



Foto: Gabriela Aguiar / Promundo



BREVE PANORAMA SOBRE A PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL

No Brasil existem 23.141.413 crianças até os 6 anos de idade (IBGE, Censo 2000). Neste texto serão abordadas questões relativas à primeira infância no Brasil, às leis que protegem e promovem os direitos das crianças nessa faixa etária e à situação em que se encontra essa parcela da população em diferentes contextos – como, por exemplo, em relação aos serviços de educação e saúde.

A primeira infância é um período crucial no desenvolvimento mental, emocional e de socialização do indivíduo¹. É até os 6 anos de idade² que as estruturas físicas e intelectuais de crescimento e aprendizagem emergem e começam a estabelecer suas fundações para o resto da vida da pessoa. As estruturas seguem alguns estágios de desenvolvimento que não acontecem de maneira linear e rígida. Pode-se afirmar que os primeiros três anos de vida são fundamentais para que a criança tenha uma vida saudável e possa se desenvolver plenamente.

Do nascimento aos 12 primeiros meses de idade, as crianças necessitam de cuidados específicos como: proteção; alimentação adequada; medidas de saúde (como imunizações e higiene), estimulação sensorial e sentirem-se amadas pelos pais e/ou cuidadores ativos.

Até os 3 anos de idade, as crianças adquirem habilidades motoras, cognitivas, linguagem e aprendem a ter auto-controle e independência por meio da experimentação e brincadeiras. Já entre os 3 e 6 anos, as crianças aperfeiçoam suas habilidades motoras finas, aprimoram sua linguagem, desenvolvem sua sociabilidade e iniciam a aprendizagem da leitura e da escrita.

De maneira geral, afirma-se que mais da metade do potencial intelectual infantil já está estabelecido aos 4 anos de idade. Porém, as experiências de crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância variam de acordo com suas características individuais, gênero, condições de vida, organização familiar, cuidados proporcionados e sistemas educacionais (UNICEF, 2005).

BRASIL - UM PAÍS DE TODOS?

O Brasil é um país marcado por desigualdades sociais que não se restringem apenas às questões geográficas dentro de suas 5 regiões: são também oriundas de heranças sociais, com a escravidão e a colonização. Cerca de 46% da população é composta por afrodescendentes³, sendo o país com a segunda maior população negra do mundo. Fica evidente a distribuição desigual das riquezas de acordo com a raça quando se considera que, dos 22 milhões de brasileiros que vivem abaixo da linha da pobreza, 70% são negros (IPEA apud Diálogos, 2004).

As crianças são a parcela mais vulnerável desses milhões de brasileiros que sobrevivem em situações de iniquidade e de pobreza, com menos oportunidades em relação à efetiva proteção e à promoção de seus direitos. A taxa média nacional de mortalidade infantil⁵ é de 30,1. Porém sobe para 38,0 se a mãe for negra e a 94,0 se é de origem

1 Bhana, D. and Farook, F. (with MacNaughton G. and Zimmermann R. (2006) **Young children, HIV/AIDS and gender: A summary review**. Working Paper 39. The Hague, The Netherlands: Bernard van Leer Foundation.

2 No Brasil a primeira infância é geralmente definida como o período até os 6 anos de idade. Porém, a Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU), em seu **Comentário Geral n. 7** (2005), propõe que a Primeira Infância seja definida pelo período abaixo dos 8 anos, para que sejam abrangidas todas as crianças até o período de transição da pré-escola para o ensino fundamental (UNICEF; Bernard van Leer Foundation, 2006).

3 Dados do documento "Diálogos contra o racismo – pela igualdade racial". 2004

4 "(...) Para fins de estudos demográficos, a classificação racial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a oficial do Brasil, que adota como critério básico que a coleta do dado se baseie na autoclassificação. Isto significa que, a pessoa escolhe, num rol de cinco itens (branco, preto, pardo amarelo e indígena) em qual ela se aloca. (...) Para a demografia, população negra é o somatório de preto + pardo. (Oliveira apud Diálogos, 2004)

5 **Taxa de mortalidade infantil** – número de crianças que morrem antes de completar 1 ano de vida para cada 1.000 nascidos vivos. O primeiro ano de vida é a faixa na qual ocorre a maior parte dos óbitos (Unicef, 2005).

indígena. Para as mães brancas a taxa é de 22,9 (UNICEF, 2005a).

O avançado arcabouço de leis e acordos internacionais de que o país dispõe para a proteção dos direitos das crianças não foi capaz, ainda, de produzir uma mudança radical nas condições de vida e desenvolvimento das crianças no Brasil. Ele ocupa a 88ª posição – em ordem decrescente, do pior para o melhor, dentre os 195 países avaliados – em relação à taxa de mortalidade⁶ de crianças menores de 5 anos, de acordo com o relatório Situação Mundial da Infância 2006, do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância).

Há também diferenças marcantes entre os estados brasileiros no que se refere às condições de saúde e educação das crianças pequenas. Essas diferenças, mais do que desigualdades configuram um quadro de iniquidade entre estados e regiões. É importante ressaltar que:

“(...) a desigualdade, mesmo aquela socialmente determinada, não remete, necessariamente, à idéia de injustiça. Esta exige um julgamento de valor, encontrando-se melhor consubstanciada na noção de iniquidade. O conceito de iniquidade, diferentemente dos conceitos de diferença e desigualdade, não se reveste de caráter apenas descritivo, mas sim normativo, na medida em que sempre pretende enunciar um “deve-ser”. (...) Utilizado no âmbito do direito para representar a ascendência da justiça sobre a legalidade, o conceito de equidade, ou a sua falta, a iniquidade, tem sido empregado em análises sobre desigualdades sociais em saúde para qualificar aquelas consideradas como inaceitáveis, por sua elevada magnitude ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis.” (SILVA, 2002)

Os estados pertencentes à região Nordeste são os mais vulneráveis em relação à taxa de mortalidade infantil. A taxa dessa região equivale a mais que o dobro das verificadas nas outras. Porém, alguns estados apresentaram queda expressiva na taxa de mortalidade infantil, como Alagoas, que teve sua taxa de 68,2 (por mil crianças nascidas vivas) reduzida para 29,1. Houve investimento na instalação de Comitês de Redução de Mortalidade Infantil, ampliação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e aumento do número de municípios que ade-

riram ao Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento⁷. Além disso, houve a implantação de um sistema de monitoramento das crianças em risco e a articulação entre as equipes do PSF, Conselhos Tutelares⁸ e a priorização das famílias nos programas relacionados às áreas psicológica e nutricional (atendimento e aconselhamento) (UNICEF, 2005a).

Outro estado que apresentou queda na taxa de mortalidade infantil é o Ceará: de 25,2, no ano de 2002, para 22,1, em 2003. O Curso de Atualização a Distância em Estratégias para a Redução da Morbi-Mortalidade Infantil (CADERMI) é uma das estratégias para reduzir a mortalidade infantil está. É composto por um programa de educação para profissionais de atenção primária à saúde das equipes de Saúde da Família e da rede básica de saúde; um programa de educação em saúde para as famílias e capacitação de Agentes Comunitários de Saúde. O curso faz parte do Projeto Viva Vida, que pretende articular diversos órgãos governamentais, como os ligados à educação e saneamento básico, com o objetivo de reduzir a mortalidade no estado do Ceará⁹.

Apesar da queda de 32,6% em 10 anos (1994 a 2004), a taxa de mortalidade infantil brasileira continua alta. É a terceira mais alta na América do Sul, segundo levantamento feito pelo UNICEF em 2005, atrás apenas da Bolívia e Guiana.

⁶ **Taxa de mortalidade de menores de 5 anos** – probabilidade de morte entre o nascimento e exatamente os 5 anos de idade, por 1.000 nascidos vivos. (Fundo das Nações Unidas para a Infância 2006, Excluídas e Invisíveis. Nova Iorque: 2006.)

⁷ <http://www.saude.al.gov.br> Acesso em 17/07/2006.

⁸ **Conselhos Tutelares:** Instituídos pelo ECA (1990), são as instâncias que recebem as denúncias de ameaça ou violação de direitos e tomam as providências cabíveis. São criados por lei municipal, como órgãos intermediários entre a sociedade e os Poderes Executivo e Judiciário. Apesar de sua atuação autônoma, vinculam-se ao Poder Executivo. De acordo com a Sípia, em julho de 2005 existiam 4.260 conselhos instalados para um total de 5.560 municípios no país.

⁹ <http://www.saude.ce.gov.br/internet/metas/img1.html> Acesso em 17/07/2006.

http://www.iets.inf.br/article.php?id_article=271 Acesso em 17/07/2006

¹⁰ Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei federal 8.069, de 13 de julho de 1990: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L8069.htm>

¹¹ Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC): <http://www.mj.gov.br/sedh/dca/convdir.htm>

O QUE DIZ A LEGISLAÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁰, de 1990, é um dos documentos mais avançados do mundo em termos da proteção de direitos da infância e juventude. É uma decorrência tanto da Constituição Federal Brasileira, na qual a criança e o adolescente são prioridade absoluta, quanto da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1990)¹¹. O período que antecedeu sua elaboração foi marcado por profundas mudanças no país, com a abertura à democracia após 20 anos de ditadura militar e a elaboração de uma nova Constituição.

Os princípios gerais da Convenção são:

- Não-discriminação (art. 2)
- Interesse superior da criança (art. 3)
- Direito a sobrevivência e desenvolvimento (art. 6)
- Participação (art. 12)

Foto: Jon Spaul / Promundo

O ECA reconhece as crianças e os adolescentes como “sujeitos de direitos”, como “pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” e é regido pelos seguintes princípios:

- a) Prioridade absoluta para o atendimento direto de crianças e adolescentes;
- b) Prevalência do melhor interesse da infância e adolescência;
- c) Descentralização política e administrativa do atendimento direto;
- d) Participação popular paritária da gestão pública;
- e) Manutenção de fundos públicos especiais;
- f) Integração operacional, em determinadas circunstâncias de atendimento inicial;
- g) Mobilização social.

O Brasil, na posição de um dos 189 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que assumiram o compromisso no ano 2000 de alcançar os **Objetivos do Milênio**, tem metas bem definidas em relação à melhoria da situação das crianças.

Os compromissos delineados na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, em 2002, transformaram-se em um conjunto de metas e objetivos sociais em diversas áreas (educação, saúde, proteção e HIV/Aids), configurando o documento **Um Mundo para as Crianças** (MPC). O **Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente** (PPAC) foi apresentado pelo governo brasileiro como resposta à pressão da sociedade e com base nas metas do MPC visan-



do o quadriênio 2004/2007 e seguindo os princípios constitucionais de que a criança e o adolescente são prioridades absolutas¹² nas políticas públicas e que é preciso efetivar seus direitos humanos.

O monitoramento das ações do governo brasileiro na área da infância tem sido realizado por diversas organizações e movimentos sociais. Dentre elas, destaca-se a **Rede de Monitoramento Amiga da Criança**, que é o resultado da união de organizações sociais nacionais e organismos internacionais com foco de atuação na infância e juventude.

Fonte: <http://www.redeamiga.org.br>

ESTRUTURA DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS

A partir da promulgação e ratificação de instrumentos legais, como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), o Brasil dá início ao “sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente”, ou seja, uma rede de normas legais e instâncias públicas e privadas não governamentais a serviço da promoção e proteção dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes brasileiros. É uma “rede de serviços e programas” que conta com três eixos de atuação (UNICEF, 2005b):

PROMOÇÃO – atendimento direto dos direitos. Abrange os serviços públicos na área de educação, saúde e assistência social, entre outras, assim como organizações não-governamentais que ofereçam atendimento em abrigos e creches. Neste eixo estão situados os Conselhos dos Direitos e os Conselhos setoriais como o de Educação, Saúde e Assistência Social, que têm o poder de deliberar sobre políticas públicas.

CONTROLE SOCIAL – vigilância, acompanhamento e avaliação do funcionamento do sistema de garantia de direitos dos atores públicos e das entidades da sociedade civil. São órgãos ou instituições como os fóruns e frentes de organizações não-governamentais, o Ministério Público, os Conselhos de Direitos, os Conselhos Tutelares, o Tribunal de Contas e as Ouvidorias.

DEFESA – atuam na responsabilização (de um indivíduo ou de uma secretaria de governo, por exemplo) pelo não cumprimento ou pela violação dos direitos estabelecidos no Estatuto. Os órgãos que fazem parte desse eixo são: o Conselho Tutelar, o Juizado da Infância e da Juventude, o Ministério Público, a Defensoria Pública, a Polícia Civil e entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente, entre outros.

O ECA determina que o trabalho entre esses órgãos seja integrado e que haja a municipalização do atendimento. O Executivo municipal é fundamental para o bom funcionamento de toda a rede. As linhas de ação para a política de atendimento são:

I – políticas sociais básicas; II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem; III – serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão; IV – serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos; V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

¹² “Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

¹³ Também estão incluídos outros tratados internacionais e regionais (interamericanos) de promoção e proteção de Direitos Humanos e as demais leis reguladoras das políticas públicas (trabalho, cultura, previdência, etc.).

ANTES, DURANTE E DEPOIS – A SAÚDE DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

A saúde infantil deve ser compreendida a partir de uma perspectiva da saúde de toda a família, ou seja, da saúde dos pais e, em especial, da mãe durante a gestação, da participação de mães e pais na prevenção de óbitos infantis, melhoria da qualidade e quantidade de alimentos consumidos e da infra-estrutura e saneamento básico das residências.

Por meio de uma política consistente de saúde sexual e reprodutiva, a atenção integral à mulher e o apoio à família, poderiam ajudar na prevenção de abortos inseguros e na mortalidade materna deles decorrentes. Além disso, tal política ajudaria a reduzir a mortalidade infantil, uma vez que a maior parte dos óbitos no país se concentra no primeiro mês de vida (UNICEF, 2005a).

As consultas pré-natais são extremamente importantes tanto para a saúde materna como para a criança. O fato de quase totalidade das crianças brasileiras nascer em hospitais (96,7%), permite identificar que 49% das gestantes brasileiras fazem mais de 6 consultas pré-natais (número mínimo recomendado). Esse percentual manteve-se constante de 1995 a 2002. Faltam, no entanto, indicadores que permitam fazer uma análise da qualidade da assistência pré-natal.

Uma maneira eficiente de garantir a melhoria da saúde das crianças e suas famílias são os programas de atenção básica, como o **Programa Saúde da Família (PSF)** e do **Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)**, do Ministério da Saúde.

As equipes de saúde do PSF prestam serviço às famílias dentro das comunidades a partir dos parâmetros da atenção básica definidos pelo SUS. Os princípios que orientam esses programas são: a universalidade, integralidade e equidade dos serviços e a descentralização e controle social da gestão.

O Pacs teve início em 1994. Os agentes comunitários integram a equipe multiprofissional da unidade básica de saúde do

município (no mínimo: um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando é ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental). Em junho de 2006, existiam 25,964 equipes de Saúde da Família, em 5.081 municípios, que atenderam a 83.395.063 pessoas, ou seja, 44,9% da população.

Esses programas têm conseguido reduzir os casos de desnutrição. Mesmo assim, o número continua alto. Os índices de 2004 apontam baixo peso para a idade para 3,6% das crianças até 1 ano e 7,7% para as que têm entre 1 e 2 anos. A carência de micronutrientes como vitamina A, ferro e iodo (que configuram a “fome oculta”) também deve ser abordada. Essas deficiências nutricionais têm estreita relação com a pobreza. A resposta do governo brasileiro se dá por meio de políticas de suplementação de ferro e outros micronutrientes, como o **Programa Nacional de Suplementação de Ferro** e o **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Vitamina A Mais)**, que consistem na distribuição de suplementos a crianças de 6 a 18 meses e mulheres até o terceiro mês após o parto. No caso da deficiência de iodo, é feita a iodação do sal.

Outras iniciativas governamentais são os **Hospitais Amigo da Criança** para a proteção e apoio à amamentação e a ampliação da **Rede Nacional de Bancos de Leite Humano** (PPACA, 2006).



Alguns municípios já perceberam a enorme influência que o aleitamento materno tem na saúde de seus habitantes e se anteciparam para estender a suas funcionárias públicas a legislação baseada no Projeto de Lei (PL nº 281, de 2005), que tramita no Congresso para empresas particulares, propondo o aumento do período da **licença-maternidade** de 4 para 6 meses. A iniciativa começou com o lançamento da campanha “Licença-maternidade: seis meses é melhor!”, liderada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e Frente Parlamentar da Criança; e já é realidade em vários municípios e alguns Estados. O estado do Amapá incluiu o aumento da **licença-paternidade** de 5 para 15 dias.

A Saúde da Criança também conta com outras ações estratégicas¹⁴: **Projeto Carteiro Amigo** (17 mil carteiros, que receberam curso de capacitação, passam informações e entregam materiais às famílias sobre amamentação, beneficiando mais de 2 milhões de crianças menores de um ano e gestantes); **Assistência ao Recém-Nascido** (investimento do Ministério da Saúde na melhoria da qualidade e aumento da cobertura pré-natal, humanização do parto e nascimento, redução das cesarianas e criação dos Centros de Parto Normal); **Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência à Atenção a Gestante de Alto Risco** (apoio a 255 maternidades), o **Programa de Triagem Neonatal** (identificação dos bebês portadores de doenças congênitas por meio do “teste do pezinho”) e a implantação da **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância** (integração das atividades de promoção, diagnóstico e tratamento das doenças mais frequentes na infância). Outras ações a destacar são: o **Programa Nacional de Imunizações** (PNI) e o **Método Mãe-Canguru**.

O **Programa Nacional de Imunizações** (PNI) existe há 28 anos e fornece gratuitamente vacinas contra várias doenças que atingem as crianças, tais como tétano, coqueluche, difteria, sarampo, caxumba e as formas graves de tuberculose. Estas doenças já estão sob controle. As crianças recebem também vacinas contra a meningite e contra a hepatite B e as mulheres em idade fértil recebem doses contra tétano e difteria. Uma grande conquista do país é que desde 1989 não há registros de casos de paralisia infantil. Uma das

“
As consultas pré-natais
são extremamente
importantes tanto para
a saúde materna como
também para a criança.
”

estratégias para a erradicação da poliomielite foram as campanhas realizadas em todo o território nacional, conhecidas como as “gotinhas”, que imunizam as crianças de até 5 anos de idade com duas gotas orais de vacina. Em 1994 o Brasil recebeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) o Certificado de Erradicação da Poliomielite.

O **Método Mãe-Canguru** é uma maneira de humanizar o atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso, estimulando a amamentação, aumentando o vínculo entre mãe e filho, diminuindo o tempo de separação, a permanência no hospital reduzindo os casos de infecção hospitalar¹⁵. Consiste em colocar o recém-nascido em contato pele a pele com o corpo da mãe, vestido apenas com uma fralda. O bebê fica na posição vertical durante o tempo desejado por ambos e, para deixá-lo confortável, é colocada uma faixa que imita a bolsa do canguru.

Para fazer face à falta de profissionais, medicamentos e equipamentos em hospitais da rede pública foi criado o **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF**, para reformar e adquirir equipamentos para as unidades de saúde em municípios de mais de cem mil habitantes. Empréstimo do Banco Mundial apóia essa iniciativa do Ministério da Saúde.

¹⁴ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=151
Link: saúde da criança no Brasil. Acesso em 17/07/2006

¹⁵ Dados da área técnica da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Julho de 2006.

O PRIMEIRO DOCUMENTO: O REGISTRO CIVIL

Cerca de 500 mil crianças por ano são privadas da garantia de possuir seu registro civil. Ele é o primeiro documento que a criança deve ter para acessar qualquer dos outros serviços a que tem direito, como a creche, escola ou o hospital.

O registro civil gratuito é um direito de todos, baseado no artigo 7º da Convenção sobre os Direitos da Criança e na lei federal nº 9.534, de 1997. Todavia, os locais onde se localizam os maiores índices de sub-registro são as comunidades rurais, indígenas e quilombolas (remanescentes de quilombos). Segundo o relatório do UNICEF (2005) Situação da Infância Brasileira 2006, uma das principais causas do sub-registro de nascimento é a falta de informação.

Foi elaborado no país o **Plano Nacional para o Registro Civil de Nascimento** (em 2004), que articula

programas e ações de governo visando sua maior eficiência. As iniciativas não devem ficar restritas ao nível nacional, merecendo destaque a campanha do UNICEF em São Luiz (Maranhão), que desde 2001 apóia o projeto Registro Civil: Direito da Cidadania e da Família, em parceria com o Poder Judiciário e o governo estadual. Naquele ano, o Maranhão possuía uma taxa de subnotificação de 62% e atualmente ela está em 38,2%, de acordo com o IBGE. Dentre as estratégias adotadas pelo projeto, estão: busca ativa das crianças não registradas nas secretarias municipais de saúde, maternidades e cartórios; mutirões da cidadania; criação de postos de registro nas maternidades; articulação com Conselhos dos Direitos e Conselhos Tutelares; ações educativas; uso da mídia e seminários regionais de mobilização.



Foto: Jon Spaul / Promundo

POR UMA EDUCAÇÃO DE QUALIDADE PARA TODOS

O acesso a uma educação gratuita de qualidade é direito de toda criança. A educação no Brasil se compõe de Educação Básica e Ensino Superior. A primeira tem três etapas: **Educação Infantil** – em **creches** (para a faixa até os 3 anos) e **pré-escola** (de 4 e 5 anos), **Ensino Fundamental** (crianças de 7 a 14 anos, composto por 9 séries) e **Ensino Médio** (composto por 3 séries). O Ensino Fundamental é obrigatório para a criança e o adolescente.

Educação Infantil

Apesar do crescimento da oferta de vagas na educação infantil no país nos últimos anos, o percentual de atendimento é ainda baixo. A taxa de frequência à escola da população de 0 a 6 anos, em 2005, era de 36,6%, com 7,2 milhões de matrículas. Dessas, 1,4 milhão estavam em creches, equivalendo a 11,7% da população na faixa de 0 a 3 anos e 5,8 milhões na pré-escola, correspondendo a 57% da população no grupo etário de 4 a 6 anos (MEC/INEP, Censo Escolar 2005).

A qualificação dos professores da creche é menor do que dos que trabalham na pré-escola. Isso se deve, em parte, ao fato de a creche ter surgido na área da assistência social, para prestar cuidados de saúde, alimentação, higiene e segurança, não exigindo educadores entre seu pessoal. A maior parte das matrículas em creches e pré-escolas pertence à área pública governamental: esta atende a 71,5% das matrículas, enquanto as escolas privadas atendem a 28,5%. A distribuição de acordo com a renda familiar das crianças que frequentam estabelecimentos de educação infantil é bastante desigual. Das 20% mais pobres até 6 anos, apenas 28,9% frequentam estabelecimentos de ensino. No grupo dos 20% mais ricos, mais da metade das crianças de 0 a 6 anos está na escola.

A educação infantil recebeu um grande reforço a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996. Essa lei geral da educação no país definiu a educação infantil como primeira etapa da educação básica, tornando-a, portanto, parte integrante da educação necessária a toda pessoa. A partir de então, foram estabelecidos parâmetros para a infra-estrutura dos espaços e as diretrizes pedagógicas.

A Lei também fixou um prazo de três anos para que as creches fossem integradas aos sistemas de ensino, o que ainda não ocorreu integralmente.

Diversos documentos nacionais orientadores das ações nessa área foram elaborados nos últimos anos. Entre eles, as **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**, os **Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**, a **Política Nacional de Educação Infantil**; o **Programa de Formação Inicial para Professores em Exercício em Educação Infantil – Proinfantil**; os **Parâmetros Nacionais de Qualidade para a Educação Infantil** e os **Parâmetros Básicos de Infra-estrutura para Instituições de Educação Infantil**.

Em relação aos recursos financeiros para a educação básica, foi proposta a substituição do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (Fundef) pelo **Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica** (Fundeb), que passa a financiar também a educação infantil e o ensino médio. Espera-se que com o novo fundo haja escolas mais equipadas, professores com melhores salários e um aumento das vagas.

A tramitação da Medida Provisória 339/06, que regulamenta o Fundeb, tem sido acompanhada por um amplo debate de diversos movimentos sociais do Brasil. O grupo do movimento **“Fundeb pra valer!”**, composto por mais de 200 entidades e coordenado pela Campanha Nacional pelo Direito à Educação conseguiu contribuir para a alteração e/ou inclusão de diversos pontos do texto da Medida. A mais emergencial dizia respeito à inclusão de creches e pré-escolas conveniadas no Fundeb. Quando chegou ao Congresso Nacional, o texto da MP 339 não previa recursos do novo Fundo para as crianças de 0 a 5 matriculadas nesse tipo de entidade.

Fontes: <http://www.undime.org.br/htdocs/index.php?id=4198>
Para saber mais: <http://www.campanhaeducacao.org.br/fundebpravaler/participe.htm>

EXISTE ALGUÉM IGUAL A VOCÊ? EXCLUSÃO E DESIGUALDADE

Todas as crianças precisam de **proteção integral**, mas alguns grupos se encontram em situação de maior vulnerabilidade, exigindo medidas especiais de proteção. As diversas formas de desigualdade encontradas no Brasil acentuam a marginalização de certos grupos, como as crianças portadoras de deficiência, com HIV/Aids ou órfãos de pais e/ou cuidadores que morreram em decorrência da Aids e aqueles pertencentes às minorias étnicas (indígenas e quilombolas).

Crianças com Deficiência

A inclusão social da pessoa com deficiência começa desde seu nascimento, a partir do processo dos pais, familiares e profissionais em contato com a criança. É importante que seja iniciado um processo de estimulação precoce e o contato com organizações e/ou instituições que tratem especificamente da deficiência identificada para garantir que o diagnóstico esteja correto, que a maneira de estimular e educar a criança sejam adequadas e que a família tenha apoio especializado.

As crianças com deficiência (física, mental, auditiva e visual) têm o direito garantido em lei de frequentar a educação infantil regular. Apesar disso, 78,2% das 109.596 crianças com deficiência matriculadas em creches e pré-escolas estão em escolas especiais (UNICEF, 2005). Embora precisem de atenção especial, necessitam também da convivência com crianças em uma escola regular como forma de estimular sua socialização, o que acontece nas escolas chamadas inclusivas. Existem organizações que assessoram escolas públicas e privadas que tenham alunos com deficiência matriculados, além de prestar atendimento de apoio.

O **Programa Desenvolvimento da Educação Especial**, do Ministério da Educação, visa garantir as condições de acesso e permanência com qualidade na educação brasileira das crianças com deficiência (PPACA, 2006).

Crianças vivendo com HIV/Aids

Em 2003 existiam 10.577 crianças e adolescentes (menores de 14 anos) infectados com HIV (vírus da imunodeficiência humana), devido à transmissão vertical (de mãe para filho, seja durante a gestação, parto ou amamentação). O estigma social que essas crianças e adolescentes sofrem é ainda muito grande e há um despreparo generalizado para lidar com essa situação. São frequentes dúvidas referentes a quando e como contar para a criança, à escola, como os professores abordam o tema e tratam essas crianças.

O Ministério da Saúde estima que cerca de 600 mil adultos e crianças vivam com HIV ou Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). O **Programa Nacional de DST e Aids** é considerado um dos melhores do mundo, tendo recebido, em 2003, o prêmio Gates de Saúde Global. Ele garante o acesso gratuito ao tratamento anti-retroviral e promove campanhas de prevenção em massa. Além disso, a legislação brasileira protege contra a discriminação a criança que vive com HIV/Aids.

Foto: Gabriela Aguiar / Promundo

Minorias étnicas (indígenas, quilombolas)

As crianças pertencentes às minorias étnicas, em especial de áreas indígenas e remanescentes de quilombos, devido a fatores históricos, à discriminação racial, ao isolamento de suas comunidades ou às especificidades culturais, têm mais dificuldade de acesso às políticas públicas para a infância.

A desnutrição infantil na população indígena, de acordo com a **Fundação Nacional da Saúde – Funasa**, foi reduzida de 15% para 12%, mas ainda é o dobro da média nacional. Algumas medidas adotadas para combatê-la são a distribuição de megadoses de Vitamina A para crianças menores de 5 anos, filtros de barro e hipoclorito de sódio a 2,5% (para ampliar o acesso à água potável), além de capacitar as famílias a usá-los. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o UNICEF trabalham em conjunto nessas ações.

Em 1999, a Funasa começou a estruturar o **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para que o atendimento seja contínuo, além dos **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis)**, o subsistema conta com agentes indígenas de saúde, indicados pela própria comunidade.

O atendimento educacional das crianças indígenas cresceu 40% nos últimos três anos (Censo Escolar 2005 MEC/INEP).

Ela está a cargo da **Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD)** que cuida, também, da valorização da diversidade étnico-racial, cultural, de gênero, social, ambiental e regional. Nos últimos anos, houve aumento dos serviços de educação escolar nas áreas indígenas, formação de professores em cursos especiais de **Magistério Indígena** e fornecimento de alimentação escolar para as escolas indígenas com valor *per capita* maior do que as escolas não-indígenas.

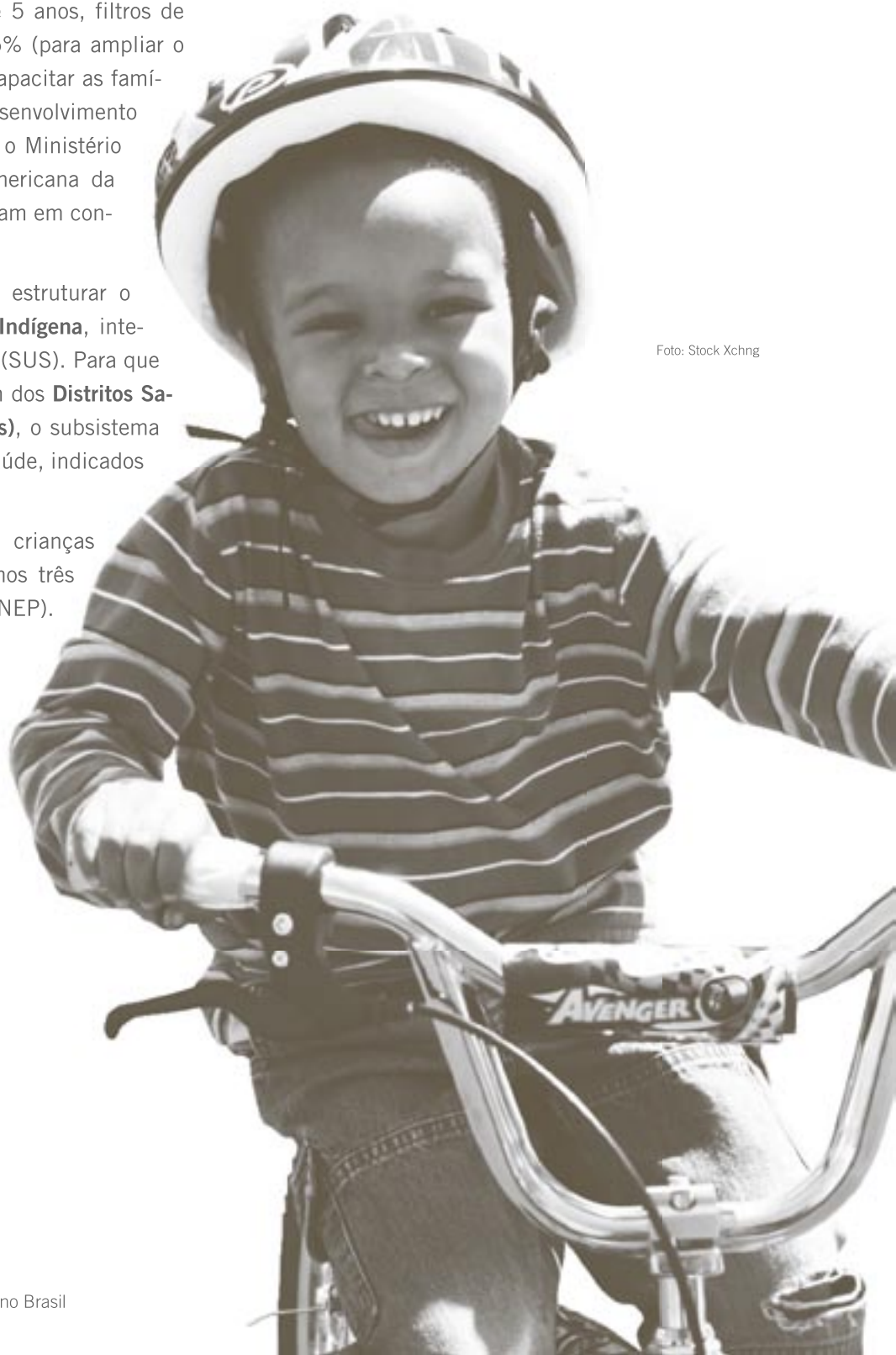


Foto: Stock Xchng

Sobre a **população quilombola**: as centenas de áreas remanescentes de quilombos em diferentes regiões passaram a ser atendidas, a partir de 2004, pelo **Programa Brasil Quilombola**. Trata-se de um conjunto de ações desenvolvidas por diversos órgãos governamentais coordenadas pela **Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir**, criada em 2003.

Como a questão fundiária é de extrema importância para essas populações, por sua influência na preservação da identidade cultural, a Fundação Cultural Palmares assiste e acompanha o Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome e o INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) nas ações de identidade cultural dos quilombos e de seu reconhecimento para a garantia dos títulos das terras em questão.

Uma iniciativa adicional para superar a discriminação étnico-racial foi a aprovação da Lei 10.639/2003, que torna

CONSIDERAÇÕES FINAIS

obrigatório o ensino sobre História e Cultura Afro-Brasileira nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, públicos e particulares.

As políticas públicas voltadas para a primeira infância tiveram um avanço muito grande nos últimos anos, mas ainda não se tornaram prioridade absoluta como determina a Constituição Federal. Vale ressaltar:

- **Garantir os direitos das crianças** é dever do Estado, da família e da sociedade;
- **A promoção dos direitos** das crianças deve partir de uma **perspectiva de equidade e de oportunidade**;
- **A atenção integral à criança** deve estar atrelada a **políticas de desenvolvimento local**;
- A **Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU)** deve ser mais divulgada no Brasil e suas diretrizes, em conjunto com as do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), efetivamente implementadas e executadas;
- O **monitoramento do orçamento público** deve fazer parte da agenda das organizações da sociedade civil, para que haja um controle social constante dos recursos destinados às ações ligadas à infância e seus respectivos gastos.



A **Rede Nacional Primeira Infância** é uma articulação nacional de organizações que atuam pela promoção e garantia dos direitos da criança até os seis anos de idade e para ampliação e fortalecimento de espaços democráticos no Estado Brasileiro.

Fundada no Brasil em 16 de março de 2007, a Rede Nacional Primeira Infância tem como missão fomentar a elaboração, o aprimoramento e integração das políticas nacionais para as crianças até seis anos de idade, monitorando e avaliando sua implementação. Além disso, a Rede consolida e dissemina informações e referências sobre as temáticas desta faixa etária, bem como organiza ações de mobilização social e políticas para a realização de suas propostas. www.primeirainfancia.org.br

BIBLIOGRAFIA

Bhana, D. and Farook, F. (with MacNaughton G. and Zimmermann R.) (2006) **Young children, HIV/AIDS and gender: A summary review**. Working Paper 39. The Hague, The Netherlands: Bernard van Leer Foundation.

Brasil, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1990.

_____. **Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família**, Brasília: 2006.

_____. **Presidência da República. Presidente Amigo da Criança e do Adolescente: plano de ação 2004/2007**. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.mj.gov.br/ct/spdca/planoamigo/PPACA_2006.pdf

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (Seppir). **Programa Brasil Quilombola**. Brasília, 2004. Disponível em: https://www.presidencia.gov.br/sep-pir/quilombos/programas/brasilquilombola_2004.pdf, acesso em 18/06/2006.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Crianças de até 6 anos – O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento – Situação da Infância Brasileira 2006**. Brasília: 2005.

_____. **O município e a criança de até 6 anos – direitos cumpridos, respeitados e protegidos**. Halim Antonio Girade e Vital Dido-net (coordenadores). Brasília, DF.UNICEF: 2005.

_____. **Situação Mundial da Infância 2006, Excluídas e Invisíveis**. Nova Iorque: 2006.

Heck, Ari. **Brasil, um país de pessoas com deficiência**. 07/03/2005. Disponível em: <http://www.entreamigos.com.br/noticias/BrasilRadiografia.html> Acesso em 14/07/2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de Dados e Metodologia: microdados do **PNAD 2004**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/sintesePNAD2004.pdf>

Instituto Promundo. **Reflexões sobre Crianças e Aids no Brasil**. Relatório não-publicado apresentado a John Snow Inc. Preparado por Márcio Segundo, Silvani Arruda, Marcos Nascimento e Gary Barker. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <http://www.promundo.org.br/399>. Acesso em 17/05/2007.

Iraci, Nilza. Sovik, Liv. **Diálogos contra o racismo – pela igualdade racial**. 2004.

Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. **Epidemiology and inequality: notes on theory and history**. Rev Panam Salud Publica., Washington, v. 12,



n. 6, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Abril 2007. Pré-publicação.

Nogueira Neto, Wanderlino. **Instrumentos normativos & mecanismos de exibilidade de direitos: relações entre os sistemas internacional, regional (interamericano) e nacional de promoção e proteção: relação entre a Convenção sobre os Direitos da Criança & o Estatuto da Criança e do Adolescente – Avaliando o processo de adequação.** In: Seminário promovido pelo Save the Children Fund (Suécia). Brasília, dez.2004.

ONU. Convenção dos Direitos da Criança. 1989.

_____. **Um mundo para as crianças. Relatório da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Criança. As metas das Nações Unidas para o Milênio.** Nova Iorque, 2002.

Relatório Rede de Monitoramento Amiga da Criança. **Um Brasil para as crianças – A sociedade Brasileira e os objetivos do milênio para a Infância e a Adolescência.** Brasil, 2004.

United Nations Committee on the Rights of the Child; United Nations Children's Fund; Bernard van Leer Foundation. **A Guide to General Comment 7: Implementing Child Rights in Early Childhood.** Bernard van Leer Foundation. The Hague: 2006.

Websites consultados:

<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISFDF29F77PTBRIE.htm>, acesso em 18/06/2006.

<http://www.aleitamento.com/> Acesso em 20/07/2006

<http://www.apaebrasil.org.br/> Acesso em 19/06/2006.

<http://www.bernardvanleer.org/> Acesso em 19/06/2006.

<http://www.campanhaeducacao.org.br/fundebprava-ler/participe.htm> Acesso em 02/05/2007.

www.datasus.gov.br Acesso em 18/06/2006.

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#historico> Acesso em 17/07/2006.

<http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/documentos/doc13d.htm> Acesso em 18/06/2006.

<http://www.fn-de.gov.br/programas/pnae/index.html> Acesso em 19/06/2006.

<http://houaiss.uol.com.br>. Acesso em 19/06/2006.

www.ibge.gov.br, Acesso em 17/06/2006.

<http://www.redeamiga.org.br>. Acesso em 02/05/2007.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.ctm?id_area=151 Acesso em 18/06/2006.

<http://www.selounicef.org.br/2006/> Acesso em 18/06/2006.

<http://www.undime.org.br/htdocs/index.php?id=4198> Acesso em 02/05/2007.

Esse texto faz parte do kit Primeira Infância e foi produzido por Gabriela Azevedo de Aguiar, Marcos Nascimento e Gary Barker.

Revisão: Marianna Olinger e Rafael Alves Pereira

Agradecimentos: Tatiana Araújo, Isadora Garcia, Max Freitas e Simone Gomes

Projeto gráfico: Metara Comunicação (www.estudiometara.com.br)

Apoio: Bernard van Leer Foundation (www.bernardvanleer.org)



Rua México, 31 / 1502 | Centro | Rio de Janeiro - RJ
Cep. 20031-904 | Brasil
Telefone / Fax: +55 (21) 2544-3114
www.promundo.org.br

