

A Primeira Infância



SITEAL | PRIMEIRA
INFÂNCIA



1. Introdução

De acordo com as projeções da população até 2021 dos 19 países analisados neste documento, estima-se que a América Latina tenha cerca de 630 milhões de habitantes. Quase 90 milhões são crianças entre 0 e 8 anos, ou 14,2% do total da região.

De acordo com o UNICEF (2020)¹, 46,2% das crianças de 0 a 14 anos vivem na pobreza na América Latina e apenas 6 em cada 10 crianças de 3 a 4 anos recebem educação na primeira infância.

Nas últimas três décadas, a primeira infância ganhou terreno no debate público e nas agendas dos governos da região. No entanto, ainda existem desafios significativos para o cumprimento dos direitos das crianças. Em 2015, os Estados-membros das Nações Unidas aprovaram a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030, através da qual a importância da educação e da atenção integral nos primeiros anos de vida são instauradas como prioridade. O ODS 4, dedicado à educação, inclui entre suas metas "garantir que todas as crianças tenham acesso a serviços de cuidados e desenvolvimento na primeira infância e educação pré-escolar de qualidade, de modo que estejam preparadas para o ensino primário".

Desde a promulgação da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), não apenas a situação e as particularidades das crianças e adolescentes tornaram-se visíveis, mas também impôs – a toda a população, mas principalmente aos Estados – outra forma de entender e abordar a primeira infância. Anteriormente, a proteção da infância estava ligada ao controle e à tutela, com responsabilidades fundamentalmente distribuídas entre as famílias e o Estado.

Embora a doutrina de proteção integral consolidada pela CDC e a predominante perspectiva de direitos sejam os argumentos mais desenvolvidos por parte dos países, das organizações da sociedade civil, dos órgãos internacionais e de outros atores envolvidos no cuidado e na educação da primeira infância, não são os únicos.

A neurociência considera que, nos primeiros três anos de vida, a maleabilidade neural dos sujeitos é máxima e, portanto, consiste em um espaço extremamente rico de intervenção, pois as crianças pequenas aprendem das pessoas adultas as habilidades emocionais, sociais e cognitivas que lhes permitem adaptar-se ao seu entorno (Kandel et al., 1997). Por outro lado, destaca a abordagem do desenvolvimento econômico e humano, argumentando que a taxa de retorno (ou seja, a quantidade de recursos que a sociedade recupera quando investe na primeira infância) é muito alta (Heckman, 2011). Em outra perspectiva, as indagações da economia feminista sobre os trabalhos de cuidado também contribuíram para tornar esta atividade visível e compreender a importância do acesso, da qualidade e da pertinência dos serviços de educação e cuidados na primeira infância (ECPI) para a sociedade como um todo. A relação entre o cuidado e o desenvolvimento integral infantil é abordada em diferentes perspectivas. Por um lado, é uma atividade que contribui para a incorporação das mulheres no mercado de trabalho, permitindo a conciliação da vida profissional e familiar, e, ao mesmo tempo, é uma das principais fontes de emprego. Por outro lado, é um direito da infância.

A diversidade de perspectivas na definição e os componentes da ECPI é transferida para o conjunto de políticas, programas e ações que a envolvem. As múltiplas dimensões a serem desenvolvidas (nutrição, saúde, educação, proteção, cuidado e recreação, entre as mais importantes) mostram a articulação necessária dos marcos regulatórios, das políticas públicas e dos órgãos nacionais para dar respostas às necessidades das crianças.

Os serviços da ECPI são entendidos neste documento como: "(...) uma variedade de dispositivos, que vão desde programas destinados aos pais até creches comunitárias ou familiares, serviços de cuidado

em centros institucionais e educação pré-escolar frequentemente oferecidos nas escolas" (UNESCO, 2006). A ECPI inclui medidas integrais de apoio às famílias, tais como saúde materna e infantil, suplemento de micronutrientes, apoio psicossocial às famílias, programas para promover a segurança alimentar familiar, licença parental e auxílios econômicos à infância" (UNESCO, 2010, p. 2).

Com base nesta definição, e sem pretender ser exaustivo, o objetivo deste documento é fornecer um panorama geral da política para a primeira infância na região. Para tanto, examinaremos, em primeiro lugar, o plano normativo e institucional que estrutura a política para a primeira infância. Posteriormente, as políticas públicas mais relevantes serão analisadas e caracterizadas de acordo com três eixos de intervenção: cuidado e educação, saúde e restituição de direitos. Em seguida, serão apresentados alguns indicadores-chave para fornecer uma visão geral do estado de situação da primeira infância em alguns países da região. Finalmente, a conclusão do documento apresentará um resumo dos principais avanços e desafios que emergem da análise.

2. Direitos da Primeira Infância: Marco Normativo e Institucional

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) foi adotada e aberta para assinatura e ratificação pela Assembleia Geral em sua resolução 44/25 de 20 de novembro de 1989. Conta com 54 artigos nos quais atribui a crianças menores de 18 anos os mesmos direitos de pessoas adultas, além de proteção especial dada a sua condição de pessoas em desenvolvimento e crescimento. As crianças exercem e podem exigir os mesmos direitos fundamentais que os adultos: civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. Ao mesmo tempo, a CDC estabelece a obrigação dos Estados de adotar todas as medidas administrativas, legislativas e de outra índole para dar efetividade aos direitos nela reconhecidos (UNICEF, 2014). Anteriormente, a proteção da infância estava ligada ao controle e à tutela, com responsabilidades distribuídas principalmente entre as famílias e os Estados. Na América Latina, adotou a forma de uma "doutrina da situação irregular", que legitimava a atuação diferenciada do Estado de acordo com os recursos e capacidades que as famílias tinham para acompanhar as crianças e adolescentes em seus primeiros anos de desenvolvimento. A Lei do Patronato Estatal de Menores, conhecida como Lei Agote, e aprovada na Argentina em 1919, deu impulso à doutrina irregular em toda a região. Assim, os Estados adotaram a faculdade de separar crianças e adolescentes de suas famílias a fim de assumir o poder familiar daqueles que haviam infringido a lei, que foram abandonados pelos adultos responsáveis ou cujas famílias não contassem com recursos para garantir seu bem-estar. A CDC modificou este paradigma para dar origem à "doutrina da proteção integral", marcando uma relação diferente entre a infância, as pessoas adultas responsáveis e os Estados. A CDC, em seus 54 artigos, reconhece o melhor interesse das crianças e adolescentes.

A CDC é o primeiro instrumento jurídico específico que concebe as crianças como detentoras de direitos e reúne seus direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais em um único texto. É o tratado internacional ao qual mais países aderiram, tendo sido ratificado por 196 nações. Os 19 países analisados neste documento ratificaram a Convenção com diferentes posicionamentos dentro de sua estrutura jurídica². [PT Tabla 1. Situación de los 19 países latinoamericanos frente a la CDN](#)

Após a aprovação de um tratado de direitos humanos, frequentemente são adicionados "protocolos facultativos", ou seja, mecanismos jurídicos que complementam e acrescentam disposições ao tratado original porque abordam uma nova preocupação ou incluem um procedimento específico para a implementação de direitos. A CDC possui três: o Protocolo Facultativo relativo ao envolvimento de crianças em conflitos armados; o Protocolo Facultativo referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil; e o Protocolo Facultativo relativo a um procedimento de comunicações (permite que as crianças apresentem denúncias individuais relativas a violações específicas de seus direitos em relação à CDC e seus outros dois protocolos facultativos).

O Protocolo Facultativo da CDC relativo à participação de crianças em conflitos armados foi aceito ou ratificado pelos 19 países latino-americanos, a maioria entre 2000 e 2005, com exceção da República Dominicana, que o fez posteriormente. Em todo o mundo, foi aceito ou ratificado por 170 países. O Protocolo Facultativo sobre a venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil também foi aprovado por todos os países no início da década de 2000, enquanto a situação global indica a aceitação por 176 países. O Protocolo Facultativo relativo a um procedimento de comunicações foi aceito ou ratificado por onze países, a partir de 2013. Os países que ainda não o ratificaram são Colômbia, Cuba, República Dominicana, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Guatemala, Nicarágua e Venezuela. Embora seja mais recente, apenas 46 países o aceitaram ou ratificaram.

Por outro lado, o Comitê dos Direitos da Criança – um órgão de especialistas independentes criado pela CDC para supervisionar sua implementação – emite periodicamente comentários gerais, que contribuem para a interpretação e a concretização de diversos aspectos específicos levantados na CDC. Até agora, foram emitidos 25 comentários gerais³.

Em resumo, a CDC, os protocolos facultativos, os comentários gerais e as recomendações aos países são instrumentos que comprometem os Estados signatários e visam orientar suas atividades para o amplo universo das crianças e adolescentes, enfocando na proteção dos direitos de todas as pessoas e não apenas de certos grupos.

Da mesma forma, a adoção da CDC como um marco regulatório da relação entre o Estado e a infância levou à sua progressiva incorporação no sistema jurídico de cada país. As leis de proteção integral ou códigos da infância regulam o conjunto de normas que afetam os detentores de direitos estabelecidos pela CDC. Sua promulgação constitui um passo significativo para a construção de um sistema de proteção de direitos. Não se trata mais de aderir ao texto da CDC, mas de interpretá-lo a fim de criar procedimentos, alocar recursos, estabelecer regras internas e criar a estrutura institucional apropriada para o cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes em cada país.

A partir de 2022, todos os países da América Latina contam com leis de proteção integral dos direitos da criança, de acordo com os princípios propostos pela CDC. Somente o Código da Infância e da Juventude cubano é anterior à CDC. A maioria dos documentos normativos promulgados determinam a criação de órgãos encarregados ou assessores das políticas para a primeira infância. A reivindicação de uma abordagem territorial também é evidente na formação de órgãos em nível nacional, provincial e municipal (tais como conselhos, juntas etc.). [PT Tabla 2. Leyes de primera infancia de los 19 países latinoamericanos](#)

A figura jurídica do defensor da criança é outro sinal de ajuste à CDC e ao novo paradigma que impõe. O defensor da criança é a figura jurídica estabelecida pela CDC para fiscalizar e supervisionar a implementação efetiva das normas internacionais que regulam a relação do Estado com as crianças, tais como tratados e convenções.

A maioria dos países da América Latina contam com um defensor público (ou denominação semelhante) e com defensorias dedicadas à infância e à adolescência. Muitos deles também puderam implementar defensorias da criança (ou instâncias equivalentes) em nível subnacional. A descentralização das defensorias da criança torna-se extremamente importante na medida em que suas raízes territoriais favorecem a acessibilidade dos atores envolvidos. [PT Tabla 3. Situación de los 19 países latinoamericanos respecto a la figura del defensor del niño](#)

Outro sinal que os Estados dão sobre o lugar da primeira infância nas agendas do governo são os documentos de planejamento.

Uma das primeiras preocupações dos planos para a primeira infância ou da infância e da adolescência é a definição de primeira infância. Nesses planos, os Estados definem a faixa etária e, além disso, indicam a importância de dar prioridade a ela, com base nas evidências dos efeitos que a atenção a essa etapa pode ter no futuro.

Em geral, estes documentos estabelecem objetivos, eixos e metas da política para o tema ou segmento etário que seja definido. Os planos para a primeira infância frequentemente agrupam metas ou objetivos nos seguintes eixos: saúde de gestantes e crianças; cuidado e atenção; educação; prevenção da violência; e restituição de direitos violados – devido à violência, ausência de cuidados parentais, trabalho infantil, migração e tráfico de pessoas, entre outros – e incorporação de abordagens nas políticas públicas para alcançar a inclusão de populações historicamente negligenciadas (tais como as infâncias indígenas, afrodescendentes, com deficiência, etc.).

Os planos também desenvolvem um referencial teórico, os tratados internacionais que os legitimam e as leis nacionais relacionadas. No caso de planos setoriais, é comum estabelecer a relação com os planos de desenvolvimento nacionais ou as agendas ou planos governamentais para o período.

Nos planos para a primeira infância da região, destaca-se a necessidade de um enfoque integral das políticas públicas a fim de avançar no cumprimento efetivo dos direitos da criança. Outros aspectos relevantes são a territorialização, a participação cidadã, a qualidade dos serviços e o monitoramento e a avaliação das ações.

Embora este não seja um processo linear (ou seja, a elaboração de planos para a primeira infância implica um maior compromisso político com a primeira infância), estes documentos constituem recursos enunciativos para colocar o tema na agenda pública e expressam o reconhecimento dos direitos e demandas deste segmento da população. Em 2022, a grande maioria dos países da região latino-americana – com exceção de Cuba e Venezuela – contam com planos para a primeira infância ou para a infância e a adolescência. [PT Tabla 4. Planes para la primera Infancia y adolescencia en los 19 países latinoamericanos](#)

Além desses planos específicos para a primeira infância e a adolescência, é interessante notar o desenvolvimento de outros planos que incidem na garantia dos direitos das crianças, tais como os relacionados à soberania alimentar – com uma ampla gama de intervenções que vão desde as hortas familiares, escolares e comunitárias, cantinas escolares, a entrega de cestas de alimentos essenciais, até cartões para a compra de alimentos –, nos quais gestantes e crianças ocupam um lugar de destaque, buscando a erradicação da desnutrição infantil.

Os planos setoriais no quesito saúde dos países latino-americanos também incluem linhas de ação pontuais para gestantes e crianças pequenas, principalmente focadas em questões de nutrição, vacinação e prevenção, e atenção de doenças e padecimentos específicos desta faixa etária. Por outro lado, foram desenvolvidos planos para pessoas com deficiências, nos quais as infâncias se destacam como o ponto central das estratégias.

Outra questão que vem ganhando terreno no planejamento, dadas as altas taxas de gravidez na adolescência na região, é a da educação sexual integral e da prevenção da gravidez em meninas e adolescentes.

Há também evidências de um crescente desenvolvimento de planos – e consequentes intervenções – relacionados à erradicação da violência contra mulheres, adolescentes e meninas. Alguns países da região avançaram com leis de reparação econômica para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica ou de gênero, nas quais reconhecem o direito de receber uma quantia mensal e de contar

com um plano de saúde.

Além dos planos para a primeira infância e a adolescência e dos planos específicos anteriormente exemplificados, há referências a metas, objetivos e propósitos para esta faixa etária nos planos de desenvolvimento nacional.

Também vale destacar o papel – na mesma linha propositiva dos planos – desempenhado pelas estratégias para a primeira infância, que fornecem uma estrutura conceitual e técnica que orientam as ações destinadas a garantir os direitos desta faixa etária.

Finalmente, os muitos avanços na construção de sistemas de informação e avaliação das políticas públicas para a primeira infância são notáveis. Muitos países disponibilizam dados estatísticos e pesquisas, geralmente avaliações de impacto de alguns componentes pontuais de suas políticas, memórias, relatórios de auditoria, estudos sobre assuntos específicos, solicitados a universidades e organizações nacionais e estrangeiras, através dos quais cobrem, em parte, a demanda por informações para a análise da situação da primeira infância e dos esforços feitos pelos Estados de cada país para garantir o cumprimento efetivo de seus direitos. A Tabela 5 apresenta algumas das principais estratégias de informação e monitoramento da primeira infância. [PT_Tabla 5. Estrategias de información, monitoreo y evaluación de la política de la primera infancia.](#)

Em resumo, os Estados desenvolvem planos, estratégias ou políticas, com diferentes âmbitos temáticos e temporais, nos quais orientam ações para o cumprimento efetivo dos direitos da criança durante a primeira infância. A CDC, outros tratados internacionais e regulamentações nacionais fornecem um apoio conceitual para sua fundamentação.

3. Políticas para a Primeira Infância

A CDC convoca os países a construir um sistema integral de proteção da primeira infância capaz de garantir o cumprimento efetivo dos direitos de cada criança e adolescente com menos de 18 anos. Reconhecer as crianças como sujeitos de direito significa, em uma perspectiva de políticas públicas, constituí-las como destinatárias de um fluxo regulado e constante de bens, serviços e transferências que, nessa interação, geram as condições de possibilidade de realização de cada um dos direitos que os Estados se comprometeram a garantir. Ao ratificar a CDC, os Estados latino-americanos iniciaram um processo de adaptação de sua estrutura regulatória aos princípios estabelecidos pelo tratado internacional e, ao mesmo tempo, desenvolveram estratégias para acumular recursos e capacidades para fortalecer, ampliar e eventualmente redirecionar suas políticas públicas para a primeira infância.

Sem pretender ser exaustiva, esta seção desenvolve três subeixos nos quais se agrupam as principais políticas públicas para a primeira infância: educação e cuidados; saúde; e restituição de direitos. Estes subeixos são utilizados com fins analíticos e para dar maior clareza à apresentação; no entanto, algumas políticas podem responder a mais de um subeixo e é desejável que assim seja, em prol de uma abordagem integral da infância. Nesses casos, as políticas são destacadas no subeixo em que predominam.

Além disso, a quarta seção reúne um levantamento das políticas destinadas à primeira infância que surgiram no contexto da pandemia de covid-19.

3.1. Educação e cuidados

A CDC afirma que mães e pais – ou seus representantes legais – têm a principal responsabilidade pela

educação e desenvolvimento da criança. No entanto, estabelece que os Estados-partes devem prestar assistência apropriada aos pais e representantes legais para o desempenho de suas funções no que diz respeito à criação, e devem assegurar a criação de instituições, instalações e serviços para o cuidado das infâncias. A CDC também reconhece o direito à educação.

Este eixo apresenta diversas estratégias para garantir estes direitos.

Uma primeira menção corresponde às **licenças parentais**. A licença parental é uma das formas pelas quais os Estados incidem na distribuição do tempo entre a criação e o trabalho remunerado das mães e dos pais. Todos os países estabelecem licenças para mães trabalhadoras em seus códigos de trabalho. A duração da licença varia de 70 dias, no caso de Honduras, a 182 dias, no caso da República Bolivariana da Venezuela. Além disso, o regulamento prevê dias extras no caso de nascimentos múltiplos ou deficiência. A licença por maternidade e paternidade conforma, na maioria das legislações, um direito trabalhista. Portanto, aqueles que se beneficiam são filhos de trabalhadores empregados no setor formal e não precarizado da economia; ou seja, trata-se de uma proporção muito reduzida de pais e mães que trabalham para o mercado. Na América Latina, informações de pesquisas domiciliares de cada país mostram que menos da metade das mães e pais que possuem atividades remuneradas são trabalhadores assalariados registrados. Por outro lado, um conjunto significativo de países complementa a licença-maternidade com a licença-paternidade. Nesse caso, são períodos de licença muito mais curtos, com duração de 2 a 5 dias até um máximo de duas semanas. A variação se dá não apenas entre países, mas também segundo os diferentes acordos coletivos de trabalho.

As leis sobre os contratos ou códigos de trabalho exigem que os empregadores dos órgãos públicos e do setor empresarial forneçam **serviços de cuidado institucionalizados para os filhos de seus empregados**. Como resultado, existem três tipos de atenção associados aos ambientes de trabalho: o centro de cuidados localizado no próprio local de trabalho; a empresa que financia o custo dos serviços de cuidados (taxas e transporte); e os filhos de pais trabalhadores que acessam os serviços de cuidados dentro da rede administrada por um órgão da seguridade social. Este serviço é financiado pelos órgãos de seguridade social, as empresas e as famílias. Assim como a licença parental, este serviço se aplica apenas aos trabalhadores empregados no setor formal e não àqueles em condições precarizadas. Por outro lado, trata-se de um regulamento aplicável aos estabelecimentos que contratam uma determinada quantidade de trabalhadoras mulheres, e, portanto, tem um nível de cumprimento muito baixo, uma vez que os estabelecimentos evitam chegar ao número requerido e pela falta de supervisão.

O viés de gênero destas normas – tanto na diferença do número de dias entre a licença-maternidade e a licença-paternidade quanto no fato de que, na maioria dos países, os serviços de cuidado institucionalizados são oferecidos apenas às trabalhadoras mulheres – reflete a persistência de certas representações que assumem a mulher como a principal responsável pelo cuidado direto de seus filhos. Neste sentido, é pertinente estender estes direitos a trabalhadores informais ou não registrados, bem como a diferentes tipos de configurações familiares (reconhecendo direitos a casais não heterossexuais, àqueles que recorreram a tratamentos de fertilização, entre outros).

Também há uma variação entre as legislações com relação às licenças concedidas para a **amamentação**, uma vez que a mulher retorna ao cargo de trabalho e, geralmente, até que a criança complete um ano de idade. Na maior parte das vezes, a fim de evitar deslocamentos, permite-se combinar os dois descansos parciais em um e tomá-lo antes do início da jornada de trabalho ou adiantando o horário de saída. Outro formato que tem sido frequente é a disponibilidade de lactários, para que as mulheres possam amamentar ou extrair e conservar o leite materno durante o horário de trabalho.

A pandemia de covid-19, que atravessa o mundo desde o final de 2019, fez surgir outras possibilidades de trabalho, contemplando o trabalho remoto em ocupações que antes não eram desenvolvidas dessa forma e a prestação de licenças de cuidados. Parte dessa flexibilidade deve ser estendida à "nova normalidade", pois as famílias com crianças precisam de tempo para cuidar durante todo o ciclo de vida, e não apenas nos primeiros meses de vida, como previsto nos regulamentos analisados acima.

Outras estratégias centrais a serem destacadas neste eixo – e principalmente para as crianças mais novas – são os programas de acompanhamento familiar, as creches domiciliares e os centros de desenvolvimento infantil.

Os programas de acompanhamento familiar são uma das formas pelas quais os Estados se envolvem diretamente, e de forma personalizada, com os cuidadores de crianças pequenas. Normalmente, essas intervenções acontecem através de visitas domiciliares e oficinas em ambientes comunitários. Seu objetivo central é contribuir para o desenvolvimento das habilidades parentais, para o fortalecimento dos laços intrafamiliares e para conectar as famílias com os órgãos estatais que fornecem apoio econômico e assistencial. Uma característica distintiva desses programas é o fato de que toma a família como unidade de intervenção, concentrando-se nas mais vulneráveis. O serviço é desenvolvido em forma de palestra ou oficina, fornecendo diretrizes e condições para a educação e o cuidado, e é realizado em encontros nas próprias casas das famílias ou em espaços informais do bairro, dando destaque ao ambiente comunitário. Em geral, consiste em um componente de um programa com outras intervenções e, nestes casos, é desenvolvido por equipes profissionais. Os temas abordados são: amamentação, criação, ambientes saudáveis, alimentação e pautas educacionais. As visitas são acompanhadas de panfletos ou materiais impressos e, em alguns casos, audiovisuais, o que estabelece uma variante no acesso aos conteúdos. Nessas intervenções, normalmente facilita-se o acesso das famílias à oferta pública de bens e serviços. Assim, os programas de acompanhamento familiar possuem duas ações centrais: o apoio direto às famílias na aprendizagem e nas diretrizes parentais, principalmente através de visitas domiciliares, e o fortalecimento dos direitos através da articulação do acesso a outros serviços, principalmente educação e saúde. O programa educacional do sistema "Chile Crece Contigo" é um caso relevante, pois inclui CDs e DVDs de estímulo à linguagem e jogos, com vídeos, cartilhas educacionais e outros materiais de apoio aos pais que podem ser acessados através da internet, redes sociais e programas de rádio, além das visitas domiciliares.

Outro tipo de estratégia são as **creches domiciliares**. Na América Latina, há registros de uma ampla experiência na organização comunitária de cuidado de crianças pequenas. O modelo do homem provedor e da mulher cuidadora, assim como o déficit de serviços públicos para o cuidado das crianças mais novas, levou à organização, geralmente informal e territorial, de mulheres para o cuidado das crianças em paralelo ao trabalho. Nas creches domiciliares, as "mães cuidadoras" fornecem cuidados e educação para crianças pequenas. Neste caso, existem dois tipos de atenção: as mães que são reconhecidas pelo Estado como "mães cuidadoras", que abrem as portas de suas casas para cuidar de crianças que não são seus filhos, ou as "mães cuidadoras" que se deslocam a espaços oferecidos pela comunidade (escolas, centros de saúde, associações de bairro, entre outros). Em alguns casos, as "mães cuidadoras" são contratadas e supervisionadas por órgãos estatais; em outros, são voluntárias. As creches domiciliares atendem populações com carências persistentes ou que residem em zonas de difícil acesso. Um de seus objetivos centrais é facilitar a entrada de pessoas que exercem trabalhos de cuidados – em particular, as mulheres – no mercado de trabalho. A vigilância nutricional e o fornecimento de alimentos são atividades frequentes nas creches domiciliares. Em geral, o cuidado direto é complementado por atividades educacionais, lúdicas e recreativas. Em alguns casos, esses espaços são concebidos como experiências de transição a centros de desenvolvimento infantil ou estabelecimentos de educação de nível inicial. A Colômbia tem sido um dos países com maiores níveis

de desenvolvimento desse tipo de experiência; em sua trajetória, são identificados diferentes formatos na relação entre as "mães cuidadoras" e o Estado.

Por fim, os centros de **desenvolvimento infantil** têm objetivos, população e serviços semelhantes aos das creches domiciliares. Entretanto, é comum que sua proposta pedagógica seja formalizada e que contem com agentes educacionais capacitados e supervisionados pelos ministérios da educação. Oferecem atenção, educação, vigilância nutricional e sanitária, alimentação, atividades lúdicas e recreativas. Seu propósito é contribuir para o desenvolvimento das habilidades cognitivas, afetivas, emocionais, psicomotoras e sociais das crianças pequenas. Tem também como objetivo contribuir para a conciliação entre as tarefas de cuidados e as atividades de trabalho, geralmente das mulheres ou famílias com menor renda. A administração desses serviços é, em geral, exercida por órgãos estatais encarregadas de projetar e implementar as estratégias para a atenção integral da primeira infância. Em alguns casos, como no México, há confluência entre as modalidades de financiamento público (em diferentes níveis), privado e misto. Nos países federais, estas modalidades implicam maiores esforços de coordenação e articulação intergovernamental e, dado que cada província ou município firma convênios específicos segundo os seus recursos, há uma grande variabilidade no acesso e na qualidade. Há registros também de participação de organizações da sociedade civil como, por exemplo, no Uruguai.

Em resumo, o serviço de creches domiciliares e centros de desenvolvimento infantil se concentram no cuidado direto, na atenção nutricional, na vigilância da saúde e no desenvolvimento de atividades lúdicas e educacionais. [PT Tabla 6. Estrategias destacadas de atención y educación de los 19 países latinoamericanos](#)

Finalmente, o eixo é constituído por uma das políticas mais robustas e consolidadas em toda a região: a educação de nível inicial. Este é o primeiro nível da trajetória educacional dos sistemas nacionais de educação. Segundo o país, é destinado a crianças entre 45 dias e 6 anos de idade. De acordo com o sistema de Classificação Internacional Normalizada da Educação (CINE), desenvolvido pela UNESCO, os programas educacionais destinados à primeira infância (CINE 0) são caracterizados por sua flexibilidade e enfoque holístico. O objetivo desses programas é contribuir para o desenvolvimento cognitivo, físico, social e emocional da criança e para familiarizá-las com a instrução organizada fora do ambiente familiar. Dentro dos programas educacionais classificados como CINE 0, a UNESCO diferencia aqueles orientados ao desenvolvimento da primeira infância (CINE 0 10) e os voltados à educação pré-primária (CINE 0 20). Os primeiros são destinados a crianças de 0 a 2 anos; os segundos para crianças de 3 anos até o início da educação primária. Os programas no nível CINE 0 são fornecidos em ambientes institucionalizados (escolas, centros comunitários, lares) preparados para acolher grupos de crianças. Estão excluídas deste nível as iniciativas de educação informal (dirigidas por mães, pais, familiares e/ou amigos) e os programas sem intenção educacional com foco no cuidado, nutrição e saúde das crianças. Com exceção de Cuba, o último ano do nível inicial é obrigatório em todos os países da região latino-americana.

Estes serviços podem ser de jornada completa ou simples. Na maioria dos países existem critérios de seleção para admissão, geralmente baseados na proximidade da residência da criança, no fato de ter irmãos ou irmãs já frequentando a instituição, ter uma mãe ou pai que sejam funcionários da instituição ou critérios ligados ao nível socioeconômico. Por fim, cabe destacar o papel de "transição" ou "preparação para o nível educacional seguinte", função atribuída às últimas séries deste nível, e da pretensão de articulação com o nível primário, que ocorre em vários países. No entanto, os novos currículos contam com fundamentos mais abrangentes, apresentados como integrados ou, de forma interdisciplinar, centrados em certas ideias-força do núcleo. Nesses fundamentos, é levantado o conceito de crianças como sujeitos da educação, incorporando contextos socioculturais e revisando ou fortalecendo a formação de certas atitudes relacionadas a valores (Peralta Espinosa, 2021). Nestes

serviços, também é possível observar modificações pedagógicas, a partir da adaptação dos conteúdos curriculares às realidades das sociedades contemporâneas, assim como a inclusão de questões transversais como gênero, equidade e deficiência. [PT Tabla 7. Estructura del nivel inicial de los 19 países latinoamericanos \(2021\)](#)

3.2. Saúde

A CDC compromete os Estados-partes a reconhecer o direito das crianças ao gozo do mais alto nível de saúde e a serviços para o tratamento de doenças e a reabilitação da saúde. Além disso, os Estados-partes se comprometem a garantir medidas para reduzir a mortalidade infantil, combater doenças e desnutrição, garantir a atenção pré-natal e o aleitamento materno, entre outros.

Uma das primeiras questões relevantes deste eixo corresponde à saúde sexual e reprodutiva, temática sobre a qual a maioria dos países da América Latina sancionou regulamentações e desenvolveu programas de acordo com tratados internacionais e recomendações de diversas organizações. Garantir o direito de decidir quantos e quando ter filhos tem sido um assunto prioritário, com ênfase especial na população adolescente.

Em seguida, destacam-se as intervenções voltadas para a atenção da saúde e o estado nutricional de pessoas gestantes e de crianças pequenas, que têm uma forte presença na rede de serviços ECPI, durante todo o ciclo de vida da primeira infância em todos os países. Neste sentido, o primeiro controle pré-natal costuma ser o início de um vínculo com o sistema de saúde que se estende, com intensidade variável, por toda a primeira infância. Os controles pré-natais são recomendados por organizações internacionais e Estados, constituem um forte pilar nas políticas nacionais de saúde e, no caso de programas de transferência de renda para gestantes, são frequentemente uma condição para a recepção de fundos. Sua eficácia tem sido amplamente comprovada ao longo dos anos, tanto em termos de condições de saúde das mães quanto das crianças no momento do nascimento. As intervenções encontradas se voltam para atender a saúde de pessoas gestantes e de crianças por nascer, e garantir que o parto e os primeiros meses após o nascimento ocorram em ambientes seguros e saudáveis. Seu objetivo é prevenir, diagnosticar e tratar complicações da gravidez, monitorar o crescimento e a vitalidade do feto e detectar doenças subclínicas.

Nos programas de acompanhamento familiar mencionados, a atenção da saúde é combinada com intervenções educacionais voltadas para as mães, seus/suas parceiros/as e outros responsáveis significativos. O foco do componente educacional está em atender as vulnerabilidades não obstétricas, em preparar emocionalmente a pessoa gestante e seu/sua parceiro/a e, em particular, fortalecer e promover vínculos interpessoais para a educação de crianças pequenas. O trabalho interdisciplinar se concretiza no interior do sistema de saúde ou estabelecendo canais com outras áreas do Estado, através de mecanismos de encaminhamento. Os profissionais de saúde derivam os pacientes a assistentes sociais ou profissionais de saúde mental, que atendem casos de depressão das pessoas gestantes ou outras vulnerabilidades emocionais comuns durante a gravidez, seja no mesmo estabelecimento de saúde onde a consulta é realizada ou fora dele.

A transferência de recursos financeiros para pessoas gestantes de setores socialmente vulneráveis é outra forma pela qual os Estados promovem o vínculo com o sistema de saúde. O acesso ao incentivo econômico é frequentemente sujeito à certificação de exames pré-natais e à promoção do parto institucionalizado. Em alguns países – Equador e Honduras, por exemplo –, estes objetivos são complementados por outros relacionados à melhoria do estado nutricional da mãe através do fornecimento de micronutrientes, entendendo tratar-se de um determinante para a saúde da criança durante a gestação.

Garantir que o parto ocorra em estabelecimentos de saúde equipadas e com equipes especializadas é uma das formas mais eficazes de reduzir o risco de mortalidade e morbidade materna e infantil. Neste sentido, vários países da região aprovaram leis ou desenvolveram planos para garantir um parto humanizado: no Uruguai, a Lei 18.426 sobre [Saúde Sexual e Reprodutiva e Parto Humanizado](#) (2008); o Plano Parto Humanizado na Venezuela; e na Argentina, a Lei 25.929 de Parto Respeitado (2004), entre outros.

O parto e os dias posteriores ao nascimento são dois momentos em que o vínculo com os serviços de saúde se torna mais intenso. Diante desses eventos, o sistema de saúde, embora não seja o único, continua sendo o ambiente prioritário a partir do qual o Estado se vincula com as gestantes, puérperas, com seus parceiros, crianças e pessoas responsáveis por seu cuidado. O foco, portanto, está em garantir a sobrevivência da mãe e da criança durante o parto e nos primeiros dias após o nascimento, na prevenção de doenças através da vacinação e na detecção precoce e oportuna de doenças e deficiências. A estratégia do Hospital Amigo da Mãe e da Criança (ou nomes semelhantes) também é fortemente desenvolvida nos países analisados. Além disso, destacam-se estratégias focalizadas em populações vulneráveis, como o Programa de [Atenção às Mulheres Grávidas Indígenas e aos Recém-nascidos](#), desenvolvido no Paraguai. Durante a estadia no estabelecimento de saúde, em geral é fornecido um kit de boas-vindas para o recém-nascido.

Estas estratégias também visam atuar precocemente sobre problemas de saúde congênitos, que em muitos casos são a causa da deficiência. Neste sentido, as estratégias de detecção são fundamentais. Os programas de triagem neonatal e de saúde auditiva têm estado entre as intervenções pioneiras, junto à vacinação, para atender esta demanda. Os programas de imunização são outra das ações que os Estados têm desenvolvido historicamente para esta faixa etária, incorporando uma maior quantidade de vacinas nos calendários oficiais ao longo do tempo.

Reconhecendo a particularidade dos primeiros dias da primeira infância, os países da região desenvolveram vários formatos para sua atenção, com programas que normalmente aludem aos 1000 dias em sua denominação dada a importância desta etapa – e das intervenções realizadas durante a mesma – para o desenvolvimento futuro. No Equador, exemplo disso é o Benefício de 1000 dias, concedido durante parte da gestação e nos dias seguintes ao nascimento.

A internação em um atendimento institucionalizado do sistema de saúde é uma instância privilegiada para promover o aleitamento materno. Essa prática proporciona uma ótima nutrição para os bebês. Além de proteger as crianças pequenas de doenças, fortalece o vínculo entre mães e bebês e está associada a um maior desenvolvimento sensorial e cognitivo das crianças durante a primeira infância. A longo prazo, a literatura indica que o aleitamento materno tem um efeito protetor contra o excesso de peso e a obesidade. Entretanto, na região, a proporção de crianças amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida ainda é baixa. Na maioria dos países, a prevalência da amamentação exclusiva é de cerca de um terço do total. Os bancos de leite materno são uma iniciativa desenvolvida por alguns hospitais para resolver as dificuldades experimentadas por algumas mães na alimentação do recém-nascido. Existem bancos de leite humano em praticamente todos os países da região, e muitos deles estão localizados dentro das maternidades.

A presença do sistema de saúde durante o primeiro ano de vida se dá principalmente através de controles e exames de saúde. Os mecanismos de derivação e os dispositivos de ligação com outros serviços da rede de saúde também são intensificados, especialmente aqueles que dependem da transferência de recursos financeiros para famílias socialmente vulneráveis. Com efeito, o foco é voltado para monitorar o crescimento das crianças, vigiar e atender seu estado nutricional e de saúde geral, verificar o cumprimento do calendário de vacinação obrigatório, detectar problemas de saúde precocemente, incentivar a permanência da amamentação e fortalecer os laços intrafamiliares através

de atividades lúdicas, culturais e recreativas. Os programas de saúde mental também estão sendo instalados nas intervenções para fornecer respostas de saúde integral. Outros mecanismos de derivação são aqueles ativados em casos de suspeita de maltrato ou violência doméstica, para os quais a maioria dos países desenvolveu protocolos de atuação com órgãos especializados na abordagem correspondente. [PT Tabla 8. Estrategias destacadas de salud de los 19 países latinoamericanos](#)

3.3. Restituição de direitos

Reconhecer as crianças como sujeitos de direitos significa, do ponto de vista das políticas públicas, constituí-las como receptoras de um fluxo regulado, robusto e constante de bens, serviços e transferências que geram, através da interação, as condições para a realização de cada um dos direitos que os Estados se comprometeram a garantir. Paralelamente, este reconhecimento exige que os Estados adotem medidas de proteção especial quando estes direitos sejam violados. A CDC solicita que os Estados, no Artigo 19, tomem todas as medidas apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, ofensas ou abusos, negligência ou tratamento displicente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança estiver sob a custódia dos pais, do(s) tutor(es) legal(ais) ou de qualquer outra pessoa responsável por ela.

Precisamente, um dos pilares do SIPDPI é constituído pelo marco regulatório e intervenções destinadas a determinar sanções, prevenir e estabelecer medidas de proteção e assistência para crianças vítimas de violência, do crime de tráfico de pessoas e de exploração sexual, bem como restaurar o direito de crescer em um ambiente familiar.

A restituição dos direitos começa com a possibilidade de ter uma carteira de identidade nacional, o primeiro passo para reconhecer os sujeitos cidadãos do país. Outra linha em que os governos avançaram nas últimas décadas é a definição de marcos regulatórios e programáticos para lidar com as violências contra crianças na primeira infância. Estes avanços se concretizaram em leis contra a violência contra as mulheres, contra a violência doméstica e aquelas que proíbem o castigo físico. É possível identificar o desenvolvimento deste nível normativo em todos os países da região. Em termos de avanços tecnológicos, há também um amplo impulso para a criação de regulamentos e programas que visam evitar o cyberbullying.

Além disso, foram desenvolvidos programas de prevenção de maus-tratos contra crianças ou "escolas para pais e mães", onde pais, mães e responsáveis refletem sobre seus padrões de criação. Na maioria dos países latino-americanos existem linhas telefônicas ou *chats* gratuitos para mulheres vítimas de violência e, mais recentemente, para crianças e adolescentes. Alguns exemplos são o [Linha 102, a linha telefônica para meninos e meninas na Argentina](#), e a Linha e o Chat 100 no Peru.

Uma estratégia a ser destacada neste eixo é a de serviços de atenção institucionalizada para crianças sem cuidados parentais. Na América Latina, há um grupo significativo de crianças que, por circunstâncias políticas – conflitos de guerra e migrações forçadas –, econômicas – quando, por exemplo, famílias são desmembradas devido à migração laboral –, quando a deficiência ou a falta de acesso a serviços básicos desencadeia situações de abandono temporário ou permanente, ou outras circunstâncias, não conta com o cuidado permanente de pelo menos um de seus pais biológicos ou adotivos, ou adultos em condição de assumir a responsabilidade por sua criação. A falta de cuidados parentais resulta, na grande maioria dos casos, na judicialização de crianças pequenas. Outros casos de desvinculação de crianças de suas famílias ocorrem quando órgãos estatais (principalmente a justiça) intervêm em uma situação de grave violação de direitos – vícios dos pais, violência doméstica, abuso sexual etc. –, transferindo as crianças para instituições de atenção e desvinculando-as de seus

pais, até que a violação de direitos seja comprovada e resolvida. Nestes casos, as leis de proteção ou sistemas integrais de proteção de direitos ativam medidas de trânsito para este período.

A oferta de serviços de assistência institucionalizada para crianças sem cuidados parentais é heterogênea. Apesar de contradizer os princípios da CDC e ir contra os paradigmas científicos, ainda existem orfanatos tradicionais, instituições totais que, em geral, abrigam um grande número de internos, geralmente em condições pouco favoráveis. Por outro lado, e ajustando-se ao novo paradigma proposto pela desinstitucionalização, foram desenvolvidas instituições que buscam recriar um ambiente familiar, onde um grupo de cuidadores, especialmente treinados para amparar e restituir os direitos das crianças em situação de alta vulnerabilidade emocional e afetiva, cuidam de um grupo reduzido de crianças e adolescentes.

Em outros casos, as famílias são chamadas a aceitar a guarda transitória dessas crianças, até a resolução do problema. Em alguns desses serviços, a atenção institucionalizada das crianças é combinada com programas educacionais para as famílias receptoras, voltados para restaurar o direito à convivência em um ambiente familiar, o que, em muitos casos, resulta na adoção. Em algumas situações, as famílias recebem um subsídio para cobrir as despesas para os cuidados das crianças. Em outros casos, os serviços dependem do compromisso e do trabalho voluntário das famílias receptoras. O acolhimento é uma das modalidades mais recentes, embora nos países da região haja uma forte tendência ao acolhimento informal; ou seja, dentro da própria família, por parte de avós, tios, tias ou outros membros. Neste último caso, a adoção é constituída através dos órgãos de proteção de direitos. Este tipo de ofertas amplas e graduais são observadas na Colômbia, na Costa Rica, na República Dominicana, entre outros. Outros países também desenvolveram a modalidade de famílias amigas ou substitutas, nos quais se destacam Cuba, Argentina, Honduras, Venezuela e Panamá. Alguns países oferecem serviços que respondem a situações contextuais particulares, como os casos de El Salvador e Guatemala, que possuem Centros de Atenção à Infância, à Adolescência e à Família (CANAF), voltados para crianças e adolescentes migrantes que retornaram, e o Programa Infância Migrante, respectivamente.

Em resumo, na América Latina há duas modalidades predominantes para a atenção a crianças sem cuidados parentais. Por um lado, há o acolhimento em caráter de convivência (com diferentes níveis de complexidade e especificidade de acordo com as características da população), onde o Estado cumpre sua função como produtor do serviço. Por outro lado, uma modalidade baseada no cuidado familiar (famílias de acolhimento, substitutas ou amigas), que propõe dinâmicas familiares transitórias até a resolução do conflito na família de origem ou a adoção das crianças ou adolescentes, sendo a última instância nas medidas de proteção. Nessas modalidades familiares, o Estado desempenha um papel regulador e terceiriza às famílias a produção dos bens e serviços necessários para o desenvolvimento das crianças.

Um último grupo de intervenções consiste na transferência de recursos financeiros para famílias com privação material persistente. Na América Latina, o direito das crianças pequenas de viver em famílias com acesso a um fluxo constante, protegido e suficiente de renda é um dos mais frequentemente violados. Além disso, a probabilidade de viver em condições de pobreza é consideravelmente maior entre os que residem em áreas rurais e entre as populações indígenas e afrodescendentes (Del Popolo, 2017). A transferência de recursos financeiros para mulheres gestantes e famílias de baixa renda onde residem crianças pequenas é uma das formas pelas quais os Estados contribuem para gerar as condições para o cumprimento efetivo dos direitos das infâncias. O Auxílio-Gravidez para Proteção Social e o Auxílio Universal por Filho na Argentina são exemplos desse tipo de intervenções.

[PT Tabla 9. Estrategias destacadas de restitución de derechos de los 19 países latinoamericanos](#)

3.4. A pausa da pandemia

O fluxo regular de bens, serviços e atividades realizadas pelos Estados foi interrompido em março de 2020 pela pandemia global de covid-19, vivida em todo o mundo. A emergência sanitária e as diversas medidas de isolamento social tomadas para evitar o contágio e evitar mortes desafiaram as economias familiares e estatais. Os Estados tiveram que atender necessidades e demandas de diferentes tipos. A satisfação das necessidades básicas das famílias tornou-se uma prioridade. Os Estados ensaiaram diferentes estratégias para entregar alimentos, priorizando as famílias com gestantes, crianças pequenas e idosos. Dada a recomendação de evitar a aglomeração de pessoas, em geral foram distribuídas cestas de alimentos ou vales para sua compra. Em vários países, o valor das transferências de renda já existentes foi aumentado. Aquelas instituições que, em seu regime escolar ou de cuidado, forneciam almoço ou lanches também passaram a ser canais para chegar às famílias.

Todos os tipos de ações de atenção e educação presenciais foram suspensos, e grande parte dos esforços do Estado foi dedicada à educação virtual. O uso de diferentes tecnologias da comunicação foi fundamental para manter o contato de crianças e adolescentes com atividades educacionais e lúdicas. Para isso, foram transmitidos programas de televisão e rádio e distribuídos cadernos de atividades em instituições educacionais para estudantes impossibilitados de dar seguimento à educação de forma virtual.

Posteriormente, a vacinação da população foi fundamental nas ações contra o coronavírus, sendo as crianças menores de 3 anos um dos últimos setores a serem vacinados.

Outra questão que os Estados tiveram que enfrentar foi a violência, que aumentou como resultado do isolamento em diversos ambientes familiares. Diferentes canais de comunicação foram formalmente habilitados para que as crianças pudessem se comunicar e alertar sobre a situação. Em muitos casos, a coordenação entre diferentes áreas de saúde, de desenvolvimento social e outras similares fez possível atender integralmente às crianças em situações de violência, maus-tratos ou abuso.

4. Panorama Regional em Dados

Esta seção analisa brevemente a situação da saúde e da educação da primeira infância, com o objetivo de mostrar a eficácia das políticas estruturais que estão em vigor há mais tempo. Estes são os serviços e bens que os Estados tradicionalmente destinam às crianças pequenas. Ao dimensionar estas situações, nos encontramos com a variabilidade da região. Cabe ressaltar a dificuldade de comparação desses dados devido à existência de diferentes fontes estatísticas em cada país, ao estabelecimento diverso da obrigatoriedade do nível inicial e da disponibilidade pública de informações.

A taxa de frequência escolar para a faixa etária de 3 a 5 anos é, em média, de 73,1% (considerando os dados disponíveis de acordo com cada país entre 2016 e 2018). No entanto, como muitas vezes acontece com as médias, escondem grandes diferenças: na Bolívia, por exemplo, mal excede 40,6%, enquanto no Uruguai chega a quase 90%. [PT Gráfico 1. Tasa de asistencia por edad escolar de 3 a 5 años](#)

A taxa média de frequência escolar da pré-primária na maioria dos países de caráter obrigatório é de 91,5%. Entretanto, em alguns países, como Bolívia, Panamá e Paraguai, ligeiramente supera 80%. [PT Gráfico 2. Tasa de asistencia escolar al último año de la preprimaria](#)

Em relação aos indicadores de saúde, constatamos que a taxa de mortalidade neonatal regional é de 9,4%, mas com profundas diferenças entre os países: enquanto em Cuba e no Uruguai a taxa não

alcança 5%, na Bolívia, na República Dominicana e na Venezuela chega a quase 20%. A situação é semelhante ao analisar a taxa de mortalidade infantil. A média regional de 14,3% não mostra a situação preocupante de países como a Bolívia (28%) ou a Venezuela (25,7%).

A disparidade entre os países latino-americanos é considerável. Na América Latina, 157 mil dos 10 milhões de crianças nascidas anualmente morrem antes de seu primeiro aniversário; 95 mil morrem antes de completar um mês de vida (OPAS, 2018).

Os grupos com um alto acúmulo de desvantagem social e, em particular, crianças de comunidades indígenas e afrodescendentes sofrem de sobremortalidade em idade precoce. Isto significa que a probabilidade de uma criança indígena morrer antes de atingir o primeiro ano de vida é 60% maior do que no caso de seus pares não indígenas (CEPAL, 2007). [PT Gráfico 3. Tasas de mortalidad neonatal e infantil](#)

Como mencionado na análise das intervenções de saúde, as gestantes anêmicas e as crianças abaixo do peso têm sido questões prioritárias para os países da América Latina. Os últimos dados revelam uma média de 8,4% de crianças com menos de 5 anos com baixo peso, apresentando números mais elevados em alguns países da América Central. [PT Gráfico 4. Menores de 5 años con peso insuficiente](#)

Finalmente, a amamentação exclusiva de crianças menores de 6 meses, conforme recomendado pela OMS e que muitos Estados incluíram em suas agendas de saúde, evidencia a necessidade de continuar com as ações e desenvolver outros programas para tornar visível e apoiar a importância desta prática, dado que a média regional não chega a 36%. A Bolívia, o Peru e a Guatemala se destacam como países onde a amamentação exclusiva supera a taxa de 50%. [PT Gráfico 5. Lactancia exclusiva en menores de 6 meses](#)

Em resumo, os indicadores mostram que, embora os Estados latino-americanos tenham feito grandes esforços nas áreas da educação e da saúde, tradicional e estruturalmente dedicados às crianças pequenas, ainda não alcançaram um cenário de situação ideal.

5. Conclusões e Desafios Regionais

A maioria dos países mostra progressos significativos na construção de sistemas integrais para a proteção dos direitos. Nos trinta anos que se seguiram à CDC, foram muitos os sinais e ações empenhadas para traduzir o novo paradigma proposto pela Convenção em práticas concretas de garantia de direitos.

No nível normativo, a maioria dos países adaptou suas leis de proteção à primeira infância ou promulgou regulamentações – caso não existissem previamente – de acordo com os princípios do melhor interesse da criança, do direito à vida, da sobrevivência e desenvolvimento, da participação infantil e da não discriminação propostos pela CDC. Sobre este ponto, cabe destacar que o Chile, embora seja o único país que não possui uma lei, projetou e implementou o Sistema de Proteção Integral à Infância “Chile Crece Contigo”, que articula um conjunto de ações destinadas às crianças. Com relação aos protocolos facultativos da CDC, os países da região avançaram em sua aceitação ou ratificação. Colômbia, Cuba, República Dominicana, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Venezuela são os países que têm pendente a aprovação do Protocolo Facultativo da CDC relativo a um procedimento de comunicações, o último a entrar em vigor.

A maior parte dos Estados plasma suas metas, propósitos e objetivos para a primeira infância em documentos de planejamento específico ou em planos para a primeira infância e a adolescência. Em

alguns casos, o segmento etário ocupa um lugar importante nos planos de desenvolvimento nacional. As estratégias são outro elemento através do qual os Estados enunciam seu compromisso com a primeira infância e de que forma esperam cumpri-lo. Finalmente, os benefícios refletem uma mobilização de recursos e bens públicos em diferentes momentos do ciclo de vida das crianças, embora estejam fortemente agrupadas por áreas do Estado.

As políticas desenvolvidas, provavelmente devido à condição de universalidade necessária e valorável, exigiriam uma perspectiva mais acentuada para reconhecer e responder às particularidades dos povos indígenas, das comunidades rurais, dos assentamentos urbanos, das pessoas com deficiência, em situação de rua, de crianças sem cuidados parentais, de migrantes e das infâncias em extrema pobreza.

Por outro lado, o cuidado e a educação das crianças mais novas, isto é, desde o nascimento ou dos primeiros meses de vida até o ingresso no nível inicial do sistema educacional, ainda consiste em um ponto de tensão. Os serviços destinados a esta etapa são não só mais recentes e, portanto, com menos cobertura em toda a região, mas também continuam mostrando dificuldades de romper com a oposição cuidado/educação e de elaborar estratégias conjuntas de acordo com a idade. As tentativas de formalizar as creches domiciliares, através de capacitações ou apoio de equipes técnicas, e a referência à configuração de equipes docentes ou de profissionais de diferentes disciplinas nos centros de desenvolvimento infantil, assim como a referência à adaptação do currículo oficial, dão indícios da não resolução do debate entre a assistência e a pedagogia. Embora o nível inicial seja o último a ser incorporado aos sistemas educacionais, já está legitimado e aceito pelas famílias, que se veem reforçadas pela universalidade e obrigatoriedade do nível que constam na maioria dos países. Da mesma forma, refletem-se as diferenças entre os níveis socioeconômicos, uma vez que grande parte das intervenções é destinada aos setores mais vulneráveis, considerando a possibilidade de mercantilização nos setores médios e altos e a disponibilidade de recursos dos Estados, o que dificulta a universalização das estratégias. Assim, desde o início da vida das crianças, existem circuitos diferenciados de educação e cuidados segundo as condições socioeconômicas dos lares de nascimento. Nesses circuitos diferenciados, a qualidade dos serviços é outro dos aspectos que criam tensão. A elaboração de padrões de qualidade e seu efetivo cumprimento mostram a intenção de romper esses circuitos injustos.

Outro ponto a considerar na prestação desses serviços é que as crianças pequenas requerem, para o cumprimento efetivo de seus direitos, a mediação dos adultos responsáveis por seus cuidados. O desenvolvimento de sistemas de cuidado começou nos países da América Latina, principalmente com as experiências pioneiras do Uruguai e da Costa Rica, e recentemente na Argentina. Assim, garantir os direitos da primeira infância implica garantir os direitos das famílias, permitindo o acesso a moradia e infraestrutura adequadas; a provisão de estratégias para desenvolver capacidades e habilidades de cuidado e criação; à sustentação de fluxos de renda que permitam o bem-estar de seus membros; a serviços de educação e cuidados que permitam a conciliação das atividades laborais com o cuidado familiar, entre outros. Nesta linha, faz-se necessário articular a agenda da primeira infância com a do movimento de mulheres, revendo os papéis e estereótipos tradicionais de gênero que ainda sustentam algumas das estratégias estatais de cuidado e educação da primeira infância, e a invisibilidade e precariedade do trabalho de cuidado. Abordar estes pontos, e aqueles que possam surgir ao debater e refletir sobre o assunto, resultará em serviços de cuidado e educação para a primeira infância equitativos, inclusivos e interculturais e que, em coordenação com outras estratégias, serviços e bens, permitam a garantia efetiva dos direitos para que as crianças, mas também suas famílias, possam se desenvolver em todo o seu potencial.

Na interseção da enunciação e das políticas concretas, surge a necessidade de rever a noção de integralidade. A maioria dos países faz referência à pretensão de alcançá-la – entre os signatários da

CDC – em forma de políticas universais e integrais, mas ainda são implementadas de forma focalizada e setORIZADA. Embora este documento não destaque as interações entre as áreas de saúde e desenvolvimento social, estão entre as que mais fortaleceram suas relações, a partir de estratégias territoriais e programas de transferência condicionada. Neste sentido, o desafio de dotar as políticas para a primeira infância de integralidade concreta aplica-se, em maior ou menor grau, a todos os países. Essas práticas evitariam sobreposições entre as intervenções e otimizariam o uso de recursos.

Finalmente, o artigo 42 da CDC afirma que os Estados-partes se comprometem a tornar os princípios e disposições da Convenção amplamente conhecidos por meios eficazes e apropriados, tanto para adultos como para crianças. É importante sustentar as intervenções de difusão, empoderamento e apropriação de direitos, uma vez que são essenciais para o seu cumprimento.

6. Referências Bibliográficas

Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.
<https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

Associação Mundial de Educadores Infantis [AMEI] (2006). Declaração de Morelia. Educación infantil temprana: desafíos del tercer milenio. <https://web.oas.org>

Banco Mundial (2015). América Latina Indígena no Século XXI.
<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/541651467999959129/latinoam%c3%a9rica-ind%c3%adgena-en-el-siglo-xxi-primera-d%c3%a9cada>

CEPALSTAT (2018). Base de dados estatísticos e publicações. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. <http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/portada.html?idioma=spanish>

Compromiso Hemisférico por la Educación de la Primera Infancia (2007).
<https://www.oei.es/historico/noticias/spip.php?article1369>

Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989). Nações Unidas.
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>

Del Popolo, F. (Ed.). (2017). Los pueblos indígenas en América (Abya Yala). Desafíos para la igualdad en la diversidad. CEPAL.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/43187-pueblos-indigenas-america-abya-yala-desafios-la-igualdad-la-diversidad>

Educación Para Todos. (2000). Marco de Acción de Dakar y Marcos de Acción Regionales. UNESCO.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2020). Niños y niñas en América Latina y el Caribe. Panorama 2020. <https://www.unicef.org/lac/media/21901/file/NNAenALC2020-a-una-pagina.pdf>

————— (2014). La Convención sobre los Derechos y sus tres protocolos facultativos.
<https://www.unicef.org/argentina/media/571/file/CDN.pdf>

García Méndez, E. (s.f.). La Convención Internacional de los Derechos del Niño: del menor como objeto de la compasión-represión a la infancia-adolescencia como sujeto de derechos.
http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/La_convencion_internacional.pdf

Heckman, J. (2011). El poder de los primeros años: políticas para fomentar el desarrollo humano [exposição no lançamento do programa de atenção integral à primeira infância]. De cero a siempre da Alta Consejería para programas especiais da presidência da República da Colômbia, 21 de fevereiro].

Instituto Internacional de Planejamento Educacional [IIEP UNESCO] e Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2015). La inversión en la primera infancia en América Latina. <https://www.unicef.org/argentina/media/3181/file/Primera%20Infancia%20América%20Latina.pdf>

Kandel, E. R., Schwartz, J. H. e Jessell, T. M. (1997). *Neurociencia y conducta*. Prentice Hall.

Nari, M. (2011). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos.

Comentários Gerais do Comitê dos Direitos da Criança, 7 (2005). Nações Unidas. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11

Organização dos Estados Ibero-Americanos [OEI] (2010). Metas Educativas 2021: a educação que queremos para a geração dos bicentenários. OEI/CEPAL.

Organização Iberoamericana de Seguridade Social [OISS]. (2018). <http://iberinclusion.oiss.org/libro/dimension-caracteristicas-y-perfiles-de-la-poblacion-con-discapacidad-8>

OPS [Organização Pan-Americana da Saúde] (2018). Base de dados. <https://www3.paho.org/data/index.php/es/>

Peralta Espinosa, V. (2021). Análisis comparativo curricular para la Primera Infancia en América Latina. Estudio comparativo en Chile, Ecuador, México y Uruguay. UNESCO. <https://www.buenosaires.iiep.unesco.org/es/portal/analisis-comparativo-curricular-para-la-primera-infancia-en-america-latina>

Presno, M., López Rocha, C. e Moyá, G. (2019). Políticas públicas de atención y educación de la primera infancia en América Latina. Una aproximación al estado del arte de las investigaciones y estudios 2013-2019. IIEP UNESCO.

Sistema de Informação de Tendências Educacionais na América Latina [SITEAL] (2017a). Lactancia materna. Políticas públicas para su promoción y protección en América Latina. Datos destacados. <http://www.publicaciones.siteal.iipe.unesco.org/datos-destacados/58/lactancia-materna>

----- (2017b). Tiempo para cuidar. Licencias parentales en América Latina. Datos destacados. <http://www.publicaciones.siteal.iipe.unesco.org/datos-destacados/54/tiempo-para-cuidar>

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [UNESCO] (2010). Conferência Mundial sobre Cuidado e Educação na Primeira Infância (ECCE), Construir a Riqueza das Nações. Documento Conceitual. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001873/187376s>

Perrault, N. (Coord.) e Palummo, J. (Autor) (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. UNICEF. <https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf>

7. Notas de rodapé

[1] Os dados disponíveis estimam a pobreza na faixa etária de 0 a 14 anos. No entanto, neste documento, a primeira infância é definida como a etapa entre 0 e 8 anos, a fim de incluir algumas intervenções ligadas ao início da vida escolar.

[2] O valor legal da CDC é dado por sua posição em relação a cada constituição nacional, ou seja, em relação à lei suprema de um país. O status jurídico que cada país escolhe dar à CDC é relevante devido às implicações dentro de seu sistema legal. O caráter fundamental das constituições se sustenta no fato de que seus mandatos estão fora das descrições partidárias, uma vez que seu texto não pode ser alterado ou modificado pelos poderes públicos no curso de sua atuação ordinária. O mais alto status jurídico que um país pode dar à CDC é o supraconstitucional. Nesses casos, o tratado internacional tem precedência sobre a lei suprema. Logo, é seguido pelo status constitucional, pelo qual a CDC tem a mesma primazia que o texto constitucional. Por outro lado, se a CDC tem status supralegal, seu texto prevalece quando uma lei doméstica contradiz seus princípios. Por outro lado, se a CDC tem status legal, adquire o mesmo valor legal que qualquer outra lei ordinária do país.

[3] O primeiro, em 2001, referiu-se aos "Propósitos da Educação". O Comentário Geral 7 "Implementação dos Direitos da Criança na Primeira Infância" (2005) é um dos primeiros documentos para a faixa etária trabalhado neste documento. Outros comentários trataram de crianças com deficiências, crianças indígenas, em situação de rua e outros temas específicos. O último comentário geral é de 2021 e refere-se aos direitos das crianças no ambiente digital.

[4] Os programas de continuidade pedagógica para a educação básica, incluindo o nível inicial, são levantados em outros documentos eixo do SITEAL.



SITEAL  **PRIMEIRA
INFÂNCIA**

