2011	População total (milhares) 2011	Número anual de nascimentos (milhares) 2011	Nº anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2011	RNB per capita (US\$) 2011	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2011	Taxa total de alfabetização de adultos (%) 2007-2011*	Taxa líquida de matrículas na escola primária (%) 2008-2011*
		1990	2011	Meninos	Meninas	1990	2011								
Montenegro	151	18	7	8	7	16	7	5	632	8	0	7.060	75	98	83
Namíbia	63	73	42	45	38	49	30	18	2.324	60	2	4.700	62	89	86
Nauru	66	40	40	56	24	32	32	22	10	–	0	–	–	–	–
Nepal	57	135	48	49	47	94	39	27	30.486	722	34	540	69	60	–
Nicarágua	80	66	26	29	22	50	22	13	5.870	138	4	1.170	74	78 x	94
Níger	13	314	125	127	122	133	66	32	16.069	777	89	360	55	29 x	58
Nigéria	14	214	124	129	119	127	78	39	162.471	6.458	756	1.200	52	61	58
Niue	91	14	21	21	21	12	18	10	1	–	0	–	–	–	–
Noruega	184	8	3	3	3	7	3	2	4.925	61	0	88.890	81	–	99
Nova Zelândia	157	11	6	7	5	9	5	3	4.415	64	0	29.350 x	81	–	99
Omã	141	48	9	9	8	36	7	5	2.846	50	0	19.260 x	73	87	98
Palau	100	32	19	23	14	27	14	9	21	–	0	7.250	–	–	–
Panamá	98	33	20	21	18	26	17	9	3.571	70	1	7.910	76	94	99
Papua Nova Guiné	50	88	58	60	55	64	45	23	7.014	208	12	1.480	63	61	–
Paquistão	39	122	72	76	68	95	59	36	176.745	4.764	352	1.120	65	55	74
Paraguai	87	53	22	25	20	41	19	13	6.568	158	3	2.970	72	94	86
Peru	102	75	18	20	17	54	14	9	29.400	591	11	5.500	74	90	98
Polónia	157	17	6	6	5	15	5	4	38.299	410	2	12.480	76	100	96
Portugal	184	15	3	4	3	11	3	2	10.690	97	0	21.250	79	95	99
Quênia	38	98	73	78	67	64	48	27	41.610	1.560	107	820	57	87	84
Quirguistão	72	70	31	34	28	58	27	16	5.393	131	4	920	68	99	95
Reino Unido	165	9	5	6	5	8	4	3	62.417	761	4	37.780	80	–	100
República Centro-Africana	6	169	164	170	157	112	108	46	4.487	156	25	470	48	56	71
Rep. Dem. do Congo	5	181	168	178	158	117	111	47	67.758	2.912	465	190	48	67	–
República Dominicana	83	58	25	27	23	45	21	14	10.056	216	5	5.240	73	90	93
República Tcheca	169	14	4	4	4	13	3	2	10.534	116	0	18.520	78	–	–
Romênia	125	37	13	14	11	31	11	8	21.436	221	3	7.910	74	98	88
Ruanda	51	156	54	57	51	95	38	21	10.943	449	23	570	55	71	99
Samoa	100	30	19	21	16	25	16	8	184	4	0	3.190	72	99	95
San Marino	195	12	2	2	2	11	2	1	32	–	0	50.400 x	–	–	92
Santa Lúcia	107	23	16	17	14	18	14	9	176	3	0	6.680	75	–	90
Santa Sé	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–
São Cristóvão e Névis	151	28	7	8	6	22	6	5	53	–	0	12.480	–	–	86
São Tomé e Príncipe	28	96	89	92	86	62	58	29	169	5	0	1.360	65	89	99
São Vicente e Granadinas	91	27	21	23	19	21	20	13	109	2	0	6.100	72	–	98
Seicheles	122	17	14	15	13	14	12	9	87	–	0	11.130	–	92	–
Senegal	45	136	65	69	60	69	47	26	12.768	471	30	1.070	59	50	78
Serra Leoa	1	267	185	194	176	158	119	49	5.997	227	42	340	48	42	–
Sérvia	151	29	7	8	6	25	6	4	9.854	110	1	5.680	75	98	95
Síria	115	36	15	16	14	30	13	9	20.766	466	7	2.750 x	76	83	99
Somália	2	180	180	190	170	108	108	50	9.557	416	71	d	51	–	–
Sri Lanka	128	29	12	13	11	24	11	8	21.045	373	5	2.580	75	91	94
Suazilândia	21	83	104	113	94	61	69	35	1.203	35	4	3.300	49	87	86
Sudão*	29	123	86	91	81	77	57	31	34.318	–	95	–	–	–	–
Sudão do Sul*	15	217	121	122	119	129	76	38	10.314	–	43	a	–	–	–
Suécia	184	7	3	3	3	6	2	2	9.441	113	0	53.230	81	–	99
Suíça	169	8	4	5	4	7	4	3	7.702	77	0	76.380	82	–	99
Suriname	74	52	30	33	26	44	26	16	529	10	0	7.640 x	71	95	91
Tadjiquistão	46	114	63	70	56	89	53	25	6.977	194	12	870	68	100	98
Tailândia	128	35	12	13	11	29	11	8	69.519	824	10	4.420	74	94 x	90
Tanzânia	41	158	68	70	65	97	45	25	46.218	1.913	122	540	58	73	98
Timor Leste	51	180	54	57	51	135	46	24	1.154	44	2	2.730 x	62	58	86
Togo	19	147	110	118	102	85	73	36	6.155	195	21	560	57	57	94
Tonga	115	25	15	18	13	21	13	8	105	3	0	3.580	72	99 x	–
Trinidad e Tobago	78	37	28	31	24	32	25	18	1.346	20	1	15.040	70	99	97
Tunísia	107	51	16	18	15	40	14	10	10.594	179	3	4.070	75	78	99
Turcomenistão	54	94	53	57	48	75	45	22	5.105	109	5	4.110	65	100	–
Turquia	115	72	15	16	14	60	12	9	73.640	1.289	20	10.410	74	91	97
Tuvalu	74	58	30	33	27	45	25	14	10	–	0	5.010	–	–	–
Ucrânia	135	19	10	11	9	17	9	5	45.190	494	5	3.120	68	100	91
Uganda	26	178	90	97	83	106	58	28	34.509	1.545	131	510	54	73	91
Uruguai	135	23	10	11	9	20	9	5	3.380	49	1	11.860	77	98	99
Uzbequistão	56	75	49	55	42	62	42	15	27.760	589	30	1.510	68	99	92

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5)		TMM5, por sexo 2011		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2011	População total (milhares) 2011	Número anual de nascimentos (milhares) 2011	Nº anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2011	RNB per capita (US\$) 2011	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2011	Taxa total de alfabetização de adultos (%) 2007-2011*	Taxa líquida de matrículas na escola primária (%) 2008-2011*
		1990	2011	Meninos	Meninas	1990	2011								
		Vanuatu	125	39	13	14	12								
Venezuela	115	31	15	17	13	26	13	8	29.437	598	9	11.920	74	96	95
Vietnã	87	50	22	25	19	36	17	12	88.792	1.458	32	1.260	75	93	98
Zâmbia	31	193	83	86	80	114	53	27	13.475	622	46	1.160	49	71	93
Zimbábue	43	79	67	73	61	53	43	30	12.754	377	24	640	51	–	–

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1.447	–	1.300 x	61	–	–
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	---	---------	----	---	---

RESUMO DE INDICADORES*

África ao sul do Saara	178	109	114	103	107	69	34	876.497	32.584	3.370	1.269	55	63	76
África Oriental e Meridional	162	84	89	79	100	55	29	418.709	14.399	1.177	1.621	56	68	86
África Ocidental e Central	197	132	138	126	116	83	39	422.564	16.712	2.096	937	53	57	67
Oriente Médio e Norte da África	72	36	38	34	54	28	16	415.633	10.017	351	6.234	71	77	90
Ásia Meridional	119	62	61	63	85	48	32	1.653.679	37.402	2.309	1.319	66	62	92
Leste da Ásia e Pacífico	55	20	21	19	41	17	11	2.032.532	28.448	590	4.853	73	94	96
América Latina e Caribe	53	19	21	17	42	16	10	591.212	10.790	203	8.595	74	91	95
ECO/CEI	48	21	23	19	40	18	10	405.743	5.823	125	7.678	70	98	95
Países menos desenvolvidos	171	98	102	93	107	65	33	851.103	28.334	2.649	695	59	60	80
Mundial	87	51	53	50	61	37	22	6.934.761	135.056	6.914	9.513	69	84	91

σ Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos – Probabilidade de morrer entre o nascimento e exatamente 5 anos de idade, por mil nascidos vivos.

Taxa de mortalidade de bebês – Probabilidade de morrer entre o nascimento e exatamente 1 ano de idade, por mil nascidos vivos.

Taxa de mortalidade neonatal – Probabilidade de morrer durante os primeiros 28 dias de vida, por mil nascidos vivos.

RNB per capita – Renda Nacional Bruta (RNB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores nacionais, acrescida de todos os impostos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção, mais as receitas líquidas de rendas primárias (pagamento de empregados e rendas de propriedades) provenientes de fontes externas. A RNB per capita é a renda nacional bruta dividida pela população na metade do ano. A RNB per capita é convertida em dólares americanos pelo método do World Bank Atlas.

Expectativa de vida ao nascer – Número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte que, no momento de seu nascimento, são prevalentes para aquele grupo representativo da população.

Taxa de alfabetização de adultos – Número de indivíduos com 15 anos de idade ou mais que são alfabetizados como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Taxa líquida de matrículas na escola primária – Número de crianças matriculadas na escola primária ou na escola secundária, com idade oficial para a escola primária, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola primária. Devido à inclusão de crianças com idade de frequentar a escola primária e que estão matriculadas na escola secundária, também é possível referir-se a este indicador como razão líquida ajustada de matrículas na escola primária.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Taxas de mortalidade de menores de 5 anos e de bebês – Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (UNICEF, Organização Mundial da Saúde, Divisão de População das Nações Unidas e Banco Mundial).

Taxa de mortalidade neonatal – Organização Mundial da Saúde, utilizando sistemas de registro civil, sistemas de vigilância e levantamentos domiciliares.

População total e nascimentos – Divisão de População das Nações Unidas.

Mortes de menores de 5 anos – Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (UNICEF, Organização Mundial da Saúde, Divisão de População das Nações Unidas e Banco Mundial).

RNB per capita – Banco Mundial.

Expectativa de vida ao nascer – Divisão de População das Nações Unidas.

Taxa de alfabetização de adultos e taxa líquida de matrículas na escola primária – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE).

NOTAS

- a País de baixa renda (RNB per capita: US\$1.025 ou menos).
- b País de renda média baixa (RNB per capita: de US\$1.026 a US\$4.035).
- c País de renda média alta (RNB per capita: de US\$4.036 a US\$12.475).
- d País de alta renda (RNB per capita: US\$12.476 ou mais).
- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Esses dados não são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- z Dados fornecidos pelo Ministério da Educação da China. Atualmente, o conjunto de dados do Instituto da Unesco para Estatística não inclui dados sobre taxas líquidas de matrícula para a China.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

TABELA 2: NUTRIÇÃO

Países e áreas	Baixo peso ao nascer (%) 2007-2011*	Início imediato do aleitamento materno (%) 2007-2011*	Aleitamento materno exclusivo (< 6 meses) (%) 2007-2011*	Introdução de alimentos sólidos, semissólidos e macios (6 a 8 meses) (%) 2007-2011*	Aleitamento materno aos 2 anos (%) 2007-2011*	Baixo peso (%) ⁹ 2007-2011*		Retardo de crescimento (%) ⁹ 2007-2011*	Marasmo (%) ⁹ 2007-2011*	Sobrepeso (%) ⁹ 2007-2011*	Cobertura total de suplementação com vitamina A ³ (%) 2011	Consumo de sal iodado (%) 2007-2011*
						moderado e grave	grave					
						2007-2011*						
Afganistão	–	–	–	29 x	54 x	33 x	12 x	59 x	9 x	5 x	100	28 x
África do Sul	–	61 x	8 x	49 x	31 x	9	–	24	5	–	44	–
Albânia	7 x	43	39	78	31	5	2	19	9	23	–	76 y
Alemanha	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4 x	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	12 x	55	11 x	77 x	37 x	16 y	7 y	29 y	8 y	–	55	45
Antígua e Barbuda	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arábia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 x	–	–
Argélia	6 x	50 x	7 x	39 x y	22 x	3 x	1 x	15 x	4 x	13 x	–	61 x
Argentina	7	–	–	–	28	2 x	0 x	8 x	1 x	10 x	–	–
Armênia	7	36	35	48 y	23	5	1	19	4	17	–	97 x
Austrália	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Áustria	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaijão	10 x	32 x	12 x	83 x	16 x	8 x	2 x	25 x	7 x	14 x	–	54 x
Bahamas	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	22 x	36 x	64	71	90	36	10	41	16	2	94	84 x
Barbados	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Barein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	14	51 x	10 x	–	27 x	4 x	1 x	22 x	2 x	14 x	–	–
Benin	15 x	32	43 x	76 y	92	18 x	5 x	43 x	8 x	11 x	98	86
Belarus	4 x	21 x	9 x	38 x	4 x	1 x	1 x	4 x	2 x	10 x	–	94 y
Bolívia	6	64	60	83	40	4	1	27	1	9	21	89 y
Bósnia e Herzegovina	5 x	57 x	18 x	29 x	10 x	1 x	0 x	10 x	4 x	26 x	–	62 x
Botsuana	13	40	20	46 y	6	11	4	31	7	11	75	65
Brasil	8	43 x	41 y	70 x	25 x	2 x	–	7 x	2 x	7	–	96 x
Brunei	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgária	9	–	–	–	–	–	–	–	–	14 x	–	100 x
Burquina Fasso	16 x	20 x	25	61	80	26	7	35	11	–	87	34 x
Burundi	11 x	–	69	70 y	79	29	8	58	6	3	83	98 x
Butão	10	59	49	67	66	13	3	34	6	8	–	96 x
Cabo Verde	6 x	73 x	60 x	80 x	13 x	–	–	–	–	–	–	75
Camarões	11 x	20 x	20	63 x y	24	15	5	33	6	6	–	49 x
Camboja	11	65	74	82 y	43	28	7	40	11	2	92	83 y
Canadá	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Catar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cazaquistão	6 x	64 x	17 x	50 x	16 x	4 x	1 x	17 x	5 x	17 x	–	92 x
Chade	20	29	3	46	59	30	13	39	16	3	–	54
Chile	6	–	–	–	–	–	–	–	–	10	–	–
China	3	41	28	43 y	–	4	–	10	3	7	–	97 y
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cingapura	8 x	–	–	–	–	3 x	0 x	4 x	4 x	3 x	–	–
Colômbia	6 x	57	43	86	33	3	1	13	1	5	–	–
Comores	25 x	25 x	21 x	34 x	45 x	–	–	–	–	22 x	–	82 x
Congo	13 x	39 x	19 x	78 x	21 x	11 x	3 x	30 x	8 x	9 x	–	82 x
Coreia do Norte	6	18	65 x	31 x	36	19	4	32	5	–	100	25 y
Coreia do Sul	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa do Marfim	17 x	25 x	4 x	51 x	37 x	16 y	5 y	27 y	5 y	–	100	84 x
Costa Rica	7	–	15 x	92	40	1	–	6	1	8	–	–
Croácia	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	5	70 x	49	77	17	–	–	–	–	–	–	88 x
Dinamarca	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibuti	10 x	67	1 x	35 x	18 x	23 y	5 y	31 y	10 y	10 x	95	0 x
Dominica	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egito	13	56	53	70	35	6	1	29	7	21	–	79
El Salvador	9	33	31	72 y	54	6 y	1 y	19 y	1 y	6	–	62 x
Emirados Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Equador	8	–	40 x	77 x	23 x	6 x	–	–	–	5 x	–	–
Eritreia	14 x	78 x	52 x	43 x	62 x	35 x	13 x	44 x	15 x	2 x	46	68 x
Eslováquia	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovênia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Espanha	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado da Palestina	7 x	–	27 x	–	–	–	–	–	–	–	–	86 x

Países e áreas	Baixo peso ao nascer (%) 2007-2011*	Início imediato do aleitamento materno (%)	Aleitamento materno exclusivo (< 6 meses) (%)	Introdução de alimentos sólidos, semissólidos e macios (6 a 8 meses) (%)	Aleitamento materno aos 2 anos (%)	Baixo peso (%)* 2007-2011*		Retardo de crescimento (%)* 2007-2011*	Marasmo (%)* 2007-2011*	Sobrepeso (%)* 2007-2011*	Cobertura total de suplementação com vitamina A ¹ (%) 2011	Consumo de sal iodado (%) 2007-2011*
						moderado e grave	grave					
						2007-2011*						
Estados Unidos	8 x	—	—	—	—	1 x	0 x	3 x	0 x	8 x	—	—
Estônia	4 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Etiópia	20 x	52	52	55 x	82	29	9	44	10	2	71	15 y
Federação Russa	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35 x
Fiji	10 x	57 x	40 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Filipinas	21	54	34	90	34	22 y	—	32 y	7 y	3	91	45 x
Finlândia	4 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
França	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gabão	14 x	71 x	6 x	62 x	9 x	8 x	2 x	25 x	4 x	6 x	—	36 x
Gâmbia	10	52	34	34	31	18	4	24	10	2	93	21
Gana	13	52	63	76	44	14	3	28	9	6	—	32 x
Geórgia	5	69	55	43 y	17	1	1	11	2	20	—	100
Granada	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grécia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	11	56	50	71 y	46	13 y	—	48 y	1 y	5	28	76
Guiana	14	43 x	33	81	49	11	2	18	5	6	—	11
Guiné	12 x	40 x	48	32 y	—	21	7	40	8	—	88	41
Guiné-Bissau	11	55	38	43	65	18	5	32	6	3	100	12
Guiné Equatorial	13 x	—	24 x	—	—	11 x	—	35 x	3 x	8 x	—	33 x
Haiti	25 x	44 x	41 x	90 x	35 x	18 x	6 x	29 x	10 x	4 x	36	3 x
Holanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	10 x	79 x	30 x	84 x	48 x	8 x	1 x	29 x	1 x	6 x	—	—
Hungria	9 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Iêmen	—	30 x	12 x	76 x	—	43 x	19 x	58 x	15 x	5 x	9	30 x
Ilhas Cook	3 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Marshall	18	73	31	77 y	53	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Salomão	13	75	74	81 y	67	12	2	33	4	3	—	—
Índia	28 x	41 x	46 x	56 x	77 x	43 x	16 x	48 x	20 x	2 x	66	71
Indonésia	9	29	32	85	50	18	5	36	13	14	76	62 y
Irã	7 x	56 x	23 x	68 x	58 x	—	—	—	—	—	—	99 x
Iraque	15 x	31 x	25 x	62 x	36 x	6 x	2 x	26 x	6 x	15 x	—	28 x
Irlanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islândia	4 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Israel	8 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Itália	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	12 x	62 x	15 x	36 x	24 x	2	—	4	2	—	—	—
Japão	8 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordânia	13	39	22	84 y	11	2	0	8	2	7	—	88 x
Kiribati	—	—	69	—	82	—	—	—	—	—	—	—
Kuwait	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—
Laos	11 x	30 x	26 x	41 x	48 x	31 x	9 x	48 x	7 x	1 x	92	84 x
Lesoto	11	53	54	68	35	13	2	39	4	7	—	84
Letônia	5 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	12	—	15	35 x	15	—	—	—	—	17 x	—	71
Libéria	14	44	34 y	51 y	41	15 y	2 y	42 y	3 y	4	96	—
Líbia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	4 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	8 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macedônia	6	21	23	41	13	1	0	5	2	16 x	—	94 x
Madagascar	16	72	51	86	61	36 x	—	50	15 x	—	91	53
Malásia	11	—	—	—	—	13 x	—	17 x	—	—	—	18
Malauí	13 x	58 x	72	86	77	13	3	47	4	9	96	50 x
Maldivas	22 x	64	48	91	68	17	3	19	11	7	—	44 x
Mali	19 x	46 x	38 x	25 x	56 x	27 x	10 x	38 x	15 x	—	96	79 x
Malta	6 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marrocos	15 x	52 x	31 x	66 x	15 x	3	—	15	2	11	—	21 x
Maurício	14 x	—	21 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauritânia	34	81	46	61 y	47 y	20 y	4 y	23 y	12 y	—	100	23
México	7	18	19	27	—	3 x	—	16 x	2 x	8 x	—	91 x
Mianmar	9	76	24	81 y	65	23	6	35	8	3	96	93
Micronésia	18 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moçambique	16	63	41	86	52	15	4	43	6	7	100	25
Moldova	6 x	65 x	46 x	18 x	2 x	3 x	1 x	10 x	5 x	9 x	—	60 x
Mônaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Países e áreas	Baixo peso ao nascer (%) 2007-2011*	Início imediato do aleitamento materno (%)	Aleitamento materno exclusivo (< 6 meses) (%)	Introdução de alimentos sólidos, semissólidos e macios (6 a 8 meses) (%)	Aleitamento materno aos 2 anos (%)	Baixo peso (%) ⁹ 2007-2011*		Retardo de crescimento (%) ¹⁰ 2007-2011*	Marasmo (%) ¹⁰ 2007-2011*	Sobrepeso (%) ¹⁰ 2007-2011*	Cobertura total de suplementação com vitamina A ¹ (%) 2011	Consumo de sal iodado (%) 2007-2011*
						moderado e grave	grave					
						2007-2011*						
Mongólia	5	71	59	78	66	5	2	16	2	14 x	85	70
Montenegro	4 x	25 x	19 x	35 x	13 x	2 x	1 x	7 x	4 x	16 x	–	71 x
Namíbia	16 x	71	24 x	91 x	28 x	17	4	29	8	5	–	63 x
Nauru	27	76	67	65 y	65	5	1	24	1	3	–	–
Nepal	18	45	70	66	93	29	8	41	11	1	91	80
Nicarágua	9	54	31	76 y	43	6	1	22	1	6	2	97 x
Níger	27 x	42	27	65 y	–	39 y	12 y	51 y	12 y	4 x	95	32
Nigéria	12	38	13	76	32	23	9	41	14	11	73	97 x
Niue	0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omã	12	85 x	–	91 x	73 x	9	1	10	7	2	–	69 x
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	10 x	–	–	–	–	4 y	–	19 y	1 y	–	–	–
Papua Nova Guiné	11 x	–	56 x	76 x y	72 x	18 x	5 x	43 x	5 x	3 x	12	92 x
Paquistão	32	29	37	36 y	55	32	12	44	15	6	90	69
Paraguai	6	47	24	67 y	14	3 x	–	18 x	1 x	7 x	–	93
Peru	8	51	71	82	55 y	4	1	20	0	–	–	91
Polônia	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Quênia	8	58	32	85	54	16	4	35	7	5	–	98
Quirguistão	5 x	65 x	32 x	60 x	26 x	2 x	0 x	18 x	3 x	11 x	–	76 x
Reino Unido	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centro-Africana	14	43	34	56 x y	32	24	8	41	7	2	0	65
Rep. Dem. do Congo	10	43	37	52	53	24	8	43	9	–	98	59
República Dominicana	11	65	8	88	12	3	0	10	2	8	–	19 x
República Tcheca	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	4 x	–	–
Romênia	8 x	–	16 x	41 x	–	4 x	1 x	13 x	4 x	8 x	–	74 x
Ruanda	7	71	85	79	84	11	2	44	3	7	76	99
Samoa	10	88	51	71 y	74	–	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sé	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Cristóvão e Névis	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100 x
São Tomé e Príncipe	8 x	45	51	74	20	13	3	29	11	12	44	86
São Vicente e Granadinas	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Seicheles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Senegal	19	23 x	39	61 x	51	18	5	27	10	3	–	47
Serra Leoa	11	45	32	25	48	22	8	44	9	10	99	63
Sérvia	5	8	14	84	15	2	1	7	4	16	–	32
Síria	10	46	43	–	25	10	–	28	12	18	–	79 x
Somália	–	26 x	9 x	16 x	35 x	32 x	12 x	42 x	13 x	5 x	12	1 x
Sri Lanka	17	80	76	87 y	84	21	4	17	15	1	–	92 y
Suazilândia	9	55	44	66	11	6	1	31	1	11	41	52
Sudão*	–	–	41	51	40	32	13	35	16	–	–	10
Sudão do Sul*	–	–	45	21	38	28	12	31	23	–	–	54
Suécia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suíça	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	11 x	34 x	2 x	58 x	15 x	7 x	1 x	11 x	5 x	4 x	–	–
Tadjiquistão	10 x	57 y	25 x	15 x	34 x	15	6	39	7	–	99	62
Tailândia	7	50 x	15	–	–	7 x	1 x	16 x	5 x	8 x	–	47 x
Tanzânia	8	49	50	92	51	16	4	42	5	6	97	59
Timor Leste	12 x	82	52	82	33	45	15	58	19	6	59	60
Togo	11	46	62	44	64	17	4	30	5	2	22	32
Tonga	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad e Tobago	19 x	41 x	13 x	83 x	22 x	–	–	–	–	5 x	–	28 x
Tunísia	5 x	87 x	6 x	61 x y	15 x	3 x	–	9 x	3 x	9 x	–	97 x
Turcomenistão	4 x	60 x	11 x	54 x	37 x	8 x	2 x	19 x	7 x	–	–	87 x
Turquia	11	39	42	68 y	22	2	0	12	1	–	–	69
Tuvalu	6	15	35	40 y	51	2	0	10	3	6	–	–
Ucrânia	4	41	18	86	6	–	–	–	–	–	–	18 x
Uganda	14 x	42 x	62	75 x	46	14	3	33	5	3	60	96 x
Uruguai	9	59	65	35 y	27	5 x	2 x	15 x	2 x	9 x	–	–

Países e áreas	Baixo peso ao nascer (%) 2007-2011*	Início imediato do aleitamento materno (%)	Aleitamento materno exclusivo (< 6 meses) (%)	Introdução de alimentos sólidos, semissólidos e macios (6 a 8 meses) (%)	Aleitamento materno aos 2 anos (%)	Baixo peso (%) ^θ 2007-2011*		Retardo de crescimento (%) ^θ 2007-2011*	Marasmo (%) ^θ 2007-2011*	Sobrepeso (%) ^θ 2007-2011*	Cobertura total de suplementação com vitamina A ^Δ (%) 2011	Consumo de sal iodado (%) 2007-2011*
						moderado e grave	grave					
						2007-2011*						
Uzbequistão	5 x	67 x	26 x	47 x	38 x	4 x	1 x	19 x	4 x	13 x	95	53 x
Vanuatu	10	72	40	68	32	—	—	—	—	5	—	23
Venezuela	8	—	—	—	—	4	—	16	5	6	—	—
Vietnã	5	40	17	50	19	12	2	23	4	—	99 w	45
Zâmbia	11	57	61	94	42	15	3	45	5	8	72	77 x
Zimbábue	11	69 x	31	86	20	10	2	32	3	6	56	94 y

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^σ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 x	—	—
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---

RESUMO DE INDICADORES[#]

África ao sul do Saara	12	48	37	71	50	21	7	40	9	7	78	48
África Oriental e Meridional	—	56	52	84	59	18	5	40	7	5	72	50
África Ocidental e Central	12	41	25	65	43	23	8	39	12	9	83	—
Oriente Médio e Norte da África	—	—	—	—	—	8	—	20	9	12	—	—
Ásia Meridional	28	39	47	55	75	33	14	39	16	3	73	71
Leste da Ásia e Pacífico	6	41	28	57	42**	6	4**	12	4	5	85**	87
América Latina e Caribe	8	—	37	—	—	3	—	12	2	7	—	—
ECO/CEI	7	—	—	—	—	2	—	12	1	16	—	—
Países menos desenvolvidos	—	52	49	68	64	23	7	38	10	4	82	50
Mundial	15	42	39	60	58**	16	10**	26	8	7	75**	76

σ Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Baixo peso ao nascer – Porcentagem de bebês que pesam menos de 2,5 quilos ao nascer.

Início imediato do aleitamento materno – Porcentagem de bebês que começam a ser amamentados pela mãe em até uma hora após o nascimento.

Aleitamento materno exclusivo (< 6 meses) – Porcentagem de crianças entre o nascimento e 5 meses de idade que foram alimentadas exclusivamente com leite materno até o dia anterior à pesquisa.

Introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou macios (6-8 meses) – Porcentagem de crianças entre 6 e 8 meses de idade que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou macios até o dia anterior à pesquisa.

Aleitamento materno aos 2 anos de idade – Porcentagem de crianças entre 20 e 23 meses de idade que foram alimentadas com leite materno até o dia anterior à pesquisa.

Baixo peso – Moderado e grave: porcentagem de crianças entre o nascimento e 59 meses de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a idade, de acordo com os Padrões da OMS para Crescimento Infantil. Grave: porcentagem de crianças entre o nascimento e 59 meses de idade com peso inferior a menos três desvios-padrão do peso mediano para a idade, de acordo com os Padrões da OMS para Crescimento Infantil.

Retardo de crescimento (OMS) – Moderado e grave: porcentagem de crianças entre o nascimento e 59 meses de idade com altura inferior a menos dois desvios-padrão da altura mediana para a idade, de acordo com os Padrões da OMS para Crescimento Infantil.

Marasmo (OMS) – Moderado e grave: porcentagem de crianças entre o nascimento e 59 meses de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a altura, de acordo com os Padrões da OMS para Crescimento Infantil.

Sobrepeso – Moderado e grave: porcentagem de crianças entre o nascimento e 59 meses de idade com peso superior a dois desvios-padrão do peso mediano para a altura, de acordo com os Padrões da OMS para Crescimento Infantil.

Cobertura total da suplementação com vitamina A – Porcentagem estimada de crianças entre 6 e 59 meses de idade que receberam duas doses de suplemento de vitamina A.

Consumo de sal iodado – Porcentagem de famílias que consomem sal iodado em dose adequada (15 partes por milhão ou mais).

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Baixo peso ao nascer – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), outros levantamentos domiciliares nacionais, dados extraídos de sistemas de relatórios de rotina, UNICEF e OMS.

Aleitamento materno – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares nacionais e UNICEF.

Baixo peso, retardo de crescimento e marasmo – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares nacionais, OMS e UNICEF.

Suplementação com vitamina A – UNICEF.

Consumo de sal iodado – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares nacionais e UNICEF.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

w Identifica países com programas nacionais de suplementação de vitamina A para uma faixa etária reduzida. Os números de cobertura são relatados de acordo com o público-alvo.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.

y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

Δ A cobertura total com suplementos de vitamina A é apresentada como a porcentagem mais baixa de dois pontos de cobertura anuais – ou seja, o ponto mais baixo entre a rodada 1 (janeiro-junho) e a rodada 2 (julho-dezembro) de 2011.

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

θ Médias regionais para baixo peso (moderado e grave), retardo de crescimento (moderado e grave), marasmo (moderado e grave) e sobrepeso (incluindo obesidade) são estimadas por meio de modelo estatístico do banco de dados conjunto do UNICEF e da OMS sobre Nutrição Global, revisão de 2011 (concluída em julho de 2012). O indicador de baixo peso grave não foi incluído neste exercício; as médias regionais para esse indicador estão baseadas na média ponderada da população, calculada pelo UNICEF.

TABELA 3: SAÚDE

Países e áreas	Uso de fontes de água potável de qualidade (% 2010)			Uso de instalações sanitárias adequadas (% 2010)			Vacinas de rotina pelo PAI, financiadas pelo governo (% 2011)	Cobertura de imunização (%) 2011								Pneumonia (%) 2007-2012*		Diarreia (%) 2007-2012*		Malária (%) 2007-2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DPT1 ^a	DPT3 ^a	Pólio3	Sarampo	HepB3	Hib3	Recém-nascidos protegidos contra tétano ^a	Procura por cuidados devido a suspeita de pneumonia	Tratamento com antibióticos para suspeita de pneumonia	Tratamento com sais de reidratação oral (SRO)	Tratamento antimalárico para crianças com febre	Crianças que dormem sob MTI	Famílias com no mínimo um MTI	
Afganistão	50	78	42	37	60	30	—	68	86	66	66	62	66	66	60	61	64	53	—	—	—	
África do Sul	91	99	79	79	86	67	100	78	77	72	73	78	76	72	77	65 x	—	40 x	—	—	—	
Albânia	95	96	94	94	95	93	—	99	99	99	99	99	99	87	70	60	54	—	—	—		
Alemanha	100	100	100	100	100	100	—	—	99	99	95	99	93	93	—	—	—	—	—	—		
Andorra	100	100	100	100	100	100	—	—	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—		
Angola	51	60	38	58	85	19	—	88	99	86	85	88	86	86	70	—	—	—	28	26	35	
Antígua e Barbuda	—	95	—	—	98	—	—	—	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—		
Arábia Saudita	—	97	—	—	100	—	—	98	99	98	98	98	98	98	—	—	—	—	—	—		
Argélia	83	85	79	95	98	88	—	99	99	95	95	95	95	95	90	53 x	59 x	19 x	—	—	—	
Argentina	—	98	—	—	—	—	—	99	98	93	95	93	93	93	—	—	—	—	—	—		
Armênia	98	99	97	90	95	80	—	96	98	95	96	97	95	95	—	57	36	33	—	—	—	
Austrália	100	100	100	100	100	100	—	—	92	92	92	94	92	92	—	—	—	—	—	—	—	
Áustria	100	100	100	100	100	100	—	—	93	83	83	76	83	83	—	—	—	—	—	—	—	
Azerbaijão	80	88	71	82	86	78	78	82	79	74	80	67	48	38	—	36 x	—	21 x	1 x	1 x	—	
Bahamas	—	98	—	100	100	100	—	—	99	98	97	90	95	98	92	—	—	—	—	—	—	
Bangladesh	81	85	80	56	57	55	30	95	99	96	96	96	96	96	94	35	71	78	—	—	—	
Barbados	100	100	100	100	100	100	—	—	93	91	91	93	91	91	—	—	—	—	—	—	—	
Barein	—	100	—	—	100	—	100	—	99	99	99	99	99	99	94	—	—	—	—	—	—	
Bélgica	100	100	100	100	100	100	—	—	99	98	98	95	97	98	—	—	—	—	—	—	—	
Belize	98	98	99	90	93	87	—	98	98	95	95	98	95	95	88	71 x	44 x	27 x	—	—	—	
Benin	75	84	68	13	25	5	17	97	94	85	85	72	85	85	92	31	—	50	38	71	80	
Belarus	100	100	99	93	91	97	—	99	99	98	98	99	98	21	—	90 x	67 x	36 x	—	—	—	
Bolívia	88	96	71	27	35	10	—	90	90	82	82	84	82	82	74	51	64	35	—	—	—	
Bósnia e Herzegovina	99	100	98	95	99	92	—	94	94	88	89	89	88	85	—	91 x	73 x	35 x	—	—	—	
Botsuana	96	99	92	62	75	41	100	99	98	96	96	94	93	96	92	14 x	—	49 x	—	—	—	
Brasil	98	100	85	79	85	44	—	99	99	96	97	97	96	97	92	50	—	—	—	—	—	
Brunei	—	—	—	—	—	—	—	96	99	97	99	91	93	96	95	—	—	—	—	—	—	
Bulgária	100	100	100	100	100	100	—	98	96	95	95	95	96	95	—	—	—	—	—	—	—	
Burquina Fasso	79	95	73	17	50	6	32	99	93	91	90	63	91	91	88	56	47	21	35	47	57	
Burundi	72	83	71	46	49	46	3	90	99	96	94	92	96	96	80	55	43	38	17	45	52	
Butão	96	100	94	44	73	29	4	95	98	95	95	95	95	—	89	74	49	61	—	—	—	
Cabo Verde	88	90	85	61	73	43	100	99	99	90	90	96	90	90	92	—	—	—	—	—	—	
Camarões	77	95	52	49	58	36	9	80	90	66	67	76	66	66	75	30	—	17	21	21	36	
Camboja	64	87	58	31	73	20	23	94	96	94	94	93	94	94	91	64	39	34	—	4 x	5 x	
Canadá	100	100	99	100	100	99	—	—	98	95	99	98	70	95	—	—	—	—	—	—	—	
Catar	100	100	100	100	100	100	—	97	94	93	93	99	93	93	—	—	—	—	—	—	—	
Cazaquistão	95	99	90	97	97	98	—	96	99	99	99	99	99	95	—	71 x	32 x	74 x	—	—	—	
Chade	51	70	44	13	30	6	11	53	45	22	31	28	22	22	60	26	31	13	36	10	42	
Chile	96	99	75	96	98	83	—	91	98	94	93	91	94	94	—	—	—	—	—	—	—	
China	91	98	85	64	74	56	100	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	
Chipre	100	100	100	100	100	100	—	—	99	99	99	87	96	96	—	—	—	—	—	—	—	
Cingapura	100	100	—	100	100	—	—	99	98	96	96	95	96	—	—	—	—	—	—	—	—	
Colômbia	92	99	72	77	82	63	—	83	95	85	85	88	85	85	79	64	—	54	—	—	3 x	
Comores	95	91	97	36	50	30	—	76	94	83	85	72	83	83	85	56 x	—	19 x	63 x	9 x	—	
Congo	71	95	32	18	20	15	9	95	90	90	90	90	90	90	83	52	—	35	25	26	27	
Coreia do Norte	98	99	97	80	86	71	—	98	95	94	99	99	94	—	93	80	88	74	—	—	—	
Coreia do Sul	98	100	88	100	100	100	—	99	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	
Costa do Marfim	80	91	68	24	36	11	30	74	75	62	58	49	62	62	82	38	—	17	18	39	68	
Costa Rica	97	100	91	95	95	96	—	78	87	85	82	83	84	81	—	—	—	—	—	—	—	
Croácia	99	100	97	99	99	98	—	99	97	96	96	96	97	96	—	—	—	—	—	—	—	
Cuba	94	96	89	91	94	81	—	99	96	96	99	99	96	96	—	97	70	51	—	—	—	
Dinamarca	100	100	100	100	100	100	—	—	94	91	91	87	—	91	—	—	—	—	—	—	—	
Djibuti	88	99	54	50	63	10	0	89	89	87	87	84	87	87	79	62 x	43 x	62 x	1	20	30	
Dominica	—	96	—	—	—	4	—	99	99	98	99	99	98	98	—	—	—	—	—	—	—	
Egito	99	100	99	95	97	93	100	98	97	96	96	96	96	—	86	73	58	28	—	—	—	
El Salvador	88	94	76	87	89	83	—	91	90	89	89	89	90	90	88	67	51	58	—	—	—	
Emirados Árabes Unidos	100	100	100	98	98	95	—	98	94	94	94	94	94	94	—	—	—	—	—	—	—	
Equador	94	96	89	92	96	84	—	99	99	99	99	98	98	99	85	—	—	—	—	—	—	
Eritreia	—	—	—	—	—	4	3	99	99	99	99	99	99	99	93	44 x	—	45 x	13	49	71	
Eslováquia	100	100	100	100	100	99	100	97	99	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	—	
Eslovênia	99	100	99	100	100	100	—	—	98	96	96	95	—	96	—	—	—	—	—	—	—	
Espanha	100	100	100	100	100	100	—	—	99	97	97	95	97	97	—	—	—	—	—	—	—	
Estado da Palestina	85	86	81	92	92	92	—	98	99	99	99	99	98	—	—	65 x	—	—	—	—	—	
Estados Unidos	99	100	94	100	100	99	—	—	98	94	94	90	91	88	—	—	—	—	—	—	—	

Países e áreas	Uso de fontes de água potável de qualidade (%) 2010			Uso de instalações sanitárias adequadas (%) 2010			Vacinas de rotina pelo PAI, financiadas pelo governo (%) 2011	Cobertura de imunização (%) 2011								Pneumonia (%) 2007-2012*		Diarreia (%) 2007-2012*	Malária (%) 2007-2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DPT1 ^a	DPT3 ^a	Pólio3	Sarampo	HepB3	Hib3	Recém-nascidos protegidos contra tétano ^a	Procura por cuidados devido a suspeita de pneumonia	Tratamento com antibióticos para suspeita de pneumonia	Tratamento com sais de reidratação oral (SRO)	Tratamento antimalárico para crianças com febre	Crianças que dormem sob MTI	Famílias com no mínimo um MTI
Estônia	98	99	97	95	96	94	100	99	96	93	93	94	94	93	—	—	—	—	—	—	—
Etiópia	44	97	34	21	29	19	—	69	61	51	62	57	51	51	88	27	7	26	10	33	53
Federação Russa	97	99	92	70	74	59	—	95	97	97	97	98	97	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiji	98	100	95	83	94	71	—	99	99	99	99	94	99	99	94	—	—	—	—	—	—
Filipinas	92	93	92	74	79	69	—	84	85	80	80	79	76	14	76	50	42	47	0	x	—
Finlândia	100	100	100	100	100	100	100	—	99	99	99	97	—	99	—	—	—	—	—	—	—
França	100	100	100	100	100	100	—	—	99	99	99	89	65	97	—	—	—	—	—	—	—
Gabão	87	95	41	33	33	30	100	89	69	45	44	55	45	45	75	48	x	—	25	x	—
Gâmbia	89	92	85	68	70	65	100	90	99	96	95	91	96	96	91	69	70	39	30	33	51
Gana	86	91	80	14	19	8	—	98	94	91	91	91	91	91	88	41	56	35	53	39	48
Geórgia	98	100	96	95	96	93	78	96	95	94	90	94	92	92	—	74	x	56	x	40	x
Granada	—	97	—	97	96	97	—	—	98	94	95	95	94	94	—	—	—	—	—	—	—
Grécia	100	100	99	98	99	97	—	91	99	99	99	99	95	83	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	92	98	87	78	87	70	—	89	91	85	86	87	85	85	85	64	x	—	37	—	—
Guiana	94	98	93	84	88	82	—	97	97	93	93	98	93	93	90	65	18	50	6	24	26
Guiné	74	90	65	18	32	11	24	93	86	59	57	58	59	59	80	42	x	—	33	x	74
Guiné-Bissau	64	91	53	20	44	9	—	93	92	76	73	61	76	76	80	52	35	19	51	36	53
Guiné Equatorial	—	—	—	—	—	—	100	73	65	33	39	51	—	—	75	—	—	29	x	49	x
Haiti	69	85	51	17	24	10	—	75	83	59	59	59	—	—	70	31	x	3	x	40	x
Holanda	100	100	100	100	100	100	100	—	99	97	97	96	—	97	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	87	95	79	77	85	69	—	99	99	98	98	99	98	98	94	56	x	54	x	56	x
Hungria	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	—	99	—	—	—	—	—	—	—
Iêmen	55	72	47	53	93	34	13	59	89	81	81	71	81	81	66	44	x	38	x	33	x
Ilhas Cook	—	98	—	100	100	100	—	98	98	93	93	89	93	93	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Marshall	94	92	99	75	83	53	2	99	99	94	95	97	97	92	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Salomão	—	—	—	—	98	—	47	89	94	88	93	73	88	88	85	73	23	—	19	40	49
Índia	92	97	90	34	58	23	100	87	83	72	70	74	47	—	87	69	x	13	x	26	x
Indonésia	82	92	74	54	73	39	100	82	86	63	70	89	63	—	85	66	—	35	1	3	3
Irã	96	97	92	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	—	95	93	x	—	—	—	—
Iraque	79	91	56	73	76	67	—	92	90	77	78	76	76	—	85	82	x	82	x	31	x
Irlanda	100	100	100	99	100	98	—	41	98	95	95	92	95	95	—	—	—	—	—	—	—
Islândia	100	100	100	100	100	100	—	—	98	96	96	93	—	96	—	—	—	—	—	—	—
Israel	100	100	100	100	100	100	—	—	96	94	94	98	99	93	—	—	—	—	—	—	—
Itália	100	100	100	—	—	—	—	—	98	96	96	90	96	96	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	93	98	88	80	78	82	—	99	99	99	99	88	99	99	80	75	x	52	x	40	x
Japão	100	100	100	100	100	100	—	94	99	98	96	94	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordânia	97	98	92	98	98	98	100	95	98	98	98	98	98	98	90	75	79	20	—	—	—
Kiribati	—	—	—	—	—	—	—	86	99	99	95	90	95	95	—	81	51	62	—	—	—
Kuwait	99	99	99	100	100	100	—	99	99	99	99	99	99	99	95	—	—	—	—	—	—
Laos	67	77	62	63	89	50	6	77	83	78	79	69	78	78	80	32	x	52	x	46	x
Lesoto	78	91	73	26	32	24	42	95	93	83	91	85	83	83	83	66	—	51	—	—	—
Letônia	99	100	96	—	—	—	100	95	97	94	94	99	91	93	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	100	100	100	—	100	—	—	—	84	81	75	79	81	81	—	74	x	—	44	x	—
Libéria	73	88	60	18	29	7	91	73	61	49	56	40	49	49	91	62	—	53	57	37	50
Líbia	—	—	—	97	97	96	—	99	98	98	98	98	98	98	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	—	98	—	—	95	—	100	98	95	92	92	94	95	92	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	100	100	100	100	100	100	—	—	99	99	99	96	95	99	—	—	—	—	—	—	—
Macedônia	100	100	99	88	92	82	—	98	95	95	95	98	90	89	—	93	x	74	x	62	—
Madagascar	46	74	34	15	21	12	21	82	96	89	88	70	89	89	78	42	—	17	20	46	57
Malásia	100	100	99	96	96	95	—	99	99	99	99	95	97	99	90	—	—	—	—	—	—
Malawi	83	95	80	51	49	51	—	99	98	97	86	96	97	97	87	70	—	69	43	39	57
Maldivas	98	100	97	97	98	97	100	98	97	96	96	96	96	—	95	22	x	—	57	—	—
Mali	64	87	51	22	35	14	—	89	85	72	71	56	72	72	89	38	x	—	14	x	35
Malta	100	100	100	100	100	100	—	—	99	96	96	84	82	96	—	—	—	—	—	—	—
Marrocos	83	98	61	70	83	52	—	99	99	99	98	95	98	99	89	70	—	23	x	—	—
Maurício	99	100	99	89	91	88	100	99	99	98	98	99	98	98	95	—	—	—	—	—	—
Mauritânia	50	52	48	26	51	9	21	86	91	75	73	67	75	75	80	45	24	20	21	—	12
México	96	97	91	85	87	79	—	99	99	97	97	98	98	97	88	—	—	—	—	—	—
Mianmar	83	93	78	76	83	73	—	93	99	99	99	99	52	—	93	69	34	61	—	11	—
Micronésia	—	—	—	—	—	—	—	75	96	84	83	92	83	72	—	—	—	—	—	—	—
Moçambique	47	77	29	18	38	5	20	91	90	76	73	82	76	76	83	65	22	55	30	18	28
Moldova	96	99	93	85	89	82	—	98	96	93	96	91	96	78	—	60	x	—	33	x	—
Mônaco	100	100	—	100	100	—	—	89	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Mongólia	82	100	53	51	64	29	69	99	99	99	99	98	99	99	—	87	72	38	x	—	—

Países e áreas	Uso de fontes de água potável de qualidade (%) 2010			Uso de instalações sanitárias adequadas (%) 2010			Vacinas de rotina pelo PAI, financiadas pelo governo (%) 2011	Cobertura de imunização (%) 2011										Pneumonia (%) 2007-2012*		Diarreia (%) 2007-2012*	Malária (%) 2007-2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DTP1 ^a	DTP3 ^a	Pólio3	Sarampo	HepB3	Hib3	Recém-nascidos protegidos contra tétano ^a	Procura por cuidados devido a suspeita de pneumonia	Tratamento com antibióticos para suspeita de pneumonia	Tratamento com sais de reidratação oral (SRO)	Tratamento antimalárico para crianças com febre	Crianças que dormem sob MTI	Famílias com no mínimo um MTI		
Montenegro	98	99	96	90	92	87	100	97	98	95	95	91	91	90	—	89 x	57 x	16 x	—	—	—		
Namíbia	93	99	90	32	57	17	—	89	88	82	85	74	82	82	83	53 x	—	63	20	34	54		
Nauru	88	88	—	65	65	—	100	99	99	99	99	99	99	—	69	47	—	—	—	—	—		
Nepal	89	93	88	31	48	27	20	97	96	92	92	88	92	92	82	50	7	39	1	—	—		
Nicarágua	85	98	68	52	63	37	—	98	99	98	99	99	98	98	81	58 x	—	59	2 x	—	—		
Níger	49	100	39	9	34	4	14	61	80	75	44	76	75	75	84	51	—	34	—	64	76		
Nigéria	58	74	43	31	35	27	—	64	53	47	73	71	50	—	60	45	23	26	49	29	42		
Niue	100	100	100	100	100	100	5	99	99	98	98	99	98	99	—	—	—	—	—	—	—		
Noruega	100	100	100	100	100	100	100	—	99	94	94	93	—	95	—	—	—	—	—	—	—		
Nova Zelândia	100	100	100	—	—	—	100	—	95	95	95	93	95	94	—	—	—	—	—	—	—		
Omã	89	93	78	99	100	95	—	99	99	99	99	99	99	99	91	—	—	—	—	—	—		
Palau	85	83	96	100	100	100	0	—	99	84	98	85	91	85	—	—	—	—	—	—	—		
Panamá	—	97	—	—	—	—	—	97	95	87	91	97	87	87	—	—	—	—	—	—	—		
Papua Nova Guiné	40	87	33	45	71	41	45	83	83	61	58	60	62	61	61	63 x	—	—	—	—	—		
Paquistão	92	96	89	48	72	34	—	85	88	80	75	80	80	80	75	69	50	41	3	—	0		
Paraguai	86	99	66	71	90	40	—	94	97	90	87	93	90	90	85	—	—	—	—	—	—		
Peru	85	91	65	71	81	37	—	91	94	91	91	96	91	91	85	68	51	32	—	—	—		
Polônia	—	100	—	—	96	—	—	93	99	99	96	98	98	99	—	—	—	—	—	—	—		
Portugal	99	99	100	100	100	100	100	96	99	98	97	96	97	97	—	—	—	—	—	—	—		
Quênia	59	82	52	32	32	32	57	92	95	88	88	87	88	88	73	56	50	39	23	47	56		
Quirguistão	90	99	85	93	94	93	—	98	97	96	94	97	96	96	—	62 x	45 x	20 x	—	—	—		
Reino Unido	100	100	100	100	100	100	—	—	98	95	95	90	—	95	—	—	—	—	—	—	—		
República Centro-Africana	67	92	51	34	43	28	—	74	64	54	47	62	54	54	80	30	31	16	32	36	47		
Rep. Dem. do Congo	45	79	27	24	24	24	0	67	79	70	78	71	70	70	70	40	42	27	39	38	51		
República Dominicana	86	87	84	83	87	75	—	98	91	84	84	79	80	71	90	70	57	41	—	—	—		
República Tcheca	100	100	100	98	99	97	—	—	99	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	—		
Romênia	—	99	—	—	—	—	100	99	96	89	89	93	96	89	—	—	—	—	—	—	—		
Ruanda	65	76	63	55	52	56	11	99	98	97	93	95	97	97	85	50	—	29	11	70	82		
Samoa	96	96	96	98	98	98	100	99	99	91	91	67	91	91	—	—	—	68	—	—	—		
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	90	86	86	83	86	85	—	—	—	—	—	—	—		
Santa Lúcia	96	98	95	65	71	63	—	97	98	97	97	95	97	97	—	—	—	—	—	—	—		
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
São Cristóvão e Névis	99	99	99	96	96	96	—	99	99	97	98	99	98	98	—	—	—	—	—	—	—		
São Tomé e Príncipe	89	89	88	26	30	19	15	99	98	96	96	91	96	96	—	75	—	49	8	56	61		
São Vicente e Granadinas	—	—	—	—	—	96	—	99	98	95	95	99	96	96	—	—	—	—	—	—	—		
Seicheles	—	100	—	—	98	—	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—		
Senegal	72	93	56	52	70	39	32	95	94	83	73	82	83	83	88	50	—	22	8	35	63		
Serra Leoa	55	87	35	13	23	6	2	96	94	84	81	80	84	84	85	74	58	73	62	30	36		
Sérvia	99	99	98	92	96	88	—	99	91	91	91	95	89	91	—	90	82	36	—	—	—		
Síria	90	93	86	95	96	93	—	90	86	72	75	80	66	72	94	77 x	71 x	50 x	—	—	—		
Somália	29	66	7	23	52	6	0	41	52	41	49	46	—	—	64	13 x	32 x	13 x	8 x	11 x	12 x		
Sri Lanka	91	99	90	92	88	93	39	99	99	99	99	99	99	99	95	58	—	50	0	3	5		
Suazilândia	71	91	65	57	64	55	—	98	98	91	85	98	91	91	86	58	61	57	2	2	10		
Sudão*	—	—	—	—	—	—	2	92	98	93	93	87	93	93	74	56	66	22	65	—	25		
Sudão do Sul*	—	—	—	—	—	—	0	57	58	46	46	64	—	—	44	48	33	39	36	25	53		
Suécia	100	100	100	100	100	100	—	23	99	98	98	96	—	98	—	—	—	—	—	—	—		
Suíça	100	100	100	100	100	100	0	—	95	95	95	92	—	95	—	—	—	—	—	—	—		
Suriname	92	97	81	83	90	66	—	—	90	86	86	85	86	86	93	74 x	37 x	44 x	—	3 x	—		
Tadjiquistão	64	92	54	94	95	94	18	97	98	96	97	98	96	96	—	64 x	41 x	73	2 x	1 x	2 x		
Tailândia	96	97	95	96	95	96	100	99	99	99	99	98	98	—	91	84 x	65 x	57 x	—	—	—		
Tanzânia	53	79	44	10	20	7	23	99	96	90	88	93	90	90	88	71	—	44	59	64	64		
Timor Leste	69	91	60	47	73	37	100	68	69	67	66	62	67	—	81	71	45	71	6	42	42		
Togo	61	89	40	13	26	3	25	90	95	81	81	67	81	81	81	32	41	11	34	57	57		
Tonga	100	100	100	96	98	96	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—		
Trinidad e Tobago	94	98	93	92	92	92	—	—	96	90	91	92	90	90	—	74 x	34 x	—	—	—	—		
Tunísia	—	99	—	—	96	—	—	98	98	98	98	96	98	43	96	59 x	—	55 x	—	—	—		
Turcomenistão	—	97	—	—	98	99	97	—	98	98	97	97	99	97	71	83 x	50 x	40 x	—	—	—		
Turquia	100	100	99	90	97	75	—	97	98	97	97	97	96	97	90	41 x	—	—	—	—	—		
Tuvalu	98	98	97	85	88	81	—	99	99	96	96	98	96	96	—	—	—	—	—	—	—		
Ucrânia	98	98	98	94	96	89	—	90	73	50	58	67	21	26	—	—	—	—	—	—	—		
Uganda	72	95	68	34	34	34	19	86	91	82	82	75	82	82	85	79	47	44	65	43	60		
Uruguai	100	100	100	100	100	99	—	99	99	95	95	95	95	95	—	—	—	—	—	—	—		
Uzbequistão	87	98	81	100	100	100	—	99	99	99	99	99	99	99	—	68 x	56 x	28 x	—	—	—		

Países e áreas	Uso de fontes de água potável de qualidade (%) 2010			Uso de instalações sanitárias adequadas (%) 2010			Vacinas de rotina pelo PAI, financiadas pelo governo (%) 2011	Cobertura de imunização (%) 2011							Pneumonia (%) 2007-2012*		Diarreia (%) 2007-2012*		Malária (%) 2007-2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DPT1 ^a	DPT3 ^b	Pólio3	Sarampo	HepB3	Hib3	Recém-nascidos protegidos contra tétano ^a	Procura por cuidados devido a suspeita de pneumonia	Tratamento com antibióticos para suspeita de pneumonia	Tratamento com sais de reidratação oral (SRO)	Tratamento antimalárico para crianças com febre	Crianças que dormem sob MTI	Famílias com no mínimo um MTI
Vanuatu	90	98	87	57	64	54	16	81	78	68	67	52	59	—	75	—	23	53	56	68	
Venezuela	—	—	—	—	—	—	—	95	90	78	78	86	78	78	50	72 x	—	38 x	—	—	
Vietnã	95	99	93	76	94	68	30	98	97	95	96	96	95	87	73	68	47	1	9	10	
Zâmbia	61	87	46	48	57	43	19	88	87	81	83	83	81	81	68	47	60	34	50	64	
Zimbábue	80	98	69	40	52	32	—	98	99	99	99	92	93	93	66	48	31	21	2	10	29
MEMORANDO																					
Sudão e Sudão do Sul ^c	58 †	67 †	52 †	26 †	44 †	14 †	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
RESUMO DE INDICADORES^d																					
África ao sul do Saara	61	83	49	30	43	23	27	79	79	71	76	74	70	60	76	49	34	32	38	38	50
África Oriental e Meridional	61	87	50	35	54	27	39	85	85	79	79	79	76	76	81	55	30	39	31	41	54
África Ocidental e Central	62	82	47	26	35	20	17	73	71	62	72	69	63	44	72	44	33	27	42	36	49
Oriente Médio e Norte da África	86	93	76	82	91	70	75	93	96	92	92	90	91	48	85	—	—	—	—	—	—
Ásia Meridional	90	96	88	38	60	28	90	87	85	75	73	77	57	23	85	65	24	34	7	—	—
Leste da Ásia e Pacífico	90	97	84	67	77	58	95	95	95	91	92	95	89	10	85**	64**	—	43**	—	—	—
América Latina e Caribe	94	98	81	79	84	60	—	95	96	92	92	93	90	90	85	—	—	—	—	—	—
ECO/CEI	96	99	91	85	87	80	—	96	95	92	93	94	89	58	—	—	—	—	—	—	—
Países menos desenvolvidos	63	82	56	35	48	30	19	82	87	78	79	76	75	74	81	50	43	42	36	41	53
Mundial	89	96	81	63	79	47	84	88	89	83	84	84	75	43	82**	60**	31**	35**	19**	—	—

^c Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

[#] Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Uso de fontes de água potável de qualidade – Porcentagem da população que utiliza uma das fontes a seguir como principal fonte de água potável: abastecimento de água potável canalizada para habitação, terreno, quintal próprio ou quintal do vizinho; torneira pública ou fontanário; poço de tubo ou sonda; poço escavado protegido; nascentes protegidas, água de chuva, água engarrafada e mais uma das fontes anteriores como fonte secundária.

Uso de instalações sanitárias adequadas – Porcentagem da população que utiliza um dos tipos de instalação sanitária a seguir, não compartilhada com outras famílias: latrina com descarga mecânica ou manual conectada a sistema de esgoto canalizado; fossa séptica ou latrina de fossa negra; latrina de fossa negra com ventilação; latrina de fossa negra com laje (pedra); latrina de fossa negra coberta; bacia de compostagem.

Vacinas de rotina pelo PAI, financiadas pelo governo – Porcentagem de vacinas que são administradas pelo PAI como rotina em um país para proteger crianças, e que são financiadas pelo governo nacional (incluindo empréstimos).

PAI – Programa Ampliado de Imunização: Esse programa inclui imunização contra tuberculose (TB), difteria, pertússis (coqueluche) e tétano (DPT), pólio e sarampo, assim como imunização de gestantes para proteger bebês contra tétano neonatal. Em alguns países, outras vacinas podem ser incluídas no programa – por exemplo, contra hepatite B (HepB), *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) ou febre amarela.

BCG – Porcentagem de nascidos vivos que receberam Bacilo de Calmette-Guérin (vacina contra tuberculose).

DPT1 – Porcentagem de bebês que sobreviveram e receberam a primeira dose da vacina contra difteria, pertússis e tétano.

DPT3 – Porcentagem de bebês que sobreviveram e receberam três doses da vacina contra difteria, pertússis e tétano.

Pólio3 – Porcentagem de bebês que sobreviveram e receberam três doses da vacina contra pólio.

Sarampo – Porcentagem de bebês que sobreviveram e receberam a primeira dose da vacina contra sarampo.

HepB3 – Porcentagem de bebês que sobreviveram e receberam três doses da vacina contra hepatite B.

Hib3 – Porcentagem de bebês que sobreviveram e receberam três doses da vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b.

Recém-nascidos protegidos contra tétano – Porcentagem de recém-nascidos que estão protegidos contra o tétano no momento do nascimento.

Procura por cuidados devido a suspeita de pneumonia – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade com suspeita de pneumonia (tosse ou dificuldade de respiração devido a problemas no tórax) nas duas semanas anteriores à pesquisa e que foram levadas a um agente de saúde adequado.

Tratamento com antibióticos para suspeita de pneumonia – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade com suspeita de pneumonia (tosse ou com dificuldade de respiração devido a problemas no tórax) nas duas semanas anteriores à pesquisa e que receberam antibióticos.

Tratamento da diarreia com Sais de Reidratação Oral (SRO) – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que, nas duas semanas anteriores à pesquisa, tiveram diarreia e receberam Sais de Reidratação Oral (pacotes com SRO ou embalagens com solução de SRO).

Tratamento antimalárico para crianças com febre – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que, nas duas semanas anteriores à pesquisa, estavam doentes e com febre e receberam algum medicamento antimalárico. Nota: Este indicador refere-se ao tratamento antimalárico para crianças febris, não para casos confirmados de malária e, portanto, deve ser interpretado com cautela. Ver outras informações em: http://www.childinfo.org/malaria_maltreatment.php.

Crianças que dormem sob MTI – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que, na noite anterior à pesquisa dormiram sob mosquiteiro tratado com inseticida.

Famílias que possuem no mínimo um MTI – Porcentagem de famílias que dispõem de, no mínimo, um mosquiteiro tratado com inseticida.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Uso de fonte de água potável de qualidade e de instalações sanitárias adequadas – UNICEF e Organização Mundial da Saúde (OMS), Programa de Monitoramento Conjunto.

Vacinas de rotina pelo PAI, financiadas pelo governo – De acordo com relatos governamentais em Formulários de Relatos Conjuntos do UNICEF e da OMS.

Imunização – UNICEF e OMS.

Procura por cuidados e tratamento para suspeita de pneumonia – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e outros levantamentos domiciliares nacionais.

Tratamento para diarreia – DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais.

Prevenção e tratamento da malária – DHS, MICS, Pesquisas sobre Indicadores de Malária e outros levantamentos domiciliares nacionais.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos das médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.

β A cobertura para DPT1 deve ser no mínimo igual à de DPT3. Discrepâncias em locais em que a cobertura de DPT1 é inferior à de DPT3 refletem deficiências na coleta de dados e no processo de relatórios. UNICEF e OMS estão trabalhando com sistemas nacionais e territoriais para eliminar tais discrepâncias.

λ OMS e UNICEF utilizaram um novo modelo para calcular a porcentagem de recém-nascidos que estão protegidos contra o tétano porque suas mães receberam pelo menos duas doses de vacina *tetanus toxoid* (TT). O modelo tem por objetivo aprimorar a precisão deste indicador, captando ou incluindo outras situações potenciais em que as mulheres podem estar protegidas (por exemplo, mulheres que recebem doses de TT em campanhas de imunização suplementar). Ver explicações mais detalhadas sobre a metodologia em www.childinfo.org.

† O Programa de Monitoramento Conjunto (JMP) de OMS/UNICEF para Abastecimento de Água e Saneamento concluiu seu banco de dados para estas estimativas antes da cessão do Sudão do Sul efetuada pelo Sudão. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação. Os dados desagregados para o Sudão e para o Sudão do Sul como Estados separados serão publicados pelo JMP em 2013.

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

TABELA 4: HIV/AIDS

Países e áreas	Prevalência de HIV entre adultos (%) 2011	Indivíduos de todas as idades vivendo com HIV (milhares) 2011			Mulheres vivendo com HIV (milhares) 2011	Crianças vivendo com HIV (milhares) 2011	Prevenção entre jovens (15-24 anos)						Órfãos			
		estimativa	baixa	alta			Prevalência de HIV entre jovens (%) 2011			Amplio conhecimento sobre HIV (%) 2007-2011*		Uso de preservativo entre jovens com múltiplos parceiros (%) 2007-2011*		Crianças órfãs devido à aids (milhares) 2011	Crianças órfãs devido a todas as causas (milhares) 2011	Taxa de frequência escolar de órfãos (%) 2007-2011*
							total	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres			
Afganistão	<0,1	6	3	17	1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
África do Sul	17,3	5.600	5.300	5.900	2.900	460	8,6	5,3	11,9	—	—	—	—	2.100	3.500	101
Albânia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	36	55	—	—	—	—
Alemanha	0,1	73	66	82	11	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Andorra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	2,1	230	160	340	120	34	1,1	0,6	1,6	32	25	—	—	140	1.300	85
Antígua e Barbuda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	53	46	—	—	—	—	—
Arábia Saudita	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Argélia	—	—	13	28	—	—	—	—	—	—	13 x	—	—	—	—	—
Argentina	0,4	95	79	120	35	—	0,2	0,2	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Armênia	0,2	4	2	7	<1	—	0,1	0,1	0,1	9	16	86	—	—	—	—
Austrália	0,2	22	18	27	7	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Áustria	0,4	18	13	24	5	—	0,3	0,3	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Azerbaijão	0,1	7	5	9	1	—	<0,1	<0,1	<0,1	5 x	5 x	29 x	—	—	—	—
Bahamas	2,8	7	6	7	3	—	0,4	0,3	0,5	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	<0,1	8	5	16	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	18	8	—	—	—	—	84 x
Barbados	0,9	1	1	2	<0,5	—	0,3	0,3	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Barein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bélgica	0,3	20	16	26	6	—	0,2	0,2	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Belize	2,3	5	4	5	2	—	1,0	1,0	1,0	—	40 x	—	—	—	—	66 x
Benin	1,2	64	56	73	33	9	0,6	0,3	0,8	35 x	16 x	44	35	47	380	90
Belarus	0,4	20	15	30	6	—	0,3	0,4	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Bolívia	0,3	17	9	30	1	—	0,1	0,2	<0,1	28	24	41	—	—	—	—
Bósnia e Herzegovina	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44 x	—	—	—	—	—
Botsuana	23,4	300	280	310	160	15	6,6	4,1	9,0	—	—	—	—	100	140	—
Brasil	0,3	490	430	570	200	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Brunei	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgária	0,1	4	3	6	1	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Burquina Fasso	1,1	120	100	150	56	23	0,5	0,3	0,6	36	31	75	65	130	880	101
Burundi	1,3	80	72	93	38	19	0,4	0,3	0,6	47	45	—	—	120	610	82
Butão	0,3	1	<1	3	<0,5	—	0,2	0,3	0,2	—	21	—	—	—	—	70
Cabo Verde	1,0	3	2	5	3	—	0,6	0,1	1,1	—	—	—	—	—	—	—
Camarões	4,6	550	510	600	280	60	2,1	1,2	2,9	34 x	32 x	67	47	340	1.300	91 x
Camboja	0,6	64	52	96	31	—	0,1	0,1	0,1	44	44	—	—	—	—	86
Canadá	0,3	71	63	89	13	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Catar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cazaquistão	0,2	19	17	23	8	—	<0,1	<0,1	0,1	—	22 x	—	—	—	—	—
Chade	3,1	210	180	280	100	34	1,5	0,9	2,1	—	10	—	57 p	180	880	117
Chile	0,5	51	34	73	5	—	0,2	0,3	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
China	<0,1	780	620	940	231	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chipre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cingapura	0,1	3	3	5	1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Colômbia	0,5	150	90	240	29	—	0,3	0,4	0,1	—	24	—	39	—	—	—
Comores	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	—	<0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Congo	3,3	83	74	92	40	13	1,8	1,2	2,5	22	8	40	26	51	230	—
Coreia do Norte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
Coreia do Sul	<0,1	15	12	19	4	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Costa do Marfim	3,0	360	320	400	170	61	1,0	0,6	1,4	—	—	57	34	410	1.200	83 x
Costa Rica	0,3	9	7	10	4	—	0,1	0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Croácia	<0,1	1	<1	2	<0,5	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	0,2	14	12	16	3	—	<0,1	0,1	<0,1	—	54	—	66	—	—	—
Dinamarca	0,2	6	5	7	2	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Djibuti	1,4	9	7	12	5	1	0,2	0,1	0,3	—	18 x	—	—	9	46	—
Dominica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	48	56	—	—	—	—	—
Egito	<0,1	10	6	18	2	—	<0,1	<0,1	<0,1	18	5	—	—	—	—	—
El Salvador	0,6	24	12	59	10	—	0,3	0,3	0,3	—	27	—	—	—	—	—
Emirados Árabes Unidos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Equador	0,4	35	19	84	8	—	0,2	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Eritreia	0,6	23	13	52	12	4	0,2	0,1	0,3	—	—	—	—	19	280	—
Eslováquia	<0,1	<0,5	<0,5	<1	<0,2	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Eslovênia	0,1	<1	<0,5	<1	<0,2	—	<0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Espanha	0,4	150	130	160	35	—	0,1	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Estado da Palestina	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos	0,6	1.300	1.000	2.000	300	—	0,2	0,3	0,2	—	—	—	—	—	—	—

Países e áreas	Prevalência de HIV entre adultos (%) 2011	Indivíduos de todas as idades vivendo com HIV (milhares) 2011			Mulheres vivendo com HIV (milhares) 2011	Crianças vivendo com HIV (milhares) 2011	Prevenção entre jovens (15-24 anos)							Órfãos		
							Prevalência de HIV entre jovens (%) 2011			Ampla conhecimento sobre HIV (%) 2007-2011*		Uso de preservativo entre jovens com múltiplos parceiros (%) 2007-2011*		Crianças órfãs devido à aids (milhares) 2011	Crianças órfãs a todas as causas (milhares) 2011	Taxa de frequência escolar de órfãos (%) 2007-2011*
							estimativa	baixa	alta	total	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres
Estônia	1,3	10	8	12	3	—	0,2	0,2	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Etiópia	1,4	790	720	870	390	180	0,3	0,2	0,4	34	24	47	—	950	4.600	90
Federação Russa	—	—	730	1.300	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiji	0,1	<0,5	<0,2	<0,5	<0,2	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Filipinas	<0,1	19	16	24	4	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	21	—	—	—	—	—
Finlândia	0,1	3	3	4	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
França	0,4	160	130	200	46	—	0,1	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Gabão	5,0	46	34	67	24	3	2,1	1,2	3,0	—	—	—	—	21	64	—
Gâmbia	1,5	14	7	28	8	—	0,8	0,4	1,2	—	33	—	49 p	—	—	103
Gana	1,5	230	200	260	110	31	0,6	0,4	0,9	34	28	42	—	180	970	76
Geórgia	0,2	5	2	8	1	—	0,2	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Granada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60	65	—	—	—	—	—
Grécia	0,2	11	10	13	3	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	0,8	65	19	280	26	—	0,4	0,4	0,5	24	22	74	27 p	—	—	—
Guiana	1,1	6	6	7	3	—	0,3	0,2	0,3	47	54	76	—	—	—	—
Guiné	1,4	85	68	100	41	11	0,6	0,4	0,9	—	—	—	—	52	570	—
Guiné-Bissau	2,5	24	20	28	12	3	1,5	0,9	2,0	—	15	—	50	8	110	109
Guiné Equatorial	4,7	20	17	29	10	3	2,8	1,6	4,1	—	—	—	—	6	46	—
Haiti	1,8	120	96	130	61	13	0,8	0,4	1,1	40 x	34 x	51 x	23 x	87	420	86 x
Holanda	0,2	25	20	36	8	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	—	33	25	45	10	—	—	—	—	—	30 x	—	27 x	—	—	108 x
Hungria	0,1	4	3	5	1	—	<0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Iêmen	0,2	22	19	25	9	—	0,1	0,1	0,1	—	2 x,y	—	—	—	—	—
Ilhas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Marshall	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39	27	23 p	9 p	—	—	—
Ilhas Salomão	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35	29	39	18	—	—	—
Índia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36 x	20 x	32 x	17 x,p	—	—	72 x
Indonésia	0,3	380	240	570	110	—	0,2	0,2	0,2	15 y	10 y	—	—	—	—	—
Irã	0,2	96	80	120	13	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Iraque	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3 x	—	—	—	—	84 x
Irlanda	0,3	8	6	10	2	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Islândia	0,3	<1	<0,5	<1	<0,2	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Israel	0,2	9	7	11	3	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Itália	0,4	150	120	200	49	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	1,8	30	24	39	10	—	0,7	0,9	0,6	54	63	77	57	—	—	—
Japão	<0,1	8	6	10	2	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Jordânia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13 y	—	—	—	—	—
Kiribati	—	—	—	—	—	—	—	—	—	49	44	33	—	—	—	—
Kuwait	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Laos	0,3	10	8	15	5	—	0,1	0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Lesoto	23,3	320	300	340	170	41	10,9	6,4	15,4	29	39	60	45	140	200	98
Letônia	0,7	9	7	13	3	—	0,1	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	0,1	3	2	4	1	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Libéria	1,0	25	21	32	12	5	0,2	0,1	0,3	27	21	28	16	33	230	85
Líbia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	0,1	2	1	2	<0,5	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	0,3	<1	<1	1	<0,5	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Macedônia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27 x	—	36 x,p	—	—	—
Madagascar	0,3	34	26	47	10	—	0,1	0,2	0,1	26	23	9	7	—	—	74
Malásia	0,4	81	72	89	8	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Malauí	10,0	910	850	970	430	170	3,5	2,1	4,9	45	42	41	31	610	1.000	97
Maldivas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	35 y	—	—	—	—	—
Mali	1,1	110	83	140	55	—	0,2	0,1	0,3	—	15	—	27 p	—	—	92
Malta	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Marrocos	0,2	32	21	46	15	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Maurício	1,0	7	5	10	2	—	0,5	0,6	0,4	—	—	—	—	—	—	—
Mauritânia	1,1	24	13	41	13	—	0,3	0,2	0,4	14	5	—	—	—	—	66
México	0,2	180	160	200	32	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Mianmar	0,6	220	180	260	77	—	0,3	0,2	0,3	—	32	—	—	—	—	—
Micronésia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moçambique	11,3	1.400	1.200	1.600	750	200	5,5	2,8	8,2	34	36	37	33	800	2.000	83
Moldova	0,5	15	12	17	6	—	0,1	0,1	0,1	39 y	42 y	—	—	—	—	—
Mônaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Países e áreas	Prevalência de HIV entre adultos (%) 2011	Indivíduos de todas as idades vivendo com HIV (milhares) 2011			Mulheres vivendo com HIV (milhares) 2011	Crianças vivendo com HIV (milhares) 2011	Prevenção entre jovens (15-24 anos)							Órfãos		
							Prevalência de HIV entre jovens (%) 2011			Ampla conhecimento sobre HIV (%) 2007-2011*		Uso de preservativo entre jovens com múltiplos parceiros (%) 2007-2011*		Crianças órfãs devido à aids (milhares) 2011	Crianças órfãs devido a todas as causas (milhares) 2011	Taxa de frequência escolar de órfãos (%) 2007-2011*
							total	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres			
Mongólia	<0,1	<1	<1	<1	<0,5	—	<0,1	<0,1	0,1	29	32	69	65 p	—	—	102
Montenegro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Namíbia	13,4	190	160	230	100	20	4,6	2,7	6,5	62	65	82	74	75	120	100
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	13	17 p	8 p	—	—	—
Nepal	0,3	49	32	100	10	—	0,1	0,1	0,1	34	26	45	—	—	—	—
Nicarágua	0,2	8	3	19	5	—	0,1	0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Níger	0,8	65	57	70	33	—	0,4	0,2	0,5	16 x	13 x	42 x,p	—	—	—	67 x
Nigéria	3,7	3.400	3.000	3.800	1.700	440	2,0	1,1	2,9	33	22	56	29	2.200	10.800	117
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	0,1	5	4	6	1	—	<0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Nova Zelândia	0,1	3	2	3	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Omã	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Palau	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	0,8	18	12	29	4	—	0,3	0,4	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Papua Nova Guiné	0,7	28	24	33	12	4	0,3	0,2	0,4	—	—	—	—	12	250	—
Paquistão	0,1	130	76	260	28	—	0,1	0,1	0,1	—	3	—	—	—	—	—
Paraguai	0,3	13	6	32	4	—	0,2	0,2	0,2	—	—	—	51	—	—	—
Peru	0,4	74	38	200	20	—	0,2	0,2	0,1	—	19	—	38 p	—	—	—
Polónia	0,1	35	28	46	10	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	0,7	48	37	62	14	—	0,2	0,3	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Quênia	6,2	1.600	1.500	1.700	800	220	2,6	1,6	3,5	55	48	67	37	1.100	2.600	—
Quirguistão	0,4	12	9	19	4	—	0,3	0,3	0,3	—	20 x	—	—	—	—	—
Reino Unido	0,3	94	74	120	29	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
República Centro-Africana	4,6	130	100	130	62	20	1,9	1,2	2,6	26 x	17 x	73 x	59 x	140	350	89 x
Rep. Dem. do Congo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	16	—	—	74
República Dominicana	0,7	44	37	50	24	—	0,2	0,1	0,4	34	41	62	34	—	—	98
República Tcheca	<0,1	2	2	2	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Romênia	0,1	16	13	20	5	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Ruanda	2,9	210	180	250	110	27	1,3	0,8	1,7	47	53	58 p	29 p	170	660	91
Samoa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	3	—	—	—	—	—
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	53	—	—	—	—	—
São Tomé e Príncipe	1,0	<1	<1	1	<0,5	—	0,4	0,4	0,3	43	43	59	—	—	—	—
São Vicente e Granadinas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Seicheles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Senegal	0,7	53	43	65	28	—	0,4	0,3	0,5	31	29	49	—	—	—	97
Serra Leoa	1,6	49	39	69	27	4	0,9	0,5	1,3	—	23	—	12	18	310	88
Sérvia	0,1	4	2	5	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	48	54	63	65 p	—	—	—
Síria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7 x	—	—	—	—	—
Somália	0,7	35	23	52	15	—	0,3	0,3	0,4	—	4 x	—	—	—	—	78 x
Sri Lanka	<0,1	4	3	11	1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Suazilândia	26,0	190	180	200	100	17	10,8	6,3	15,3	54	58	85	69	75	110	99
Sudão*	0,4	69	56	84	22	—	0,2	0,2	0,2	11	5	—	—	—	—	96
Sudão do Sul*	3,1	150	100	200	77	16	1,7	1,0	2,5	—	10	—	7	75	410	78
Suécia	0,2	9	7	13	3	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Suíça	0,4	20	16	27	6	—	0,2	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	1,0	3	2	5	2	—	0,2	0,2	0,2	—	41 x	—	80 x	—	—	—
Tadjiquistão	0,3	11	8	15	4	—	0,1	0,1	0,1	13	14	78	—	—	—	—
Tailândia	1,2	490	450	550	200	—	0,2	0,3	0,2	—	46 x	—	—	—	—	93 x
Tanzânia	5,8	1.600	1.500	1.700	760	230	2,9	1,8	4,0	43	48	36	32	1.300	3.000	90
Timor Leste	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	12	—	—	—	—	75
Togo	3,4	150	120	190	73	19	1,5	0,9	2,1	42	33	54	39	89	250	86
Tonga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	1,5	13	12	15	7	—	0,8	0,6	1,0	—	54 x	—	67 x	—	—	—
Tunísia	<0,1	2	2	2	<0,5	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Turcomenistão	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 x	—	—	—	—	—
Turquia	<0,1	6	4	8	2	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	61	39	—	—	—	—	—
Ucrânia	0,8	230	180	310	94	—	0,1	0,1	0,1	43	45	64	63	—	—	—
Uganda	7,2	1.400	1.300	1.500	670	190	3,8	2,4	5,3	39	39	31	24	1.100	2.600	88

Países e áreas	Prevalência de HIV entre adultos (%) 2011	Indivíduos de todas as idades vivendo com HIV (milhares) 2011			Mulheres vivendo com HIV (milhares) 2011	Crianças vivendo com HIV (milhares) 2011	Prevenção entre jovens (15-24 anos)						Órfãos				
		estimativa	baixa	alta			Prevalência de HIV entre jovens (%) 2011			Amplio conhecimento sobre HIV (%) 2007-2011*		Uso de preservativo entre jovens com múltiplos parceiros (%) 2007-2011*		Crianças órfãs devido à aids (milhares) 2011	Crianças órfãs devido a todas as causas (milhares) 2011	Taxa de frequência escolar de órfãos (%) 2007-2011*	
							total	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres				
Uruguai	0,6	12	6	33	4	—	0,3	0,4	0,2	—	—	—	—	—	—	—	
Uzbequistão	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31	x	—	—	—	—	
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	92	
Venezuela	0,5	99	51	230	25	—	0,2	0,4	0,1	—	—	—	—	—	—	—	
Vietnã	0,5	250	200	330	48	—	0,2	0,3	0,2	—	51	—	—	—	—	—	
Zâmbia	12,5	970	900	1.100	460	170	5,0	3,1	7,0	41	38	43	42	p	680	1.200	92
Zimbábue	14,9	1.200	1.200	1.300	600	200	5,6	3,6	7,6	47	52	51	39	p	1.000	1.300	95

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^o	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RESUMO DE INDICADORES*

África ao sul do Saara	4,8	23.500	22.100	24.900	11.800	3.100	2,2	1,3	3,0	36	28	49	30	15.200	53.600	95
África Oriental e Meridional	7,0	17.200	16.300	17.800	8.700	2.200	3,1	1,9	4,3	40	36	44	30	10.700	27.200	89
África Ocidental e Central	2,6	6.300	5.700	6.800	3.200	850	1,3	0,7	1,8	33	21	56	30	4.500	26.300	100
Oriente Médio e Norte da África	0,1	260	220	320	74	32	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	160	6.000	—
Ásia Meridional	0,2	2.500	1.600	3.400	890	110	0,1	0,1	0,1	34	17	33	17	600	42.900	72
Leste da Ásia e Pacífico	0,2	2.400	2.100	2.700	720	64	0,1	0,1	0,1	—	23**	—	—	510	28.700	—
América Latina e Caribe	0,4	1.600	1.300	1.900	540	58	0,2	0,2	0,2	—	—	—	—	600	9.500	—
ECO/CEI	0,6	1.500	1.100	1.800	410	18	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	170	6.500	—
Países menos desenvolvidos	1,9	10.300	9.600	10.900	5.000	1.600	0,9	0,6	1,3	30	24	—	—	7.800	43.200	88
Mundial	0,8	34.000	31.400	35.900	15.000	3.400	0,4	0,3	0,5	—	21**	—	—	17.300	151.000	—

^o Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Prevalência de HIV entre adultos – Porcentagem estimada de adultos (de 15 a 49 anos de idade) vivendo com HIV em 2011.

Indivíduos vivendo com HIV – Número estimado de indivíduos (todas as idades) vivendo com HIV em 2011.

Mulheres vivendo com HIV – Número estimado de mulheres (acima de 15 anos de idade) vivendo com HIV em 2011.

Crianças vivendo com HIV – Número estimado de crianças (do nascimento aos 14 anos de idade) vivendo com HIV em 2011.

Prevalência de HIV entre jovens – Porcentagem de homens e mulheres jovens (de 15 a 24 anos de idade) vivendo com HIV em 2011.

Amplio conhecimento sobre HIV – Porcentagem de homens e mulheres jovens (de 15 a 24 anos de idade) que identificam corretamente os dois métodos principais para evitar a transmissão sexual de HIV (usar preservativos e limitar as relações sexuais a um parceiro fiel e não infectado); que rejeitam os dois conceitos locais errôneos mais comuns sobre a transmissão de HIV; e que sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada por HIV.

Uso de preservativo entre jovens com múltiplos parceiros – Entre os jovens (de 15 a 24 anos de idade) que afirmaram ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses, porcentagem daqueles que relataram ter usado preservativo em sua relação sexual mais recente, com qualquer parceiro.

Crianças órfãs devido à aids – Número estimado de crianças (do nascimento aos 17 anos de idade) que em 2011 já haviam perdido um ou ambos os genitores devido à aids.

Crianças órfãs devido a todas as causas – Número estimado de crianças (do nascimento aos 17 anos de idade) que em 2011 já haviam perdido um ou ambos os genitores devido a qualquer causa.

Taxa de frequência escolar de órfãos – Porcentagem de crianças (de 10 a 14 anos de idade) que perderam pais e mães biológicos e que atualmente estão frequentando a escola, como porcentagem de crianças não órfãs do mesmo grupo etário, que vivem com pelo menos um dos genitores e que estão frequentando a escola.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Prevalência estimada de HIV entre adultos – Unaid, *Report on the Global Aids Epidemic, 2012*.

Número estimado de indivíduos vivendo com HIV – Unaid, *Report on the Global Aids Epidemic, 2012*.

Número estimado de mulheres vivendo com HIV – Unaid, *Report on the Global Aids Epidemic, 2012*.

Número estimado de crianças vivendo com HIV – Unaid, *Report on the Global Aids Epidemic, 2012*.

Prevalência de HIV entre jovens – Unaid, *Report on the Global Aids Epidemic, 2012*.

Amplio conhecimento sobre HIV – Pesquisas de Indicadores da Aids (AIS), Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), outros levantamentos domiciliares nacionais; *HIV/AIDS Survey Indicators Database, www.measuredhs.com/hivdata*.

Uso de preservativo entre jovens com múltiplos parceiros – AIS, DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais; *HIV/AIDS Survey Indicators Database, www.measuredhs.com/hivdata*.

Crianças órfãs devido à aids – Unaid, *Report on the Global Aids Epidemic, 2012*.

Crianças órfãs devido a todas as causas – Unaid, *Report on the Global Aids Epidemic, 2012*.

Taxa de frequência escolar de órfãos – AIS, DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais; *HIV/AIDS Survey Indicators Database, www.measuredhs.com/hivdata*.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.

y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

p Baseada em denominadores pequenos (tipicamente 25-49 casos não ponderados).

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

TABELA 5: EDUCAÇÃO

Países e áreas

Países e áreas	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) (%) 2007-2011*		Número por 100 habitantes 2011		Frequência na pré-escola		Frequência na escola primária								Frequência na escola secundária			
					Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de frequência (%) 2007-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária (%) 2008-2011* 2007-2011*		Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquidas de frequência (%) 2007-2011*	
	homens	mulheres	telefones celulares	usuários de internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	dados admin.	dados de levantam.	meninos	meninas	meninos	meninas
Afganistão	—	—	54	5	—	—	114	79	—	—	66 x	40 x	—	90 x	—	—	18 x	6 x
África do Sul	97	98	127	21	65	65	104	100	90	91	80 x	83 x	—	—	—	—	41 x	48 x
Albânia	99	99	96	49	56	55	87	87	80	80	90	91	95	100	—	—	84	82
Alemanha	—	—	132	83	114	113	103	102	—	—	—	—	96	—	—	—	—	—
Andorra	—	—	75	81	104	99	84	85	78	79	—	—	—	—	74	75	—	—
Angola	80	66	48	15	103	105	137	112	93	78	77	75	32	83 x	12	11	21	17
Antígua e Barbuda	—	—	182	82	76	76	106	97	91	84	—	—	—	—	85	85	—	—
Arábia Saudita	99	97	191	48	—	—	106	106	90	89	—	—	—	—	78	83	—	—
Argélia	94 x	89 x	99	14	79	76	113	107	98	96	97 x	96 x	95	93 x	—	—	57 x	65 x
Argentina	99	99	135	48	73	75	118	117	—	—	—	—	94	—	78	87	—	—
Armênia	100	100	104	—	29	34	101	104	—	—	99 x	98 x	—	100 x	85	88	93 x	95 x
Austrália	—	—	108	79	79	78	105	105	97	98	—	—	—	—	85	86	—	—
Áustria	—	—	155	80	100	100	100	99	—	—	—	—	97	—	—	—	—	—
Azerbaijão	100	100	109	50	26	25	94	93	85	84	74 x	72 x	96	100 x	—	—	83	82
Bahamas	—	—	86	65	—	—	113	115	—	—	—	—	89	—	82	88	—	—
Bangladesh	75	78	56	5	14	13	—	—	—	—	85 y	88 y	66	94 x	45	50	—	—
Barbados	—	—	127	72	108	108	119	122	—	—	—	—	—	—	81	88	—	—
Barein	100	100	128	77	—	—	—	—	—	—	86 x	87 x	—	99 x	—	—	77 x	85 x
Bélgica	—	—	117	78	118	118	105	104	99	99	—	—	93	—	—	—	—	—
Belize	—	—	64	—	45	47	127	116	—	—	95 x	95 x	90	98 x	—	—	58 x	60 x
Benin	66	45	85	4	18	19	135	117	—	—	65 x	58 x	—	89 x	—	—	34 x	23 x
Belarus	100	100	112	40	100	98	100	100	—	—	93 x	94 x	100	100 x	—	—	95 x	97 x
Bolívia	100	99	83	30	45	45	105	104	—	—	97	97	—	96	68	69	78	75
Bósnia e Herzegovina	100	100	85	60	17	17	111	113	86	88	97 x	98 x	99	100 x	—	—	89 x	89 x
Botsuana	94	97	143	7	19	19	112	108	87	88	86	88	93	—	57	65	36 x	44 x
Brasil	97	99	123	45	—	—	—	—	—	—	95 x	95 x	—	88 x	—	—	74 x	80 x
Brunei	100	100	109	56	88	88	107	109	—	—	—	—	96	—	95	99	—	—
Bulgária	98	98	141	51	80	79	103	102	99	100	—	—	97	—	84	82	—	—
Burquina Fasso	47	33	45	3	3	3	79	72	61	56	49 x	44 x	64	89 x	18	14	17 x	15 x
Burundi	78	78	14	1	9	9	157	155	—	—	73	74	56	82 x	18	15	7	7
Butão	80 x	68 x	66	21	2	2	110	112	88	91	91	93	91	94	50	54	54	56
Cabo Verde	97	99	79	32	70	70	114	105	95	92	—	—	—	—	61	71	—	—
Camarões	89	77	52	5	28	29	129	111	—	—	82 x	77 x	66	87 x	—	—	39 x	37 x
Camboja	88	86	70	3	13	13	130	124	96	95	85 y	85 y	—	92 x	—	—	45 y	44 y
Canadá	—	—	75	83	71	71	99	98	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Catar	96	98	123	86	57	54	103	103	96	97	—	—	—	—	76	93	—	—
Cazaquistão	100	100	143	45	48	47	111	111	—	—	99 x	98 x	100	100 x	89	88	95 x	95 x
Chade	53	41	32	2	2	2	107	78	—	—	56	48	28	94 x	—	—	20	12
Chile	99	99	130	54	55	58	108	103	94	94	—	—	—	—	81	84	—	—
China	99	99	73	38	54	54	110	113	100 z	100 z	—	—	99 z	—	—	—	—	—
Chipre	100	100	98	58	81	81	106	105	99	99	—	—	—	—	96	96	—	—
Cingapura	100	100	149	75	—	—	—	—	—	—	—	—	99	—	—	—	—	—
Colômbia	98	99	98	40	49	49	116	114	92	91	90	92	85	95	72	77	73	79
Comores	86	85	29	6	22	21	109	100	—	—	31 x	31 x	—	19 x	—	—	10 x	11 x
Congo	87 x	78 x	94	6	12	13	118	112	92	89	86 x	87 x	—	93 x	—	—	39 x	40 x
Coreia do Norte	100	100	4	—	—	—	—	—	—	—	99	99	—	—	—	—	98	98
Coreia do Sul	—	—	109	84	118	119	106	105	99	98	—	—	99	—	96	95	—	—
Costa do Marfim	72	62	86	2	4	4	96	80	67	56	59 x	51 x	61	90 x	—	—	32 x	22 x
Costa Rica	98	99	92	42	71	72	110	109	—	—	96	96	89	—	—	—	59 x	65 x
Croácia	100	100	116	71	62	61	93	93	95	97	—	—	99	—	88	94	—	—
Cuba	100	100	12	23	100	100	104	102	100	100	—	—	95	—	86	85	—	—
Dinamarca	—	—	126	90	97	96	99	99	95	97	—	—	99	—	88	91	—	—
Djibuti	—	—	21	7	4	4	62	56	47	42	67 x	66 x	64	92 x	28	20	45 x	37 x
Dominica	—	—	164	51	111	114	113	111	—	—	—	—	88	—	—	—	—	—
Egito	91	84	101	36	24	23	103	98	—	—	90	87	—	99	71	69	70	70
El Salvador	96	96	126	18	63	65	117	111	95	95	—	—	86	—	57	59	—	—
Emirados Árabes Unidos	94 x	97 x	149	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Equador	98	99	105	31	109	115	114	115	—	—	92 y	93 y	—	—	—	—	71 y	73 y
Eritreia	92	87	4	6	14	13	48	41	37	33	69 x	64 x	69	—	32	25	23 x	21 x
Eslováquia	—	—	109	74	92	89	102	102	—	—	—	—	98	—	—	—	—	—
Eslovênia	100	100	107	72	87	85	98	97	97	97	—	—	100	—	91	92	—	—
Espanha	100	100	114	68	126	127	106	105	100	100	—	—	99	—	94	96	—	—
Estado da Palestina	99	99	—	55	40	39	92	90	90	88	91 x	92 x	—	—	81	87	—	—
Estados Unidos	—	—	106	78	68	70	102	101	95	96	—	—	93	—	89	90	—	—

Países e áreas

	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) (%) 2007-2011*		Número por 100 habitantes 2011		Frequência na pré-escola		Frequência na escola primária							Frequência na escola secundária				
					Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de frequência (%) 2007-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária (%) 2008-2011* 2007-2011*			Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquidas de frequência (%) 2007-2011*
	homens	mulheres	telefones celulares	usuários de internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	dados admin.	dados de levantam.	meninos	meninas	meninos	meninas
Estônia	100	100	139	77	96	96	100	98	96	96	—	—	98	—	91	93	—	—
Etiópia	63	47	17	1	5	5	106	97	85	80	64	65	47	84 x	—	—	16	16
Federação Russa	100	100	179	49	91	89	99	99	95	96	—	—	96	—	—	—	—	
Fiji	—	—	84	28	17	19	106	104	99	99	—	—	91	—	—	—	—	
Filipinas	97	98	92	29	51	52	107	105	88	90	88 x	89 x	76	90 x	56	67	55 x	70 x
Finlândia	—	—	166	89	68	68	99	99	98	98	—	—	100	—	94	94	—	—
França	—	—	105	80	109	108	111	109	99	99	—	—	—	—	98	99	—	—
Gabão	99	97	117	8	41	43	184	179	—	—	94 x	94 x	—	—	—	—	34 x	36 x
Gâmbia	72	62	89	11	30	31	82	84	68	70	40	45	61	93	—	—	34	34
Gana	82	80	85	14	68	70	107	107	84	85	72	74	72	81	51	47	40	44
Geórgia	100	100	102	37	52	64	107	111	—	—	95	96	96	98 x	—	—	85 x	88 x
Granada	—	—	—	—	95	102	103	103	96	99	—	—	—	—	95	86	—	—
Grécia	99	99	106	53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	89	85	140	12	70	72	119	114	100	98	—	—	—	—	43	40	23 x	24 x
Guiana	—	—	69	32	74	78	83	86	82	86	94	96	83	100	78	83	70	79
Guiné	70	57	44	1	14	14	103	86	83	70	55 x	48 x	66	96 x	36	22	27 x	17 x
Guiné-Bissau	79	65	26	3	7	7	127	119	77	73	69	65	—	79	—	—	27	20
Guiné Equatorial	98	98	59	—	47	63	88	85	57	56	61 x	60 x	62	—	—	—	23 x	22 x
Haiti	74	70	41	—	—	—	—	—	—	—	48 x	52 x	—	85 x	—	—	18 x	21 x
Holanda	—	—	—	92	93	93	108	107	—	—	—	—	—	—	87	88	—	—
Honduras	94	96	104	16	43	44	116	116	95	97	87 x	90 x	—	—	—	—	35 x	43 x
Hungria	99	99	117	59	85	84	102	101	98	98	—	—	98	—	91	91	—	—
Iêmen	96	74	47	15	1	1	96	78	86	70	75 x	64 x	—	73 x	49	31	49 x	27 x
Ilhas Cook	—	—	—	—	166	149	107	110	98	99	—	—	—	—	76	82	—	—
Ilhas Marshall	—	—	—	—	45	47	102	101	—	—	—	—	83	—	—	—	—	—
Ilhas Salomão	—	—	50	6	49	50	—	—	—	—	63 y	69 y	—	—	—	—	29 y	30 y
Índia	88	74	72	10	54	56	116	116	99	98	85 x	81 x	—	95 x	—	—	59 x	49 x
Indonésia	100	99	98	18	43	44	117	119	—	—	98	98	—	—	68	67	57 y	59 y
Irã	99	99	75	21	41	44	114	115	—	—	94 x	91 x	94	—	92	80	—	—
Iraque	85	81	78	5	—	—	—	—	—	—	91 x	80 x	—	93 x	—	—	46 x	34 x
Irlanda	—	—	108	77	99	97	108	108	99	100	—	—	—	—	98	100	—	—
Islândia	—	—	106	95	97	97	99	100	99	100	—	—	—	—	87	89	—	—
Israel	—	—	122	70	103	109	103	103	97	97	—	—	99	—	97	100	—	—
Itália	100	100	152	57	100	96	102	101	100	99	—	—	100	—	94	94	—	—
Jamaica	93	98	108	32	113	113	91	87	83	81	97 x	98 x	95	99 x	80	87	89 x	93 x
Japão	—	—	103	80	—	—	103	103	—	—	—	—	100	—	99	100	—	—
Jordânia	99	99	118	35	33	31	92	92	91	91	99	99	—	—	83	88	85	89
Kiribati	—	—	14	10	—	—	111	115	—	—	—	—	—	—	—	—	55 y	63 y
Kuwait	99	99	—	74	81	83	104	107	97	100	—	—	96	—	86	93	—	—
Laos	89 x	79 x	87	9	22	22	131	122	98	95	81 x	77 x	—	65 x	42	38	39 x	32 x
Lesoto	86	98	48	4	—	—	104	102	72	75	87	91	69	84 x	23	37	26	40
Letônia	100	100	103	72	85	82	101	100	95	97	—	—	95	—	83	84	—	—
Líbano	98	99	79	52	82	81	106	103	94	93	98	98	92	93 x	71	79	77	85
Libéria	71	82	49	3	—	—	101	91	—	—	32	28	—	—	—	—	14	14
Líbia	100	100	156	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	102	85	102	105	109	102	100	98	—	—	79	—	64	64	—	—
Lituânia	100	100	151	65	75	73	96	95	96	96	—	—	98	—	91	91	—	—
Luxemburgo	—	—	148	91	87	86	99	100	96	98	—	—	—	—	84	86	—	—
Macedônia	99	99	109	57	25	26	89	91	97	99	99	98	—	99	—	—	84	81
Madagascar	66	64	38	2	9	9	150	147	—	—	78	80	35	89	23	24	27	28
Malásia	98	98	127	61	64	69	—	—	—	—	—	—	98	—	65	71	—	—
Malauí	87	87	25	3	—	—	133	138	—	—	76 x	79 x	53	81 x	28	27	19	20
Maldivas	99	99	166	34	113	115	111	107	97	97	82	84	—	99	—	—	52	63
Mali	56	34	68	2	3	3	86	75	71	61	62	55	75	96 x	35	24	38	24
Malta	97	99	125	69	119	115	101	101	93	94	—	—	80	—	82	80	—	—
Marrocos	87	72	113	51	65	50	115	108	95	93	91 x	88 x	91	—	—	—	39 x	36 x
Maurício	96	98	99	35	97	96	99	100	92	94	—	—	98	—	—	—	—	—
Mauritânia	71	65	93	5	—	—	99	105	73	76	56	59	71	77	—	—	21	17
México	98	98	82	36	101	102	115	113	99	100	97 x	97 x	94	—	70	73	—	—
Mianmar	96	96	3	1	10	10	126	126	—	—	90	91	75	93	49	52	52 y	53 y
Micronésia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moçambique	79	65	33	4	—	—	121	109	95	89	82	80	27	60	17	15	21	20
Moldova	99	100	105	38	76	75	94	93	90	90	84 x	85 x	95	100 x	78	79	82 x	85 x
Mônaco	—	—	86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Países e áreas	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) (%) 2007-2011*		Número por 100 habitantes 2011		Frequência na pré-escola		Frequência na escola primária								Frequência na escola secundária			
					Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de frequência (%) 2007-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária (%) 2008-2011* 2007-2011*		Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de frequência (%) 2007-2011*	
	homens	mulheres	telefones celulares	usuários de internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	dados admin.	dados de levantam.	meninos	meninas	meninos	meninas
Mongólia	94	97	105	20	76	79	123	121	100	99	95	97	94	99	-	-	91	95
Montenegro	99	99	-	40	32	30	107	106	-	-	97 x	98 x	-	97 x	-	-	90 x	92 x
Namíbia	91	95	105	12	-	-	108	107	84	89	91	93	83	89 x	-	-	47	62
Nauru	-	-	65	-	96	93	90	96	-	-	-	-	-	-	-	-	52 y	69 y
Nepal	88	78	44	9	-	-	-	-	-	67 y	70 y	-	95 x	-	-	46 x	38 x	
Nicarágua	85 x	89 x	82	11	55	56	119	116	93	95	71 y	70 y	-	56 x	43	49	35 x	47 x
Níger	52 x	23 x	27	1	4	4	73	60	64	52	44 x	31 x	69	88 x	13	8	13 x	8 x
Nigéria	78	66	59	28	14	14	87	79	60	55	65	60	80	98	-	-	45	43
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	117	94	100	98	99	99	99	99	-	-	99	-	94	94	-	-
Nova Zelândia	-	-	109	86	91	95	101	101	99	100	-	-	-	-	94	95	-	-
Omã	98	98	169	68	45	45	107	104	100	97	-	-	-	-	89	90	-	-
Palau	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	98	97	204	43	67	67	109	106	99	98	-	-	94	-	66	72	-	-
Papua Nova Guiné	65	72	34	2	101	99	63	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paquistão	79	61	62	9	-	-	104	85	81	67	70	62	62	-	38	29	35	29
Paraguai	99	99	99	24	35	35	101	98	86	86	87	89	78	-	58	62	81 x	80 x
Peru	98	97	110	37	79	79	108	108	98	98	96	96	90	95	77	78	81 y	82 y
Polônia	100	100	128	65	65	66	98	97	96	96	-	-	98	-	90	92	-	-
Portugal	100	100	115	55	82	82	116	112	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Quênia	92	94	65	28	52	52	115	112	84	85	72	75	-	96	52	48	40	42
Quirguistão	100	100	105	20	19	19	100	99	95	95	91 x	93 x	98	99 x	79	79	88 x	91 x
Reino Unido	-	-	131	82	81	82	106	106	100	100	-	-	-	-	95	97	-	-
República Centro-Africana	72	58	25	2	6	6	109	78	81	61	56 x	47 x	46	62 x	18	10	12 x	9 x
Rep. Dem. do Congo	68	62	23	1	3	3	100	87	-	-	78	72	55	75	-	-	35	28
República Dominicana	96	98	87	36	38	38	115	102	96	90	95	96	-	78	58	67	56	68
República Tcheca	-	-	122	73	107	105	106	106	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Romênia	97	97	109	44	79	79	96	95	88	87	-	-	97	-	82	83	-	-
Ruanda	77	78	41	7	10	11	141	144	-	-	86	89	-	76 x	-	-	15	16
Samoa	99	100	-	-	35	41	107	109	93	97	88 y	89 y	-	-	73	83	51 y	70 y
San Marino	-	-	112	50	96	89	89	101	91	93	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	-	-	123	42	62	59	96	92	90	89	-	-	92	-	85	85	-	-
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	-	-	-	-	92	88	93	94	86	86	-	-	74	-	89	88	-	-
São Tomé e Príncipe	95	96	68	20	44	48	131	130	-	-	86	85	68	84	44	52	30	31
São Vicente e Granadinas	-	-	121	43	79	80	109	101	-	-	-	-	-	-	85	96	-	-
Seicheles	99	99	146	43	106	97	117	117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	74	56	73	18	12	14	84	89	76	80	60	63	60	93 x	-	-	35	32
Serra Leoa	69	50	36	-	7	7	129	120	-	-	73	76	-	93	-	-	40	33
Sérvia	99	99	125	42	53	53	96	96	95	94	98	99	99	99	89	91	88	90
Síria	96	94	63	23	10	9	119	116	100	98	87 x	86 x	95	100 x	67	67	63 x	63 x
Somália	-	-	7	1	-	-	-	-	-	-	18 x	15 x	-	85 x	-	-	12 x	8 x
Sri Lanka	98	99	87	15	-	-	99	99	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-
Suazilândia	92	95	64	18	22	23	121	111	86	85	96	97	84	93	29	37	42	52
Sudão*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	72	-	82	-	-	33	30
Sudão do Sul*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	25	-	65	-	-	8	4
Suécia	-	-	119	91	95	95	102	101	100	99	-	-	99	-	94	94	-	-
Suíça	-	-	130	85	99	100	103	102	99	99	-	-	-	-	84	82	-	-
Suriname	98	99	179	32	85	86	116	111	91	91	95 x	94 x	90	92 x	46	55	56 x	67 x
Tadjiquistão	100	100	91	13	9	8	104	100	99	96	99 y	96 y	99	100 x	90	80	89 x	74 x
Tailândia	98 x	98 x	113	24	98	101	91	90	90	89	98 x	98 x	-	99 x	68	76	77 x	83 x
Tanzânia	78	76	56	12	33	34	101	103	98	98	79	82	81	91 x	-	-	26	24
Timor Leste	80	79	53	1	-	-	119	115	86	86	71	73	67	91	34	39	43	48
Togo	88	75	50	4	9	9	147	132	-	-	91	87	59	90	-	-	51	40
Tonga	99 x	100 x	53	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	100	100	136	55	-	-	107	103	98	97	98 x	98 x	89	98 x	-	-	84 x	90 x
Tunísia	98	96	117	39	-	-	111	107	-	-	95 x	93 x	95	-	-	-	-	-
Turcomenistão	100	100	69	5	-	-	-	-	-	-	99 x	99 x	-	100 x	-	-	84 x	84 x
Turquia	99	97	89	42	22	21	103	101	98	97	94 y	92 y	92	95 x	77	71	-	-
Tuvalu	-	-	22	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35 y	47 y
Ucrânia	100	100	123	31	99	96	99	100	91	91	70	76	98	100	86	86	85	85
Uganda	90	85	48	13	14	14	120	122	90	92	82 y	80 y	32	72 x	-	-	17 y	17 y

Países e áreas	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) (%) 2007-2011*		Número por 100 habitantes 2011		Frequência na pré-escola		Frequência na escola primária								Frequência na escola secundária				
					Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa bruta de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de frequência (%) 2007-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária (%) 2008-2011* 2007-2011*		Taxa líquida de matrículas (%) 2008-2011*		Taxa líquida de frequência (%) 2007-2011*		
	homens	mulheres	telefones celulares	usuários de internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	dados admin.	dados de levantam.	meninos	meninas	meninos
Uruguai	98	99	141	51	89	89	115	111	100	99	—	—	95	—	—	66	73	—	—
Uzbequistão	100	100	92	30	26	26	95	93	93	91	96 x	96 x	98	100 x	—	93	91	91 x	90 x
Vanuatu	94	94	—	—	58	59	120	114	—	—	80	82	71	88	—	46	49	38	36
Venezuela	98	99	98	40	71	76	104	101	95	95	91 x	93 x	92	82 x	—	68	76	30 x	43 x
Vietnã	97	96	143	35	84	79	109	103	—	—	98	98	—	99	—	—	—	78	84
Zâmbia	82	67	61	12	—	—	115	116	91	94	81	82	53	87	—	—	—	38	36
Zimbábue	—	—	72	16	—	—	—	—	—	—	87	89	—	79 x	—	—	—	48	49

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^o	—	—	56	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
-----------------------------------	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RESUMO DE INDICADORES[#]

África ao sul do Saara	76	67	53	13	18	18	103	96	78	74	72	70	60	—	—	—	—	31	29
África Oriental e Meridional	80	72	51	11	21	22	113	108	88	85	75	75	49	—	—	33	30	23	23
África Ocidental e Central	73	61	54	14	14	14	96	86	69	64	68	64	68	90	—	—	—	40	36
Oriente Médio e Norte da África	94	89	94	29	25	23	103	97	92	87	—	—	—	—	—	68	63	—	—
Ásia Meridional	86	73	69	9	48	49	107	105	93	91	83	79	—	95	—	54	46	55	46
Leste da Ásia e Pacífico	99	99	81	35	56	56	110	112	96	96	96 **	97 **	95	—	—	70	74	61 **	63 **
América Latina e Caribe	97	97	107	39	70	70	116	112	96	95	—	—	91	—	—	71	76	—	—
ECO/CEI	99	99	132	42	57	56	100	99	95	95	—	—	96	—	—	83	82	—	—
Países menos desenvolvidos	76	68	42	6	13	13	106	100	82	78	76	75	56	—	—	35	29	27	24
Mundial	92	87	85	33	48	48	107	105	92	90	82 **	79 **	81	—	—	64	61	49 **	45 **

^o Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

[#] Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Taxa de alfabetização de jovens – Número de indivíduos de 15 a 24 anos de idade que são alfabetizados, expresso como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Telefones celulares – Número de inscrições ativas em um serviço público de telefonia móvel, incluindo o número de cartões SIM pré-pagos ativos durante os últimos três meses.

Usuários de internet – Número estimado de usuários de internet, incluindo aqueles que utilizaram a internet a partir de algum dispositivo (por exemplo, telefone móvel) nos últimos 12 meses.

Taxa bruta de matrículas na escola pré-primária – Número de crianças matriculadas na escola pré-primária, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola pré-primária.

Taxa bruta de matrículas na escola primária – Número de crianças matriculadas na escola primária, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola primária.

Taxa líquida de matrículas na escola primária – Número de crianças matriculadas na escola primária ou na escola secundária, com idade oficial para a escola primária, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola primária. Devido à inclusão de crianças com idade de frequentar a escola primária e que estão matriculadas na escola secundária, também é possível referir-se a este indicador como razão líquida ajustada de matrículas na escola primária.

Taxa líquida de frequência à escola primária – Número de crianças que frequentam a escola primária ou a escola secundária, com idade oficial para a escola primária, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola primária. Devido à inclusão de crianças com idade de frequentar a escola primária e que estão matriculadas na escola secundária, também é possível referir-se a este indicador como taxa líquida ajustada de frequência na escola primária.

Taxa de permanência até o último ano da escola primária – Porcentagem de crianças que ingressam no primeiro ano da escola primária e chegam ao último ano desse nível educacional.

Taxa líquida de matrículas na escola secundária – Número de crianças matriculadas na escola secundária, com idade oficial para a escola secundária, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola secundária. Devido a dificuldades para relatar e registrar a idade de indivíduos que estão matriculados no ensino superior, mas com idade de frequentar o ensino secundário, essa taxa não inclui crianças em idade de frequentar a escola secundária que estão matriculadas no ensino superior.

Taxa líquida de frequência à escola secundária – Número de crianças que frequentam a escola secundária ou o ensino superior, com idade oficial para a escola secundária, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola secundária. Devido à inclusão de crianças em idade de frequentar a escola secundária e que estão frequentando o ensino superior, também é possível referir-se a este indicador como taxa líquida ajustada de matrículas na escola secundária.

Todos os dados referem-se à Classificação Internacional Padronizada da Educação (ISCED) oficial para os níveis primário e secundário de educação e, portanto, é possível que não correspondam diretamente ao sistema escolar específico de cada país.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Alfabetização de adultos – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE).

Uso de telefone celular e internet – Sindicato Internacional das Telecomunicações (Genebra).

Matrículas nos níveis pré-primário, primário e secundário – IUE. Estimativas baseadas em dados administrativos provenientes de Sistemas Internacionais de Informações sobre Gestão da Educação (*International Education Management Information Systems – EMIS*), com estimativas de população das Nações Unidas.

Frequência à escola nos níveis primário e secundário – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e outros levantamentos domiciliares nacionais.

Taxa de permanência até o último ano da escola primária – Dados administrativos: IUE; dados de pesquisas: DHS e MICS. Médias regionais e globais calculadas pelo UNICEF.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.
- y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- z Dados fornecidos pelo Ministério da Educação da China. Atualmente, o IUE não publica dados sobre taxas líquidas de matrículas ou de permanência na escola primária referentes à China.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 6: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países e áreas	População (milhares) 2011			Taxa anual de crescimento da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2011	População urbanizada (%) 2011	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	total	<18 anos	<5 anos	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990-2011	2011-2030 ^a
Afganistão	32.358	17.219	5.686	4,3	2,6	29	22	16	52	52	43	35	42	49	6,2	24	5,6	4,1
África do Sul	50.460	18.045	4.989	1,5	0,4	14	8	15	38	29	21	53	62	53	2,4	62	2,3	1,1
Albânia	3.216	877	203	-0,1	0,1	8	6	6	33	25	13	67	72	77	1,5	53	1,7	1,5
Alemanha	82.163	13.437	3.504	0,2	-0,2	12	11	11	14	11	9	71	75	80	1,4	74	0,2	0,1
Andorra	86	16	4	2,3	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	1,9	1,0
Angola	19.618	10.399	3.393	3,1	2,4	27	23	14	52	53	41	37	41	51	5,3	59	5,3	3,3
Antígua e Barbuda	90	28	8	1,7	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	0,9	1,5
Arábia Saudita	28.083	9.923	3.186	2,6	1,7	15	5	4	47	36	22	52	69	74	2,7	82	3,0	1,9
Argélia	35.980	11.641	3.464	1,7	1,0	16	6	5	49	32	20	53	67	73	2,2	73	3,3	1,7
Argentina	40.765	12.105	3.423	1,1	0,7	9	8	8	23	22	17	66	72	76	2,2	93	1,4	0,8
Armênia	3.100	763	225	-0,6	0,0	5	8	9	23	21	15	70	68	74	1,7	64	-0,9	0,3
Austrália	22.606	5.190	1.504	1,3	1,1	9	7	7	20	15	14	71	77	82	2,0	89	1,5	1,2
Áustria	8.413	1.512	381	0,4	0,1	13	11	9	15	11	9	70	75	81	1,4	68	0,6	0,5
Azerbaijão	9.306	2.430	846	1,2	0,8	7	7	7	29	27	20	65	65	71	2,2	54	1,2	1,4
Bahamas	347	95	27	1,4	0,9	6	6	5	26	24	15	66	69	76	1,9	84	1,7	1,1
Bangladesh	150.494	55.515	14.421	1,7	1,0	23	10	6	47	36	20	42	59	69	2,2	28	3,4	2,7
Barbados	274	59	15	0,3	0,1	9	8	9	22	16	11	69	75	77	1,6	44	1,7	1,1
Barein	1.324	311	102	4,7	1,2	7	3	3	38	29	19	64	72	75	2,5	89	4,7	1,3
Bélgica	10.754	2.182	619	0,4	0,2	12	11	10	15	12	11	71	76	80	1,8	97	0,4	0,3
Belize	318	131	37	2,4	1,7	8	5	4	42	37	24	66	72	76	2,7	45	2,2	1,8
Benin	9.100	4.568	1.546	3,1	2,5	26	17	12	48	47	39	40	49	56	5,2	45	4,3	3,7
Belarus	9.559	1.766	527	-0,3	-0,4	7	11	14	16	14	11	71	71	70	1,5	75	0,3	0,0
Bolívia	10.088	4.254	1.230	2,0	1,5	20	11	7	46	36	26	46	59	67	3,3	67	2,9	2,0
Bósnia e Herzegovina	3.752	686	167	-0,7	-0,4	7	9	10	23	15	8	66	67	76	1,1	48	0,3	0,6
Botsuana	2.031	788	229	1,8	0,8	13	7	13	46	35	23	55	64	53	2,7	62	3,7	1,5
Brasil	196.655	59.010	14.662	1,3	0,6	10	7	6	35	24	15	59	66	73	1,8	85	1,9	0,8
Brunei	406	124	37	2,3	1,3	7	4	3	36	29	19	67	73	78	2,0	76	3,0	1,7
Bulgária	7.446	1.249	378	-0,8	-0,8	9	12	15	16	12	10	71	71	73	1,5	73	-0,3	-0,2
Burquina Fasso	16.968	8.824	3.047	2,9	2,8	23	17	12	48	47	43	41	49	55	5,8	27	6,0	5,2
Burundi	8.575	3.813	1.221	2,0	1,5	20	19	14	44	46	34	44	46	50	4,2	11	4,7	4,0
Butão	738	258	70	1,3	1,0	23	14	7	47	38	20	41	53	67	2,3	36	5,0	2,6
Cabo Verde	501	190	50	1,7	0,8	15	9	5	41	39	20	53	65	74	2,3	63	3,4	1,7
Camarões	20.030	9.420	3.102	2,4	1,9	19	14	14	45	42	36	46	53	52	4,4	52	3,7	2,8
Camboja	14.305	5.480	1.505	1,9	1,0	20	12	8	42	44	22	44	56	63	2,5	20	3,1	2,4
Canadá	34.350	6.926	1.936	1,0	0,8	7	7	8	17	14	11	73	77	81	1,7	81	1,3	0,9
Catar	1.870	302	97	6,5	1,2	6	2	2	36	24	12	66	74	78	2,2	99	6,8	1,3
Cazaquistão	16.207	4.800	1.726	-0,1	0,8	9	9	10	26	23	21	62	67	67	2,5	54	-0,3	1,0
Chade	11.525	5.992	2.047	3,1	2,5	22	17	16	46	47	44	44	51	50	5,9	22	3,3	3,5
Chile	17.270	4.615	1.222	1,3	0,6	10	6	6	29	23	14	62	74	79	1,8	89	1,6	0,8
China	1.347.565	317.892	82.205	0,8	0,2	9	7	7	36	21	12	63	69	73	1,6	51	3,9	1,8
Chipre	1.117	244	65	1,8	0,8	7	7	7	19	19	12	73	77	80	1,5	70	2,0	1,1
Cingapura	5.188	1.104	238	2,6	0,7	5	5	5	23	19	9	68	76	81	1,3	100	2,6	0,7
Colômbia	46.927	15.951	4.509	1,6	1,0	9	6	5	38	27	19	61	68	74	2,3	75	2,1	1,3
Comores	754	366	124	2,6	2,3	18	11	9	47	37	37	48	56	61	4,9	28	2,6	3,0
Congo	4.140	1.940	637	2,6	2,1	14	12	11	43	38	35	53	56	57	4,5	64	3,4	2,7
Coreia do Norte	24.451	6.757	1.706	0,9	0,4	7	5	10	35	21	14	62	71	69	2,0	60	1,1	0,7
Coreia do Sul	48.391	9.842	2.488	0,6	0,2	9	6	6	32	16	10	61	72	81	1,4	83	1,1	0,4
Costa do Marfim	20.153	9.539	2.992	2,3	2,1	21	13	12	52	41	34	44	53	55	4,3	51	3,5	3,2
Costa Rica	4.727	1.405	359	2,1	1,0	7	4	4	33	27	16	67	76	79	1,8	65	3,2	1,6
Croácia	4.396	806	215	-0,1	-0,3	10	11	12	15	12	10	69	72	77	1,5	58	0,2	0,3
Cuba	11.254	2.343	543	0,3	-0,1	7	7	7	29	17	10	70	74	79	1,5	75	0,4	0,0
Dinamarca	5.573	1.212	327	0,4	0,3	10	12	10	15	12	11	73	75	79	1,9	87	0,5	0,4
Djibuti	906	382	115	2,3	1,8	20	14	10	49	42	29	43	51	58	3,7	77	2,4	1,9
Dominica	68	21	6	-0,2	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	-0,3	0,4
Egito	82.537	30.537	9.092	1,8	1,3	16	9	5	41	32	23	50	62	73	2,7	43	1,8	2,0
El Salvador	6.227	2.394	631	0,7	0,7	13	8	7	43	32	20	57	66	72	2,2	65	2,0	1,3
Emirados Árabes Unidos	7.891	1.590	451	7,0	1,5	7	3	1	37	26	13	62	72	77	1,7	84	7,3	1,7
Equador	14.666	5.234	1.469	1,7	1,0	12	6	5	42	29	20	58	69	76	2,4	67	2,7	1,7
Eritreia	5.415	2.588	879	2,6	2,3	21	16	8	47	41	36	43	48	62	4,4	21	4,0	4,4
Eslováquia	5.472	1.024	281	0,2	0,1	9	10	10	18	15	11	70	71	75	1,3	55	0,0	0,3
Eslovênia	2.035	344	102	0,3	0,1	10	10	10	17	11	10	69	73	79	1,5	50	0,2	0,4
Espanha	46.455	8.306	2.546	0,8	0,4	9	9	9	20	10	11	72	77	81	1,5	77	1,0	0,6
Estado da Palestina	4.152	2.051	635	3,3	2,6	13	5	4	50	45	33	56	68	73	4,4	74	3,7	2,9

Países e áreas	População (milhares) 2011			Taxa anual de crescimento da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2011	População urbanizada (%) 2011	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	total	<18 anos	<5 anos	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990-2011	2011-2030 ^a
	Estados Unidos	313.085	75.491	21.629	1,0	0,8	9	9	8	16	16	14	71	75	79	2,1	82	1,4
Estônia	1.341	250	80	-0,7	-0,2	11	13	13	15	14	12	71	69	75	1,7	69	-0,9	0,0
Etiópia	84.734	40.698	11.915	2,7	1,8	21	18	9	47	48	31	43	47	59	4,0	17	4,1	3,6
Federação Russa	142.836	26.115	8.264	-0,2	-0,2	9	12	14	14	14	12	69	68	69	1,5	74	-0,1	0,0
Fiji	868	300	91	0,8	0,5	8	6	7	34	29	21	60	66	69	2,6	52	1,9	1,2
Filipinas	94.852	39.205	11.161	2,1	1,5	9	7	6	39	33	25	61	65	69	3,1	49	2,1	2,3
Finlândia	5.385	1.084	303	0,4	0,2	10	10	10	14	13	11	70	75	80	1,9	84	0,6	0,4
França	63.126	13.837	3.985	0,5	0,4	11	9	9	17	13	13	72	77	82	2,0	86	1,2	0,8
Gabão	1.534	642	188	2,4	1,8	20	11	9	34	38	27	47	61	63	3,2	86	3,4	2,0
Gâmbia	1.776	897	292	2,9	2,4	26	13	9	51	47	38	38	53	58	4,8	57	4,8	3,2
Gana	24.966	11.174	3.591	2,5	2,0	17	11	8	47	39	31	49	57	64	4,1	52	4,2	3,0
Geórgia	4.329	892	258	-1,1	-0,7	9	9	11	19	17	12	67	71	74	1,5	53	-1,3	-0,3
Granada	105	35	10	0,4	0,1	9	8	6	28	28	19	64	69	76	2,2	39	1,2	1,0
Grécia	11.390	2.001	600	0,5	0,1	8	9	10	17	10	10	72	77	80	1,5	61	0,7	0,6
Guatemala	14.757	7.072	2.192	2,4	2,3	15	9	5	44	39	32	52	62	71	3,9	50	3,3	3,2
Guiana	756	297	60	0,2	0,3	12	10	6	37	25	18	56	61	70	2,2	28	0,0	1,0
Guiné	10.222	5.045	1.691	2,7	2,3	30	21	13	49	46	38	34	44	54	5,2	35	3,8	3,7
Guiné-Bissau	1.547	739	244	2,0	2,0	26	22	16	46	46	38	37	43	48	5,0	44	4,1	3,2
Guiné Equatorial	720	327	111	3,1	2,2	25	20	14	39	47	36	40	47	51	5,1	39	3,7	3,0
Haiti	10.124	4.271	1.245	1,7	1,1	18	13	9	39	37	26	47	55	62	3,3	53	4,7	2,6
Holanda	16.665	3.526	907	0,5	0,2	8	9	8	17	13	11	74	77	81	1,8	83	1,4	0,5
Honduras	7.755	3.338	975	2,2	1,7	15	7	5	47	38	26	52	66	73	3,1	52	3,4	2,6
Hungria	9.966	1.800	493	-0,2	-0,2	11	14	13	15	12	10	69	69	74	1,4	69	0,1	0,4
Iêmen	24.800	12.697	4.179	3,5	2,7	24	12	6	51	52	38	40	56	65	5,1	32	5,5	4,3
Ilhas Cook	20	8	2	0,7	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	1,9	0,8
Ilhas Marshall	55	20	5	0,7	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	1,2	1,5
Ilhas Salomão	552	254	81	2,8	2,2	13	11	6	45	40	31	54	57	68	4,2	20	4,7	4,0
Índia	1.241.492	448.336	128.542	1,7	1,1	16	11	8	38	31	22	49	58	65	2,6	31	2,6	2,3
Indonésia	242.326	77.471	21.210	1,3	0,8	15	8	7	40	26	18	52	62	69	2,1	51	3,7	1,9
Irã	74.799	20.819	6.269	1,5	0,6	16	8	5	42	34	17	51	62	73	1,6	69	2,4	0,9
Iraque	32.665	16.146	5.294	3,0	2,8	12	7	6	45	38	35	58	67	69	4,6	66	2,8	2,9
Irlanda	4.526	1.137	370	1,2	0,9	11	9	6	22	14	16	71	75	81	2,1	62	1,6	1,4
Islândia	324	81	24	1,1	1,0	7	7	6	21	17	15	74	78	82	2,1	94	1,3	1,1
Israel	7.562	2.417	754	2,5	1,4	7	6	5	26	22	21	72	76	82	2,9	92	2,6	1,4
Itália	60.789	10.308	2.910	0,3	0,0	10	10	10	17	10	9	71	77	82	1,4	68	0,4	0,4
Jamaica	2.751	956	254	0,7	0,2	8	7	7	36	26	18	68	71	73	2,3	52	1,0	0,6
Japão	126.497	20.375	5.418	0,2	-0,3	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,4	91	1,0	0,0
Jordânia	6.330	2.747	817	2,9	1,5	11	5	4	51	36	25	61	70	73	3,0	83	3,6	1,7
Kiribati	101	36	10	1,6	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	2,7	2,0
Kuwait	2.818	863	282	1,4	1,9	6	3	3	49	21	18	67	72	75	2,3	98	1,4	1,9
Laos	6.288	2.581	682	1,9	1,1	18	13	6	42	42	22	46	54	67	2,7	34	5,7	3,3
Lesoto	2.194	970	276	1,4	0,8	17	10	15	43	36	28	49	59	48	3,1	28	4,6	2,9
Letônia	2.243	382	117	-0,8	-0,4	11	13	14	14	14	11	70	69	73	1,5	68	-0,9	-0,2
Líbano	4.259	1.271	328	1,8	0,5	9	7	7	33	26	15	65	69	73	1,8	87	2,0	0,6
Libéria	4.129	2.057	700	3,2	2,4	23	21	11	49	46	39	41	42	57	5,2	48	2,2	3,2
Líbia	6.423	2.293	717	1,9	1,0	16	4	4	49	26	23	52	68	75	2,5	78	2,0	1,3
Liechtenstein	36	7	2	1,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	0,3	1,1
Lituânia	3.307	616	173	-0,5	-0,4	9	11	14	17	15	11	71	71	72	1,5	67	-0,6	-0,1
Luxemburgo	516	110	29	1,4	1,1	12	10	8	13	13	12	70	75	80	1,7	85	1,7	1,3
Macedônia	2.064	445	112	0,4	-0,1	8	8	9	24	17	11	66	71	75	1,4	59	0,5	0,4
Madagascar	21.315	10.570	3.378	3,0	2,7	21	16	6	48	45	35	44	51	67	4,6	33	4,6	4,3
Malásia	28.859	10.244	2.796	2,2	1,3	7	5	5	33	28	20	64	70	74	2,6	73	4,0	1,9
Malawi	15.381	8.116	2.829	2,4	3,2	24	18	12	52	48	44	41	47	54	6,0	16	3,8	4,7
Maldivas	320	104	26	1,8	0,9	21	9	4	50	41	17	44	61	77	1,7	41	4,0	2,6
Mali	15.840	8.525	2.995	2,9	2,8	30	21	14	49	49	46	34	44	51	6,2	35	4,8	4,3
Malta	418	77	20	0,6	0,2	9	8	8	16	16	9	70	75	80	1,3	95	0,8	0,3
Marrocos	32.273	10.790	3.048	1,3	0,8	17	8	6	47	30	19	52	64	72	2,2	57	2,0	1,4
Maurício	1.307	344	81	1,0	0,3	7	6	7	29	22	13	63	69	73	1,6	42	0,8	0,8
Mauritânia	3.542	1.635	522	2,7	2,0	18	11	9	47	41	33	47	56	59	4,5	41	2,9	3,0
México	114.793	39.440	10.943	1,5	0,9	10	5	5	43	28	19	61	71	77	2,3	78	1,9	1,2
Mianmar	48.337	14.832	3.981	1,0	0,6	16	11	8	40	27	17	50	57	65	2,0	33	2,3	2,2
Micronésia	112	48	13	0,7	0,8	9	7	6	41	34	24	62	66	69	3,4	23	0,1	1,6
Moçambique	23.930	12.086	3.877	2,7	2,1	25	21	14	48	43	37	39	43	50	4,8	31	4,6	3,3
Moldova	3.545	740	223	-1,0	-0,6	10	10	13	18	19	12	65	68	69	1,5	48	-0,9	0,6

TABELA 6 | INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países e áreas	População (milhares) 2011			Taxa anual de crescimento da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2011	População urbanizada (%) 2011	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	total	<18 anos	<5 anos	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990-2011	2011-2030 ^a
Mônaco	35	7	2	0,7	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,7	0,0
Mongólia	2.800	934	317	1,2	1,2	15	10	6	44	32	23	56	61	68	2,5	69	2,0	2,0
Montenegro	632	145	39	0,2	0,0	3	5	10	10	11	12	69	76	75	1,6	63	1,5	0,4
Namíbia	2.324	994	288	2,4	1,4	15	9	8	43	38	26	53	61	62	3,2	38	3,9	2,8
Nauru	10	4	1	0,6	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,6	0,4
Nepal	30.486	12.883	3.453	2,2	1,4	21	13	6	44	39	24	43	54	69	2,7	17	5,3	3,4
Nicarágua	5.870	2.390	684	1,7	1,1	14	7	5	46	37	23	54	64	74	2,6	58	2,1	1,7
Niger	16.069	8.922	3.196	3,4	3,4	26	24	13	56	56	48	38	41	55	7,0	18	4,2	5,3
Nigéria	162.471	79.931	27.195	2,4	2,4	22	19	14	46	44	40	42	46	52	5,5	50	4,1	3,5
Niue	1	1	0	-2,3	-1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-1,4	-0,5
Noruega	4.925	1.117	309	0,7	0,7	10	11	8	17	14	12	74	77	81	1,9	79	1,2	0,9
Nova Zelândia	4.415	1.091	320	1,2	0,9	9	8	7	22	17	15	71	75	81	2,2	86	1,3	1,0
Omã	2.846	910	290	2,0	1,2	16	5	4	49	38	18	51	71	73	2,2	73	2,5	1,6
Palau	21	7	2	1,5	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	2,4	1,4
Panamá	3.571	1.213	345	1,9	1,2	8	5	5	37	26	20	65	72	76	2,5	75	3,5	1,7
Papua Nova Guiné	7.014	3.168	975	2,5	2,0	17	10	7	44	35	30	46	56	63	3,9	12	1,6	3,6
Paquistão	176.745	73.756	22.064	2,2	1,5	15	10	7	43	40	27	53	61	65	3,3	36	3,0	2,6
Paraguai	6.568	2.587	744	2,1	1,5	7	6	5	37	33	24	65	68	72	2,9	62	3,2	2,1
Peru	29.400	10.421	2.902	1,4	1,0	14	7	5	42	30	20	53	66	74	2,5	77	2,0	1,3
Polônia	38.299	7.023	2.008	0,0	-0,1	8	10	10	17	15	11	70	71	76	1,4	61	0,0	0,1
Portugal	10.690	1.930	501	0,4	-0,2	11	10	10	21	11	9	67	74	79	1,3	61	1,5	0,5
Quênia	41.610	20.317	6.805	2,7	2,4	15	10	10	51	42	37	52	59	57	4,7	24	4,4	4,1
Quirguistão	5.393	1.957	624	1,0	1,1	11	8	7	31	31	24	60	66	68	2,7	35	0,7	1,8
Reino Unido	62.417	13.153	3.858	0,4	0,6	12	11	9	15	14	12	72	76	80	1,9	80	0,5	0,8
República Centro-Africana	4.487	2.098	658	2,0	1,8	23	17	16	43	41	35	42	49	48	4,5	39	2,3	2,8
Rep. Dem. do Congo	67.758	35.852	12.037	3,0	2,4	21	19	16	48	50	43	44	47	48	5,7	34	4,0	3,8
República Dominicana	10.056	3.672	1.051	1,6	1,0	11	6	6	42	30	21	58	68	73	2,5	70	2,7	1,5
República Tcheca	10.534	1.836	567	0,1	0,1	12	12	10	16	12	11	70	72	78	1,5	73	0,0	0,2
Romênia	21.436	3.928	1.093	-0,4	-0,3	9	11	12	21	14	10	68	69	74	1,4	53	-0,4	0,0
Ruanda	10.943	5.352	1.909	2,1	2,5	20	32	12	51	45	41	44	33	55	5,3	19	8,1	4,3
Samoa	184	81	22	0,6	0,5	10	7	5	39	32	24	55	65	72	3,8	20	0,3	0,3
San Marino	32	6	2	1,3	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	1,5	0,4
Santa Lúcia	176	55	15	1,2	0,7	9	6	6	39	28	17	64	71	75	2,0	18	-1,3	-1,4
Santa Sé	0	0	0	-2,5	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-2,5	-0,1
São Cristóvão e Névis	53	17	5	1,3	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	0,9	1,7
São Tomé e Príncipe	169	79	24	1,8	1,7	13	10	8	41	38	31	55	61	65	3,6	63	3,5	2,5
São Vicente e Granadinas	109	35	9	0,1	0,1	11	7	7	40	25	17	61	69	72	2,0	49	0,9	0,8
Seicheles	87	43	14	1,0	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	1,4	1,0
Senegal	12.768	6.425	2.125	2,7	2,4	24	13	9	51	44	37	41	53	59	4,7	43	3,1	3,3
Serra Leoa	5.997	2.965	984	2,0	1,9	29	25	15	47	44	38	35	39	48	4,9	39	2,8	2,9
Sérvia	9.854	2.089	551	0,1	-0,2	9	10	12	18	15	11	68	72	75	1,6	56	0,7	0,4
Síria	20.766	8.923	2.446	2,5	1,5	11	5	4	47	36	22	60	71	76	2,9	56	3,1	2,2
Somália	9.557	4.896	1.701	1,8	2,8	24	20	15	51	45	43	40	45	51	6,3	38	2,9	4,1
Sri Lanka	21.045	6.183	1.886	0,9	0,5	9	7	7	31	20	18	63	70	75	2,3	15	0,3	2,0
Suazilândia	1.203	548	158	1,6	1,0	18	10	14	49	43	29	48	59	49	3,3	21	1,2	1,5
Sudão*	34.318	-	-	2,5	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	3,2	2,9
Sudão do Sul*	10.314	-	-	2,6	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	4,0	3,9
Suécia	9.441	1.916	562	0,5	0,5	10	11	10	14	14	12	74	78	81	1,9	85	0,6	0,7
Suíça	7.702	1.435	382	0,7	0,3	9	9	8	16	12	10	73	78	82	1,5	74	0,7	0,5
Suriname	529	176	47	1,3	0,7	9	7	7	37	23	18	63	67	71	2,3	70	2,0	1,1
Tadjiquistão	6.977	3.052	883	1,3	1,3	10	8	6	40	39	28	60	63	68	3,2	27	0,5	2,1
Tailândia	69.519	17.111	4.270	0,9	0,3	10	5	7	38	19	12	60	73	74	1,6	34	1,6	1,6
Tanzânia	46.218	23.690	8.267	2,8	3,0	18	15	10	48	44	41	47	51	58	5,5	27	4,5	4,7
Timor Leste	1.154	616	201	2,1	2,9	23	18	8	42	43	38	40	46	62	6,1	28	3,6	4,1
Togo	6.155	2.831	870	2,5	1,8	20	14	11	49	42	32	45	53	57	4,0	38	3,8	3,0
Tonga	105	46	14	0,4	0,8	7	6	6	36	31	27	65	70	72	3,9	23	0,6	1,5
Trinidad e Tobago	1.346	334	96	0,5	0,0	7	7	8	27	21	15	65	69	70	1,6	14	2,7	1,7
Tunísia	10.594	3.001	885	1,2	0,7	14	6	6	39	27	17	54	69	75	2,0	66	1,9	1,1
Turcomenistão	5.105	1.785	499	1,6	1,0	11	8	8	37	35	21	58	63	65	2,4	49	1,9	1,8
Turquia	73.640	23.107	6.489	1,5	0,9	16	8	5	39	26	18	50	63	74	2,1	72	2,4	1,6
Tuvalu	10	4	1	0,4	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51	1,5	1,3
Ucrânia	45.190	7.977	2.465	-0,6	-0,6	9	13	16	15	13	11	71	70	68	1,5	69	-0,5	-0,2
Uganda	34.509	19.042	6.638	3,2	2,9	16	17	12	49	50	45	50	47	54	6,1	16	4,8	5,3

Países e áreas	População (milhares) 2011			Taxa anual de crescimento da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2011	População urbanizada (%) 2011	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	total	<18 anos	<5 anos	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990-2011	2011-2030 ^a
Uruguai	3.380	912	245	0,4	0,3	10	10	9	21	18	15	69	73	77	2,1	93	0,6	0,4
Uzbequistão	27.760	9.849	2.802	1,4	1,0	10	7	7	36	35	21	63	67	68	2,3	36	0,9	1,7
Vanuatu	246	109	34	2,5	2,2	14	8	5	42	36	29	52	63	71	3,8	25	3,8	3,4
Venezuela	29.437	10.215	2.935	1,9	1,2	7	5	5	37	29	20	64	71	74	2,4	94	2,4	1,3
Vietnã	88.792	25.532	7.202	1,3	0,7	18	8	5	41	30	16	48	66	75	1,8	31	3,4	2,5
Zâmbia	13.475	7.169	2.509	2,6	3,1	17	17	15	49	44	46	49	47	49	6,3	39	2,5	4,3
Zimbábue	12.754	5.841	1.706	0,9	1,7	13	9	13	48	37	29	55	61	51	3,2	39	2,3	3,0

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^r	–	20.660	6.472	–	–	19	14	9	46	41	32	45	53	61	4,3	–	–	–
-----------------------------------	---	--------	-------	---	---	----	----	---	----	----	----	----	----	----	-----	---	---	---

RESUMO DE INDICADORES^r

África ao sul do Saara	876.497	428.333	140.617	2,5	2,3	20	16	12	47	44	37	44	50	55	4,9	37	3,8	3,4
África Oriental e Meridional	418.709	196.675	63.188	2,5	2,2	19	15	12	47	43	35	47	51	56	4,5	30	3,6	3,4
África Ocidental e Central	422.564	210.616	70.843	2,6	2,4	22	18	13	47	45	39	42	48	53	5,3	43	3,9	3,5
Oriente Médio e Norte da África	415.633	157.845	48.169	2,1	1,5	16	8	5	44	34	24	52	63	71	2,8	60	2,7	1,9
Ásia Meridional	1.653.679	614.255	176.150	1,8	1,1	17	11	8	40	33	23	49	59	66	2,7	31	2,8	2,4
Leste da Ásia e Pacífico	2.032.532	533.810	141.248	1,0	0,4	10	7	7	36	23	14	61	68	73	1,8	50	3,4	1,8
América Latina e Caribe	591.212	195.081	52.898	1,4	0,9	10	7	6	36	27	18	60	68	74	2,2	79	2,0	1,1
ECO/CEI	405.743	95.460	28.590	0,2	0,1	10	11	11	20	18	14	66	68	70	1,8	65	0,3	0,6
Países menos desenvolvidos	851.103	395.405	124.162	2,4	2,1	22	15	10	47	43	33	43	51	59	4,2	29	3,9	3,6
Mundial	6.934.761	2.207.145	638.681	1,3	0,9	12	9	8	33	26	19	59	65	69	2,4	52	2,2	1,7

^r Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Taxa bruta de mortalidade – Número de óbitos anuais por mil indivíduos.

Taxa bruta de natalidade – Número de nascimentos anuais por mil indivíduos.

Expectativa de vida – Número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes no momento de seu nascimento para o grupo representativo da população.

Taxa total de fertilidade – Número de crianças que nasceriam por mulher se esta vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade de acordo com as taxas de fertilidade prevalentes para cada faixa etária.

População urbanizada – Porcentagem da população que vive em áreas urbanas caracterizadas de acordo com a definição nacional utilizada no censo demográfico mais recente.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

População – Divisão de População das Nações Unidas. Taxas de crescimento calculadas pelo UNICEF com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

Taxas brutas de mortalidade e de natalidade – Divisão de População das Nações Unidas.

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Taxa total de fertilidade – Divisão de População das Nações Unidas.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

^a Baseado em projeções para variante de fertilidade média.

TABELA 7: INDICADORES ECONÔMICOS

Países e áreas	RNB per capita 2011		Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2011	População vivendo abaixo da linha internacional da pobreza (US\$1,25/dia) (%) 2006-2011*	Gastos públicos como % do PIB (2007-2010*)			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2010	Fluxo de entradas de AOD como % da RNB dos países recebedores 2010	Serviço da dívida como % das exportações de bens e serviços 2010	Participação da renda familiar (% 2005-2011*)	
	US\$	US\$ em PPC	1970-1990	1990-2011			saúde	educação	defesa				40% mais pobres	20% mais ricos
Afganistão	410 x	910 x, e	-	-	-	-	2	-	2	6.374	-	-	23	37
África do Sul	6.960	10.790	0,1	1,3	8	14	3	5	1	1.032	0	5	7	68
Albânia	3.980	8.900	-0,7 x	5,3	13	1	3	-	2	338	3	9	20	43
Alemanha	43.980	40.170	2,3	1,3	1	-	8	5	1	-	-	-	22 x	37 x
Andorra	41.750 x	-	-1,4	2,5 x	3 x	-	5	4	-	-	-	-	-	-
Angola	4.060	5.290	-	4,1	205	54 x	-	3	5	239	0	4	8 x	62 x
Antígua e Barbuda	12.060	15.670 e	7,8 x	0,6	4	-	4	2	-	19	2	-	-	-
Arábia Saudita	17.820	24.870	-1,4	0,2	5	-	2	6	8	-	-	-	-	-
Argélia	4.470	8.370 e	1,6	1,5	12	-	5	4	3	199	0	1	-	-
Argentina	9.740	17.250	-0,8	2,3	8	1	6	6	1	155	0	16	14	49
Armênia	3.360	6.140	-	6,1	47	1	2	4	4	340	4	31	22	40
Austrália	46.200 x	36.910 x	1,6	2,2	3	-	6	5	2	-	-	-	-	-
Áustria	48.300	41.970	2,5	1,8	1	-	8	5	1	-	-	-	22 x	38 x
Azerbaijão	5.290	9.020	-	5,9	50	0	1	3	3	156	0	1	20	42
Bahamas	21.970 x	29.850 x, e	1,9	0,7	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	770	1.940	0,6	3,6	4	43	1	2	1	1.417	1	3	21	41
Barbados	12.660 x	18.850 x, e	1,7	1,1 x	3 x	-	4	7	-	16	-	-	-	-
Barein	15.920 x	21.240 x	-1,0 x	1,3 x	3 x	-	3	3	3	-	-	-	-	-
Bélgica	46.160	39.300	2,2	1,6	2	-	7	6	1	-	-	-	21 x	41 x
Belize	3.690	6.070 e	2,9	1,8	1	-	4	6	1	25	2	11	-	-
Benin	780	1.630	0,5	1,3	5	47 x	2	5	1	691	10	-	18 x	46 x
Belarus	5.830	14.560	-	4,7	113	0	4	5	1	137	0	4	23	36
Bolívia	2.040	4.920	-1,1	1,6	7	16	3	-	2	676	4	8	9	59
Bósnia e Herzegovina	4.780	9.200	-	8,3 x	5 x	0	7	-	1	492	3	16	18	43
Botsuana	7.480	14.560	8,1	3,4	9	-	8	8	3	157	1	1	-	-
Brasil	10.720	11.500	2,3	1,6	49	6	4	6	2	664	0	19	10	59
Brunei	31.800 x	49.790 x	-2,2 x	-0,4 x	5 x	-	-	2	3	-	-	-	-	-
Bulgária	6.550	13.980	3,4 x	3,3	37	0	4	4	2	-	-	14	22	37
Burquina Fasso	570	1.310	1,3	2,8	3	45	4	5	1	1.065	12	-	17	47
Burundi	250	610	1,2	-1,4	14	81	5	7	3	632	40	1	21	43
Butão	2.070	5.480	-	5,3	7	10	5	5	-	131	9	-	17	45
Cabo Verde	3.540	4.000	-	5,0	2	21 x	3	6	1	329	21	4	12 x	56 x
Camarões	1.210	2.360	3,4	0,8	4	10	2	4	2	538	2	4	17	46
Camboja	830	2.260	-	6,5 x	4 x	23	2	2	1	737	7	1	19	46
Canadá	45.560	39.830	2,0	1,8	2	-	7	5	1	-	-	-	20 x	40 x
Catar	80.440	87.030	-	0,8 x	11 x	-	2	2	2	-	-	-	-	-
Cazaquistão	8.220	11.310	-	4,1	54	0	3	4	1	222	0	70	22	38
Chade	690	1.370	-0,9	3,1	6	62 x	4	3	6	490	7	-	17 x	47 x
Chile	12.280	16.160	1,5	3,4	6	1	4	5	3	198	0	15	12	58
China	4.930	8.430	6,6	9,3	5	13	2	-	2	648	0	2	15	48
Chipre	29.450 x	30.910 x	5,9 x	2,0	3	-	2	8	2	-	-	-	-	-
Cingapura	42.930	59.790	5,9	3,5	1	-	2	4	5	-	-	-	-	-
Colômbia	6.110	9.640	1,9	1,6	13	8	5	5	4	910	0	19	10	60
Comores	770	1.120	-0,1 x	-0,8	4	46 x	2	8	-	68	13	-	8 x	68 x
Congo	2.270	3.280	3,3	0,4	8	54 x	-	6	1	1.314	15	-	13	53
Coreia do Norte	a	-	-	-	-	-	-	-	-	79	-	-	-	-
Coreia do Sul	20.870	30.290	6,2	4,1	4	-	4	5	3	-	-	-	-	-
Costa do Marfim	1.100	1.730	-1,7	-0,6	5	24	1	5	2	848	4	-	16	48
Costa Rica	7.660	11.950 e	0,7	2,6	12	3	7	6	-	96	0	7	12	56
Croácia	13.850	19.330	-	2,8	24	0	7	4	2	149	0	-	20	42
Cuba	5.460 x	-	3,9	3,0 x	4 x	-	11	14	3	129	-	-	-	-
Dinamarca	60.390	42.330	2,0	1,4	2	-	9	9	1	-	-	-	-	-
Djibuti	1.270 x	2.450 x	-	-1,4 x	3 x	19 x	5	8	4	133	-	7	17 x	46 x
Dominica	7.090	12.460 e	5,2 x	2,2	3	-	4	4	-	32	9	7	-	-
Egito	2.600	6.160	4,3	2,8	7	2	2	4	2	594	0	5	22	40
El Salvador	3.480	6.690 e	-1,9	2,4	4	9	4	4	1	284	1	12	13	53
Emirados Árabes Unidos	40.760	48.220 e	-4,3 x	-1,9	5	-	2	1	6	-	-	-	-	-
Equador	4.140	8.310	1,3	1,5	5	5	3	-	4	153	0	8	13	54
Eritreia	430	580 e	-	-0,8 x	13 x	-	1	-	-	161	8	-	-	-
Eslováquia	16.070	22.610	-	3,7	6	0	6	5	1	-	-	-	24	36
Eslovênia	23.610	27.110	-	3,2	12	0 x	6	6	2	-	-	-	21 x	39 x
Espanha	30.990	31.930	1,9	1,9	4	-	7	5	1	-	-	-	19 x	42 x
Estado da Palestina	b	-	-	-2,4 x	4 x	0	-	-	-	2.519	-	-	19	43

Países e áreas

Países e áreas	RNB per capita 2011		Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2011	População vivendo abaixo da linha internacional da pobreza (US\$1,25/dia) (%) 2006-2011*	Gastos públicos como % do PIB (2007-2010*)			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2010	Fluxo de entradas de AOD como % da RNB dos países recebedores 2010	Serviço da dívida como % das exportações de bens e serviços 2010	Participação da renda familiar (% 2005-2011*)	
	US\$	US\$ em PPC	1970-1990	1990-2011			saúde	educação	defesa				40% mais pobres	20% mais ricos
Estados Unidos	48.450	48.890	2,1	1,7	2	—	8	5	5	—	—	—	16 x	46 x
Estônia	15.200	21.270	—	5,5 x	6 x	1 x	5	6	2	—	—	—	18 x	43 x
Etiópia	400	1.110	—	3,3	7	39 x	2	5	1	3.529	12	4	22	39
Federação Russa	10.400	20.050	—	2,3	52	0	3	4	4	—	—	13	17	47
Fiji	3.680	4.590	0,6	1,3	4	6	3	4	2	76	3	1	16	50
Filipinas	2.210	4.160	0,5	1,9	7	18	1	3	1	535	0	15	15	50
Finlândia	48.420	37.990	2,9	2,5	2	—	7	7	2	—	—	—	24 x	37 x
França	42.420	35.860	2,1	1,2	2	—	9	6	3	—	—	—	—	—
Gabão	7.980	13.650	0,2	-0,7	6	5 x	1	—	1	104	1	—	16	48
Gâmbia	610	2.060	0,6	0,9	6	34 x	3	4	—	121	16	5	13 x	53 x
Gana	1.410	1.820	-2,0	2,5	26	29	3	5	0	1.694	6	3	15	49
Geórgia	2.860	5.390	3,1	2,7	67	15	3	3	6	626	5	15	16	47
Granada	7.220	10.530 e	4,2 x	2,9	4	—	4	—	—	34	6	12	—	—
Grécia	25.030	26.040	1,3	2,2	5	—	7	—	3	—	—	—	19 x	41 x
Guatemala	2.870	4.800 e	0,2	1,3	7	14	2	3	0	398	1	10	10	60
Guiana	2.900 x	3.460 x, e	-1,3	2,8 x	11 x	—	7	3	—	153	6	2	—	—
Guiné	440	1.050	—	2,9	8	43	1	2	—	214	5	5	17	46
Guiné-Bissau	600	1.250	0,0	-1,2	17	49 x	2	—	—	141	16	—	19 x	43 x
Guiné Equatorial	14.540	24.110	—	18,2	11	—	3	—	—	85	1	—	—	—
Haiti	700	1.190 e	—	-1,0 x	15 x	62 x	1	—	—	3.076	46	6	9 x	63 x
Holanda	49.730	43.770	1,6	1,9	2	—	8	6	2	—	—	—	—	—
Honduras	1.970	3.840 e	0,8	1,6	13	18	3	—	2	576	4	5	8	60
Hungria	12.730	20.380	3,0	2,5	11	0	5	5	1	—	—	—	21	40
lêmen	1.070	2.180	—	1,1	15	18 x	2	5	4	666	—	2	18	45
Ilhas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
Ilhas Marshall	3.910	—	—	0,5	2	—	16	—	—	91	49	—	—	—
Ilhas Salomão	1.110	2.360 e	—	-0,9	7	—	5	7	—	340	61	6	—	—
Índia	1.410	3.620	2,0	4,9	6	33	1	—	3	2.807	0	5	21	42
Indonésia	2.940	4.530	4,6	2,7	14	18	1	4	1	1.393	0	16	20	43
Irã	4.520 x	11.400 x	-2,3	2,7 x	22 x	2 x	2	5	2	122	—	—	17	45
Iraque	2.640	3.770	—	-1,9 x	13 x	3	3	—	6	2.192	3	—	21	40
Irlanda	38.580	33.310	—	0,6 x	1 x	—	7	6	1	—	—	—	20 x	42 x
Islândia	35.020	31.640	3,2	2,1	5	—	7	8	0	—	—	—	—	—
Israel	28.930	27.290	1,9	1,8	5	—	4	6	6	—	—	—	16 x	45 x
Itália	35.330	32.350	2,8	0,8	3	—	7	5	2	—	—	—	18 x	42 x
Jamaica	4.980	7.770 e	-1,3	0,5	15	0 x	3	6	1	141	1	19	14 x	52 x
Japão	45.180	35.510	3,4	0,7	-1	—	7	3	1	—	—	—	—	—
Jordânia	4.380	5.970	2,5 x	2,6	4	0	6	—	6	955	3	4	19	44
Kiribati	2.110	3.480 e	-5,3	1,1	3	—	10	—	—	23	11	—	—	—
Kuwait	48.900 x	53.820 x	-6,7 x	1,4 x	6 x	—	3	—	4	—	—	—	—	—
Laos	1.130	2.600	—	4,7	21	34	1	2	0	416	6	13	19	45
Lesoto	1.220	2.070	2,4	2,3	8	43 x	5	13	2	257	10	2	10 x	56 x
Letônia	12.350	17.820	3,4	4,4	17	0	4	6	1	—	—	74	18	44
Líbano	9.110	14.000	—	2,5	7	—	4	2	4	449	1	14	—	—
Libéria	240	520	-4,0	5,5	30	84	4	3	0	1.423	177	1	18	45
Líbia	12.320 x	16.750 x, e	—	—	—	—	2	—	1	9	—	—	—	—
Liechtenstein	137.070 x	—	2,2	3,0 x	1 x	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Lituânia	12.280	19.690	—	3,6	20	0	5	6	2	—	—	32	18	44
Luxemburgo	78.130	63.540	2,6	2,7	3	—	5	—	1	—	—	—	21 x	39 x
Macedônia	4.730	11.490	—	1,2	22	0	5	—	2	178	2	12	15	49
Madagascar	430	950	-2,3	-0,3	13	81	3	3	1	473	5	—	15	50
Malásia	8.420	15.190	4,0	3,1	4	0	2	6	2	2	0	5	13	51
Malauí	340	870	0,0	1,3	25	74 x	4	—	1	1.027	21	—	18 x	47 x
Maldivas	6.530	8.540	—	5,8 x	5 x	—	5	9	—	111	8	20	17 x	44 x
Mali	610	1.050	0,1	2,1	5	50	3	4	2	1.093	12	—	20	41
Malta	18.620 x	24.170 x	6,0	2,4	3	—	6	6	1	—	—	—	—	—
Marrocos	2.970	4.910	1,9	2,5	3	3	2	5	3	994	1	9	17	48
Maurício	8.240	14.760	3,2 x	3,5	6	—	2	3	0	125	1	2	—	—
Mauritânia	1.000	2.410	-1,1	1,3	8	23	2	4	3	373	10	—	16	47
México	9.240	15.120	1,7	1,3	12	1	3	5	1	473	0	8	13	54
Mianmar	a	—	1,6	7,4 x	24 x	—	0	—	—	358	—	8	—	—
Micronésia	2.900	3.610 e	—	0,4	2	31 x	13	—	—	125	41	—	7 x	64 x
Moçambique	470	980	-1,0 x	4,3	17	60	4	—	1	1.959	21	3	15	51
Moldova	1.980	3.670	1,8 x	-0,1	38	0	6	10	0	468	7	9	20	41

Países e áreas

Países e áreas	RNB per capita 2011		Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2011	População vivendo abaixo da linha internacional da pobreza (US\$1,25/dia) (%) 2006-2011*	Gastos públicos como % do PIB (2007-2010*)			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2010	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países recebedores 2010	Serviço da dívida como % das exportações de bens e serviços 2010	Participação da renda familiar (%; 2005-2011*)	
	US\$	US\$ em PPC	1970-1990	1990-2011			saúde	educação	defesa				40% mais pobres	20% mais ricos
Mônaco	183.150 x	—	1,4	2,1 x	1 x	—	3	1	—	—	—	—	—	
Mongólia	2.320	4.360	—	3,3	24	—	4	5	1	304	5	4	18	44
Montenegro	7.060	13.720	—	3,4 x	7 x	0	7	—	1	77	2	—	22	39
Namíbia	4.700	6.600	-2,1 x	1,9	9	32 x	4	6	3	259	2	—	8 x	69 x
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—
Nepal	540	1.260	1,1	1,9	7	25	2	5	2	821	5	4	20	41
Nicarágua	1.170	2.840 e	-3,7	1,9	17	12 x	5	—	1	628	10	11	16	47
Níger	360	720	-2,0	-0,2	4	44	3	4	1	749	14	—	20	43
Nigéria	1.200	2.300	-1,3	2,1	20	68	2	—	1	2.069	1	0	13	54
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
Noruega	88.890	58.090	3,2	2,0	4	—	8	7	2	—	—	—	24 x	37 x
Nova Zelândia	29.350 x	29.140 x	1,1 x	1,8 x	2 x	—	8	6	1	—	—	—	—	—
Omã	19.260 x	25.770 x	3,1	2,7	5	—	2	4	10	-40	—	—	—	—
Palau	7.250	12.330 e	—	-0,1 x	3 x	—	9	—	—	26	20	—	—	—
Panamá	7.910	14.740 e	0,3	3,4	2	7	5	4	—	129	1	5	11	56
Papua Nova Guiné	1.480	2.590 e	-1,0	0,1	8	—	2	—	0	513	6	13	—	—
Paquistão	1.120	2.880	2,6	1,9	10	21	1	3	3	3.021	2	10	23	40
Paraguai	2.970	5.310	3,1	0,3	10	7	3	4	1	105	1	4	11	56
Peru	5.500	10.160	-0,6	3,2	10	5	3	3	1	-254	0	15	12	53
Polónia	12.480	20.450	—	4,4	10	0	5	6	2	—	—	—	20	42
Portugal	21.250	24.530	2,5	1,5	4	—	8	6	2	—	—	—	—	—
Quênia	820	1.720	1,2	0,4	9	43 x	—	7	2	1.631	5	4	14	53
Quirguistão	920	2.290	—	0,7	35	6	3	6	4	373	8	14	18	43
Reino Unido	37.780	36.970	2,1	2,4	2	—	8	6	3	—	—	—	—	—
República Centro-Africana	470	810	-1,3	-0,5	3	63	2	1	2	264	13	—	10	61
Rep. Dem. do Congo	190	350	-2,2	-2,6	211	88	—	3	1	3.413	28	—	15	51
República Dominicana	5.240	9.490 e	2,1	3,9	11	2	2	2	1	177	0	7	13	53
República Tcheca	18.520	24.190	—	2,7	5	—	6	5	1	—	—	—	—	—
Romênia	7.910	15.140	0,9 x	2,8	44	0	4	4	2	—	—	29	21	38
Ruanda	570	1.240	1,2	2,3	9	63	5	4	1	1.034	19	2	13	57
Samoa	3.190	4.430 e	—	2,8	6	—	5	5	—	147	27	3	—	—
San Marino	50.400 x	—	1,7	3,2 x	3 x	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	6.680	9.080 e	5,3 x	0,7	3	—	5	4	—	41	5	6	—	—
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	12.480	14.490 e	6,3 x	1,6	5	—	4	4	—	11	2	17	—	—
São Tomé e Príncipe	1.360	2.080	—	—	—	28 x	3	—	—	—	—	5	14 x	56 x
São Vicente e Granadinas	6.100	10.560 e	3,3	3,2	4	—	3	5	—	17	3	14	—	—
Seicheles	11.130	25.320 e	2,9	2,0	6	0	3	—	1	56	7	4	9	70
Senegal	1.070	1.960	-0,5	1,1	4	34 x	3	6	2	931	7	—	17	46
Serra Leoa	340	850	-0,5	1,1	16	53 x	1	4	2	475	25	2	16 x	49 x
Sérvia	5.680	11.640	—	1,4	23 x	0	6	5	2	651	2	24	23	37
Síria	2.750 x	5.090 x	2,2	1,8 x	7 x	2 x	1	5	4	137	0	3	19 x	44 x
Somália	a	—	-0,8	—	—	—	—	—	—	499	—	—	—	—
Sri Lanka	2.580	5.560	3,0	4,1	10	7	2	3	4	581	1	9	17	48
Suazilândia	3.300	5.970	3,1	1,8	9	41	4	8	3	92	3	2	11	57
Sudão*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sudão do Sul*	b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suécia	53.230	42.350	1,8	2,2	2	—	8	7	1	—	—	—	23 x	37 x
Suíça	76.380	50.900	1,7 x	0,9	1	—	6	5	1	—	—	—	20 x	41 x
Suriname	7.640 x	7.710 x, e	-2,2 x	1,7 x	46 x	—	4	—	—	104	—	—	—	—
Tadjiquistão	870	2.310	—	0,2	73	7	2	5	—	430	8	18	21	39
Tailândia	4.420	8.390	4,7	2,8	3	0	3	4	2	-11	0	5	17	47
Tanzânia	540	1.510	—	2,5	13	68	3	7	1	2.961	13	3	18	45
Timor Leste	2.730 x	5.210 x, e	—	1,9 x	7 x	37	9	16	5	292	11	—	21	41
Togo	560	1.030	-0,3	-0,1	4	39	1	3	2	421	15	—	19	42
Tonga	3.580	4.690 e	—	1,5	6	—	5	—	—	70	19	—	—	—
Trinidad e Tobago	15.040	24.940 e	0,5	4,8	5	—	3	—	—	4	0	—	—	—
Tunísia	4.070	9.090	2,5	3,3	4	1 x	3	6	1	551	1	9	16	48
Turcomenistão	4.110	8.350 e	—	5,8	86	—	1	—	—	43	0	—	—	—
Turquia	10.410	16.730	2,0	2,4	44	0	5	—	3	1.049	0	33	17	45
Tuvalu	5.010	—	—	2,1	3	—	10	—	—	13	35	—	—	—
Ucrânia	3.120	7.080	—	0,6	67	0	4	5	3	624	0	39	24	36

Países e áreas	RNB per capita 2011		Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2011	População vivendo abaixo da linha internacional da pobreza (US\$1,25/dia) (%) 2006-2011*	Gastos públicos como % do PIB (2007-2010*)			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2010	Fluxo de entradas de AOD como % da RNB dos países recebedores 2010	Serviço da dívida como % das exportações de bens e serviços 2010	Participação da renda familiar (% 2005-2011*)	
	US\$	US\$ em PPC	1970-1990	1990-2011			saúde	educação	defesa				40% mais pobres	20% mais ricos
	Uganda	510	1.320	-			3,7	7	38				2	3
Uruguai	11.860	14.740	0,9	2,1	15	0	5	-	2	49	0	12	14	51
Uzbequistão	1.510	3.440 e	-	2,5	78	-	2	-	-	229	1	-	19 x	44 x
Vanuatu	2.870	4.500 e	1,2 x	0,6	3	-	3	5	-	108	15	-	-	-
Venezuela	11.920	12.620	-1,7	0,4	32	7	3	4	1	53	0	8	14	49
Vietnã	1.260	3.260	-	6,0	10	17	3	5	2	2.945	3	2	19	43
Zâmbia	1.160	1.490	-2,3	0,8	28	69	4	1	2	913	6	1	10	59
Zimbábue	640	-	-0,4	-3,0	1	-	-	2	1	738	11	-	-	-
MEMORANDO														
Sudão e Sudão do Sul*	1.300 x	2.020 x	0,1	3,4	26	20	2	-	-	2.055	4	4	18	42
RESUMO DE INDICADORES*														
África ao sul do Saara	1.269	2.269	0,0	2,0	29	53	3	5	1	40.604	4	3	15	50
África Oriental e Meridional	1.621	2.868	0,3	1,9	34	51	3	5	1	19.572	3	4	16	50
África Ocidental e Central	937	1.721	-0,5	2,0	21	59	-	-	-	18.844	5	1	15	50
Oriente Médio e Norte da África	6.234	9.655	-0,1	0,8	7	-	2	4	5	11.535	1	5	19	43
Ásia Meridional	1.319	3.366	2,0	4,5	6	32	-	-	-	15.263	1	5	21	42
Leste da Ásia e Pacífico	4.853	8.185	5,6	7,5	5	14	2**	4**	2**	9.289	0	4	16	47
América Latina e Caribe	8.595	11.759	1,4	1,7	28	5	4	5	1	9.272	0	13	12	56
ECO/CEI	7.678	14.216	-	2,5	51	0	3	4	3	6.582	0	23	19	43
Países menos desenvolvidos	695	1.484	-0,1	3,1	45	51	2	4	2	44.538	8	4	19	45
Mundial	9.513	11.580	2,4	2,6	8	22	6**	5**	3**	90.358	0	9	17	46

σ Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

RNB per capita – Renda Nacional Bruta (RNB) é a soma do valor de contribuição de todos os produtores nacionais, acrescida de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção, mais as receitas líquidas de rendas primárias (pagamento de empregados e rendas de propriedades) provenientes de fontes externas. RNB per capita é a renda nacional bruta dividida pela população na metade do ano. A RNB per capita é convertida em dólares americanos pelo método do World Bank Atlas.

RNB per capita em US\$ (convertidos por PPC, Paridade de Poder de Compra) – RNB per capita convertida em dólares internacionais levando em consideração diferentes níveis de preço (poder de compra) entre os países. É baseada em dados provenientes do Programa de Comparações Internacionais (PCI).

PIB per capita – Produto Interno Bruto (PIB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores do país, acrescida de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção. PIB per capita é o produto interno bruto dividido pela população na metade do ano. O crescimento é calculado a partir de dados do PIB a preços constantes, em moeda local.

População vivendo abaixo da linha internacional da pobreza (US\$1,25/dia) – Porcentagem da população vivendo com menos de US\$1,25 por dia, a preços de 2005 ajustados por Paridade de Poder de Compra (PPC). O novo limite de pobreza reflete revisões nas taxas de câmbio de PPC, com base nos resultados do PCI de 2005. As revisões revelam que o custo de vida nos países em desenvolvimento é mais alto do que se estimava anteriormente. Como resultado dessas revisões, as taxas de pobreza para cada país não podem ser comparadas com as taxas de pobreza relatadas em edições anteriores. Ver em www.worldbank.org informações mais detalhadas sobre definição, metodologia e fontes dos dados apresentados.

AOD – Assistência Oficial ao Desenvolvimento, líquida.

Serviço da dívida – Soma dos pagamentos dos juros e do principal de dívidas públicas externas de longo prazo e reconhecidas publicamente.

Participação da renda familiar – Participação percentual da renda familiar recebida pela parcela de 20% das famílias de renda mais alta e pela parcela de 40% das famílias de renda mais baixa.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

RNB per capita – Banco Mundial.

PIB per capita – Banco Mundial.

Taxa de inflação – Banco Mundial.

População vivendo abaixo da linha internacional da pobreza (US\$1,25/dia) – Banco Mundial.

Gastos com saúde, educação e defesa – Banco Mundial.

AOD – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE).

Serviço da dívida – Banco Mundial.

Participação da renda familiar – Banco Mundial.

NOTAS

- país de baixa renda (RNB per capita de US\$1.025 ou menos).
- país de renda média baixa (RNB per capita de US\$1.026 a US\$4.035).
- país de renda média alta (RNB per capita de US\$4.036 a US\$12.475).
- país de alta renda (RNB per capita de US\$12.476 ou mais).
- Dados não disponíveis.
- Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Esses dados não são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- Estimativas baseadas em regressão; outros valores de PPC foram extrapolados a partir de estimativas de referência do Programa de Comparações Internacionais de 2005.
- Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 8: MULHERES

Países e áreas	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2011	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2007-2011*	Razões de matrícula: de mulheres como % das de homens 2008-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária: de mulheres como % da de homens 2008-2011*	Prevalência de anti-concepcionais (%) 2007-2012*	Atendimento pré-natal (%) 2007-2012*		Cuidados no parto (%) 2007-2012*			Razão de mortalidade materna ^a		
			Escola primária RBM	Escola secundária RBM			No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes	Agentes de saúde capacitados presentes no parto	Parto em instituição	Operação cesariana	2007-2011*		Risco de morte materna ao longo da vida (uma em.)
												Relatada	Ajustada	
Afganistão	101	—	69	51	—	21	48	15	39	33	4	330	460	32
África do Sul	102	96	96	105	—	60 x	97	87	91 x	89 x	21 x	400 x	300	140
Albânia	108	97	99	98	100	69	97	67	99	97	19	21	27	2.200
Alemanha	106	—	100	95	101	—	100 x	—	—	—	29	—	7	10.600
Andorra	—	—	101	105	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	106	70	81	69	73	6 x	80	—	47	46	—	—	450	39
Antígua e Barbuda	—	101	92	101	—	—	100	—	100	—	—	0	—	—
Arábia Saudita	103	90	99	95	—	24	97	—	97	—	—	—	24	1.400
Argélia	104	79 x	94	102	104	61 x	89 x	—	95 x	95 x	—	—	97	430
Argentina	110	100	99	112	101	78 x	99 x	89 x	95	99	—	44	77	560
Armênia	109	100	102	102	—	55	99	93	100	99	13	9	30	1.700
Austrália	106	—	99	95	—	71 x	98	92	—	99	31	—	7	8.100
Áustria	107	—	99	96	103	—	—	—	—	—	24	—	4	18.200
Azerbaijão	109	100	99	98	102	51 x	77 x	45 x	88 x	78 x	5 x	24	43	1.000
Bahamas	109	—	102	105	96	45 x	98	—	99	—	—	0	47	1.100
Bangladesh	102	85	—	113	114	61	55	26	32	29	17	220	240	170
Barbados	109	—	102	109	—	—	100	—	100	—	—	0 x	51	1.300
Barein	102	97	—	—	—	—	100	—	97	—	—	—	20	1.800
Bélgica	107	—	100	97	103	75 x	—	—	—	—	18	—	8	7.500
Belize	104	—	91	—	103	34 x	94 x	—	94	89	—	55	53	610
Benin	107	55	87	—	—	13	86	61 x	84	87	4 x	400 x	350	53
Belarus	118	100	100	—	—	73 x	99 x	—	100	100 x	22	1	4	16.300
Bolívia	107	91	99	99	—	61	86	72	71	68	19	310	190	140
Bósnia e Herzegovina	107	97	102	103	99	36 x	99 x	—	100 x	100 x	—	3	8	11.400
Botsuana	96	101	96	106	104	53	94	73	95	99	—	160	160	220
Brasil	110	100	—	—	—	81 x	98	91	97 x	98	50	75	56	910
Brunei	106	97	101	103	100	—	99	—	100	100	—	—	24	1.900
Bulgária	110	99	100	95	99	—	—	—	100	93	31	8	11	5.900
Burquina Fasso	104	59	91	76	109	16	94	34	66	66	2	340	300	55
Burundi	106	85	99	72	118	22	99	33	60	60	4	500	800	31
Butão	106	59 x	102	101	105	66	97	77	65	63	12	260 x	180	210
Cabo Verde	111	89	92	120	—	61 x	98 x	72 x	78 x	76	11 x	54	79	480
Camarões	104	80	86	83	98	23	85	—	64	61	2 x	670 x	690	31
Camboja	105	80	95	90	—	51	89	59	71	54	3	210	250	150
Canadá	106	—	100	98	—	74 x	100	99	100	99	26	—	12	5.200
Catar	99	99	100	121	—	—	100	—	100	—	—	—	7	5.400
Cazaquistão	118	100	100	97	100	51 x	100 x	—	100	100 x	—	17	51	770
Chade	106	54	73	42	96	5	53	23	23	16	2	1.100 x	1.100	15
Chile	108	100	95	103	—	58 x	—	—	100	100	—	20	25	2.200
China	105	94	103	104	—	85 x	94	—	100	98	27	30	37	1.700
Chipre	106	98	99	100	—	—	99	—	—	100	—	—	10	6.300
Cingapura	106	96	—	—	100	—	—	—	—	100 x	—	—	3	25.300
Colômbia	110	100	98	110	101	79	97	89	99	99	43	63	92	430
Comores	105	87	92	—	—	26 x	75 x	—	62 x	—	—	380 x	280	67
Congo	105	—	95	—	—	45	93	—	94	92	3 x	780 x	560	39
Coreia do Norte	110	100	—	—	—	69 x	100	94	100	95	13	77	81	670
Coreia do Sul	109	—	99	99	100	80	—	—	—	—	32	—	16	4.800
Costa do Marfim	104	72	83	—	96	18	91	—	59	57	6 x	540 x	400	53
Costa Rica	106	100	99	106	103	82	90	86	99	99	21 y	23	40	1.300
Croácia	110	99	100	107	101	—	—	—	100	—	19	9	17	4.100
Cuba	105	100	98	99	102	74	100	100	100	100	—	41	73	1.000
Dinamarca	106	—	100	102	100	—	—	—	—	—	21	—	12	4.500
Djibuti	105	—	90	80	101	23	92 x	—	93 x	87 x	12	550 x	200	140
Dominica	—	—	98	109	105	—	100	—	100	—	—	0	—	—
Egito	105	79	96	96	—	60	74	66	79	72	28	55	66	490
El Salvador	114	94	95	101	101	73	94	78 y	96	85	25	56	81	490
Emirados Árabes Unidos	103	102 x	—	—	—	—	100	—	100	100	—	0	12	4.000
Equador	108	97	101	103	—	73 x	84 x	58 x, y	98 x	85 x	26 x	61	110	350
Eritreia	108	73	84	76	94	8 x	70 x	41 x	28 x	26 x	3 x	—	240	86
Eslováquia	111	—	99	101	100	—	97 x	—	100	—	24	10	6	12.200
Eslovênia	109	100	99	100	100	—	100 x	—	100	—	—	10	12	5.900
Espanha	108	98	99	102	101	66 x	—	—	—	—	26	—	6	12.000
Estado da Palestina	105	94	98	108	—	50 x	99 x	—	99 x	97 x	15 x	—	64	330

Países e áreas	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2011	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2007-2011*	Razões de matrícula: de mulheres como % das de homens 2008-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária: de mulheres como % da de homens 2008-2011*	Prevalência de anti-concepcionais (%) 2007-2012*	Atendimento pré-natal (%) 2007-2012*		Cuidados no parto (%) 2007-2012*			Razão de mortalidade materna*		
			Escola primária RBM	Escola secundária RBM			No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes	Agentes de saúde capacitados presentes no parto	Parto em instituição	Operação cesariana	Relatada	Ajustada	Risco de morte materna ao longo da vida (uma em:)
														2007-2011*
Estados Unidos	107	—	99	101	89	79	—	—	—	—	31	13	21	2.400
Estônia	115	100	99	102	100	—	—	—	100 x	—	—	7 x	2	25.100
Etiópia	106	59	91	82	100	29	43	19	10	10	2	680	350	67
Federação Russa	119	100	100	98	—	80	—	—	100	—	—	17	34	2.000
Fiji	108	—	98	109	95	32	100	—	100	—	—	23	26	1.400
Filipinas	110	101	98	108	111	51	91	78	62	44	10	160 x	99	300
Finlândia	108	—	99	105	100	—	100 x	—	—	100	16	—	5	12.200
França	108	—	99	101	—	71 x	100 x	—	—	—	21	—	8	6.200
Gabão	103	92	97	—	—	33 x	94 x	63 x	86 x	85 x	6 x	520 x	230	130
Gâmbia	104	67	102	95	94	13	98	72	57	56	3	730 x	360	56
Gana	103	84	100	91	91	34	96	87	68	67	11	450	350	68
Geórgia	110	100	103	—	105	53	98	90	100	98	24	19	67	960
Granada	104	—	100	103	—	54 x	100	—	99	—	—	0	24	1.700
Grécia	106	98	—	—	—	76 x	—	—	—	—	—	—	3	25.500
Guatemala	111	87	96	93	—	54	93	—	52	51	16	140	120	190
Guiana	109	—	104	111	96	43	92	79	92	89	13	86	280	150
Guiné	106	58	84	59	76	9 x	88	50	46	39	2	980 x	610	30
Guiné-Bissau	107	60	94	—	—	14	93	70	44	42	—	410 x	790	25
Guiné Equatorial	105	93	97	—	108	10 x	86 x	—	65 x	—	—	—	240	88
Haiti	104	84 x	—	—	—	32 x	85 x	54 x	26 x	25 x	3 x	630 x	350	83
Holanda	105	—	99	99	—	69	—	—	—	100	14	—	6	10.500
Honduras	107	100	100	123	—	65 x	92 x	81 x	67 x	67 x	13 x	—	100	270
Hungria	111	100	99	99	100	—	—	—	100	—	31	19	21	3.300
Iêmen	105	58	82	62	—	28 x	47 x	14 x	36 x	24 x	9 x	370 x	200	90
Ilhas Cook	—	—	102	110	—	29	100	—	100	100	—	0	—	—
Ilhas Marshall	—	—	99	103	91	45	81	77	99	85	9	140	—	—
Ilhas Salomão	104	—	—	—	—	35	74	65	86	85	6	150	93	240
Índia	105	68 x	100	92	—	55	74 x	37 x	52	47	9 x	210	200	170
Indonésia	105	94	102	100	—	61	93	82	79	55	15	230	220	210
Irã	105	90	101	86	100	79 x	98 x	94 x	97 x	96 x	40 x	25 x	21	2.400
Iraque	110	82	—	—	—	50 x	84 x	—	80	65	21 x	84 x	63	310
Irlanda	106	—	100	105	—	65 x	100 x	—	100 x	100	25	—	6	8.100
Islândia	104	—	100	103	—	—	—	—	—	—	17	—	5	8.900
Israel	106	—	101	102	98	—	—	—	—	—	—	—	7	5.100
Itália	107	99	99	99	100	—	99 x	68 x	—	99 x	40	—	4	20.300
Jamaica	107	112	95	103	102	72	99	87	98	97	15	95 x	110	370
Japão	109	—	100	100	100	54 x	—	—	—	100 x	—	—	5	13.100
Jordânia	104	93	100	106	—	59	99	94	99	99	19	19	63	470
Kiribati	—	—	104	111	—	22	88	71	80	66	10	0	—	—
Kuwait	102	97	103	107	100	—	100	—	100	—	—	—	14	2.900
Laos	104	77 x	93	83	—	38 x	35 x	—	20 x	17 x	2	410 x	470	74
Lesoto	97	115	98	138	124	47	92	70	62	59	7	1.200	620	53
Letônia	115	100	99	98	100	—	92 x	—	100 x	—	—	32	34	2.000
Líbano	106	92	97	112	103	54	96 x	—	98 x	—	—	—	25	2.100
Libéria	104	88	91	—	—	11	79	66	46	37	4	990	770	24
Líbia	107	86	—	—	—	—	93	—	100	—	—	—	58	620
Liechtenstein	—	—	94	103	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituânia	117	100	99	98	100	—	100 x	—	100 x	—	—	9	8	9.400
Luxemburgo	107	—	101	102	—	—	—	—	100 x	100 x	29	—	20	3.200
Macedônia	106	97	101	99	—	40	99	94	98	98	25	4	10	6.300
Madagascar	105	91	98	94	105	40	86	49	44	35	2	500	240	81
Malásia	106	95	—	107	100	—	91	—	99	99	—	30	29	1.300
Malauí	100	84	104	91	103	46	95	46	71	73	5	680	460	36
Maldivas	103	100 x	96	—	—	35	99	85	95	95	32	140 x	60	870
Mali	104	47	87	70	95	8 x	70 x	35 x	49 x	45 x	2 x	460 x	540	28
Malta	106	103 x	101	89	91	—	100 x	—	—	100	—	—	8	8.900
Marrocos	107	64	94	—	100	67	77	—	74	73	16	130	100	400
Maurício	109	95	101	100	99	76 x	—	—	98 x	98 x	—	22 x	60	1.000
Mauritânia	106	79	105	85	99	9	75	16 x	61	48	3 x	690	510	44
México	106	97	99	107	102	73	96	86	95	80	43	52	50	790
Mianmar	105	95	100	106	107	46	83	—	71	36	—	320 x	200	250
Micronésia	103	—	—	—	—	55	80	—	100	—	—	0	100	290
Moçambique	104	61	90	82	94	12	92	—	55	58	2 x	500	490	43
Moldova	111	99	100	102	104	68 x	98 x	89 x	100	99	9 x	15	41	1.500

Países e áreas	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2011	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2007-2011*	Razões de matrícula: de mulheres como % das de homens 2008-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária: de mulheres como % da de homens 2008-2011*	Prevalência de anti-concepcionais (%) 2007-2012*	Atendimento pré-natal (%) 2007-2012*		Cuidados no parto (%) 2007-2012*			Razão de mortalidade materna ^a		
			Escola primária RBM	Escola secundária RBM			No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes	Agentes de saúde capacitados presentes no parto	Parto em instituição	Operação cesariana	2007-2011*		
												Relatada	Ajustada	Risco de morte materna ao longo da vida (uma em:)
Mônaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongólia	112	101	98	107	102	55	99	—	99	99	21	47	63	600
Montenegro	107	98	98	101	—	39 x	97 x	—	100	100	—	13	8	7.400
Namíbia	102	99	99	—	107	55	95	70	81	81	13	450	200	160
Nauru	—	—	106	120	—	36	95	40	97	99	8	300 x	—	—
Nepal	103	66	—	—	—	50	58	50	36	35	5	280 x	170	190
Nicarágua	109	100 x	98	110	—	72	90	78	74	74	20	63	95	350
Níger	102	35 x	82	66	94	18	46 x	15 x	18 x	17 x	1 x	650 x	590	23
Nigéria	103	70	91	88	107	15	58	45	39	35	2	550	630	29
Niue	—	—	—	—	—	23 x	100	—	100	—	—	0 x	—	—
Noruega	106	—	100	98	100	88 x	—	—	—	—	16	—	7	7.900
Nova Zelândia	105	—	100	105	—	—	—	—	—	—	23	—	15	3.300
Omã	107	90	97	99	—	24	99	96	99	99	14	26	32	1.200
Palau	—	—	—	—	—	22	90	81	100	100	—	0	—	—
Panamá	107	99	97	107	100	52	96	—	89	88	—	60	92	410
Papua Nova Guiné	107	90	89	—	—	32 x	79 x	55 x	53 x	52 x	—	730 x	230	110
Paquistão	103	59	82	76	92	27	61	28	43	41	7	280	260	110
Paraguai	106	98	97	105	106	79	96	91	82	—	33	100	99	310
Peru	107	89	100	98	101	75	95	94	85	85	23	93	67	570
Polónia	112	100	99	99	100	—	—	—	100 x	—	21	2	5	14.400
Portugal	108	97	97	104	—	67 x	100 x	—	100 x	—	31	—	8	9.200
Quênia	104	93	98	90	—	46	92	47	44	43	6	490	360	55
Quirguistão	113	99	99	99	99	48 x	97 x	—	99	97 x	—	64	71	480
Reino Unido	105	—	100	102	—	84	—	—	—	—	26	—	12	4.600
República Centro-Africana	107	62	71	58	90	15	68	38	54	53	5	540 x	890	26
Rep. Dem. do Congo	107	74	87	58	88	17	89	45	80	75	7	550	540	30
República Dominicana	108	100	88	112	—	73	99	95	98	98	42	160	150	240
República Tcheca	108	—	99	101	100	—	—	—	100	—	20	2	5	12.100
Romênia	110	99	99	99	100	70 x	94 x	76 x	99	98 x	19 x	21	27	2.600
Ruanda	105	90	102	102	—	52	98	35	69	69	7	480	340	54
Samoa	109	100	102	114	—	29	93	58	81	81	13	29 x	100	260
San Marino	—	—	113	102	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	108	—	96	99	97	—	99	—	100	—	—	0 x	35	1.400
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	—	—	100	99	90	54	100	—	100	—	—	0	—	—
São Tomé e Príncipe	105	90	100	103	121	38	98	72	82	79	5	160	70	330
São Vicente e Granadinas	106	—	93	102	—	48 x	100	—	99	—	—	0 x	48	940
Seicheles	—	101	100	109	—	—	—	—	—	—	—	57 x	—	—
Senegal	104	63	106	88	105	13	93	50	65	73	6	390	370	54
Serra Leoa	103	59	93	—	—	11	93	75	63	50	5	860	890	23
Sérvia	106	97	99	102	100	61	99	94	100	100	25	9	12	4.900
Síria	104	86	98	100	101	54	88	64	96	78	26	65 x	70	460
Somália	106	—	—	—	—	15 x	26 x	6 x	33 x	9 x	—	1.000 x	1.000	16
Sri Lanka	109	97	100	—	—	68	99	93	99	98	24	39 x	35	1.200
Suazilândia	98	99	92	100	107	65	97	77	82	80	12	590 x	320	95
Sudão ^a	—	—	—	—	—	9	56	47	23	21	7	94 x	—	—
Sudão do Sul ^a	—	—	—	—	—	4	40	17	19	12	1	2.100 x	—	—
Suécia	105	—	99	99	100	—	100 x	—	—	—	—	—	4	14.100
Suíça	106	—	100	97	—	—	—	—	—	—	30	—	8	9.500
Suriname	110	99	95	123	122	46 x	90 x	—	90 x	88 x	—	180	130	320
Tadjiquistão	110	100	96	87	101	37	89	49	88	88	—	45	65	430
Tailândia	109	96 x	99	108	—	80	99	80	100	99	24	12 x	48	1.400
Tanzânia	103	85	102	—	113	34	88	43	49	50	5	450	460	38
Timor Leste	103	83	96	101	111	22	84	55	29	22	2	560	300	55
Togo	106	61	90	—	123	15	72	55	59	67	9	—	300	80
Tonga	108	100 x	—	—	—	32	98	—	98	98	—	36	110	230
Trinidad e Tobago	110	99	97	107	106	43 x	96 x	—	98 x	97 x	—	—	46	1.300
Tunísia	106	82	96	106	102	60 x	96 x	68 x	95 x	89 x	21 x	—	56	860
Turcomenistão	114	100	—	—	—	48 x	99 x	83 x	100 x	98 x	3 x	12	67	590
Turquia	106	89	98	91	103	73	92	74	91	90	37	29 x	20	2.200
Tuvalu	—	—	—	—	—	31	97	67	98	93	7	0 x	—	—
Ucrânia	118	100	101	98	101	67	99	75	99	99	10	16	32	2.200

Países e áreas	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2011	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2007-2011*	Razões de matrícula: de mulheres como % das de homens 2008-2011*		Taxa de permanência até o último ano da escola primária: de mulheres como % da de homens 2008-2011*	Prevalência de anti-concepcionais (%) 2007-2012*	Atendimento pré-natal (%) 2007-2012*		Cuidados no parto (%) 2007-2012*			Razão de mortalidade materna ^a		
			Escola primária RBM	Escola secundária RBM			No mínimo uma vez	No mínimo quatro vezes	Agentes de saúde capacitados presentes no parto	Parto em instituição	Operação cesariana	2007-2011*		Risco de morte materna ao longo da vida (uma em:)
												Relatada	Ajustada	
Uganda	103	78	101	85	101	30	93	48	57	57	5	440	310	49
Uruguai	110	101	97	—	104	78 x	96	90	100	—	34	34	29	1.600
Uzbequistão	110	100	97	99	101	65 x	99 x	—	100 x	97 x	—	21	28	1.400
Vanuatu	106	96	95	102	94	38	84	—	74	80	—	86	110	230
Venezuela	108	100	97	110	105	—	94 x	—	95 x	95 x	—	63	92	410
Vietnã	105	96	94	109	—	78	94	60	93	92	20	69	59	870
Zâmbia	102	77	101	—	95	41	94	60	47	48	3	590	440	37
Zimbábue	97	—	—	—	—	59	90	65	66	65	5	960	570	52

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^a	106	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	730	31
-----------------------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	----

RESUMO DE INDICADORES^a

África ao sul do Saara	104	76	93	82	101	24	77	46	49	47	4	—	500	39
África Oriental e Meridional	104	82	96	89	103	34	81	44	44	43	4	—	410	52
África Ocidental e Central	104	70	89	76	100	17	74	47	55	52	4	—	570	32
Oriente Médio e Norte da África	105	82	94	92	—	48	77	—	73	62	—	—	170	190
Ásia Meridional	104	69	98	91	—	52	70	35	49	44	9	—	220	150
Leste da Ásia e Pacífico	105	94	102	104	—	64 **	93	77 **	92	84	23	—	82	680
América Latina e Caribe	109	98	97	108	102	—	96	89	90	89	40	—	81	520
ECO/CEI	113	98	99	97	101	73	—	—	97	—	—	—	32	1.700
Países menos desenvolvidos	104	76	94	84	102	35	74	38	48	44	6	—	430	52
Mundial	106	90	97	97	100 **	55 **	81	50 **	66	61	16	—	210	180

^a Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

[#] Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Expectativa de vida – Número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes no momento de seu nascimento para aquela faixa da população.

Taxa de alfabetização de adultos – Número de indivíduos a partir de 15 anos de idade que conseguem ler e escrever com compreensão uma afirmação curta e simples sobre a vida cotidiana, expresso como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Razão bruta de matrículas na escola primária (RBM) – Número total de matrículas na escola primária, independentemente de idade, expresso como porcentagem da população na idade oficial para a escola primária.

Razão bruta de matrículas na escola secundária (RBM) – Número total de matrículas na escola secundária, independentemente de idade, expresso como porcentagem da população na idade oficial para a escola secundária.

Taxa de permanência até o último ano da escola primária – Porcentagem de crianças que ingressam no primeiro ano da escola primária e chegam ao último ano desse nível educacional (dados administrativos).

Prevalência de anti-concepcionais – Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos de idade que vivem em união e que atualmente utilizam métodos contraceptivos.

Atendimento pré-natal – Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos de idade atendidas por agentes de saúde capacitados (médicos, enfermeiros ou parteiras) pelo menos uma vez durante a gestação, e porcentagem de mulheres atendidas no mínimo quatro vezes por algum provedor.

Agentes de saúde capacitados presentes no parto – Porcentagem de partos assistidos por agentes de saúde capacitados (médicos, enfermeiros ou parteiras).

Parto em instituição – Proporção de mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram bebês em centros de saúde.

Operação cesariana – Porcentagem de nascimentos por operação cesariana (em condições adequadas de cuidados obstétricos emergenciais, são esperadas taxas de operação cesariana entre 5% e 15%).

Razão de mortalidade materna – Número de mortes de mulheres causadas por complicações decorrentes da gravidez, por cem mil partos de crianças nascidas vivas durante o mesmo período. Os números apresentados na coluna "relatada", fornecidos pelos países, não estão ajustados quanto a relatos incompletos e erros de classificação. Para a coluna "ajustada", ver nota à direita (†). Os valores das razões de mortalidade materna foram arredondados de acordo com o seguinte critério: <100, não foram arredondados; 100-999, arredondados para a dezena mais próxima; e >1000, arredondados para a centena mais próxima.

Risco de morte materna ao longo da vida – Risco de morte materna ao longo da vida, considerando a probabilidade de engravidar e a probabilidade de morrer como consequência dessa gestação, acumulado ao longo dos anos férteis de uma mulher.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Alfabetização de adultos – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE).

Matrícula na escola primária e na escola secundária – IUE.

Taxa de permanência até o último ano da escola primária – IUE. Médias regionais e globais calculadas pelo UNICEF.

Taxa de prevalência de anti-concepcionais – DHS, MICS e outras fontes representativas em nível nacional; Divisão de População das Nações Unidas.

Atendimento pré-natal – DHS, MICS e outras fontes representativas em nível nacional.

Agentes de saúde capacitados presentes no parto – DHS, MICS e outras fontes representativas em nível nacional.

Parto em instituição – DHS, MICS e outras fontes representativas em nível nacional.

Operação cesariana – DHS, MICS e outras fontes representativas em nível nacional.

Razão de mortalidade materna (relatada) – Fontes representativas em nível nacional, inclusive levantamentos domiciliares e registros civis.

Razão de mortalidade materna (ajustada) – Grupo Interagências da Organização das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Materna (OMS, UNICEF, UNFPA e Banco Mundial).

Risco de morte materna ao longo da vida – Grupo Interagências da Organização das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Materna (OMS, UNICEF, UNFPA e Banco Mundial).

NOTAS

– Dados não disponíveis.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

† Os dados sobre mortalidade materna apresentados na coluna "relatada" são fornecidos por autoridades nacionais. Os dados apresentados na coluna "ajustada" referem-se a estimativas de 2010 do Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Materna, e foram publicados em maio de 2012. Periodicamente, o Grupo Interagências das Nações Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA e Banco Mundial) produz conjuntos de dados sobre mortalidade materna comparáveis internacionalmente, que levam em consideração problemas documentados decorrentes de relatos incompletos e de erros de classificação de mortes maternas, incluindo estimativas para países que não dispõem de dados. É importante observar que, devido ao maior número de países e de fontes de dados incluídos na última rodada de estimativas, esses valores não são comparáveis às razões de mortalidade materna "ajustadas" relatadas anteriormente. Séries temporais comparáveis sobre razões de mortalidade materna para 1990, 1995, 2000, 2005 e 2010 estão disponíveis em www.childinfo.org.

TABELA 9: PROTEÇÃO À INFÂNCIA

Países e áreas	Trabalho infantil (%) ⁺ 2002-2011*			Casamento infantil (%) 2002-2011*		Registro de nascimento (%) 2005-2011*	Mutilação/corte genital feminino (%) 2002-2011*			Justificativa para violência contra a esposa (%) 2002-2011*		Disciplina com violência (%) ⁺ 2005-2011*		
	total	meninos	meninas	casadas aos 15 anos	casadas aos 18 anos		Prevalência		apoio à prática ^c	homens	mulheres	total	meninos	meninas
						mulheres ^a	filhas ^b							
Afganistão	10	11	10	15	40	37	–	–	–	–	90	74	75	74
África do Sul	–	–	–	1	6	92 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Albânia	12	14	9	0	10	99	–	–	–	36	30	75	78	71
Alemanha	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	24 x	22 x	25 x	–	–	29 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Antígua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arábia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argélia	5 y	6 y	4 y	0	2	99	–	–	–	–	68	88	89	87
Argentina	7 y	8 y	5 y	–	–	91 x, y	–	–	–	–	–	–	–	–
Armênia	4 y	5 y	3 y	0	7	100	–	–	–	20	9	70	72	67
Austrália	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Áustria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaijão	7 y	8 y	5 y	1	12	94	–	–	–	58	49	75	79	71
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	13	18	8	32	66	10	–	–	–	36	36	–	–	–
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Barein	5 x	6 x	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	6	7	5	3	26	95	–	–	–	–	9	71	71	70
Benin	46	47	45	8	34	60	13	2	1	14	47	–	–	–
Belarus	5	6	4	0	7	–	–	–	–	–	–	84	87	80
Bolívia	26 y	28 y	24 y	3	22	76 y	–	–	–	–	16	–	–	–
Bósnia e Herzegovina	5	7	4	0	6	100	–	–	–	–	5	38	40	36
Botsuana	9 y	11 y	7 y	–	–	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	3 y	4 y	2 y	11	36	93 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgária	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burquina Fasso	39	42	36	10	52	77	76	13 y	9	34	44	83	84	82
Burundi	26	26	27	3	20	75	–	–	–	44	73	–	–	–
Butão	3	3	3	6	26	100	–	–	–	–	68	–	–	–
Cabo Verde	3 x, y	4 x, y	3 x, y	3	18	91	–	–	–	16 y	17	–	–	–
Camarões	31	31	30	11	36	70	1	1	7	–	56	93	93	93
Camboja	37 y	–	–	2	18	62	–	–	–	22 y	46 y	–	–	–
Canadá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Catar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cazaquistão	2	2	2	0	6	100	–	–	–	17	12	49	54	45
Chade	26	25	28	29	68	16	44	18	38	–	62	84	85	84
Chile	3	3	2	–	–	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cingapura	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colômbia	9 y	12 y	6 y	6	23	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Comores	27 x	26 x	28 x	–	–	83 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	25	24	25	7	33	81 y	–	–	–	–	76	–	–	–
Coreia do Norte	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Coreia do Sul	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa do Marfim	35	36	34	8	35	55	36	9	20	–	65	91	91	91
Costa Rica	5	6	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Croácia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	9	40	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibuti	8	8	8	2	5	89	93	49	37	–	–	72	73	71
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egito	7	8	5	2	17	99	91	24 y	54	–	39 y	92 y	–	–
El Salvador	5 y	7 y	3 y	5	25	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Emirados Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Equador	8	7	8	4	22	90	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritreia	–	–	–	20	47	–	89	63	49	–	71	–	–	–
Eslováquia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovênia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Espanha	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado da Palestina	–	–	–	7	19	96 y	–	–	–	–	–	95	–	–

Países e áreas

	Trabalho infantil (%)* 2002-2011*			Casamento infantil (%) 2002-2011*		Registro de nascimento (%) 2005-2011*	Mutilação/corte genital feminino (%) 2002-2011*			Justificativa para violência contra a esposa (%) 2002-2011*		Disciplina com violência (%)* 2005-2011*		
	total	meninos	meninas	casadas aos 15 anos	casadas aos 18 anos		Prevalência		Atitudes apoio à prática ^c	homens	mulheres	total	meninos	meninas
							mulheres ^a	filhas ^b						
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Estônia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Etiópia	27 y	31 y	24 y	16	41	7	74	38	-	45	68	-	-	
Federação Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72 y	-	
Filipinas	-	-	-	2	14	83 x	-	-	-	-	14	-	-	
Finlândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
França	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gabão	-	-	-	11 x	34 x	89 x	-	-	-	-	-	-	-	
Gâmbia	19	21	18	7	36	53	76	42 y	64	-	75	90	90	
Gana	34	34	34	5	21	63	4	0 y	2	26 y	44	94	94	
Geórgia	18	20	17	1	14	99	-	-	-	-	7	67	70	
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Grécia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	21 y	-	-	7	30	97	-	-	-	-	-	-	-	
Guiana	16	17	16	6	23	88	-	-	-	19	16	76	79	
Guiné	25	26	24	20	63	43	96	57	69	-	86	-	-	
Guiné-Bissau	38	40	36	7	22	24	50	39	34	-	40 y	82	82	
Guiné Equatorial	28 x	28 x	28 x	-	-	32 x	-	-	-	-	-	-	-	
Haiti	21	22	19	6	30	81	-	-	-	-	29	-	-	
Holanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Honduras	16	16	15	11	39	94	-	-	-	-	16	-	-	
Hungria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iêmen	23	21	24	11	32	22	23 x, y	20 x, y	41 x, y	-	-	95	95	
Ilhas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ilhas Marshall	-	-	-	6	26	96	-	-	-	58	56	-	-	
Ilhas Salomão	-	-	-	3	22	-	-	-	-	65	69	72 y	-	
Índia	12	12	12	18	47	41	-	-	-	51	54	-	-	
Indonésia	7 y	8 y	6 y	4	22	53	-	-	-	16 y	31 y	-	-	
Irã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iraque	11	12	9	3	17	95	-	-	-	-	59	86	87	
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Itália	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	6	7	5	1	9	98	-	-	-	22 y	3 y	89	90	
Japão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jordânia	2 y	3 y	0 y	1	10	-	-	-	-	-	90 y	-	-	
Kiribati	-	-	-	3	20	94	-	-	-	60	76	81 y	-	
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Laos	11	10	13	-	-	72	-	-	-	-	81	74	75	
Lesoto	23 x	25 x	21 x	2	19	45	-	-	-	48	37	-	-	
Letônia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Líbano	2	3	1	1	6	100	-	-	-	-	10 y	82	82	
Libéria	21	21	21	11	38	4 y	58	-	-	30	59	94	94	
Líbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituânia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Macedônia	13	12	13	1	7	100	-	-	-	-	15	69	71	
Madagascar	28 y	29 y	27 y	14	48	80	-	-	-	30	32	-	-	
Malásia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malawi	26	25	26	12	50	-	-	-	-	13	13	-	-	
Maldivas	-	-	-	0	4	93	-	-	-	14 y	31 y	-	-	
Mali	21	22	21	15	55	81	89	75	73	-	87	-	-	
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Marrocos	8	9	8	3	16	85 x, y	-	-	-	-	64	91	92	
Maurício	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mauritânia	16	18	15	15	35	56	72	66	53	-	-	-	-	
México	5	6	5	5	23	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mianmar	-	-	-	-	-	72	-	-	-	-	-	-	-	
Micronésia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Moçambique	22	21	24	21	56	31	-	-	-	-	36	-	-	
Moldova	16	20	12	1	19	98 x	-	-	-	22 y	21	-	-	

Países e áreas	Trabalho infantil (%) ⁺ 2002-2011*			Casamento infantil (%) 2002-2011*		Registro de nascimento (%) 2005-2011*	Mutilação/corte genital feminino (%) 2002-2011*			Justificativa para violência contra a esposa (%) 2002-2011*		Disciplina com violência (%) ⁺ 2005-2011*		
	total	meninos	meninas	casadas aos 15 anos	casadas aos 18 anos		Prevalência		Atitudes apoio à prática ^c	homens	mulheres	total	meninos	meninas
						mulheres ^a	filhas ^b							
Mônaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongólia	10	10	11	0	5	99	–	–	–	9 y	10	46	48	43
Montenegro	10	12	8	0	5	98	–	–	–	–	11	63	64	61
Namíbia	–	–	–	2	9	67	–	–	–	41	35	–	–	–
Nauru	–	–	–	2	27	83	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	34 y	30 y	38 y	10	41	42	–	–	–	22	23	–	–	–
Nicarágua	15 x	18 x	11 x	10	41	81 y	–	–	–	–	14	–	–	–
Níger	43	43	43	36	75	32 y	2	1	3	–	70	–	–	–
Nigéria	29	29	29	16	39	30	30 y	30 y	22	30	43	–	–	–
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omã	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	7 y	10 y	4 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nova Guiné	–	–	–	2	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paquistão	–	–	–	7	24	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguai	15	17	12	–	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Peru	34 y	31 y	36 y	3	19	93	–	–	–	–	–	–	–	–
Polónia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	3 x, y	4 x, y	3 x, y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Quênia	26 x	27 x	25 x	6	26	60	27	–	9	44	53	–	–	–
Quirguistão	4	4	3	1	10	94	–	–	–	–	38	54 y	58 y	49 y
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centro-Africana	29	27	30	29	68	61	24	1 y	11	80 y	80	92	92	92
Rep. Dem. do Congo	15	13	17	9	39	28	–	–	–	–	76	92	92	91
República Dominicana	13	18	8	12	41	79	–	–	–	–	4	67	69	65
República Tcheca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Romênia	1 x	1 x	1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	29	27	30	1	8	63	–	–	–	25	56	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	48	–	–	–	46	61	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sé	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Cristóvão e Névis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	8	8	7	5	34	75	–	–	–	22	20	–	–	–
São Vicente e Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Seicheles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Senegal	17 y	18 y	16 y	12	33	75	26	13 y	17	25	60	–	–	–
Serra Leoa	26	27	25	18	44	78	88	10 y	72	–	73	82	81	82
Sérvia	4	5	4	1	5	99	–	–	–	7 y	3	67	70	64
Síria	4	5	3	3	13	95	–	–	–	–	–	89	90	88
Somália	49	45	54	8	45	3	98	46	65	–	76 y	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	2	12	97	–	–	–	–	53 y	–	–	–
Suazilândia	7	8	7	1	7	50	–	–	–	23 y	28	89	90	88
Sudão ^r	–	–	–	7	33	59	88	37 y	42	–	47	–	–	–
Sudão do Sul ^r	–	–	–	9	52	35	–	–	–	–	79	–	–	–
Suécia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suíça	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	6	7	5	3	19	97	–	–	–	–	13	86	87	85
Tadjiquistão	10	9	11	1	13	88	–	–	–	–	74 y	78	80	75
Tailândia	8	8	8	3	20	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Tanzânia	21 y	23 y	19 y	7	37	16	15	3	6	38	54	–	–	–
Timor Leste	4	4	4	3	19	55	–	–	–	81	86	–	–	–
Togo	28	28	29	6	25	78	4	0 y	2	–	43	93	94	93
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad e Tobago	1	1	1	2	8	96	–	–	–	–	8	77	78	77
Tunísia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turcomenistão	–	–	–	1	7	96	–	–	–	–	38 y	–	–	–
Turquia	3 y	3 y	2 y	3	14	94	–	–	–	–	25	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	0	10	50	–	–	–	73	70	–	–	–
Ucrânia	7	8	7	0	10	100	–	–	–	11	4	70	76	65

Países e áreas	Trabalho infantil (%) [†] 2002-2011*			Casamento infantil (%) 2002-2011*		Registro de nascimento (%) 2005-2011*	Mutilação/corte genital feminino (%) 2002-2011*			Justificativa para violência contra a esposa (%) 2002-2011*		Disciplina com violência (%) [†] 2005-2011*		
	total	meninos	meninas	casadas aos 15 anos	casadas aos 18 anos	total	Prevalência		apoio à prática ^c	homens	mulheres	total	meninos	meninas
							mulheres ^a	filhas ^b						
Uganda	25 y	27 y	24 y	10	40	30	1	1 y	9	44	58	–	–	–
Uruguai	8 y	8 y	8 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbequistão	–	–	–	0	7	100	–	–	–	59 y	70	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	9	27	26	–	–	–	–	–	78 y	–	–
Venezuela	8 x	9 x	6 x	–	–	92 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Vietnã	7	7	7	1	9	95	–	–	–	–	36	74	76	71
Zâmbia	41 y	42 y	40 y	9	42	14	1	–	–	49	62	–	–	–
Zimbábue	–	–	–	4	31	49	–	–	–	34	40	–	–	–

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul [†]	13 x	14 x	12 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
-----------------------------------	------	------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RESUMO DE INDICADORES[†]

África ao sul do Saara	27	28	26	12	37	41	40	24	21	35	55	–	–	–
África Oriental e Meridional	27	28	25	9	34	37	42	–	–	40	55	–	–	–
África Ocidental e Central	27	28	27	14	41	42	34	23	22	30	56	–	–	–
Oriente Médio e Norte da África	9	10	8	3	17	81	–	–	–	–	52	90	–	–
Ásia Meridional	12	13	12	18	46	37	–	–	–	49	52	–	–	–
Leste da Ásia e Pacífico	8 **	8 **	7 **	3 **	18 **	70 **	–	–	–	–	30 **	–	–	–
América Latina e Caribe	9	9	7	7	29	93	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CEI	5	6	4	1	10	96	–	–	–	–	27	–	–	–
Países menos desenvolvidos	23	24	22	16	46	35	–	–	–	36	54	–	–	–
Mundial	15 **	15 **	14 **	11 **	34 **	51 **	–	–	–	–	47 **	–	–	–

† Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Trabalho infantil – Porcentagem de crianças de 5 a 14 anos de idade envolvidas em atividades de trabalho infantil no momento da pesquisa. Considera-se que uma criança está envolvida em atividades de trabalho infantil nas seguintes situações: crianças de 5 a 11 anos de idade que, durante a semana de referência, desempenharam atividade econômica por pelo menos uma hora, ou trabalho doméstico por pelo menos 28 horas; ou crianças de 12 a 14 anos de idade que, durante a semana de referência, desempenharam atividade econômica por pelo menos 14 horas, ou trabalho doméstico por pelo menos 28 horas.

Casamento infantil – Porcentagem de mulheres de 20 a 24 anos de idade que estavam casadas pela primeira vez ou já viviam em união antes de completar 15 anos de idade; e porcentagem de mulheres de 20 a 24 anos de idade que estavam casadas pela primeira vez ou já viviam em união antes de completar 18 anos de idade.

Registro de nascimento – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que estavam registradas no momento da pesquisa. O numerador deste indicador inclui crianças cujas certidões de nascimento foram verificadas pelo entrevistador, ou cuja mãe ou responsável afirmou que o nascimento foi registrado.

Mutilação/corte genital feminino – (a) **mulheres** – porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos de idade que sofreram mutilação/corte genital; (b) **filhas** – porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade com pelo menos uma filha que sofreu mutilação/corte genital; (c) **apoio à prática**: porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos de idade que acham que a prática de mutilação/corte genital feminino deve continuar.

Justificativa para violência contra a esposa – Porcentagem de mulheres e de homens de 15 a 49 anos de idade que consideram justificável um marido bater em sua esposa por pelo menos uma das razões especificadas, ou seja: se sua mulher queima a refeição, discute com ele, sai de casa sem sua permissão, negligência o cuidado com as crianças ou nega-se a ter relações sexuais.

Disciplina com violência – Porcentagem de crianças de 2 a 14 anos de idade que vivenciam qualquer método violento de disciplina (agressão psicológica e/ou punição física).

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Trabalho infantil – Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e outros levantamentos nacionais.

Casamento infantil – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Registro de nascimento – MICS, DHS, outros levantamentos nacionais e sistemas de registro civil.

Mutilação/corte genital feminino – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Justificativa em relação à violência contra a esposa – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Disciplina com violência – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Esses dados não são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

+ Ver na página 94, em “Nota geral sobre os dados”, uma explicação mais detalhada sobre metodologia e mudanças recentes no cálculo dessas estimativas.

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

TABELA 10: TAXAS DE PROGRESSO

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Taxa média anual de redução (%) ¹⁾ da taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Redução desde 1990 (%) ¹⁾	Redução desde 2000 (%) ¹⁾	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%) da taxa total de fertilidade	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
Afganistão	23	309	192	136	101	2,4	3,4	2,7	3,1	47	26	—	—	7,7	8,0	6,2	-0,2	1,2
África do Sul	58	—	62	74	47	—	-1,7	4,2	1,4	25	37	0,1	1,3	5,6	3,7	2,4	2,1	2,0
Albânia	122	—	41	26	14	—	4,5	5,5	5,0	65	46	-0,7 x	5,3	4,9	3,2	1,5	2,1	3,6
Alemanha	169	26	9	5	4	5,6	4,5	2,7	3,6	53	26	2,3	1,3	2,0	1,4	1,4	1,9	-0,2
Andorra	184	—	8	5	3	—	5,1	3,8	4,4	60	34	-1,4	2,5 x	—	—	—	—	—
Angola	8	—	243	199	158	—	2,0	2,1	2,1	35	21	—	4,1	7,3	7,2	5,3	0,1	1,4
Antígua e Barbuda	145	—	27	15	8	—	5,9	6,1	6,0	72	49	7,8 x	0,6	—	—	—	—	—
Arábia Saudita	141	—	43	21	9	—	7,3	7,3	7,3	78	55	-1,4	0,2	7,3	5,8	2,7	1,1	3,6
Argélia	74	199	66	46	30	5,5	3,6	3,9	3,8	55	35	1,6	1,5	7,4	4,7	2,2	2,3	3,6
Argentina	122	58	28	20	14	3,7	3,1	3,3	3,2	49	31	-0,8	2,3	3,1	3,0	2,2	0,1	1,5
Armênia	102	—	47	30	18	—	4,6	4,8	4,7	63	41	—	6,1	3,2	2,5	1,7	1,2	1,8
Austrália	165	21	9	6	5	4,2	3,8	2,9	3,4	51	27	1,6	2,2	2,7	1,9	2,0	1,9	-0,2
Áustria	169	29	9	6	4	5,6	5,2	2,6	3,8	55	25	2,5	1,8	2,3	1,5	1,4	2,4	0,3
Azerbaijão	61	—	95	69	45	—	3,2	3,9	3,6	53	35	—	5,9	4,6	3,0	2,2	2,2	1,5
Bahamas	107	31	22	17	16	1,8	2,6	0,4	1,4	26	4	1,9	0,7	3,5	2,6	1,9	1,5	1,6
Bangladesh	60	226	139	84	46	2,4	5,0	5,5	5,3	67	45	0,6	3,6	6,9	4,5	2,2	2,1	3,4
Barbados	98	47	18	17	20	4,8	0,4	-1,2	-0,5	-10	-15	1,7	1,1 x	3,1	1,7	1,6	2,9	0,5
Barein	135	81	21	12	10	6,9	5,0	2,0	3,4	51	19	-1,0 x	1,3 x	6,5	3,7	2,5	2,8	1,9
Bélgica	169	24	10	6	4	4,3	5,4	2,7	4,0	57	26	2,2	1,6	2,2	1,6	1,8	1,7	-0,7
Belize	106	—	44	26	17	—	5,1	4,0	4,5	62	36	2,9	1,8	6,3	4,5	2,7	1,7	2,4
Benin	20	261	177	140	106	1,9	2,4	2,5	2,4	40	24	0,5	1,3	6,7	6,7	5,2	0,0	1,2
Belarus	157	—	17	14	6	—	2,3	8,1	5,3	67	59	—	4,7	2,3	1,9	1,5	1,0	1,2
Bolívia	55	226	120	81	51	3,2	3,9	4,3	4,1	58	37	-1,1	1,6	6,6	4,9	3,3	1,5	1,9
Bósnia e Herzegovina	145	—	19	10	8	—	6,7	2,0	4,3	59	20	—	8,3 x	2,9	1,7	1,1	2,6	1,9
Botsuana	80	131	53	81	26	4,5	-4,3	10,4	3,4	51	68	8,1	3,4	6,6	4,7	2,7	1,7	2,6
Brasil	107	129	58	36	16	4,0	4,9	7,5	6,3	73	56	2,3	1,6	5,0	2,8	1,8	2,9	2,1
Brunei	151	—	12	10	7	—	2,5	2,6	2,6	41	25	-2,2 x	-0,4 x	5,8	3,5	2,0	2,4	2,7
Bulgária	128	39	22	21	12	2,9	0,7	4,9	2,9	45	42	3,4 x	3,3	2,2	1,7	1,5	1,1	0,6
Burquina Fasso	9	291	208	182	146	1,7	1,4	2,0	1,7	30	19	1,3	2,8	6,6	6,8	5,8	-0,2	0,8
Burundi	10	229	183	165	139	1,1	1,0	1,5	1,3	24	15	1,2	-1,4	6,8	6,5	4,2	0,2	2,1
Butão	51	286	138	89	54	3,6	4,4	4,6	4,5	61	40	—	5,3	6,7	5,8	2,3	0,7	4,3
Cabo Verde	91	160	58	39	21	5,1	4,0	5,5	4,8	63	45	—	5,0	6,9	5,3	2,3	1,3	3,9
Camarões	11	206	145	140	127	1,8	0,4	0,8	0,6	12	9	3,4	0,8	6,2	5,9	4,4	0,2	1,4
Camboja	62	—	117	102	43	—	1,4	7,9	4,8	64	58	—	6,5 x	5,9	5,7	2,5	0,2	3,9
Canadá	157	22	8	6	6	4,9	2,9	0,9	1,9	33	10	2,0	1,8	2,2	1,7	1,7	1,5	-0,1
Catar	145	57	20	13	8	5,2	4,7	4,5	4,6	62	39	—	0,8 x	6,9	4,2	2,2	2,5	3,0
Cazaquistão	78	79	57	42	28	1,7	3,0	3,7	3,3	50	33	—	4,1	3,5	2,8	2,5	1,1	0,5
Chade	4	257	208	189	169	1,1	1,0	1,0	1,0	19	10	-0,9	3,1	6,5	6,7	5,9	-0,1	0,6
Chile	141	82	19	11	9	7,4	5,5	2,0	3,6	53	19	1,5	3,4	4,0	2,6	1,8	2,1	1,7
China	115	117	49	35	15	4,3	3,3	7,9	5,8	70	58	6,6	9,3	5,5	2,3	1,6	4,3	1,9
Chipre	184	—	11	7	3	—	5,3	6,7	6,0	72	52	5,9 x	2,0	2,6	2,4	1,5	0,4	2,4
Cingapura	184	27	8	4	3	6,4	6,5	3,7	5,0	65	33	5,9	3,5	3,2	1,8	1,3	2,9	1,5
Colômbia	102	105	34	25	18	5,6	3,2	3,1	3,2	48	29	1,9	1,6	5,6	3,1	2,3	2,9	1,3
Comores	33	219	122	100	79	2,9	2,0	2,1	2,0	35	20	-0,1 x	-0,8	7,1	5,6	4,9	1,2	0,7
Congo	25	152	119	109	99	1,2	0,9	0,9	0,9	17	9	3,3	0,4	6,3	5,4	4,5	0,8	0,8
Coreia do Norte	69	—	45	58	33	—	-2,5	5,0	1,4	26	42	—	—	4,0	2,4	2,0	2,6	0,9
Coreia do Sul	165	49	8	6	5	9,4	2,7	1,6	2,1	36	16	6,2	4,1	4,5	1,6	1,4	5,2	0,8
Costa do Marfim	17	233	151	139	115	2,2	0,9	1,7	1,3	24	17	-1,7	-0,6	7,9	6,3	4,3	1,2	1,7
Costa Rica	135	71	17	13	10	7,1	2,9	2,2	2,5	41	22	0,7	2,6	5,0	3,2	1,8	2,3	2,6
Croácia	165	—	13	8	5	—	4,3	4,5	4,4	60	39	—	2,8	2,0	1,7	1,5	0,9	0,6
Cuba	157	41	13	9	6	5,6	4,5	3,5	4,0	56	32	3,9	3,0 x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,9
Dinamarca	169	16	9	6	4	3,2	4,4	3,8	4,1	57	34	2,0	1,4	2,1	1,7	1,9	1,2	-0,6
Djibuti	26	—	122	106	90	—	1,4	1,5	1,5	26	15	—	-1,4 x	7,4	6,2	3,7	0,9	2,5
Dominica	128	54	17	15	12	5,7	1,6	2,1	1,8	32	21	5,2 x	2,2	—	—	—	—	—
Egito	91	237	86	44	21	5,1	6,6	6,8	6,7	75	52	4,3	2,8	5,9	4,4	2,7	1,6	2,3
El Salvador	115	158	60	34	15	4,8	5,7	7,3	6,6	75	55	-1,9	2,4	6,2	4,0	2,2	2,3	2,8
Emirados Árabes Unidos	151	92	22	12	7	7,1	5,9	5,7	5,8	70	46	-4,3 x	-1,9	6,6	4,4	1,7	2,0	4,5
Equador	86	138	52	34	23	4,8	4,3	3,7	4,0	56	33	1,3	1,5	6,3	3,7	2,4	2,7	1,9
Eritreia	41	247	138	98	68	2,9	3,4	3,4	3,4	51	31	—	-0,8 x	6,6	6,2	4,4	0,3	1,7
Eslováquia	145	—	18	12	8	—	4,2	3,7	3,9	56	34	—	3,7	2,5	2,0	1,3	1,0	2,0
Eslovênia	184	—	10	5	3	—	6,6	6,0	6,2	73	48	—	3,2	2,3	1,5	1,5	2,0	0,1
Espanha	169	29	11	7	4	4,9	5,0	4,1	4,5	61	36	1,9	1,9	2,9	1,3	1,5	3,8	-0,5
Estado da Palestina	87	—	43	30	22	—	3,6	2,8	3,2	49	27	—	-2,4 x	7,9	6,5	4,4	0,9	1,9

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Taxa média anual de redução (%) ⁽¹⁾ da taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Redução desde 1990 (%) ⁽¹⁾	Redução desde 2000 (%) ⁽¹⁾	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%) da taxa total de fertilidade	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
		Estados Unidos	145	23	11	9	8	3,6	2,8			1,1	2,0	34	12	2,1	1,7	2,2
Estônia	169	—	20	11	4	—	6,2	9,7	8,1	82	66	—	5,5 x	2,1	1,9	1,7	0,4	0,6
Etiópia	36	230	198	139	77	0,7	3,6	5,3	4,5	61	44	—	3,3	6,8	7,1	4,0	-0,2	2,7
Federação Russa	128	40	27	21	12	2,0	2,5	5,3	4,0	56	44	—	2,3	2,0	1,9	1,5	0,3	1,0
Fiji	107	53	30	22	16	2,9	2,8	2,8	2,8	45	26	0,6	1,3	4,5	3,4	2,6	1,5	1,2
Filipinas	83	88	57	39	25	2,2	3,8	3,9	3,8	55	35	0,5	1,9	6,3	4,3	3,1	1,9	1,6
Finlândia	184	16	7	4	3	4,4	4,4	3,6	4,0	57	33	2,9	2,5	1,9	1,7	1,9	0,3	-0,3
França	169	18	9	5	4	3,6	4,9	2,5	3,6	53	24	2,1	1,2	2,5	1,8	2,0	1,8	-0,6
Gabão	44	—	94	82	66	—	1,4	2,1	1,7	31	20	0,2	-0,7	4,7	5,2	3,2	-0,5	2,3
Gâmbia	23	286	165	130	101	2,8	2,3	2,4	2,3	39	23	0,6	0,9	6,1	6,1	4,8	0,0	1,1
Gana	34	183	121	99	78	2,1	2,0	2,2	2,1	36	21	-2,0	2,5	7,0	5,6	4,1	1,1	1,5
Geórgia	91	—	47	33	21	—	3,6	4,2	3,9	56	37	3,1	2,7	2,6	2,2	1,5	0,9	1,6
Granada	125	—	21	16	13	—	2,9	1,9	2,4	39	18	4,2 x	2,9	4,6	3,8	2,2	0,9	2,6
Grécia	169	38	13	8	4	5,5	5,0	5,1	5,0	65	43	1,3	2,2	2,4	1,4	1,5	2,5	-0,3
Guatemala	74	172	78	48	30	4,0	4,8	4,2	4,5	61	37	0,2	1,3	6,2	5,6	3,9	0,6	1,7
Guiana	68	78	63	49	36	1,0	2,5	2,8	2,7	43	27	-1,3	2,8 x	5,6	2,6	2,2	3,8	0,7
Guiné	12	316	228	175	126	1,6	2,7	3,0	2,8	45	28	—	2,9	6,8	6,7	5,2	0,1	1,3
Guiné-Bissau	7	242	210	186	161	0,7	1,2	1,3	1,3	24	14	0,0	-1,2	6,1	6,6	5,0	-0,5	1,4
Guiné Equatorial	16	—	190	152	118	—	2,2	2,3	2,3	38	22	—	18,2	5,7	5,9	5,1	-0,2	0,7
Haiti	40	229	143	102	70	2,3	3,4	3,4	3,4	51	31	—	-1,0 x	5,8	5,4	3,3	0,3	2,4
Holanda	169	16	8	6	4	3,2	2,9	4,0	3,5	52	35	1,6	1,9	2,4	1,6	1,8	2,2	-0,6
Honduras	91	156	55	35	21	5,2	4,5	4,5	4,5	61	39	0,8	1,6	7,3	5,1	3,1	1,7	2,4
Hungria	157	43	19	11	6	4,2	5,3	5,1	5,2	66	43	3,0	2,5	2,0	1,8	1,4	0,6	1,2
Ilmen	36	293	126	99	77	4,2	2,4	2,4	2,4	39	23	—	1,1	7,5	8,7	5,1	-0,7	2,5
Ilhas Cook	135	61	19	17	10	5,8	1,1	5,3	3,3	50	44	—	—	—	—	—	—	—
Ilhas Marshall	80	98	52	38	26	3,2	3,2	3,3	3,3	50	30	—	0,5	—	—	—	—	—
Ilhas Salomão	87	102	42	31	22	4,5	3,2	3,1	3,1	48	29	—	-0,9	6,9	5,9	4,2	0,8	1,6
Índia	49	189	114	88	61	2,5	2,6	3,3	3,0	46	30	2,0	4,9	5,5	3,9	2,6	1,7	2,0
Indonésia	71	164	82	53	32	3,5	4,4	4,6	4,5	61	39	4,6	2,7	5,5	3,1	2,1	2,8	1,9
Irã	83	203	61	44	25	6,0	3,3	5,1	4,3	59	43	-2,3	2,7 x	6,5	4,8	1,6	1,5	5,1
Iraque	67	115	46	43	38	4,6	0,7	1,1	0,9	18	11	—	-1,9 x	7,4	6,0	4,6	1,0	1,2
Irlanda	169	23	9	7	4	4,6	2,5	5,1	3,9	56	43	—	0,6 x	3,8	2,0	2,1	3,2	-0,3
Islândia	184	16	6	4	3	4,6	4,8	4,0	4,4	60	36	3,2	2,1	3,0	2,2	2,1	1,6	0,1
Israel	169	—	12	7	4	—	5,1	4,3	4,7	63	38	1,9	1,8	3,8	3,0	2,9	1,2	0,1
Itália	169	33	10	6	4	6,1	5,5	3,8	4,6	62	34	2,8	0,8	2,5	1,3	1,4	3,2	-0,5
Jamaica	102	63	35	26	18	3,0	3,0	3,0	3,0	47	28	-1,3	0,5	5,5	2,9	2,3	3,1	1,2
Japão	184	18	6	5	3	5,1	3,5	2,5	3,0	47	24	3,4	0,7	2,1	1,6	1,4	1,5	0,6
Jordânia	91	97	37	28	21	4,8	2,7	2,7	2,7	44	26	2,5 x	2,6	7,9	5,8	3,0	1,6	3,1
Kiribati	58	154	88	65	47	2,8	2,9	2,9	2,9	46	27	-5,3	1,1	—	—	—	—	—
Kuwait	133	60	17	13	11	6,4	2,9	1,4	2,1	36	14	-6,7 x	1,4 x	7,2	2,6	2,3	5,1	0,6
Laos	63	—	148	81	42	—	6,0	6,0	6,0	72	48	—	4,7	6,0	6,2	2,7	-0,1	4,0
Lesoto	29	177	88	117	86	3,5	-2,9	2,8	0,1	2	27	2,4	2,3	5,8	4,9	3,1	0,8	2,1
Letônia	145	—	21	17	8	—	1,7	6,7	4,3	60	52	3,4	4,4	1,9	1,9	1,5	0,0	1,2
Libano	141	57	33	19	9	2,7	5,6	6,5	6,0	72	51	—	2,5	5,1	3,1	1,8	2,4	2,7
Libéria	34	280	241	164	78	0,7	3,9	6,7	5,4	68	52	-4,0	5,5	6,7	6,5	5,2	0,1	1,1
Líbia	107	139	44	27	16	5,7	4,9	4,7	4,8	63	40	—	—	7,6	4,8	2,5	2,3	3,1
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,2	3,0 x	—	—	—	—	—
Lituânia	157	26	17	12	6	2,0	3,9	6,6	5,3	67	52	—	3,6	2,3	2,0	1,5	0,7	1,4
Luxemburgo	184	22	8	5	3	4,7	5,4	3,9	4,6	62	35	2,6	2,7	2,0	1,6	1,7	1,1	-0,3
Macedônia	135	—	38	16	10	—	8,4	4,8	6,5	74	41	—	1,2	3,1	2,1	1,4	1,9	1,9
Madagascar	47	176	161	104	62	0,4	4,4	4,8	4,6	62	41	-2,3	-0,3	7,3	6,3	4,6	0,8	1,5
Malásia	151	54	17	11	7	5,8	4,8	4,4	4,6	62	39	4,0	3,1	4,9	3,5	2,6	1,6	1,4
Malauí	31	334	227	164	83	1,9	3,2	6,2	4,8	64	50	0,0	1,3	7,3	6,8	6,0	0,4	0,6
Maldivas	133	266	105	53	11	4,6	6,9	14,5	10,9	90	80	—	5,8 x	7,2	6,1	1,7	0,8	6,1
Mali	3	373	257	214	176	1,9	1,8	1,8	1,8	32	18	0,1	2,1	6,9	7,1	6,2	-0,1	0,6
Malta	157	27	11	8	6	4,4	3,7	2,5	3,1	48	24	6,0	2,4	2,0	2,1	1,3	-0,2	2,2
Marrocos	69	177	81	53	33	3,9	4,3	4,3	4,3	60	38	1,9	2,5	7,1	4,0	2,2	2,8	2,8
Maurício	115	85	24	19	15	6,3	2,5	1,9	2,2	37	19	3,2 x	3,5	4,0	2,3	1,6	2,7	1,7
Mauritânia	18	197	125	118	112	2,3	0,6	0,5	0,5	10	5	-1,1	1,3	6,8	5,9	4,5	0,7	1,4
México	107	108	49	29	16	4,0	5,2	5,6	5,4	68	46	1,7	1,3	6,7	3,4	2,3	3,4	1,9
Mianmar	47	172	107	84	62	2,4	2,5	2,6	2,6	42	25	1,6	7,4 x	6,1	3,4	2,0	2,8	2,6
Micronésia	63	—	56	49	42	—	1,5	1,4	1,5	26	15	—	0,4	6,9	5,0	3,4	1,7	1,8
Moçambique	22	275	226	172	103	1,0	2,7	4,7	3,7	54	40	-1,0 x	4,3	6,6	6,2	4,8	0,3	1,2

TABELA 10 | TAXAS DE PROGRESSO ▶

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Taxa média anual de redução (%) ⁽¹⁾ da taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Redução desde 1990 (%) ⁽²⁾	Redução desde 2000 (%) ⁽²⁾	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%) da taxa total de fertilidade	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
Moldova	107	70	35	24	16	3,5	3,8	3,6	3,7	54	33	1,8 x	-0,1	2,6	2,4	1,5	0,3	2,4
Mônaco	169	—	8	5	4	—	4,2	2,4	3,3	50	24	1,4	2,1 x	—	—	—	—	—
Mongólia	72	—	107	63	31	—	5,2	6,6	5,9	71	52	—	3,3	7,6	4,1	2,5	3,1	2,4
Montenegro	151	—	18	13	7	—	3,3	5,1	4,3	59	43	—	3,4 x	2,4	1,9	1,6	1,2	0,6
Namíbia	63	113	73	74	42	2,2	-0,1	5,2	2,7	43	44	-2,1 x	1,9	6,5	5,2	3,2	1,1	2,4
Nauru	66	—	40	40	40	—	0,0	0,0	0,0	0	0	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	57	249	135	83	48	3,1	4,8	5,0	4,9	64	42	1,1	1,9	6,1	5,2	2,7	0,8	3,2
Nicarágua	80	161	66	42	26	4,5	4,5	4,6	4,5	61	39	-3,7	1,9	6,9	4,8	2,6	1,9	2,9
Níger	13	324	314	216	125	0,2	3,8	5,0	4,4	60	42	-2,0	-0,2	7,4	7,8	7,0	-0,3	0,5
Nigéria	14	259	214	188	124	1,0	1,3	3,8	2,6	42	34	-1,3	2,1	6,5	6,4	5,5	0,1	0,7
Niue	91	—	14	29	21	—	-7,3	3,0	-1,9	-49	28	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	184	16	8	5	3	3,3	5,4	4,2	4,7	63	37	3,2	2,0	2,5	1,9	1,9	1,5	-0,2
Nova Zelândia	157	21	11	7	6	3,1	4,1	2,1	3,0	47	20	1,1 x	1,8 x	3,1	2,1	2,2	2,0	-0,2
Omã	141	195	48	22	9	7,1	7,8	8,3	8,1	82	60	3,1	2,7	7,3	7,2	2,2	0,1	5,5
Palau	100	—	32	25	19	—	2,6	2,6	2,6	42	25	—	-0,1 x	—	—	—	—	—
Panamá	98	62	33	26	20	3,1	2,6	2,5	2,5	41	24	0,3	3,4	5,3	3,0	2,5	2,8	1,0
Papua Nova Guiné	50	151	88	72	58	2,7	2,0	2,0	2,0	34	19	-1,0	0,1	6,2	4,8	3,9	1,2	1,0
Paquistão	39	182	122	95	72	2,0	2,5	2,5	2,5	41	24	2,6	1,9	6,6	6,0	3,3	0,5	2,8
Paraguai	87	75	53	35	22	1,7	4,0	4,1	4,1	57	37	3,1	0,3	5,7	4,5	2,9	1,2	2,1
Peru	102	158	75	39	18	3,7	6,6	7,0	6,8	76	53	-0,6	3,2	6,3	3,8	2,5	2,5	2,1
Polónia	157	36	17	10	6	3,6	5,9	4,6	5,2	66	40	—	4,4	2,2	2,0	1,4	0,4	1,8
Portugal	184	66	15	7	3	7,5	7,1	6,8	6,9	77	53	2,5	1,5	3,0	1,5	1,3	3,3	0,7
Quênia	38	153	98	113	73	2,2	-1,5	4,0	1,4	26	36	1,2	0,4	8,1	6,0	4,7	1,5	1,2
Quirguistão	72	143	70	47	31	3,6	3,9	4,0	4,0	56	35	—	0,7	4,9	3,9	2,7	1,2	1,8
Reino Unido	165	21	9	7	5	4,1	3,3	2,3	2,8	45	23	2,1	2,4	2,3	1,8	1,9	1,2	-0,1
República Centro-Africana	6	226	169	172	164	1,5	-0,2	0,5	0,2	3	5	-1,3	-0,5	6,0	5,8	4,5	0,1	1,1
Rep. Dem. do Congo	5	244	181	181	168	1,5	0,0	0,7	0,4	8	8	-2,2	-2,6	6,2	7,1	5,7	-0,7	1,1
República Dominicana	83	122	58	39	25	3,7	4,1	4,0	4,1	58	36	2,1	3,9	6,2	3,5	2,5	2,9	1,5
República Tcheca	169	—	14	7	4	—	7,6	4,9	6,2	73	42	—	2,7	2,0	1,8	1,5	0,6	1,0
Romênia	125	64	37	27	13	2,7	3,3	6,9	5,2	67	53	0,9 x	2,8	2,9	1,9	1,4	2,1	1,5
Ruanda	51	223	156	183	54	1,8	-1,6	11,1	5,1	65	70	1,2	2,3	8,1	7,0	5,3	0,7	1,3
Samoa	100	—	30	23	19	—	2,6	1,8	2,2	37	18	—	2,8	6,1	4,8	3,8	1,2	1,1
San Marino	195	—	12	5	2	—	8,1	9,8	9,0	85	66	1,7	3,2 x	—	—	—	—	—
Santa Lúcia	107	63	23	18	16	5,2	2,2	1,4	1,7	31	14	5,3 x	0,7	6,1	3,4	2,0	2,9	2,6
Santa Sé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
São Cristóvão e Névis	151	71	28	16	7	4,6	5,5	7,2	6,4	74	55	6,3 x	1,6	—	—	—	—	—
São Tomé e Príncipe	28	96	96	93	89	-0,0	0,4	0,4	0,4	8	4	—	—	6,5	5,4	3,6	0,9	1,9
São Vicente e Granadinas	91	96	27	22	21	6,5	1,9	0,4	1,1	21	5	3,3	3,2	6,0	3,0	2,0	3,6	1,8
Seicheles	122	66	17	14	14	6,9	1,8	0,0	0,9	17	0	2,9	2,0	—	—	—	—	—
Senegal	45	295	136	130	65	3,9	0,4	6,4	3,5	52	50	-0,5	1,1	7,4	6,6	4,7	0,5	1,6
Serra Leoa	1	342	267	241	185	1,2	1,0	2,4	1,7	31	23	-0,5	1,1	5,9	5,7	4,9	0,1	0,7
Sérvia	151	—	29	13	7	—	8,1	5,3	6,6	75	44	—	1,4	2,4	2,1	1,6	0,6	1,4
Síria	115	113	36	23	15	5,7	4,6	3,6	4,1	58	33	2,2	1,8 x	7,6	5,3	2,9	1,8	3,0
Somália	2	—	180	180	180	—	0,0	0,0	0,0	0	0	-0,8	—	7,2	6,6	6,3	0,4	0,2
Sri Lanka	128	76	29	19	12	4,8	4,1	4,1	4,1	58	36	3,0	4,1	4,3	2,5	2,3	2,8	0,4
Suazilândia	21	181	83	114	104	3,9	-3,2	0,9	-1,0	-24	9	3,1	1,8	6,9	5,7	3,3	0,9	2,7
Sudão*	29	148	123	104	86	0,9	1,7	1,7	1,7	30	17	—	—	—	—	—	—	—
Sudão do Sul*	15	302	217	165	121	1,6	2,8	2,8	2,8	45	27	—	—	—	—	—	—	—
Suécia	184	13	7	4	3	3,4	4,9	3,5	4,2	58	32	1,8	2,2	2,0	2,0	1,9	0,1	0,2
Suíça	169	18	8	6	4	4,1	3,5	2,4	2,9	46	23	1,7 x	0,9	2,1	1,5	1,5	1,6	0,1
Suriname	74	—	52	40	30	—	2,6	2,7	2,7	43	26	-2,2 x	1,7 x	5,7	2,7	2,3	3,6	0,8
Tadjiquistão	46	—	114	95	63	—	1,9	3,7	2,8	45	33	—	0,2	6,9	5,2	3,2	1,4	2,2
Tailândia	128	102	35	19	12	5,3	6,4	3,7	5,0	65	34	4,7	2,8	5,6	2,1	1,6	4,9	1,4
Tanzânia	41	208	158	126	68	1,4	2,2	5,7	4,0	57	47	—	2,5	6,8	6,2	5,5	0,4	0,6
Timor Leste	51	—	180	109	54	—	5,0	6,4	5,7	70	51	—	1,9 x	5,9	5,3	6,1	0,5	-0,6
Togo	19	220	147	128	110	2,0	1,4	1,4	1,4	25	14	-0,3	-0,1	7,1	6,3	4,0	0,6	2,2
Tonga	115	43	25	20	15	2,9	2,2	2,2	2,2	37	21	—	1,5	5,9	4,6	3,9	1,2	0,9
Trinidad e Tobago	78	52	37	32	28	1,7	1,4	1,3	1,4	25	14	0,5	4,8	3,5	2,4	1,6	1,8	1,9
Tunísia	107	181	51	30	16	6,3	5,5	5,5	5,5	68	45	2,5	3,3	6,6	3,6	2,0	3,0	2,9
Turcomenistão	54	—	94	71	53	—	2,8	2,8	2,8	44	26	—	5,8	6,3	4,3	2,4	1,9	2,9
Turquia	115	194	72	35	15	5,0	7,1	7,7	7,4	79	57	2,0	2,4	5,5	3,0	2,1	3,0	1,9

Países e áreas	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Taxa média anual de redução (%) ⁰ da taxa de mortalidade de menores de 5 anos				Redução desde 1990 (%) ⁰	Redução desde 2000 (%) ⁰	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%) da taxa total de fertilidade	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
		Tuvalu	74	—	58	43	30	—	2,9			3,3	3,1	48	30	—	2,1	—
Ucrânia	135	34	19	19	10	2,8	0,4	5,6	3,1	48	46	—	0,6	2,1	1,9	1,5	0,6	1,2
Uganda	26	190	178	141	90	0,3	2,4	4,1	3,3	49	36	—	3,7	7,1	7,1	6,1	0,0	0,8
Uruguai	135	55	23	17	10	4,3	3,0	4,6	3,8	55	40	0,9	2,1	2,9	2,5	2,1	0,7	0,9
Uzbequistão	56	—	75	61	49	—	2,1	2,1	2,1	35	20	—	2,5	6,5	4,2	2,3	2,2	2,8
Vanuatu	125	102	39	23	13	4,9	5,2	5,0	5,1	66	43	1,2 x	0,6	6,3	4,9	3,8	1,2	1,2
Venezuela	115	61	31	22	15	3,4	3,3	3,6	3,4	51	33	-1,7	0,4	5,4	3,4	2,4	2,2	1,7
Vietnã	87	—	50	34	22	—	3,9	4,1	4,0	57	36	—	6,0	7,4	3,6	1,8	3,6	3,3
Zâmbia	31	179	193	154	83	-0,4	2,3	5,6	4,0	57	46	-2,3	0,8	7,4	6,5	6,3	0,7	0,1
Zimbábue	43	119	79	106	67	2,0	-2,9	4,1	0,8	15	37	-0,4	-3,0	7,4	5,2	3,2	1,8	2,3

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^α	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,1	3,4	6,6	6,0	4,3	0,5	1,5
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

RESUMO DE INDICADORES#

África ao sul do Saara	236	178	154	109	1,4	1,5	3,1	2,3	39	29	0,0	2,0	6,7	6,2	4,9	0,3	1,2
África Oriental e Meridional	214	162	135	84	1,4	1,8	4,3	3,1	48	38	0,3	1,9	6,8	6,0	4,5	0,6	1,4
África Ocidental e Central	259	197	175	132	1,4	1,2	2,6	1,9	33	24	-0,5	2,0	6,6	6,5	5,3	0,1	1,0
Oriente Médio e Norte da África	190	72	52	36	4,8	3,4	3,3	3,3	50	30	-0,1	0,8	6,7	5,0	2,8	1,5	2,8
Ásia Meridional	195	119	89	62	2,5	2,9	3,3	3,1	48	30	2,0	4,5	5,7	4,2	2,7	1,6	2,1
Leste da Ásia e Pacífico	120	55	39	20	3,9	3,4	5,9	4,7	63	48	5,6	7,5	5,6	2,6	1,8	3,8	1,8
América Latina e Caribe	117	53	34	19	4,0	4,4	5,2	4,8	64	44	1,4	1,7	5,3	3,2	2,2	2,5	1,8
ECO/CEI	88	48	35	21	3,1	3,2	4,6	3,9	56	40	—	2,5	2,8	2,3	1,8	0,9	1,3
Países menos desenvolvidos	238	171	136	98	1,7	2,3	3,0	2,7	43	28	-0,1	3,1	6,7	5,9	4,2	0,6	1,7
Mundial	141	87	73	51	2,4	1,8	3,2	2,5	41	29	2,4	2,6	4,7	3,2	2,4	1,9	1,3

α Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos – Probabilidade de morrer entre o nascimento e exatamente 5 anos de idade por mil nascidos vivos.

Redução desde 1990 – Redução percentual da taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) de 1990 a 2011. A Declaração do Milênio, promulgada em 2000 pelas Nações Unidas, estabeleceu o objetivo de reduzir em dois terços (67%) a TMM5 de 1990 até 2015. Este indicador fornece uma avaliação atualizada dos progressos rumo a esse objetivo.

PIB per capita – Produto Interno Bruto (PIB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores do país, acrescido de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção. PIB per capita é o PIB dividido pela população na metade do ano. O crescimento é calculado a partir de dados do PIB a preços constantes, em moeda local.

Taxa total de fertilidade – Número de crianças que nasceriam por mulher se esta vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade de acordo com as taxas de fertilidade prevalentes para cada faixa etária.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Mortalidade de menores de 5 anos – Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (UNICEF, Organização Mundial da Saúde, Divisão de População das Nações Unidas e Banco Mundial).

PIB per capita – Banco Mundial.

Taxa total de fertilidade – Divisão de População das Nações Unidas.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

0 Um valor negativo indica aumento na taxa de mortalidade de menores de 5 anos.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Esses dados não são incluídos nos cálculos das médias regionais e globais.

TABELA 11: ADOLESCENTES

Países e áreas	População de 10 a 19 anos		Adolescentes atualmente casados/vivendo em união (%)		Partos até os 18 anos de idade (%) 2007-2011*	Taxa de partos na adolescência 2006-2010*	Justificativa para violência contra a esposa em meio a adolescentes (%) 2002-2011*		Uso de meios de comunicação por adolescentes (%) 2002-2011*		Taxa de escolaridade bruta no secundário inferior 2008-2011*	Taxa de escolaridade bruta no secundário superior 2008-2011*	Amplio conhecimento sobre HIV em meio a adolescentes (%) 2007-2011*	
	Total (milhares) 2011	Proporção da população total (%) 2011	2002-2011*				meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas
			meninos	meninas										
Afganistão	8.015	25	–	20	26	90	–	84	–	–	62	27	–	–
África do Sul	9.940	20	2	4	15 x	54	–	–	–	–	96	92	–	–
Albânia	551	17	1	8	3	11	37	24	97	99	95	81	21	36
Alemanha	8.059	10	–	–	–	9	–	–	–	–	101	107	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	88	84	–	–
Angola	4.720	24	–	–	–	165 x	–	–	–	–	39	22	–	–
Antígua e Barbuda	–	–	–	–	–	67 x	–	–	–	–	122	80	55	40
Arábia Saudita	4.926	18	–	–	–	7	–	–	–	–	106	95	–	–
Argélia	6.425	18	–	2	–	4	–	66	–	–	133	50	–	12 x
Argentina	6.769	17	–	–	–	68	–	–	–	–	109	68	–	–
Armênia	435	14	1	8	2	28	21	8	94	92	96	85	4	10
Austrália	2.917	13	–	–	–	16	–	–	–	–	113	167	–	–
Áustria	929	11	–	–	–	10	–	–	–	–	102	96	–	–
Azerbaijão	1.378	15	0	10	4 x	41	63	39	97	95	92	75	2 x	3 x
Bahamas	58	17	–	–	–	41	–	–	–	–	101	90	–	–
Bangladesh	31.601	21	–	46	40	133 x	–	41	–	63 y	66	40	–	7
Barbados	38	14	–	–	–	50	–	–	–	–	99	103	–	–
Barein	153	11	–	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélgica	1.207	11	–	–	–	11	–	–	–	–	114	109	–	–
Belize	73	23	–	15	19 x	90 x	–	11	–	–	–	–	–	39 x
Benin	2.094	23	2	22	23 x	114 x	12	41	83	64	–	–	31 x	17 x
Belarus	1.025	11	–	4	3 x	21	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolívia	2.232	22	4	13	20	89 x	–	17	100	97	94	73	24	22
Bósnia e Herzegovina	434	12	–	7	–	17	–	4	–	–	99	84	–	45 x
Botsuana	434	21	–	–	–	51	–	–	–	–	91	68	–	–
Brasil	33.906	17	–	25	–	71	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei	65	16	–	–	–	18	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgária	696	9	–	–	–	48	–	–	–	–	83	94	–	–
Burquina Fasso	3.978	23	2	32	28	130	40	39	61	55	28	9	31	29
Burundi	1.946	23	1	9	11	65	56	74	83	69	34	13	45	43
Butão	148	20	–	15	15	59	–	70	–	–	78	42	–	22
Cabo Verde	113	23	2	8	22 x	92 x	24	23	88	88	109	67	–	–
Camarões	4.481	22	–	22	33 x	127	–	58	77	61	–	–	–	32 x
Camboja	3.222	23	2	10	7	48	25 y	42 y	73	76	60	–	41	43
Canadá	4.137	12	–	–	–	14	–	–	–	–	99	102	–	–
Catar	151	8	–	–	–	15	–	–	–	–	101	86	–	–
Cazaquistão	2.402	15	1	5	3 x	31	14	9	99	99	105	80	–	22 x
Chade	2.690	23	–	48	47	193 x	–	59	55	24	29	18	–	10
Chile	2.769	16	–	–	–	54	–	–	–	–	100	82	–	–
China	195.432	15	–	–	–	6	–	–	–	–	92	71	–	–
Chipre	153	14	–	–	–	4	–	–	–	–	102	96	–	–
Cingapura	747	14	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Colômbia	8.759	19	–	14	20	85	–	–	–	–	105	80	–	21
Comores	161	21	–	–	–	95 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	909	22	2	19	29 x	132 x	–	76	75	63	–	–	18	8
Coreia do Norte	4.103	17	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	7
Coreia do Sul	6.458	13	–	–	–	2	–	–	–	–	100	94	–	–
Costa do Marfim	4.653	23	2	20	29 x	111	–	63	86	75	–	–	–	–
Costa Rica	832	18	3	11	9	67	–	–	–	–	116	75	–	–
Croácia	490	11	–	–	–	13	–	–	–	–	105	87	–	–
Cuba	1.454	13	–	20	9	51	–	–	–	–	94	85	–	54
Dinamarca	701	13	–	–	–	6	–	–	–	–	116	119	–	–
Djibuti	202	22	–	4	–	27 x	–	–	–	–	44	25	–	16 x
Dominica	–	–	–	–	–	48	–	–	–	–	108	84	–	–
Egito	15.964	19	–	13	7	50 x	–	50 y	–	97 y	94	51	16	3
El Salvador	1.440	23	–	21	–	65	–	–	–	–	86	44	–	–
Emirados Árabes Unidos	898	12	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	–	–
Equador	2.843	19	–	16	–	100 x	–	–	–	–	85	65	–	–
Eritreia	1.171	22	–	29	25 x	–	–	70	–	85	44	22	–	–
Eslováquia	635	12	–	–	–	21	–	–	–	–	91	88	–	–
Eslovênia	193	9	–	–	–	5	–	–	–	–	96	98	–	–
Espanha	4.299	9	–	–	–	13	–	–	–	–	120	133	–	–
Estado da Palestina	1.040	25	1	13	–	60	–	–	–	–	88	78	–	–

Países e áreas	População de 10 a 19 anos		Adolescentes atualmente casados/vivendo em união (%)		Partos até os 18 anos de idade (%) 2007-2011*	Taxa de partos na adolescência 2006-2010*	Justificativa para violência contra a esposa em meio a adolescentes (%)		Uso de meios de comunicação por adolescentes (%)		Taxa de escolaridade bruta no secundário inferior 2008-2011*	Taxa de escolaridade bruta no secundário superior 2008-2011*	Ampla conhecimento sobre HIV em meio a adolescentes (%)	
	Total (milhares) 2011	Proporção da população total (%) 2011	2002-2011*				meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas
			meninos	meninas										
Estados Unidos	41.478	13	-	-	-	39	-	-	-	-	103	90	-	-
Estônia	133	10	-	-	-	21	-	-	-	-	105	103	-	-
Etiópia	20.948	25	2	19	22	79	51	64	42	38	45	16	32	24
Federação Russa	14.023	10	-	-	-	30	-	-	-	-	90	86	-	-
Fiji	159	18	-	-	-	31 x	-	-	-	-	100	69	-	-
Filipinas	20.508	22	-	10	7	53	-	15	-	94	88	76	-	19
Finlândia	627	12	-	-	-	8	-	-	-	-	99	115	-	-
França	7.482	12	-	-	-	12	-	-	-	-	110	117	-	-
Gabão	346	23	2 x	18 x	35 x	-	-	-	89 x	83 x	-	-	-	-
Gâmbia	421	24	-	24	23	104 x	-	74	-	-	63	45	-	33
Gana	5.412	22	1	7	16	70	37	53	90	85	83	39	30	28
Geórgia	541	13	-	11	6	44	-	5	-	-	93	81	-	-
Granada	20	20	-	-	-	53 x	-	-	-	-	121	89	-	-
Grécia	1.087	10	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	3.467	23	-	20	22	92	-	-	-	-	65	48	24	20
Guiana	181	24	1	16	16	97	25	18	94	94	99	78	45	53
Guiné	2.334	23	3	36	44 x	153 x	-	79	66	55	46	26	-	-
Guiné-Bissau	349	23	-	19	31 x	137	-	39 y	-	-	-	-	-	12
Guiné Equatorial	154	21	-	-	-	128 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	2.270	22	2	17	15 x	69 x	-	29	88	83	-	-	34 x	31 x
Holanda	2.019	12	-	-	-	5	-	-	-	-	127	116	-	-
Honduras	1.777	23	-	20	26 x	108 x	-	18	-	98	75	71	-	28 x
Hungria	1.072	11	-	-	-	19	-	-	-	-	99	98	-	-
Iêmen	6.073	25	-	19	-	80 x	-	-	-	-	54	34	-	2 x,y
Ilhas Cook	-	-	-	-	-	47 x	-	-	-	-	97	67	-	-
Ilhas Marshall	-	-	5	21	21	105	71	47	86	85	110	92	35	27
Ilhas Salomão	121	22	0	13	15	70 x	73	72	71	54	-	-	26	29
Índia	243.492	20	5	30	22 x	39	57	53	88	72	81	50	35 x	19 x
Indonésia	42.771	18	-	14	10	52 x	-	41 y	-	79 y	92	63	2 y	6
Irã	12.015	16	-	16	-	31	-	-	-	-	98	87	-	-
Iraque	7.490	23	-	19	-	68	-	57	-	-	-	-	-	3 x
Irlanda	567	13	-	-	-	16	-	-	-	-	110	138	-	-
Islândia	45	14	-	-	-	15	-	-	-	-	97	115	-	-
Israel	1.206	16	-	-	-	14	-	-	-	-	94	110	-	-
Itália	5.742	9	-	-	-	7	-	-	-	-	107	97	-	-
Jamaica	562	21	-	5	16	72	28 y	4 y	-	-	91	95	52 y	61 y
Japão	11.799	9	-	-	-	5	-	-	-	-	103	102	-	-
Jordânia	1.418	23	-	7	4	32	-	91 y	-	97 y	94	73	-	12
Kiribati	-	-	5	16	9	39 x	65	77	58	57	99	72	46	41
Kuwait	394	14	-	-	-	14	-	-	-	-	110	89	-	-
Laos	1.509	24	-	-	55 x	110 x	-	79	-	-	55	32	-	-
Lesoto	531	24	1	16	13	92	54	48	64	69	58	29	28	35
Letônia	216	10	-	-	-	15	-	-	-	-	95	96	-	-
Líbano	772	18	-	3	-	18 x	-	22 y	-	-	90	73	-	-
Libéria	921	22	3	19	38	177	37	48	73	63	-	-	21	18
Líbia	1.117	17	-	-	-	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	103	23	-	-
Lituânia	391	12	-	-	-	17	-	-	-	-	96	105	-	-
Luxemburgo	63	12	-	-	-	7	-	-	-	-	110	88	-	-
Macedônia	280	14	-	4	2	20	-	14	-	-	90	78	-	23 x
Madagascar	5.060	24	11	34	36	147	33	35	61	60	42	15	26	23
Malásia	5.537	19	5	6	-	14	-	-	-	-	91	50	-	-
Malawi	3.673	24	2	23	35	157	21	16	82	65	40	15	45	40
Maldivas	66	21	-	5	1	19	-	41 y	-	100	-	-	-	22 y
Mali	3.723	24	-	40	46 x	190 x	-	83	81	79	48	26	-	14
Malta	50	12	-	-	-	20	-	-	-	-	103	97	-	-
Marrocos	6.094	19	-	11	8 x	18 x	-	64	-	90	-	-	-	-
Maurício	211	16	-	-	-	31	-	-	-	-	96	85	-	-
Mauritânia	791	22	-	25	19	88 x	-	-	55 x	44 x	26	22	10	4
México	21.658	19	-	15	39	87	-	-	-	-	117	61	-	-
Mianmar	8.665	18	-	7	-	17 x	-	-	-	-	62	38	-	31
Micronésia	27	24	-	-	-	52 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Moçambique	5.577	23	5	43	42 x	193	-	37	95	88	34	11	31	37

Países e áreas	População de 10 a 19 anos		Adolescentes atualmente casados/vivendo em união (%) 2002-2011*		Partos até os 18 anos de idade (%) 2007-2011*	Taxa de partos na adolescência 2006-2010*	Justificativa para violência contra a esposa em meio a adolescentes (%) 2002-2011*		Uso de meios de comunicação por adolescentes (%) 2002-2011*		Taxa de escolaridade bruta no secundário inferior 2008-2011*	Taxa de escolaridade bruta no secundário superior 2008-2011*	Amplio conhecimento sobre HIV em meio a adolescentes (%) 2007-2011*	
	Total (milhares) 2011	Proporção da população total (%) 2011	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas
	Moldova	459	13	1	10	5 x	26	25	24	99	98	89	86	-
Mônaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongólia	500	18	1	5	2	20	9	14	-	-	89	90	24	28
Montenegro	83	13	-	2	-	24	-	6	-	-	114	94	-	-
Namíbia	530	23	0	5	17	74 x	44	38	86	88	-	-	59	62
Nauru	-	-	9	18	22	84 x	-	-	89	86	-	-	8	8
Nepal	7.043	23	7	29	19	81	27	24	86	76	-	-	33	25
Nicarágua	1.319	22	-	24	28 x	109 x	-	19	-	95 x	80	54	-	-
Níger	3.776	24	3	59	51 x	199 x	-	68	66	48	19	4	14 x	12 x
Nigéria	36.205	22	1	29	28	123	35	40	82	64	47	41	28	20
Niue	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	646	13	-	-	-	10	-	-	-	-	98	124	-	-
Nova Zelândia	612	14	-	-	-	29	-	-	-	-	104	137	-	-
Omã	462	16	-	-	-	12	-	-	-	-	108	93	-	-
Palau	-	-	-	-	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	646	18	-	-	-	88	-	-	-	-	93	54	-	-
Papua Nova Guiné	1.561	22	3	15	14 x	70 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Paquistão	39.894	23	-	16	10	16	-	-	-	-	44	26	-	2
Paraguai	1.385	21	-	11	-	63	-	-	-	-	78	56	-	-
Peru	5.769	20	-	11	13	72	-	-	-	91	101	77	-	17
Polónia	4.300	11	-	-	-	16	-	-	-	-	97	97	-	-
Portugal	1.100	10	-	-	-	16	-	-	-	-	116	98	-	-
Quênia	9.322	22	0	12	26	106	54	57	91	81	91	44	52	42
Quirguistão	1.082	20	-	8	2 x	31	-	28	-	-	94	62	-	19 x
Reino Unido	7.442	12	-	-	-	25	-	-	-	-	109	96	-	-
República Centro-Africana	1.030	23	11	55	45	133 x	87 y	79	-	-	-	-	26 x	16 x
Rep. Dem. do Congo	16.323	24	-	25	25	135	-	72	55	43	48	32	-	13
República Dominicana	1.967	20	-	17	25	98 x	-	7	98	98	90	70	33	39
República Tcheca	1.069	10	-	-	-	11	-	-	-	-	93	88	-	-
Romênia	2.252	11	-	-	-	41	-	-	-	-	96	98	-	-
Ruanda	2.356	22	0	3	5	41	35	56	88	73	43	20	44	49
Samoa	44	24	1	7	5	29	50	58	97	97	105	76	5	2
San Marino	-	-	-	-	-	1 x	-	-	-	-	99	96	-	-
Santa Lúcia	32	18	-	-	-	49 x	-	-	-	-	98	93	-	-
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	-	-	-	-	-	67 x	-	-	-	-	100	93	-	-
São Tomé e Príncipe	40	24	1	20	25	110	25	23	96	95	71	19	39	39
São Vicente e Granadinas	21	19	-	-	-	70	-	-	-	-	119	91	-	-
Seicheles	-	-	-	-	-	62	-	-	-	-	131	104	-	-
Senegal	3.004	24	1	24	22	93	31	61	86	81	-	-	28	26
Serra Leoa	1.366	23	-	23	38	98 x	-	63	66	51	-	-	26	16
Sérvia	1.207	12	1	5	3	22	6	2	99	100	99	85	43	53
Síria	4.786	23	-	10	9 x	75 x	-	-	-	-	92	37	-	6 x
Somália	2.140	22	-	25	-	123 x	-	75 y	-	-	-	-	-	3 x
Sri Lanka	3.165	15	-	9	4	24	-	54 y	-	88 y	-	-	-	-
Suazilândia	301	25	0	4	22	111 x	34	42	94	89	67	45	52	56
Sudão*	-	-	-	24	14	-	-	52	-	-	-	-	-	4
Sudão do Sul*	-	-	-	40	28	-	-	72	-	-	-	-	-	8
Suécia	1.097	12	-	-	-	6	-	-	-	-	97	101	-	-
Suíça	867	11	-	-	-	4	-	-	-	-	108	86	-	-
Suriname	96	18	-	11	-	66	-	19	-	-	89	56	-	41 x
Tadjiquistão	1.670	24	-	6	4 x	27 x	-	85 y	-	-	98	61	9	11
Tailândia	10.192	15	-	15	8 x	47	-	-	-	-	91	64	-	46 x
Tanzânia	10.475	23	4	18	28	128	39	52	79	70	-	-	41	46
Timor Leste	301	26	0	8	9	54	72	81	61	62	63	49	15	11
Togo	1.416	23	0	12	17	-	-	41	-	-	-	-	-	33
Tonga	23	22	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	189	14	-	6	-	33	-	10	-	-	92	87	-	49 x
Tunísia	1.709	16	-	-	-	6	-	-	-	-	116	73	-	-
Turcomenistão	1.013	20	-	5	2 x	21	-	37 y	-	96 x	-	-	-	4 x
Turquia	13.004	18	-	10	8 x	38	-	30	-	-	96	64	-	-
Tuvalu	-	-	2	8	3	28 x	83	69	89	95	-	-	57	31
Ucrânia	4.638	10	3	6	3	30	8	3	99	99	104	78	33	39

Países e áreas	População de 10 a 19 anos		Adolescentes atualmente casados/vivendo em união (%) 2002-2011*		Partos até os 18 anos de idade (%) 2007-2011*	Taxa de partos na adolescência 2006-2010*	Justificativa para violência contra a esposa em meio a adolescentes (%) 2002-2011*		Uso de meios de comunicação por adolescentes (%) 2002-2011*		Taxa de escolaridade bruta no secundário inferior 2008-2011*	Taxa de escolaridade bruta no secundário superior 2008-2011*	Ampla conhecimento sobre HIV em meio a adolescentes (%) 2007-2011*			
	Total (milhares) 2011	Proporção da população total (%) 2011	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas
Uganda	8.326	24	2	20	33	159 x	52	62	88	82	35	13	36	36		
Uruguai	524	15	–	–	–	60	–	–	–	–	113	68	–	–		
Uzbequistão	5.798	21	–	5	2 x	26	63	63	–	–	96	124	–	27 x		
Vanuatu	54	22	–	13	–	–	–	–	–	–	65	41	–	14		
Venezuela	5.499	19	–	16 x	–	101	–	–	–	–	90	71	–	–		
Vietnã	15.251	17	–	8	3	35	–	35	97	94	88	65	–	51		
Zâmbia	3.176	24	1	18	34	151 x	55	61	80	71	–	–	38	36		
Zimbábue	3.196	25	1	23	21	115	48	48	59	53	–	–	42	46		

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^o	10.044	23	–	–	–	70	–	–	–	–	–	–	–	–
-----------------------------------	--------	----	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---

RESUMO DE INDICADORES^a

África ao sul do Saara	200.971	23	2	23	26	109	42	55	73	62	47	30	34	26
África Oriental e Meridional	94.195	22	3	19	26	102	46	55	71	64	49	30	38	35
África Ocidental e Central	96.530	23	1	28	27	121	35	55	75	60	46	31	28	19
Oriente Médio e Norte da África	82.134	20	–	14	–	37	–	57	–	–	89	57	–	–
Ásia Meridional	333.425	20	5	29	22	38	56	52	88	71	75	45	34	15
Leste da Ásia e Pacífico	317.250	16	–	11 **	8 **	14	–	34 **	–	85 **	89	68	–	20 **
América Latina e Caribe	108.552	18	–	18	–	77	–	–	–	–	102	75	–	–
ECO/CEI	53.462	13	–	7	–	31	–	31	–	–	95	80	–	–
Países menos desenvolvidos	193.984	23	–	27	28	106	–	55	68	61	50	26	–	22
Mundial	1.199.890	17	–	22 **	20 **	43	–	49 **	–	73 **	82	59	–	19 **

^o Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Adolescentes atualmente casados/vivendo em união – Percentagem de meninos e meninas de 15 a 19 anos de idade que atualmente estão casados ou vivem em união. Este indicador tem por objetivo fornecer um quadro do estado civil atual de meninos e meninas nesse grupo etário. No entanto, é preciso observar que aqueles que não estavam casados no momento da pesquisa ainda estão expostos ao risco de casar antes do final da adolescência.

Partos até os 18 anos de idade – Percentagem de mulheres de 20 a 24 anos de idade que tiveram filhos antes de completar 18 anos. Este indicador padronizado, extraído de pesquisas baseadas na população, capta os níveis de fertilidade em meio a adolescentes até os 18 anos de idade. É importante observar que esses dados estão baseados nas respostas dadas por mulheres de 20 a 24 anos de idade que correram o risco de dar à luz antes dos 18 anos.

Taxa de partos na adolescência – Número de nascimentos por mil meninas adolescentes de 15 a 19 anos de idade.

Justificativa para violência contra a esposa em meio a adolescentes – Percentagem de meninos e meninas de 15 a 19 anos de idade que consideram justificável um marido bater em sua esposa por pelo menos uma das razões especificadas: se sua mulher queima a refeição, discute com ele, sai de casa sem sua permissão, negligencia o cuidado com as crianças e nega-se a ter relações sexuais.

Uso de meios de comunicação por adolescentes – Percentagem de meninos e meninas de 15 a 19 anos de idade que utilizam, no mínimo uma vez por semana, pelo menos um dos seguintes tipos de meios de comunicação: jornal, revista, televisão ou rádio.

Taxa bruta de escolaridade bruta no secundário inferior – Número de crianças matriculadas no secundário inferior, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para esse nível de educação.

Taxa bruta de escolaridade no secundário superior – Número de crianças matriculadas no secundário superior, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para esse nível de educação.

Ampla conhecimento sobre HIV em meio a adolescentes – Percentagem de homens e mulheres jovens (de 15 a 19 anos de idade) que identificam corretamente os dois métodos principais para evitar a transmissão sexual de HIV (usar preservativos e limitar as relações sexuais a um parceiro fiel e não infectado); que rejeitam os dois conceitos locais errôneos mais comuns sobre a transmissão de HIV; e que sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada por HIV.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

População de adolescentes – Divisão de População das Nações Unidas.

Adolescentes atualmente casados/vivendo em união – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e outros levantamentos nacionais.

Partos até os 18 anos de idade – DHS e MICS.

Taxa de partos na adolescência – Divisão de População das Nações Unidas.

Justificativa para violência contra a esposa – DHS, MICS e outros levantamentos nacionais.

Uso de meios de comunicação por adolescentes – Pesquisas de Indicadores da Aids (AIS), DHS, MICS e outros levantamentos nacionais.

Taxa bruta de matrículas – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE).

Ampla conhecimento sobre HIV em meio a adolescentes – AIS, DHS, MICS, Pesquisas sobre Saúde Reprodutiva (RHS) e outros levantamentos nacionais; *HIV/AIDS Survey Indicators Database*, www.measuredhs.com/hivdata.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.

y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

TABELA 12: DISPARIDADES POR RESIDÊNCIA

Países e áreas	Registro de nascimento (%) 2005-2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007-2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007-2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007-2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15-24 anos) 2007-2011*			Uso de instalações sanitárias adequadas (%) 2010		
	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural
Afganistão	60	33	1,8	74	31	2,4	—	—	—	48	54	0,9	73 x	47 x	1,6 x	—	—	—	60	30	2,0
África do Sul	—	—	—	94 x	85 x	1,1 x	10 x	9 x	0,9 x	41 x	32 x	1,3 x	—	—	—	—	—	—	86	67	1,3
Albânia	99	98	1,0	100	99	1,0	5	6	1,2	33 x	36 x	0,9 x	90	91	1,0	51	26	2,0	95	93	1,0
Alemanha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Andorra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Angola	34 x	19 x	1,7 x	71	26	2,8	—	—	—	—	—	—	85	67	1,3	—	—	—	85	19	4,5
Antígua e Barbuda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	—	—
Arábia Saudita	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—
Argélia	99	99	1,0	98 x	92 x	1,1 x	3 x	4 x	1,4 x	18 x	19 x	1,0 x	98 x	95 x	1,0 x	16 x	10 x	1,7 x	98	88	1,1
Argentina	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Armênia	99	100	1,0	100	99	1,0	3	7	2,6	22 x	28 x	0,8 x	—	—	—	16	16	1,0	95	80	1,2
Austrália	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Áustria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Azerbaijão	96	92	1,0	97 x	80 x	1,2 x	4 x	12 x	3,1 x	19 x	5 x	3,6 x	74 x	72 x	1,0 x	7 x	2 x	3,3 x	86	78	1,1
Bahamas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Bangladesh	13	9	1,5	54	25	2,1	28	39	1,4	84	76	1,1	86 y	86 y	1,0 y	—	—	—	57	55	1,0
Barbados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Barein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—
Bélgica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Belize	95	96	1,0	99 x	93 x	1,1 x	2 x	6 x	2,9 x	—	—	—	97 x	94 x	1,0 x	49 x	29 x	1,7 x	93	87	1,1
Benin	68	56	1,2	92	79	1,2	15 x	21 x	1,4 x	58	47	1,2	74 x	55 x	1,3 x	22 x	11 x	1,9 x	25	5	5,0
Belarus	—	—	—	100 x	100 x	1,0 x	1 x	2 x	1,7 x	38 x	33 x	1,1 x	92 x	95 x	1,0 x	—	—	—	91	97	0,9
Bolívia	79 y	72 y	1,1 y	88	51	1,7	3	6	2,3	38	32	1,2	98	96	1,0	32	9	3,5	35	10	3,5
Bósnia e Herzegovina	99	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	2 x	1 x	0,7 x	34 x	35 x	1,0 x	98 x	98 x	1,0 x	46 x	42 x	1,1 x	99	92	1,1
Botsuana	78	67	1,2	99	90	1,1	—	—	—	47 x	51 x	0,9 x	89	85	1,0	—	—	—	75	41	1,8
Brasil	—	—	—	98 x	94 x	1,0 x	2 x	2 x	0,8 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	85	44	1,9
Brunei	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgária	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Burquina Fasso	93	74	1,3	93	61	1,5	—	—	—	31	19	1,6	79 x	38 x	2,1 x	46	24	1,9	50	6	8,3
Burundi	87	74	1,2	88	58	1,5	18	30	1,7	33	38	0,9	87	73	1,2	59	43	1,4	49	46	1,1
Butão	100	100	1,0	90	54	1,6	11	14	1,3	64	60	1,1	96	90	1,1	32	15	2,1	73	29	2,5
Cabo Verde	—	—	—	91 x	64 x	1,4 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	73	43	1,7
Camarões	86	58	1,5	87	47	1,9	7	20	2,8	27	12	2,2	90 x	71 x	1,3 x	42 x	18 x	2,4 x	58	36	1,6
Camboja	74	60	1,2	95	67	1,4	19	30	1,6	33	34	1,0	85 y	85 y	1,0 y	55	41	1,3	73	20	3,7
Canadá	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	99	1,0
Catar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Cazaquistão	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	3 x	5 x	1,7 x	—	—	—	98 x	98 x	1,0 x	24 x	21 x	1,1 x	97	98	1,0
Chade	42	9	4,9	60	12	5,1	22	33	1,5	27	10	2,8	—	—	—	18	7	2,6	30	6	5,0
Chile	—	—	—	100 x	99 x	1,0 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	83	1,2
China	—	—	—	100	99	1,0	1	4	3,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	74	56	1,3
Chipre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Cingapura	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—
Colômbia	97	95	1,0	98	86	1,1	3	5	1,6	57	49	1,2	91	91	1,0	30	21	1,4	82	63	1,3
Comores	87 x	83 x	1,1 x	79 x	57 x	1,4 x	—	—	—	25 x	17 x	1,5 x	41 x	29 x	1,4 x	—	—	—	50	30	1,7
Congo	88 y	75 y	1,2 y	98	86	1,1	8 x	15 x	2,0 x	38	27	1,4	—	—	—	9	6	1,5	20	15	1,3
Coreia do Norte	100	100	1,0	100	100	1,0	13	27	2,0	75	73	1,0	100	99	1,0	11	4	2,8	86	71	1,2
Coreia do Sul	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Costa do Marfim	79	41	2,0	84	45	1,9	9 x,y	20 x,y	2,2 x,y	22	14	1,5	67 x	48 x	1,4 x	—	—	—	36	11	3,3
Costa Rica	—	—	—	100	99	1,0	—	—	—	—	—	—	96	96	1,0	—	—	—	95	96	1,0
Croácia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	99	98	1,0
Cuba	100 y	100 y	1,0 y	—	—	—	—	—	—	54	37	1,4	—	—	—	55	49	1,1	94	81	1,2
Dinamarca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Djibuti	90	82	1,1	95 x	40 x	2,3 x	18 y	27 y	1,5 y	—	—	—	67 x	49 x	1,4 x	18 x	9 x	2,0 x	63	10	6,3
Dominica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Egito	99	99	1,0	90	72	1,2	6	6	1,0	28	29	1,0	91	87	1,0	7	3	2,3	97	93	1,0
El Salvador	99	99	1,0	97	94	1,0	4 y	7 y	2,0 y	60	56	1,1	—	—	—	—	—	—	89	83	1,1
Emirados Árabes Unidos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	95	1,0
Equador	89	92	1,0	98 x	99 x	1,0 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	96	84	1,1
Eritreia	—	—	—	65 x	10 x	6,2 x	23 x	40 x	1,7 x	59 x	39 x	1,5 x	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Eslováquia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	99	1,0
Eslovênia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Espanha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	100	1,0
Estado da Palestina	97 y	96 y	1,0 y	99 x	98 x	1,0 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	92	92	1,0

Países e áreas

	Registro de nascimento (%) 2005-2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007-2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007-2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007-2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15-24 anos) 2007-2011*			Uso de instalações sanitárias adequadas (%) 2010		
	urbana	rural	razão urbana/ rural	urbana	rural	razão urbana/ rural	urbana	rural	razão urbana/ rural	urbana	rural	razão urbana/ rural	urbana	rural	razão urbana/ rural	urbana	rural	razão urbana/ rural	urbana	rural	razão urbana/ rural
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	1,0
Estônia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	94	1,0
Etiópia	29	5	5,9	51	4	12,7	16	30	1,9	45	24	1,9	86	61	1,4	38	19	2,0	29	19	1,5
Federação Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	59	1,3
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	71	1,3
Filipinas	87 x	78 x	1,1 x	78	48	1,6	-	-	-	58	36	1,6	-	-	-	23	17	1,4	79	69	1,1
Finlândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
França	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Gabão	90 x	87 x	1,0 x	92 x	67 x	1,4 x	-	-	-	23 x	29 x	0,8 x	-	-	-	-	-	-	33	30	1,1
Gâmbia	54	52	1,0	77	41	1,9	12	22	1,9	39	39	1,0	53	35	1,5	41	24	1,7	70	65	1,1
Gana	72	55	1,3	88	54	1,6	11	16	1,5	37	34	1,1	80	68	1,2	34	22	1,5	19	8	2,4
Geórgia	99	98	1,0	99 x	98 x	1,0 x	1	1	1,6	44 x	36 x	1,2 x	97	95	1,0	-	-	-	96	93	1,0
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	97	1,0
Grécia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	1,0
Guatemala	96	97	1,0	77	37	2,1	8 y	16 y	1,9 y	38	37	1,0	-	-	-	32	14	2,2	87	70	1,2
Guiana	91	87	1,0	98	90	1,1	7	12	1,7	42 x	38 x	1,1 x	96	94	1,0	72	47	1,5	88	82	1,1
Guiné	78	33	2,4	84	31	2,7	15	23	1,5	52 x	28 x	1,9 x	-	-	-	-	-	-	32	11	2,9
Guiné-Bissau	30	21	1,4	69 x	27 x	2,6 x	13	21	1,6	28	13	2,1	84	57	1,5	22	8	2,8	44	9	4,9
Guiné Equatorial	43 x	24 x	1,8 x	87 x	49 x	1,8 x	-	-	-	43 x	19 x	2,2 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	87	78	1,1	47 x	15 x	3,0 x	12 x	20 x	1,7 x	51 x	35 x	1,4 x	-	-	-	38 x	26 x	1,4 x	24	10	2,4
Holanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Honduras	95	93	1,0	90 x	50 x	1,8 x	4 x	11 x	2,4 x	55 x	56 x	1,0 x	92 x	86 x	1,1 x	37 x	21 x	1,8 x	85	69	1,2
Hungria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Iêmen	38	16	2,3	62 x	26 x	2,3 x	-	-	-	30 x	34 x	0,9 x	83 x	64 x	1,3 x	4 x	1 x	6,7 x	93	34	2,7
Ilhas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Ilhas Marshall	96	96	1,0	97	68	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	12	2,7	83	53	1,6
Ilhas Salomão	-	-	-	95	84	1,1	8	12	1,5	-	-	-	72 y	65 y	1,1 y	34	28	1,2	98	-	-
Índia	59	35	1,7	76	43	1,7	33 x	46 x	1,4 x	33 x	24 x	1,4 x	-	-	-	33 x	14 x	2,4 x	58	23	2,5
Indonésia	71	41	1,7	84	76	1,1	15	21	1,4	33	35	0,9	99	97	1,0	16 y	6 y	2,5 y	73	39	1,9
Irã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Iraque	95	96	1,0	86	71	1,2	6 x	7 x	1,1 x	30 x	32 x	0,9 x	92 x	78 x	1,2 x	4 x	1 x	4,4 x	76	67	1,1
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	98	1,0
Islândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Itália	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	99	98	1,0	-	-	-	-	-	-	97 x	98 x	1,0 x	66	60	1,1	78	82	1,0
Japão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Jordânia	-	-	-	99	99	1,0	2	2	1,3	20	20	1,0	-	-	-	-	-	-	98	98	1,0
Kiribati	95	93	1,0	84	77	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	43	1,1	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Laos	84	68	1,2	68 x	11 x	6,2 x	20 x	34 x	1,7 x	79 x	43 x	1,9 x	93 x	75 x	1,2 x	-	-	-	89	50	1,8
Lesoto	43	46	1,0	88	54	1,6	12	13	1,1	57	50	1,1	93	88	1,0	44	36	1,2	32	24	1,3
Letônia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Libéria	5 y	3 y	1,9 y	79	32	2,4	17 y	20 y	1,2 y	57	52	1,1	46	21	2,2	26	15	1,8	29	7	4,1
Líbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	1,0
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituânia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Macedônia	100	100	1,0	98	98	1,0	1	2	2,3	19 x	30 x	0,6 x	99	98	1,0	33 x	18 x	1,8 x	92	82	1,1
Madagascar	92	78	1,2	82	39	2,1	31 x	37 x	1,2 x	32	14	2,2	93	77	1,2	40	19	2,1	21	12	1,8
Malásia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	95	1,0
Malauí	-	-	-	84	69	1,2	10	13	1,3	72	69	1,0	88 x	88 x	1,0 x	56	38	1,5	49	51	1,0
Maldivas	93	92	1,0	99	93	1,1	11	20	1,8	-	-	-	83	83	1,0	43	32	1,4	98	97	1,0
Mali	92	77	1,2	80 x	38 x	2,1 x	20 x	29 x	1,5 x	26 x	11 x	2,3 x	79	52	1,5	19	12	1,5	35	14	2,5
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Marrocos	92 x,y	80 x,y	1,1 x,y	92	55	1,7	2	4	2,5	28 x	18 x	1,5 x	96 x	83 x	1,2 x	-	-	-	83	52	1,6
Maurício	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	88	1,0
Mauritânia	75	42	1,8	90	39	2,3	-	-	-	16 y	11 y	1,5 y	72	49	1,5	8	2	4,7	51	9	5,7
México	-	-	-	98	87	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	79	1,1
Mianmar	94	64	1,5	90	63	1,4	19	24	1,3	72	56	1,3	93	89	1,0	-	-	-	83	73	1,1
Micronésia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moçambique	39	28	1,4	78	46	1,7	10	17	1,7	65	50	1,3	89	78	1,1	43	32	1,4	38	5	7,6

TABELA 12 | DISPARIDADES POR RESIDÊNCIA ▶

Países e áreas	Registro de nascimento (%) 2005-2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007-2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007-2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007-2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007-2011*			Amplio conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15-24 anos) 2007-2011*			Uso de instalações sanitárias adequadas (%) 2010		
	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural
Moldova	98 x	98 x	1,0 x	100 x	99 x	1,0 x	2 x	4 x	2,0 x	9 x	6 x	1,5 x	-	-	-	-	-	-	89	82	1,1
Mônaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Mongólia	99	99	1,0	99	98	1,0	4	5	1,2	41 x	36 x	1,1 x	97	94	1,0	36	21	1,7	64	29	2,2
Montenegro	98	99	1,0	100 x	98 x	1,0 x	2 x	1 x	0,7 x	-	-	-	97 x	98 x	1,0 x	-	-	-	92	87	1,1
Namíbia	83	59	1,4	94	73	1,3	12	19	1,7	67	60	1,1	94	91	1,0	65	65	1,0	57	17	3,4
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	-	-
Nepal	44	42	1,0	73	32	2,3	17	30	1,8	44	39	1,1	70 y	69 y	1,0 y	40	24	1,7	48	27	1,8
Nicarágua	87 y	77 y	1,1 y	92	56	1,7	4	7	1,7	64	55	1,2	76 y	64 y	1,2 y	-	-	-	63	37	1,7
Níger	71 y	25 y	2,9 y	71 x	8 x	8,5 x	44 y	39 y	0,9 y	31 x	16 x	2,0 x	71 x	32 x	2,2 x	31 x	8 x	3,8 x	34	4	8,5
Nigéria	49	22	2,2	65	28	2,4	16	27	1,7	41	21	1,9	78	56	1,4	30	18	1,7	35	27	1,3
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Nova Zelândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	95	1,1
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Panamá	-	-	-	99	84	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nova Guiné	-	-	-	88 x	47 x	1,9 x	12 x	20 x	1,6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	41	1,7
Paquistão	32	24	1,3	66	33	2,0	27	33	1,3	44	40	1,1	78	62	1,3	-	-	-	72	34	2,1
Paraguai	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	87	1,0	-	-	-	90	40	2,3
Peru	-	-	-	96	64	1,5	2	8	3,8	37	24	1,6	97	94	1,0	-	-	-	81	37	2,2
Polónia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Quênia	76	57	1,3	75	37	2,0	10	17	1,7	40	39	1,0	81	72	1,1	57	45	1,3	32	32	1,0
Quirguistão	96	93	1,0	100 x	96 x	1,0 x	2 x	2 x	0,9 x	-	-	-	93 x	92 x	1,0 x	23 x	18 x	1,3 x	94	93	1,0
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
República Centro-Africana	78	52	1,5	83	38	2,2	23	24	1,0	23	12	2,0	66 x	42 x	1,6 x	21 x	13 x	1,6 x	43	28	1,5
Rep. Dem. do Congo	24	29	0,8	96	75	1,3	17	27	1,6	26	27	1,0	86	70	1,2	21	12	1,7	24	24	1,0
República Dominicana	83	73	1,1	98	97	1,0	3	4	1,2	42	39	1,1	95	95	1,0	42	37	1,2	87	75	1,2
República Tcheca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	1,0
Romênia	-	-	-	100 x	98 x	1,0 x	3 x	4 x	1,3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	60	64	0,9	82	67	1,2	6	12	1,9	26	30	0,9	92	87	1,1	66	50	1,3	52	56	0,9
Samoa	62	44	1,4	94	78	1,2	-	-	-	-	-	-	89 y	88 y	1,0 y	5	2	2,4	98	98	1,0
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	63	1,1
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	96	1,0
São Tomé e Príncipe	76	74	1,0	89	75	1,2	12	14	1,1	45	52	0,9	86	85	1,0	47	38	1,3	30	19	1,6
São Vicente e Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-
Seicheles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	-	-
Senegal	89	66	1,4	91	49	1,8	12	21	1,8	24	21	1,2	81	50	1,6	41	18	2,2	70	39	1,8
Serra Leoa	78	78	1,0	72	59	1,2	20	22	1,1	66	75	0,9	80	72	1,1	30	19	1,6	23	6	3,8
Sérvia	99	99	1,0	100	100	1,0	2	1	0,7	50	22	2,3	99	98	1,0	63	41	1,5	96	88	1,1
Síria	96	95	1,0	99	93	1,1	9 x	9 x	1,0 x	56 x	44 x	1,3 x	89 x	85 x	1,0 x	7 x	7 x	1,0 x	96	93	1,0
Somália	6	2	3,7	65 x	15 x	4,5 x	20 x	38 x	1,9 x	25 x	9 x	2,9 x	30 x	9 x	3,3 x	7 x	2 x	4,1 x	52	6	8,7
Sri Lanka	97	98	1,0	99	99	1,0	-	-	-	57	50	1,1	-	-	-	-	-	-	88	93	0,9
Suazilândia	62	47	1,3	89	80	1,1	4	6	1,5	65	55	1,2	97	96	1,0	70	55	1,3	64	55	1,2
Sudão*	85	50	1,7	41	16	2,5	24	35	1,5	23	22	1,1	89	69	1,3	10	3	3,4	-	-	-
Sudão do Sul*	45	32	1,4	31	15	2,0	23	29	1,3	44	37	1,2	47	23	2,0	16	7	2,3	-	-	-
Suécia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Suíça	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Suriname	98	95	1,0	95 x	82 x	1,2 x	7 x	8 x	1,1 x	24 x	60 x	0,4 x	96 x	91 x	1,1 x	45 x	32 x	1,4 x	90	66	1,4
Tadjiquistão	85	90	0,9	95	86	1,1	12	16	1,3	70	78	0,9	97 y	97 y	1,0 y	-	-	-	95	94	1,0
Tailândia	100	99	1,0	100	100	1,0	5 x	8 x	1,7 x	50 x	59 x	0,9 x	98 x	98 x	1,0 x	43 x	47 x	0,9 x	95	96	1,0
Tanzânia	44	10	4,6	83	40	2,0	11	17	1,5	44	44	1,0	91	77	1,2	55	45	1,2	20	7	2,9
Timor Leste	50	57	0,9	59	20	2,9	35	47	1,4	65	74	0,9	79	70	1,1	14	12	1,2	73	37	2,0
Togo	93	71	1,3	91	43	2,1	10	20	1,9	15	10	1,5	94	86	1,1	39	27	1,4	26	3	8,7
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	96	1,0
Trinidad e Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	92	1,0
Tunísia	-	-	-	98 x	89 x	1,1 x	-	-	-	58 x	50 x	1,1 x	-	-	-	-	-	-	96	-	-
Turcomenistão	96	95	1,0	100 x	99 x	1,0 x	7 x	9 x	1,2 x	32 x	45 x	0,7 x	-	-	-	7 x	4 x	2,0 x	99	97	1,0
Turquia	95	92	1,0	96	80	1,2	1	3	2,1	-	-	-	94 y	91 y	1,0 y	-	-	-	97	75	1,3
Tuvalu	60	38	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	41	0,9	88	81	1,1
Ucrânia	100	100	1,0	99	98	1,0	-	-	-	-	-	-	71	76	0,9	48	37	1,3	96	89	1,1

Países e áreas	Registro de nascimento (%) 2005-2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007-2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007-2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007-2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007-2011*			Amplio conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15-24 anos) 2007-2011*			Uso de instalações sanitárias adequadas (%) 2010		
	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural	urbana	rural	razão urbana/rural
Uganda	38	29	1,3	89	52	1,7	7	15	2,3	46	43	1,1	85 y	81 y	1,1 y	48	35	1,4	34	34	1,0
Uruguai	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	99	1,0
Uzbequistão	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	4 x	4 x	0,9 x	34 x	31 x	1,1 x	97 x	95 x	1,0 x	33 x	30 x	1,1 x	100	100	1,0
Vanuatu	39	23	1,7	87	72	1,2	11	11	1,0	—	—	—	85	80	1,1	23	13	1,8	64	54	1,2
Venezuela	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vietnã	97	94	1,0	99	91	1,1	6	14	2,3	47	46	1,0	98	98	1,0	58	48	1,2	94	68	1,4
Zâmbia	28	9	3,2	83	31	2,7	13	15	1,2	59	60	1,0	91	77	1,2	42	27	1,6	57	43	1,3
Zimbábue	65	43	1,5	86	58	1,5	8	10	1,3	26	18	1,4	89	88	1,0	59	47	1,3	52	32	1,6

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44 †	14 †	3,1 †
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	------	-------

RESUMO DE INDICADORES*

África ao sul do Saara	56	33	1,7	76	40	1,9	15	24	1,6	38	31	1,2	83	67	1,2	34	25	1,4	43	23	1,9
África Oriental e Meridional	49	28	1,7	75	36	2,1	12	20	1,7	46	38	1,2	87	72	1,2	48	32	1,5	54	27	2,0
África Ocidental e Central	57	36	1,6	78	46	1,7	16	26	1,7	35	23	1,5	80	61	1,3	29	16	1,8	35	20	1,8
Oriente Médio e Norte da África	91	72	1,3	84	57	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	91	70	1,3
Ásia Meridional	52	32	1,6	73	40	1,8	31	43	1,4	39	32	1,2	—	—	—	33	14	2,3	60	28	2,1
Leste da Ásia e Pacífico	80**	65**	1,2**	95	88	1,1	5	10	2,0	46**	41**	1,1**	98**	95**	1,0**	24**	21**	1,1**	77	58	1,3
América Latina e Caribe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	84	60	1,4
ECO/CEI	97	96	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	87	80	1,1
Países menos desenvolvidos	50	31	1,6	76	40	1,9	18	27	1,5	47	41	1,1	86	73	1,2	35	24	1,4	48	30	1,6
Mundial	65**	41**	1,6**	84	53	1,6	15	28	1,9	40**	33**	1,2**	—	—	—	—	18**	—	79	47	1,7

α Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Registro de nascimento – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que estavam registradas no momento da pesquisa. O numerador deste indicador inclui crianças cujas certidões de nascimento foram verificadas pelo entrevistador, ou cuja mãe ou responsável afirmou que o nascimento foi registrado.

Agentes de saúde capacitados presentes no parto – Porcentagem de partos assistidos por agentes de saúde capacitados (médicos, enfermeiros ou parteiras).

Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a idade, de acordo com os Padrões da OMS para Crescimento Infantil.

Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que, nas duas semanas que precederam a pesquisa, tiveram diarreia e receberam sais de reidratação oral (pacotes com Sais de Reidratação Oral ou embalagens com solução SRO).

Taxa líquida de frequência à escola primária – Número de crianças que frequentam a escola primária ou a escola secundária, com idade oficial para a escola primária, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola primária. Devido à inclusão de crianças com idade de frequentar a escola primária que frequentam a escola secundária, também é possível referir-se a este indicador como taxa líquida ajustada de frequência à escola primária.

Amplio conhecimento sobre HIV – Porcentagem de mulheres jovens (de 15 a 24 anos de idade) que identificam corretamente os dois métodos principais para evitar a transmissão sexual de HIV (usar preservativos e limitar as relações sexuais a um parceiro fiel e não infectado); que rejeitam os dois conceitos locais errôneos mais comuns sobre a transmissão de HIV; e que sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada por HIV.

Uso de instalações sanitárias adequadas – Porcentagem da população que utiliza um dos tipos de instalação sanitária a seguir, não compartilhada com outras famílias: latrina com descarga mecânica ou manual conectada a sistema de esgoto canalizado; fossa séptica ou latrina de fossa negra; latrina de fossa negra com ventilação; latrina de fossa negra com laje (pedra); latrina de fossa negra coberta; bacia de compostagem.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Registro de nascimento – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), outros levantamentos nacionais e sistemas de registro civil.

Agentes de saúde capacitados presentes no parto – DHS, MICS e outras fontes representativas em termos nacionais.

Prevalência de baixo peso em meio a crianças menores de 5 anos de idade – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares nacionais, OMS e UNICEF.

Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) – DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais.

Razão líquida de frequência à escola primária – DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais.

Amplio conhecimento sobre HIV – Pesquisas de Indicadores da Aids (AIS), DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais; *HIV/AIDS Survey Indicators Database*, <www.measuredhs.com/hivdata>

Uso de instalações sanitárias adequadas – Programa de Monitoramento Conjunto do UNICEF e da OMS.

Dados sobre disparidades apresentados em itálico provêm de fontes diferentes dos demais dados para os mesmos indicadores apresentados em outras seções deste relatório: Tabela 2 (Nutrição – Prevalência de baixo peso), Tabela 3 (Saúde – Tratamento de diarreia), Tabela 4 (HIV/aids – Amplio conhecimento sobre HIV); e Tabela 8 (Mulheres – Agentes de saúde capacitados presentes no parto).

NOTAS

– Dados não disponíveis.

x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.

y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

† O Programa de Monitoramento Conjunto da OMS e do UNICEF (JMP) para fornecimento de água e saneamento concluiu seu banco de dados sobre essas estimativas antes da cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação. Os dados desagregados para o Sudão e para o Sudão do Sul como Estados separados serão publicados pelo JMP em 2013.

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

** Não inclui China.

TABELA 13: DISPARIDADES POR RIQUEZA FAMILIAR

Países e áreas	Registro de nascimento (%) 2005-2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007-2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007-2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007-2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15-24 anos) 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Homens (15-24 anos) 2007-2011*		
	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres
Afganistão	31	58	1,9	16	76	4,9	-	-	-	56	52	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África do Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albânia	98	99	1,0	98	100	1,0	8	4	2,2	-	-	-	89	91	1,0	20	60	3,0	10	38	3,8
Alemanha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	17 x	48 x	2,8 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	78	1,2	-	-	-	-	-	-
Antígua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arábia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argélia	-	-	-	88 x	98 x	1,1 x	5 x	2 x	2,4 x	15 x	19 x	1,2 x	93 x	98 x	1,1 x	5 x	20 x	3,7 x	-	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armênia	100	100	1,0	99	100	1,0	8	2	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austrália	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Áustria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijão	92	97	1,1	76 x	100 x	1,3 x	15 x	2 x	7,0 x	3 x	36 x	13,3 x	72 x	78 x	1,1 x	1 x	12 x	10,3 x	2 x	14 x	6,3 x
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	6	19	3,0	12	64	5,5	50	21	2,4	81	82	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	95	97	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28 x	55 x	2,0 x	-	-	-
Benin	46	75	1,6	52 x	96 x	1,9 x	25 x	10 x	2,4 x	15 x	32 x	2,1 x	39 x	63 x	1,6 x	9 x	26 x	3,1 x	17 x	52 x	3,0 x
Belarus	-	-	-	100 x	100 x	1,0 x	2 x	0 x	6,7 x	-	-	-	96 x	94 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-
Bolívia	68 y	90 y	1,3 y	38	99	2,6	8	2	3,8	31	35	1,1	95	97	1,0	5	40	8,4	11	45	4,3
Bósnia e Herzegovina	99	100	1,0	99 x	100 x	1,0 x	2 x	3 x	0,5 x	-	-	-	99 x	98 x	1,0 x	46 x	49 x	1,1 x	-	-	-
Botsuana	-	-	-	84 x	100 x	1,2 x	16	4	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burquina Fasso	62	95	1,5	46	92	2,0	38 x	18 x	2,1 x	13	31	2,5	33 x	39 x	1,2 x	8 x	37 x	4,4 x	-	-	-
Burundi	64	87	1,4	51	81	1,6	41	17	2,4	35	42	1,2	64	87	1,4	-	-	-	-	-	-
Butão	100	100	1,0	34	95	2,8	16	7	2,2	60	56	0,9	85	94	1,1	7	32	4,4	-	-	-
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camarões	51	91	1,8	23 x	98 x	4,4 x	-	-	-	5 x	34 x	6,8 x	50 x	87 x	1,7 x	12 x	50 x	4,0 x	-	-	-
Camboja	48	78	1,6	49	97	2,0	35	16	2,2	32	34	1,1	79 y	86 y	1,1 y	28	58	2,1	30	64	2,1
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Catar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cazaquistão	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	5 x	2 x	2,8 x	-	-	-	99 x	98 x	1,0 x	18 x	28 x	1,6 x	-	-	-
Chade	5	46	9,2	8	61	7,6	33	21	1,6	5	29	5,3	-	-	-	6	18	2,9	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cingapura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colômbia	-	-	-	84	99	1,2	6	2	3,0	47	61	1,3	90	93	1,0	15	32	2,2	-	-	-
Comores	72 x	93 x	1,3 x	49 x	77 x	1,6 x	-	-	-	16 x	24 x	1,5 x	25 x	39 x	1,6 x	-	-	-	-	-	-
Congo	69 y	91 y	1,3 y	40 x	95 x	2,4 x	16 x	5 x	3,1 x	13 x	18 x	1,4 x	-	-	-	5	12	2,4	12	27	2,3
Coreia do Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coreia do Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa do Marfim	28	89	3,2	29 x	95 x	3,3 x	21 x,y	6 x,y	3,4 x,y	6 x	12 x	2,0 x	35 x	55 x	1,6 x	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croácia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibuti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egito	99	100	1,0	55	97	1,8	8	5	1,4	34	23	0,7	81	93	1,1	2	9	4,9	9	28	3,1
El Salvador	98	99	1,0	91	98	1,1	12 y	1 y	12,9 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emirados Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equador	-	-	-	99 x	98 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritreia	-	-	-	7 x	81 x	12,1 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslováquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovênia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espanha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado da Palestina	-	-	-	98 x	100 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABELA 13 | DISPARIDADES POR RIQUEZA FAMILIAR ▶

Países e áreas	Registro de nascimento (%) 2005-2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007-2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007-2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007-2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15-24 anos) 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Homens (15-24 anos) 2007-2011*			
	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	
	Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estônia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiópia	3	18	7,0	2	46	26,8	36	15	2,4	18	45	2,5	52	86	1,7	-	-	-	-	-	-	-
Federação Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	-	-	-	26	94	3,7	-	-	-	37	55	1,5	-	-	-	14	26	1,8	-	-	-	-
Finlândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
França	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabão	88 x	92 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gâmbia	46	61	1,3	34	58	1,7	24	9	2,6	43	32	0,7	28	42	1,5	20	48	2,4	-	-	-	-
Gana	47	82	1,7	39	98	2,5	19	9	2,2	45	34	0,7	61	86	1,4	17	34	2,1	23	50	2,1	2,1
Geórgia	99	98	1,0	95 x	99 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	92	96	1,0	-	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grécia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	20	95	4,7	21 y	3 y	6,5 y	39	51	1,3	-	-	-	5	41	7,8	-	-	-	-
Guiana	84	92	1,1	81	96	1,2	16	4	3,8	-	-	-	91	97	1,1	37	72	2,0	25	65	2,6	2,6
Guiné	21	83	4,0	26	57	2,2	24	19	1,3	18 x	59 x	3,3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guiné-Bissau	17	35	2,0	19 x	79 x	4,0 x	22	11	2,1	16	37	2,3	52	87	1,7	6	25	4,3	-	-	-	-
Guiné Equatorial	-	-	-	47 x	85 x	1,8 x	-	-	-	24 x	37 x	1,5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	72	92	1,3	6 x	68 x	10,5 x	22 x	6 x	3,6 x	29 x	50 x	1,7 x	-	-	-	18 x	41 x	2,2 x	28 x	52 x	1,9 x	1,9 x
Holanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	92	96	1,0	33 x	99 x	2,9 x	16 x	2 x	8,1 x	56 x	47 x	0,8 x	80 x	90 x	1,1 x	13 x	44 x	3,4 x	-	-	-	-
Hungria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iêmen	5	50	9,3	17 x	74 x	4,3 x	-	-	-	31 x	37 x	1,2 x	44 x	73 x	1,6 x	0 x	4 x	-	-	-	-	-
Ilhas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ilhas Marshall	92	98	1,1	68	99	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	39	3,3	37	58	1,6	1,6
Ilhas Salomão	-	-	-	74	95	1,3	14	10	1,4	-	-	-	58 y	61 y	1,1 y	17	37	2,1	35	50	1,5	1,5
Índia	24	72	3,0	24	85	3,6	57 x	20 x	2,9 x	19 x	43 x	2,3 x	-	-	-	4 x	45 x	11,7 x	15 x	55 x	3,8 x	3,8 x
Indonésia	23	84	3,7	65	86	1,3	23	10	2,2	32	27	0,9	-	-	-	3	23	7,5	2	27	12,2	12,2
Irã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itália	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	96	99	1,0	97	98	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	69	1,3	-	-	-	-
Japão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordânia	-	-	-	98	100	1,0	3	0	26,0	18	30	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	93	94	1,0	76	93	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	49	1,2	38	52	1,4	1,4
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos	62	85	1,4	3 x	81 x	27,1 x	38 x	14 x	2,7 x	42 x	80 x	1,9 x	59 x	84 x	1,4 x	-	-	-	-	-	-	-
Lesoto	42	49	1,2	35	90	2,6	18	9	1,9	-	-	-	83	94	1,1	26	48	1,8	14	45	3,3	3,3
Letônia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	1 y	7 y	6,1 y	26	81	3,2	21 y	13 y	1,6 y	41	64	1,6	15	56	3,7	14	29	2,1	17	37	2,2	2,2
Líbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituânia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedônia	99	100	1,0	98	98	1,0	2	0	-	-	-	-	97	99	1,0	9 x	45 x	5,0 x	-	-	-	-
Madagascar	61	93	1,5	22	90	4,1	40 x	24 x	1,7 x	12	29	2,4	59	96	1,6	10	42	4,3	8	49	6,5	6,5
Malásia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	48	2,0	-	-	-	-
Malauí	-	-	-	63	89	1,4	17	13	1,3	67	73	1,1	71 x	90 x	1,3 x	34	55	1,6	35	54	1,5	1,5
Maldivas	92	94	1,0	89	99	1,1	24	11	2,3	-	-	-	82	82	1,0	9	19	2,0	-	-	-	-
Mali	65	96	1,5	35 x	86 x	2,5 x	31 x	17 x	1,8 x	8 x	29 x	3,5 x	37	56	1,5	-	-	-	-	-	-	-
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marrocos	-	-	-	30 x	95 x	3,2 x	-	-	-	18 x	25 x	1,4 x	77 x	95 x	1,2 x	-	-	-	-	-	-	-
Maurício	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritânia	28	83	2,9	21	95	4,6	-	-	-	10	34	3,2	41	59	1,5	0	12	29,5	4	27	6,2	6,2
México	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mianmar	50	96	1,9	51	96	1,9	33	14	2,5	52	75	1,4	81	94	1,2	-	-	-	-	-	-	-
Micronésia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moçambique	20	48	2,4	37	89	2,4	-	-	-	40	50	1,3	72	80	1,1	41	43	1,1	16	45	2,7	2,7

TABELA 13 | DISPARIDADES POR RIQUEZA FAMILIAR ▶

Países e áreas	Registro de nascimento (%) 2005–2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007–2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007–2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007–2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007–2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15–24 anos) 2007–2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Homens (15–24 anos) 2007–2011*		
	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres
Moldova	97 x	98 x	1,0 x	99 x	100 x	1,0 x	5 x	1 x	8,2 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mônaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongólia	99	99	1,0	98	99	1,0	6	2	2,7	–	–	–	93	98	1,1	17	42	2,5	12	48	4,1
Montenegro	94	99	1,0	98 x	100 x	1,0 x	4 x	1 x	4,1 x	–	–	–	92 x	100 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–
Namíbia	46	92	2,0	60	98	1,6	22	7	3,1	50	59	1,2	88	97	1,1	61	69	1,1	55	67	1,2
Nauru	71	88	1,2	97	98	1,0	7	3	2,7	–	–	–	–	–	–	13 y	10 y	0,8 y	–	25 y	–
Nepal	36	52	1,5	11	82	7,6	40	10	4,0	39	36	0,9	66 y	76 y	1,2 y	12 x	49 x	4,3 x	30 x	59 x	2,0 x
Nicarágua	72 y	93 y	1,3 y	42	99	2,4	9	1	6,6	53	64	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Níger	20 y	67 y	3,3 y	5 x	59 x	11,8 x	–	–	–	14 x	32 x	2,3 x	26 x	32 x	1,2 x	5 x	30 x	6,5 x	6 x	34 x	5,8 x
Nigéria	9	62	7,0	8	86	10,3	35	10	3,5	15	53	3,5	31	72	2,4	9	34	3,6	18	41	2,2
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omã	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nova Guiné	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paquistão	18	38	2,1	16	77	4,8	–	–	–	41	44	1,1	42	74	1,8	–	–	–	–	–	–
Paraguai	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Peru	–	–	–	56	100	1,8	9	1	15,7	27	42	1,6	92	97	1,1	–	–	–	–	–	–
Polônia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Quênia	48	80	1,7	20	81	4,0	25	9	2,8	40	37	0,9	58	78	1,3	29	61	2,1	42	68	1,6
Quirguistão	94	95	1,0	93 x	100 x	1,1 x	2 x	2 x	0,8 x	–	–	–	94 x	91 x	1,0 x	17 x	29 x	1,7 x	–	–	–
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centro-Africana	46	85	1,8	33	87	2,6	26	19	1,4	11	28	2,5	31 x	48 x	1,5 x	14	23	1,6	19	33	1,7
Rep. Dem. do Congo	25	27	1,1	69	99	1,4	29	12	2,3	28	26	0,9	65	73	1,1	8	24	2,8	14	30	2,2
República Dominicana	61	93	1,5	95	99	1,0	5	1	4,4	41	38	0,9	92	98	1,1	31	46	1,5	21	41	2,0
República Tcheca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Romênia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	58	64	1,1	61	86	1,4	16	5	3,0	22	37	1,7	80	94	1,2	–	–	–	–	–	–
Samoa	31	63	2,1	66	95	1,4	–	–	–	–	–	–	85 y	91 y	1,1 y	3	3	1,0	3	9	2,7
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sé	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Cristóvão e Névis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	74	86	1,1	74	93	1,3	18	7	2,6	–	–	–	75	95	1,3	27	56	2,0	39	55	1,4
São Vicente e Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Seicheles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Senegal	50	94	1,9	30	96	3,2	24	10	2,4	21	31	1,5	47	78	1,7	–	–	–	–	–	–
Serra Leoa	74	88	1,2	44	85	1,9	22	15	1,4	75	70	0,9	59	88	1,5	14	36	2,6	–	–	–
Sérvia	97	100	1,0	99	100	1,0	3	2	1,4	–	–	–	96	98	1,0	28	69	2,4	28	66	2,4
Síria	92	99	1,1	78 x	99 x	1,3 x	10 x	7 x	1,5 x	45 x	59 x	1,3 x	–	–	–	4 x	10 x	2,9 x	–	–	–
Somália	1	7	6,6	11 x	77 x	7,2 x	42 x	14 x	3,0 x	7 x	31 x	4,8 x	3 x	40 x	12,5 x	1 x	8 x	13,5 x	–	–	–
Sri Lanka	97	98	1,0	97	99	1,0	29	11	2,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suazilândia	39	73	1,9	65	94	1,4	8	4	2,3	58	60	1,0	95	99	1,0	49	72	1,5	44	64	1,5
Sudão*	26	98	3,8	6	59	10,5	40	17	2,4	21	16	0,7	55	97	1,8	1	11	13,6	–	–	–
Sudão do Sul*	21	57	2,7	8	41	5,1	32	21	1,6	27	52	1,9	12	58	4,7	3	18	6,1	–	–	–
Suécia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suíça	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	94	98	1,0	81 x	96 x	1,2 x	9 x	5 x	1,8 x	–	–	–	88 x	97 x	1,1 x	23 x	54 x	2,4 x	–	–	–
Tadjiquistão	89	86	1,0	90	90	1,0	17	13	1,3	52 x	50 x	1,0 x	96 y	96 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–
Tailândia	99	100	1,0	93 x	100 x	1,1 x	11 x	3 x	3,3 x	56 x	54 x	1,0 x	97 x	98 x	1,0 x	47 x	43 x	0,9 x	–	–	–
Tanzânia	4	56	12,7	31	90	2,9	22	9	2,3	41	38	0,9	68	93	1,4	39	55	1,4	34	56	1,7
Timor Leste	50	56	1,1	10	69	6,9	49	35	1,4	70	71	1,0	60	83	1,4	9	16	1,8	11	35	3,0
Togo	59	97	1,7	28	94	3,4	21	9	2,5	8	19	2,5	80	92	1,2	18	42	2,3	20	55	2,7
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad e Tobago	94	98	1,0	98	100	1,0	–	–	–	–	–	–	95 x	99 x	1,0 x	48 x	62 x	1,3 x	–	–	–
Tunísia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turcomenistão	94	97	1,0	99 x	100 x	1,0 x	8 x	2 x	3,2 x	45 x	30 x	0,7 x	–	–	–	3 x	8 x	2,8 x	–	–	–
Turquia	89	99	1,1	73	100	1,4	4	1	8,4	–	–	–	87 y	95 y	1,1 y	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	39	71	1,8	99	98	1,0	1	0	–	–	–	–	–	–	–	34 y	39	1,2 y	–	67 y	–
Ucrânia	100	100	1,0	97	99	1,0	–	–	–	–	–	–	78	75	1,0	33	45	1,4	28	42	1,5

Países e áreas	Registro de nascimento (%) 2005-2011*			Agentes de saúde capacitados presentes no parto (%) 2007-2012*			Prevalência de baixo peso em meio a menores de 5 anos (%) 2007-2011*			Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) (%) 2007-2012*			Taxa líquida de frequência à escola primária 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Mulheres (15-24 anos) 2007-2011*			Ampla conhecimento sobre HIV (%) Homens (15-24 anos) 2007-2011*		
	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres	20% mais pobres	20% mais ricos	Razão mais ricos/mais pobres
Uganda	27	44	1,6	43	88	2,0	–	–	–	43	45	1,1	–	–	–	20 x	47 x	2,3 x	28 x	47 x	1,6 x
Uruguai	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbequistão	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	5 x	3 x	1,5 x	–	–	–	94 x	96 x	1,0 x	25 x	33 x	1,3 x	–	–	–
Vanuatu	13	41	3,1	55	90	1,6	12	10	1,2	–	–	–	74	76	1,0	9	23	2,7	–	–	–
Venezuela	87 x	95 x	1,1 x	95 x	92 x	1,0 x	–	–	–	39 x	55 x	1,4 x	86 x	99 x	1,2 x	–	–	–	–	–	–
Vietnã	87	98	1,1	72	99	1,4	21	3	6,6	–	–	–	95	99	1,0	38	68	1,8	–	–	–
Zâmbia	5	31	5,8	27	91	3,4	16	11	1,5	61	61	1,0	73	96	1,3	24	48	2,0	24	51	2,1
Zimbábue	35	75	2,1	48	91	1,9	–	–	–	18	28	1,6	84	91	1,1	31 x	52 x	1,7 x	37 x	51 x	1,4 x

MEMORANDO

Sudão e Sudão do Sul ^σ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RESUMO DE INDICADORES[#]

África ao sul do Saara	25	60	2,4	27	82	3,0	30	12	2,5	27	42	1,5	53	80	1,5	16	36	2,2	22	45	2,0
África Oriental e Meridional	23	50	2,2	28	77	2,7	26	12	2,2	34	44	1,3	62	86	1,4	–	–	–	–	–	–
África Ocidental e Central	26	65	2,5	28	88	3,1	31	11	2,7	21	42	2,0	43	73	1,7	10	30	3,0	17	38	2,2
Oriente Médio e Norte da África	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ásia Meridional	23	63	2,7	22	82	3,7	55	19	2,8	29	46	1,6	–	–	–	4	44	11,7	15	55	3,8
Leste da Ásia e Pacífico**	54 **	92 **	1,7 **	24 **	10 **	2,5 **	36 **	41 **	1,1 **	–	–	–	14 **	35 **	2,4 **	–	–	–	–	–	–
América Latina e Caribe ECO/CEI	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países menos desenvolvidos	25	52	2,1	30	78	2,6	33	15	2,3	40	47	1,2	61	83	1,4	–	–	–	–	–	–
Mundial	32 **	68 **	2,1 **	31 **	85 **	2,7 **	39 **	14 **	2,7 **	29 **	44 **	1,5 **	–	–	–	–	–	–	–	–	–

σ Devido à cessão do Sudão do Sul, efetuada pelo Sudão em julho de 2011, e sua subsequente admissão às Nações Unidas, em 14 de julho de 2011, ainda não há dados desagregados disponíveis para alguns dos indicadores relativos ao Sudão e ao Sudão do Sul como Estados separados. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão antes da separação (ver item Memorando).

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Registro de nascimento – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que estavam registradas no momento da pesquisa. O numerador deste indicador inclui crianças cujas certidões de nascimento foram verificadas pelo entrevistador, ou cuja mãe ou responsável afirmou que o nascimento foi registrado.

Agentes de saúde capacitados presentes no parto – Porcentagem de partos assistidos por agentes de saúde capacitados (médicos, enfermeiros ou parteiras).

Prevalência de baixo peso em meio a crianças menores de 5 anos de idade – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a idade, de acordo com os Padrões da OMS para Crescimento Infantil.

Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) – Porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que tiveram diarreia nas duas semanas que precederam a pesquisa e que receberam terapia de reidratação oral (pacotes com sais de reidratação oral ou embalagem com solução de SRO).

Razão líquida de frequência à escola primária – Número de crianças que frequentam a escola primária ou a escola secundária, com idade oficial para a escola primária, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para a escola primária. Devido à inclusão de crianças com idade de frequentar a escola primária que frequentam a escola secundária, também é possível referir-se a este indicador como razão líquida ajustada de frequência à escola primária.

Ampla conhecimento sobre HIV – Porcentagem de homens e mulheres jovens (de 15 a 24 anos de idade) que identificam corretamente os dois métodos principais para evitar a transmissão sexual de HIV (usar preservativos e limitar as relações sexuais a um parceiro fiel e não infectado); que rejeitam os dois conceitos locais errôneos mais comuns sobre a transmissão de HIV; e que sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada por HIV.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Registro de nascimento – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), outros levantamentos nacionais e sistemas de registro civil.

Agentes de saúde capacitados presentes no parto – DHS, MICS e outras fontes representativas em termos nacionais.

Prevalência de baixo peso em meio a crianças menores de 5 anos – DHS, MICS, outros levantamentos domiciliares nacionais, OMS e UNICEF.

Tratamento da diarreia com sais de reidratação oral (SRO) – DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais.

Frequência à escola primária – DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais.

Ampla conhecimento sobre HIV – Pesquisas de Indicadores da Aids (AIS), DHS, MICS e outros levantamentos domiciliares nacionais; *HIV/AIDS Survey Indicators Database*, <www.measuredhs.com/hivdata>

Dados sobre disparidade apresentados em itálico provêm de fontes diferentes dos dados apresentados para os mesmos indicadores em outras tabelas do Relatório: Tabela 2 (Nutrição – Prevalência de baixo peso); Tabela 3 (Saúde – Tratamento da diarreia); Tabela 4 (HIV/aids – Ampla conhecimento sobre HIV); e Tabela 8 (Mulheres – Agentes de saúde capacitados presentes no parto).

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna. Com exceção dos dados da Índia para 2005-2006, esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais. Não são apresentadas estimativas de dados para anos anteriores a 2000.
- y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 14: DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Países e áreas	Frequência à Educação Infantil 2005-2011*					Apoio de adultos à aprendizagem ++ 2005-2011*					Apoio do pai à aprendizagem++ 2005-2011*	Material de aprendizagem disponível em casa 2005-2011*						Crianças sob cuidados inadequados 2005-2011*				
	total	meninos	meninas	20% mais pobres	20% mais ricos	total	meninos	meninas	20% mais pobres	20% mais ricos		Livros infantis			Material para brincar++			total	meninos	meninas	20% mais pobres	20% mais ricos
												total	20% mais pobres	20% mais ricos	total	20% mais pobres	20% mais ricos					
Afganistão	1	1	1	0	4	73	74	73	72	80	62	2	1	5	53	52	57	40	42	39	43	27
Albânia	40	39	42	26	60	86	85	87	68	96	53	32	16	52	53	57	48	13	14	11	9	16
Bangladesh	15	14	15	11	16	61	61	60	42	85	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	32	30	34	16	59	86	88	83	73	94	50	40	17	73	57	55	58	2	3	2	4	1
Belarus	86	87	85	-	-	97	97	96	95	98	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bósnia e Herzegóvina	6	5	8	1	15	83	83	83	74	90	74	70	52	88	43	49	43	7	7	6	6	10
Botsuana	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burquina Fasso	2	3	1	0	9	14	14	14	12	26	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	5	5	5	4	10	34	35	34	32	38	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Butão	10	10	10	3	27	54	52	57	40	73	51	6	1	24	52	36	60	14	13	15	17	7
Camarões	22	22	22	3	56	58	57	59	57	69	39	8	3	22	57	62	46	36	36	36	45	25
Cazaquistão	37	36	38	19	61	92	92	91	84	96	49	48	24	76	45	40	49	4	4	4	5	4
Chade	5	5	4	1	16	70	69	70	64	71	29	1	0	2	43	38	50	56	57	56	58	56
Coreia do Norte	98	98	97	-	-	91	88	93	-	-	75	79	-	-	47	-	-	17	17	16	-	-
Costa do Marfim	6	5	6	1	24	50	50	51	55	57	40	5	3	13	39	44	35	59	60	58	62	51
Djibuti	14	12	16	-	-	36	36	35	-	-	23	15	-	-	24	-	-	12	11	13	-	-
Gâmbia	18	17	19	13	33	48	49	47	50	56	21	1	0	5	42	29	49	21	22	19	25	18
Gana	68	65	72	42	97	40	38	42	23	78	30	6	1	23	41	31	51	21	21	21	27	15
Geórgia	43	44	42	17	70	93	93	93	85	99	61	72	48	91	38	41	41	8	8	8	7	8
Guiana	49	48	50	33	78	89	88	89	77	99	52	54	28	86	65	67	60	11	13	10	19	6
Guiné-Bissau	10	10	10	4	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iêmen	3	3	3	0	8	33	34	32	16	56	37	10	4	31	49	45	49	34	36	33	46	22
Iraque	3	2	3	-	-	58	59	57	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	86	84	88	-	-	94	95	93	-	-	41	57	-	-	71	-	-	4	4	3	-	-
Laos	7	8	7	1	44	33	33	34	20	59	24	3	1	11	57	54	40	26	26	25	33	17
Líbano	62	63	60	-	-	56 y	58 y	54 y	-	-	74 y	29	-	-	16 y	-	-	9	8	10	-	-
Macedônia	22	25	19	0	59	92	92	91	81	97	71	52	19	83	71	70	79	5	5	5	10	1
Mali	10	10	10	1	40	29	27	30	28	44	14	0	0	2	40	33	49	33	33	33	33	36
Marrocos	39	36	41	6	78	48 y	47 y	49 y	35 y	68 y	56 y	21 y	9 y	52 y	14 y	19 y	7 y	9	9	9	11	6
Mauritânia	5	5	5	2	11	48	48	47	39	64	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moçambique	-	-	-	-	-	47	45	48	48	50	20	3	2	10	-	-	-	33	33	32	-	-
Mongólia	60	58	61	26	83	59	56	62	44	73	41	23	6	48	68	74	62	9	9	8	10	6
Montenegro	29	28	30	6	62	97	96	98	88	100	79	77	50	92	39	49	33	6	8	5	11	3
Mianmar	23	23	23	8	46	58 y	58 y	58 y	42 y	76 y	44 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	30 y	29 y	31 y	14 y	61 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigéria	32	32	32	5	70	78	78	78	68	91	38	14	2	35	35	25	42	38	38	37	41	32
Quirguistão	19	21	17	7	47	88	90	85	86	99	54	76	76	85	57	59	54	11	12	9	11	6
República Centro-Africana	5	5	6	2	17	74	74	74	70	78	42	1	0	3	49	41	51	61	60	62	58	60
Rep. Dem. do Congo	5	5	5	2	18	61	61	62	62	76	36	1	0	2	29	21	40	60	60	60	69	39
São Tomé e Príncipe	27	29	26	18	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	22 y	23 y	21 y	7 y	43 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serra Leoa	14	13	15	5	42	54	53	55	45	79	42	2	0	10	35	24	50	32	33	32	29	28
Sérvia	44	41	47	22	75	95	96	95	84	98	78	76	49	86	63	65	60	1	1	1	2	1
Síria	8	8	7	4	18	70	70	69	52	84	62	30	12	53	52	52	51	17	17	17	22	15
Somália	2	2	2	1	6	79	80	79	76	85	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suazilândia	33	32	34	36	50	50	50	50	35	71	10	4	1	12	69	64	74	15	15	15	20	9
Sudão	20	20	21	10	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudão do Sul	6	6	6	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	39	37	40	17	63	75	75	76	61	92	31	45	20	75	64	67	63	7	6	8	13	1
Tadjiquistão	10	11	10	1	29	74	73	74	56	86	23	17	4	33	46	43	44	13	13	12	15	11
Tailândia	61	60	61	55	78	89	90	89	86	98	57	43	25	71	55	58	49	13	14	13	18	7

Países e áreas	Frequência à Educação Infantil 2005–2011*					Apoio de adultos à aprendizagem ++ 2005–2011*					Apoio do pai à aprendizagem++ 2005–2011*	Material de aprendizagem disponível em casa 2005–2011*						Crianças sob cuidados inadequados 2005–2011*				
	total	meninos	meninas	20% mais pobres	20% mais ricos	total	meninos	meninas	20% mais pobres	20% mais ricos		Livros infantis			Material para brincar++			total	meninos	meninas	20% mais pobres	20% mais ricos
												total	20% mais pobres	20% mais ricos	total	20% mais pobres	20% mais ricos					
Togo	29	27	31	10	52	62	61	63	55	68	38	2	0	7	31	26	41	41	42	41	45	35
Trinidad e Tobago	75	74	76	65	87	98	98	98	96	100	63	81	66	93	65	63	72	1	1	1	2	0
Ucrânia	63	63	63	30	74	–	–	–	–	–	–	97	93	99	47	36	47	10	11	10	15	4
Uzbequistão	20	20	19	5	46	91	91	90	83	95	54	43	32	59	67	74	62	5	5	5	6	7
Vietnã	72	71	73	59	91	77	74	80	63	94	61	20	3	49	49	41	54	9	10	9	17	4

RESUMO DE INDICADORES*

África ao sul do Saara	21	21	21	6	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
África Oriental e Meridional	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
África Ocidental e Central	22	22	23	6	49	63	63	63	57	77	35	8	1	21	36	29	43	43	43	43	47	34
Oriente Médio e Norte da África	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ásia Meridional	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Leste da Ásia e Pacífico	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
América Latina e Caribe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CEI	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países menos desenvolvidos	11	11	12	6	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mundial	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Ver na página 98 a lista completa de países e áreas nas categorias de regiões, sub-regiões e países.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Frequência à educação infantil – Porcentagem de crianças de 36 a 59 meses de idade que frequentam um programa de educação infantil.

Apoio de adultos à aprendizagem – Porcentagem de crianças de 36 a 59 meses de idade com as quais um adulto se envolveu, nos últimos três dias, em quatro ou mais das seguintes atividades para estimular aprendizagem e prontidão escolar: a) ler livros para a criança; b) contar histórias para a criança; c) cantar para a criança; d) sair de casa com a criança; e) brincar com a criança; e f) nomear, contar ou desenhar coisas com a criança.

Apoio do pai à aprendizagem – Porcentagem de crianças de 36 a 59 meses de idade cujo pai esteve envolvido, nos últimos três dias, em uma ou mais das seguintes atividades para estimular aprendizagem e prontidão escolar: a) ler livros para a criança; b) contar histórias para a criança; c) cantar para a criança; d) sair de casa com a criança; e) brincar com a criança; e f) nomear, contar ou desenhar coisas com a criança.

Material de aprendizagem disponível em casa: livros infantis – Porcentagem de crianças desde o nascimento até 59 meses de idade que têm em casa três ou mais livros infantis.

Material de aprendizagem disponível em casa: material para brincar – Porcentagem de crianças desde o nascimento até 59 meses de idade que têm em casa dois ou mais dos seguintes materiais para brincar: objetos familiares ou objetos encontrados fora de casa (gravetos, pedras, animais, conchas, folhas, etc.), brinquedos feitos em casa ou brinquedos comprados em lojas.

Crianças sob cuidados inadequados – Porcentagem de crianças desde o nascimento até 59 meses de idade que ficaram sozinhas ou aos cuidados de outra criança menor de 10 anos de idade, por mais de uma hora, no mínimo uma vez durante a última semana.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Frequência à educação infantil – Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e outros levantamentos nacionais.

Apoio de adultos à aprendizagem – MICS e outros levantamentos nacionais.

Apoio do pai à aprendizagem – MICS e outros levantamentos nacionais.

Material de aprendizagem disponível em casa: livros infantis – MICS e outros levantamentos nacionais.

Material de aprendizagem disponível em casa: material para brincar – MICS e outros levantamentos nacionais.

Crianças sob cuidados inadequados – MICS e outros levantamentos nacionais.

NOTAS

– Dados não disponíveis.

Y Dados diferem da definição padrão ou referem-se a apenas parte de um país. Quando relacionados ao período de referência indicado, esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

* Dados referem-se ao ano mais recente com informações disponíveis para o período especificado no título da coluna.

++ Entre a terceira e a quarta rodadas das MICS (MICS3 e MICS4), foram realizadas mudanças nas definições de diversos indicadores de DPI. Para permitir a comparabilidade com a MICS4, os dados da MICS3 para os indicadores de apoio de adultos à aprendizagem, apoio do pai à aprendizagem e materiais de aprendizagem disponíveis em casa (material para brincar) foram recalculados de acordo com as definições de indicadores da MICS4. Portanto, os dados recalculados apresentados neste relatório diferem de estimativas apresentadas em relatórios nacionais da MICS3.

Convenções, protocolos facultativos, assinaturas e ratificações

Uma nota sobre termos e expressões utilizados neste relatório

Uma **Convenção** é um acordo formal entre Estados partes. O termo “convenção” é utilizado (e não seu sinônimo “tratado”) para indicar um instrumento multilateral com um grande número de Estados partes, incluindo abertura para a participação da comunidade internacional como um todo, e negociado sob os auspícios de uma organização internacional.

Um **Protocolo Facultativo** a uma Convenção é um instrumento legal para suplementar o acordo original, estabelecendo direitos ou obrigações adicionais. Pode ser utilizado para tratar com maiores detalhes uma questão mencionada no acordo original, para abordar uma nova preocupação relevante para um de seus tópicos, ou para acrescentar procedimentos destinados à operação ou à implementação. Esse protocolo é facultativo no sentido de que suas disposições não são automaticamente vinculantes para os Estados partes de uma Convenção, que devem ratificá-lo independentemente. Assim sendo, um Estado pode fazer parte de uma Convenção, mas não necessariamente de seus Protocolos Facultativos.

Na maioria dos casos, o processo por meio do qual um Estado torna-se parte de uma Convenção é composto por duas etapas: assinatura e ratificação.

Ao **assinar uma Convenção**, o Estado indica sua intenção de analisar a Convenção e sua compatibilidade com a legislação do país. Uma assinatura não cria a obrigação legal de cumprir os dispositivos de uma Convenção; no entanto, indica que o Estado atuará de boa-fé e não empreenderá ações que prejudiquem o objetivo da Convenção.

Ratificação é a ação concreta por meio da qual um Estado aceita como vinculantes os termos de uma Convenção. O procedimento varia de acordo com a estrutura legislativa específica de cada país. Após a determinação por parte de um Estado de que a Convenção é compatível com a legislação nacional, e que devem ser empreendidos esforços no sentido de cumprir seus dispositivos, o órgão nacional adequado (por exemplo, um Parlamento) toma a decisão formal de ratificação. Assim que o instrumento de ratificação – uma carta formal selada pela autoridade responsável (por exemplo, um presidente) – é depositado aos cuidados do Secretário-Geral das Nações Unidas, o Estado torna-se parte da Convenção.

Em alguns casos, um Estado vai **aderir** a uma Convenção ou a um Protocolo Facultativo. Essencialmente, a **adesão** equivale à ratificação, sem a obrigação da assinatura inicial.

Ver outras informações e definições mais detalhadas sobre esses termos e expressões, assim como outros a eles relacionados no site: http://treaties.un.org/Pages/Overview.aspx?path=overview/definition/page1_en.xml.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência está disponível em:

http://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/Ch_IV_15.pdf.

O Protocolo Facultativo está disponível em: <http://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/Ch-15-a.pdf>.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo podem ser acessados em português no site da Presidência da República Federativa do Brasil: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.



Sede do UNICEF

UNICEF House

3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

Escritório Regional do UNICEF para Europa

Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

Escritório Regional do UNICEF para Europa Central e Oriental/ Comunidade dos Estados Independentes

Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

Escritório Regional do UNICEF para África Oriental e Meridional

Regional Office
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya 00100

Escritório Regional do UNICEF para África Central e Ocidental

P.O. Box 29720, Yoff
Dakar, Senegal

Escritório Regional do UNICEF para América Latina e Caribe

P.O. Box 0843-03045
Panama City, Panama

Escritório Regional do UNICEF para Leste da Ásia e Pacífico

P.O. Box 2-154
Bangkok 10200, Thailand

Escritório Regional do UNICEF para Oriente Médio e Norte da África

P.O. Box 1551
Amman 11821, Jordan

Escritório Regional do UNICEF para Ásia Meridional

P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

Escritórios do UNICEF no Brasil

UNICEF Brasília

Escritório do Representante do UNICEF no Brasil
SEPN 510, Bloco A – 2º andar
Brasília, DF - CEP 70750-521
Caixa Postal: 08584 – CEP 70312-970
Telephone: (61) 3035 1900
Fax: (61) 3349 0606
e-mail: brasil@unicef.org
Representante do UNICEF no Brasil: Sr. Gary Stahl

UNICEF Belém

Av. Alcindo Cacela, 287, Bloco A, 1º andar
Prédio da Universidade da Amazônia Umarizal
Belém, PA – CEP 66060-000
Telephone: (91) 3073 5700
Fax: (91) 3073 5709
e-mail: belem@unicef.org

UNICEF Fortaleza e Secretaria de Planejamento e Gestão

Av. Gal Afonso Albuquerque Lima, s/n Edifício Seplag – Térreo – Messejana – Fortaleza, CE – CEP 60830-120
Telephone: (85) 3306 5700
Fax: (85) 3306 5709
e-mail: fortaleza@unicef.org

UNICEF Manaus

Av. Darcy Vargas, 77, Secretaria de Estado de Assistência Social do Amazonas
Bairro da Chapada – Manaus, AM – CEP 69050-020
Telephone: (92) 3642 8016
e-mail: manaus@unicef.org

UNICEF Recife

Rua Henrique Dias, S/N – Ed. do IRH – Térreo
Derby – Recife, PE – CEP 52010-100
Telephone: (81) 3059 5700
Fax: (81) 3059 5719
e-mail: recife@unicef.org

UNICEF Rio de Janeiro

Avenida Rio Branco, 135 – 6º andar
Centro – Rio de Janeiro, RJ – CEP 20040-006
Telephone: (21) 3147 5700
Fax: (21) 3147 5711
e-mail: riodejaneiro@unicef.org

UNICEF Salvador

Escritório Compartilhado das Nações Unidas
Praça Municipal Thomé de Souza, s/n – Edifício Elevador Lacerda
Centro – Salvador, BA – CEP 40020-010
Telephone: (71) 3183 5700
Fax: (71) 3183 5710
e-mail: salvador@unicef.org

UNICEF São Luís

Rua Santo Antônio, 246
Centro – São Luís, MA – CEP 65010-590
Telephone: (98) 4009 5700
Fax: (98) 4009 5708
e-mail: saoluis@unicef.org

UNICEF São Paulo

Avenida Professor Ascendino Reis, 830
Vila Clementino – São Paulo, SP – CEP 04027-000
Telephone: (11) 3728 5707
Fax: (11) 3728 5777
e-mail: saopaulo@unicef.org

United Nations Children's Fund
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA
Email: pubdoc@unicef.org
Website: www.unicef.org



Para ler este relatório *on-line*,
escaneie este código QR ou
entre no *site*
www.unicef.org/sowc2013

US \$25.00
ISBN: 978-92-806-4656-6
eISBN: 978-92-806-4662-7
United Nations publication sales no.: E.13.XX.1



© United Nations Children's Fund (UNICEF)
Maio 2013

